

UNIVERSIDAD NACIONAL
“TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS”



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6-36
MESES DE EDAD SEGÚN TIPOS DE LACTANCIA EN EL
HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA,
CHACHAPOYAS-2018

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

Autor: Bach. Cristian Saúl Villalobos Terán.

Asesora: Mg. Carla María Ordinola Ramírez.

CHACHAPOYAS – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios porque gracias a ÉL soy lo que soy ahora en todo.

A Mis padres Saúl Villalobos y Alicia Terán; a mi único hermano mayor Leandro Samuel y mi cuñada Evelyn. Por ser mi motivo a seguir y luchar hasta al final en mi carrera a pesar de todos los obstáculos que obtuve en el camino, pero aun así salí adelante por ustedes.

Y También a mis tíos Miguel, Diana y Yeni Villalobos por darme su apoyo en momentos muy difíciles que pase.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Jorge Latorre Director del Hospital Regional Virgen de Fátima por brindarme la facilidad del caso para recolectar los datos del presente informe.

A Todas las madres de los 6-36 meses de edad por brindarme su tiempo para llenar la ficha clínica de sus respectivos hijos.

A la Mg. Carla Ordinola Ramírez, por su apoyo y paciencia en el asesoramiento.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

Vicerrector académico

Dra. Flor Teresa García Huamán

Vicerrectora de investigación

Dr. Edwin Gonzales Paco

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Franz Tito Coronel Zubiato

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

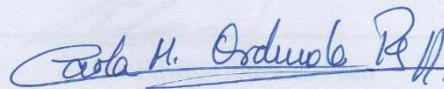
JURADO DE TESIS

(Resolución de VISTO BUENO DEL ASESOR (AC/F.C.S.))

Yo, Mg. CARLA MARIA ORDINOLA RAMIREZ, identificado con DNI N° 18131989, con domicilio legal, cuarto centenario N° 563, Obstetra, con COP: 9572 adscrito a la Escuela Profesional de Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. **DOY VISTO BUENO**, a la tesis titulada **«PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6-36 MESES DE EDAD SEGÚN TIPOS DE LACTANCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA, CHACHAPOYAS-2018»**, que estuvo conducida por el **Bach. Cristian Saúl VILLALOBOS TERÁN**. Para obtener el título de Cirujano Dentista de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

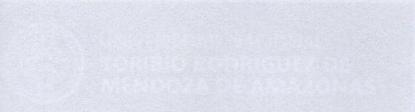
Por lo tanto

Firmo la presente para mayor constancia



Mg. Carla María Ordinola Ramírez

DNI. 18131989



JURADO DE TESIS

(Resolución de decano N° 374-2018-UNTRM-VRAC/F.C.S.)

ANEXO B

**DECLARACIÓN JURADA DE NO PLASIO DE TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL**

Cristian Saúl...
Estomatología
Ciencias de la Salud

Dr. Yshoner Antonio Silva Díaz
Presidente

[Signature]

Mg. Franz Tito Coronel Zubiato
Secretario

[Signature]

Dr. Edwin Gonzales Paco
Vocal

Chachapoyas, 27 de Mayo de 2019



ANEXO 3-K

**DECLARACIÓN JURADA DE NO PLAGIO DE TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL**

Yo Cristian Saúl Villalobos Terán
identificado con DNI N° 73601395 Estudiante()/Egresado (X) de la Escuela Profesional de
Estomatología
Ciencias de la Salud
de la Facultad de:
de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor de la Tesis titulada: Prevalencia de Caries Dental en niños de 6-36 meses de edad según Tipos de Lactancia en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2018.

que presento para obtener el Título Profesional de: Cirujano Dentista

2. La Tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, y para su realización se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La Tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La Tesis presentada no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. La información presentada es real y no ha sido falsificada, ni duplicada, ni copiada.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo toda responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la Tesis para obtener el Título Profesional, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para la UNTRM en favor de terceros por motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la Tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que la Tesis para obtener el Título Profesional haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones civiles y penales que de mi acción se deriven.

Chachapoyas, 27 de Mayo de 2019

Firma del(a) tesista



ANEXO 2-S

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE TESIS

Apellidos y nombres del Alumno (s): Villalobos Terán Cristian Saúl

Escuela Profesional: Estomatología

Bachiller: Estomatología

Facultad: Ciencias de la Salud

Asesor: Mg. Carla María Ordinola Ramirez

Título de trabajo de tesis: Frecuencia de Caries Dental en niños de 6-36 meses de edad según Tipo de lactancia en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2018



E-mail: cristianvillalobos@hotmail.com Teléfono: 998742157

Domicilio real: Jr. Dos de Mayo N° 624

Consentimiento:

Autorizo a través de este medio a la Dirección General de Difusión, Publicación y Transferencia, Dirección General de Biblioteca de la UNTRM, a difundir la versión digital de mi trabajo de Tesis, para su consulta con fines académicos y/o de investigación. Asimismo, manifiesto conocer el reglamento de propiedad intelectual y patentes de la UNTRM: Título VI. De la propiedad intelectual de los estudiantes de la UNTRM.

FECHA: 27-05-2019

FIRMA: [Firma]

DNI : 77601395

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pg.
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades Universitarias	iii
Visto bueno del Asesor	iv
Jurado de Tesis	v
Anexo 3-K	vi
Anexo 2-S	vii
Índice de Contenidos	viii
Índice de Tablas	ix
Índice de Figuras	x
Índice de Anexos	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. INTRODUCCION	14
II. OBJETIVOS	16
III. MARCO TEORICO	16
IV. MATERIAL Y METODO	27
V. RESULTADOS	30
VI. DISCUSION	36
VII. CONCLUSIONES	38
VIII. RECOMENDACIONES	39
IX. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	40
ANEXOS	42

INDICE DE TABLAS

	PAG.
Tabla 1: Prevalencia de caries en niños de 6-36 meses de edad según tipos de lactancia en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.	30
Tabla 2: Caries Dental en niños de 6 - 36 meses de edad según tipos de lactancia de acuerdo en su sexo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.	32
Tabla 3: Caries Dental en niños de 6 - 36 meses de edad de acuerdo a sus respectivas edades, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.	34

INDICE DE FIGURAS

	PAG.
Figura 1: Prevalencia de caries en niños de 6-36 meses de edad, que tuvieron lactancia materna exclusiva, artificial y mixta, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.	31
Figura 2: Caries Dental en niños de 6 - 36 meses de edad, que tuvieron lactancia materna exclusiva, artificial y mixta según su sexo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.	33
Figura 3: Caries Dental en niños de 6 - 36 meses de edad, que tuvieron lactancia materna exclusiva, artificial y mixta según sus respectivas edades, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.	35

ÍNDICE DE ANEXOS

	PAG.
ANEXO 01: Operacionalizacion de variables	43
ANEXO 02: Ficha Clínica del llenado de su Odontograma	44
ANEXO 03: Solicitud de permiso para ejecución de proyecto de Investigación académica.	45

RESUMEN

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, epidemiología comparativa de tipo: observacional, retrospectivo, transversal, análisis univariado, cuyo objetivo fue: Determinar la Prevalencia en Caries Dental en niños de 6-36 meses de edad, que tuvieron lactancia materna exclusiva, artificial y mixta, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018. Para recolectar los datos se utilizó una ficha clínica de registro de datos. La muestra estuvo constituida por 50 niños. Los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva con la aplicación de la tasa de prevalencia. Los resultados fueron que la tasa de prevalencia 9 niños de ambos sexos con lactancia materna exclusiva presentan una tasa de prevalencia de caries un 47.4 x 100, 12 niños(as) con lactancia artificial presentan un 85.7 x 100, 7 niños(as) con lactancia mixta presentan un 41.2 x 100. En su sexo, 15 niños presentan un 53.5 x 100 de caries dental, mientras 13 niñas presentan un 46.4 x 100 caries dental. En sus edades 6 y 9 presentan una tasa de prevalencia de 2 x 100 de caries dental, 10 y 12 meses presentan un 4 x 100, 14 y 16 meses presentan un 8 x 100 y 12 x 100 respectivamente de caries dental, 24, 27 y 30 meses presentan un 16 x 100, y finalmente la edad de 36 meses un 20 x 100 de caries dental. En conclusión, existe una tasa de prevalencia de caries dental en niños 6-16 meses mayor predomino a la lactancia artificial, sexo masculino y a mayor edad.

Palabras claves: prevalencia, caries dental, lactancia materna exclusiva, artificial y mixta.

ABSTRACT

The present study was of quantitative approach, descriptive level, comparative epidemiology of type: observational, retrospective, transversal, univariate analysis, whose objective was: To determine the Prevalence in Dental Caries in children of 6-36 months of age, who had exclusive breastfeeding, artificial and mixed, Virgen de Fátima Regional Hospital, Chachapoyas - 2018. To collect the data, a clinical record of data was used. The sample consisted of 50 children. The data were analyzed by descriptive statistics with the application of the prevalence rate. The results were that the prevalence rate 9 children of both sexes with exclusive breastfeeding have a caries prevalence rate of 47.4 x 100, 12 children (as) with artificial lactation have a 85.7 x 100, 7 children with breastfeeding mixed have a 41.2 x 100. In their sex, 15 children have a 53.5 x 100 dental caries, while 13 girls have a 46.4 x 100 dental caries. In their ages 6 and 9 they present a prevalence rate of 2 x 100 of dental caries, 10 and 12 months have a 4 x 100, 14 and 16 months have an 8 x 100 and 12 x 100 respectively of dental caries, 24, 27 and 30 months present a 16 x 100, and finally the age of 36 months a 20 x 100 of dental caries. In conclusion, there is a prevalence rate of dental caries in children 6-16 months higher predominantly in artificial lactation, male and older.

Keyw ords: prevalence, dental caries, exclusive, artificial and mixed breastfeedin

I. INTRODUCCIÓN.

A nivel mundial muchos términos y conceptos se han utilizado para describir la caries dental en niños. Las cuales son: “caries de biberón” o “caries de mamadera”, llamada por primera vez en 1862 por el pediatra Jacobi y descrita como la conocíamos hasta hace unos años por el Dr. Fass en 1962. Estos términos mencionados se podían identificar como las caries en la superficie labial de los dientes deciduos anterosuperiores y mayormente solo lo relacionaban con la leche que ingería el infante, como es el caso en el uso biberón nocturno (Moya de Calderón, 2000).

La caries puede ser provocada por mal uso del biberón para los niños de 6-36 meses a tener posibles riesgos como consecuencia a una desmineralización blanca opaca en el tercio cervical, adyacente a la encía, que es la zona en que hay mayor retención de placa bacteriana encontramos en la cavidad oral del niño. (Pilonieta, G, 2003)

Existen 4 organizaciones en la población infantil como: la Asociación Dental Americana (ADA), el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los EEUU (CDC) y la Asociación de Odontopediatría (AAPD) que definen y comparan a la caries de infancia temprana como un tipo de lesión cariosa presente en niños menores de 6 años y a la caries severa en la infancia cuando dicha lesión cariosa se inicia en los incisivos deciduos superiores (Villena RS. 2010)

Con el transcurso de los tiempos estos conceptos y términos han ido cambiando y evolucionando; por lo que, en 1994 se realizó una conferencia por el Centro de Control y Prevención de la Enfermedad en USA, la cual sugirió que se llamara dicho término más específico llamándole “caries de biberón (Bartolini, 2003).

Para el diagnóstico de Caries de la Infancia Temprana utilizaremos criterios clínicos que son los siguientes: lesiones iniciales de caries (mancha blanca), que mayormente aparecen por vestibular de los incisivos maxilares cerca de los márgenes cervicales, como también una ligera área de desmineralización en el esmalte, poco después de la erupción dentaria. Estas lesiones pronto se pigmentan de un ligero color amarillo, al mismo tiempo se extienden lateralmente a áreas proximales (Moya de Calderón, 2000).

II. OBJETIVOS.

2.1. GENERAL.

Determinar la prevalencia de caries en niños de 6 - 36 meses de edad según tipos de lactancia en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas-2018.

2.2. ESPECÍFICOS.

- Identificar la caries dental en niños de 6 - 36 meses de edad según tipos de lactancia de acuerdo a su sexo en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.

- Identificar la caries dental en niños de 6 - 36 meses de edad según tipos de lactancia de acuerdo a sus respectivas edades en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.

III. MARCO TEORICO.

3.1. ANTECEDENTES.

Rojas, M. (2003). En este estudio titulado: “Estudio de los factores de riesgo en la producción de caries dental en niños de 6 – 36 meses de edad de un asentamiento humano”. Dicho estudio se llegó a obtener una relación a los hábitos alimenticios hallándose que el mayor porcentaje de caries dental en los niño de 6 – 36 meses que tienen un tipo de lactancia actual de biberón, lactancia de noche para dormir (biberón), usaron edulcorantes (azúcar) y además un aumento de comidas durante el día; pero estos resultados no son estadísticamente significativos, mientras que cuando ingirieron la mayor cantidad de azúcar (2 cucharaditas a más), se dieron cuenta que dicho niños presentaron mayor cantidad de caries y que estos resultados son estadísticamente significativos. Por lo que se tomó una muestra con papel indicador universal para medir su pH salival, introduciendo en la boca del niño y obteniendo el pH salival por cambio de color y comparando con el colorímetro, no se encontró diferencias estadísticamente significativas con respecto a los niños que tiene un pH salival menor o igual a 5.5 con respecto a los que tienen un pH salival mayor de 5.8.

Calderón, (1996). Realizaron estudios sobre la leche materna en la cual encontraron que en su presentación en lata evaporada era el más utilizado a pesar de su costo es similar a las de las fórmulas, asimismo reconocieron que existe poca información respecto a la calidad de los productos de reemplazo de la leche materna desconociendo las madres las consecuencias adversas sobre la salud y estado nutricional de los lactantes.

Juarez, E. (2003). En este estudio titulado: “Determinaron la asociación entre caries y alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón en niños de 1 a 4 años de edad”. Como resultado de los 106 niños de la muestra total que fueron alimentados con biberón, 47 (44.3 %) presentaron caries dentinaria, de los 59 fueron alimentados con leche materna, 15 (20.3 %) tuvieron caries; concluyéndose que los niños que eran alimentados con biberón eran más propensos a presentar más caries dentinaria con respecto a los niños que eran alimentados con leche materna.

Erickson, P. (1999). En este estudio titulado: “El rol de la leche materna en el desarrollo de la caries”, cuyo objetivo es evaluar el riesgo cariogénico de la leche materna, por lo que se tuvo que evaluar su acción cariogénica de la leche materna; Monitoreando el pH salival de 18 niños (entre 12 y 24 meses con sus respectivas muestras tomadas cinco minutos antes y después, de haber sido amamantados con leche materna para determinar el pH y el valor mínimo obtenido del cultivo de estreptococos sobrinus por 3 horas en leche materna para ver el aumento de colonias bacterianas sin dejar de medir el pH; además la leche materna fue incubada por 24 horas con esmalte dental pulverizado, para averiguar la solubilidad del esmalte en ausencia de bacterias y se mezcló leche materna con ácidos, para medir la capacidad buffer de esta y se realizaron sus respectivas mediciones.

Los resultados que se obtuvieron fueron que la leche materna no causa una disminución importante de pH de la placa, además permite un aumento moderado de bacterias; por lo que se encontró que el Calcio y fosfatos también se depositaron en el esmalte pulverizado, luego de su incubación en leche materna y la capacidad buffer de la leche materna es muy pobre. La leche materna pura no había causado descalcificación del esmalte después de 12 semanas, pero cuando a la leche materna le fue agregado un 10% de sacarosa, la lesión cariosa, comenzó a las 3.2 semanas. Finalmente concluyeron que la leche materna no era cariogénica.

Flórez, P. (2010). Perú. En este estudio titulado: “Nivel del PH salival en niños de 6 a 18 meses de edad con ingesta de leche evaporada modificada y leche materna”. Determinaron el nivel del pH salival en niños de 6 a 18 meses de edad con ingesta de leche evaporada modificada y leche materna, en el Programa Nacional Wawa Wasi del distrito de Villa María del Triunfo, según el tiempo transcurrido. La muestra estuvo conformada por 40 niños de 6 a 18 meses de edad, distribuidos en dos grupos: 20 que consumieron leche materna y 20 que ingirieron leche evaporada modificada (mixta). Se les dio a tomar la leche evaporada modificada o materna y luego se midió el pH salival a los 5, 10 y 20 minutos con el papel indicador universal de pH “PAMPEHA. Los resultados mostraron que los niveles de pH salival luego de los 10 minutos eran diferentes entre los niños que se alimentaron con leche materna y los que se alimentaron con leche evaporada, siendo el pH menor en los niños que ingirieron leche evaporada, $p=0,045$. Se concluye que el promedio de pH salival en niños que consumen leche evaporada modificada es menor que en los niños que consumen leche materna, luego de transcurridos 10 minutos de la ingesta.

3.2. BASES TEORICAS.

3.2.1. Caries dental Temprana.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), lo define a la caries temprana, como la aparición en dientes temporales, de 1 o más superficies con presencia de caries ya sean cavitadas o no cavitadas, perdidas por caries u obturadas en niños menores de 71 meses de edad (5 años y 11 meses), ya que, en niños menores de 3 años, cualquier signo de caries en una superficie en una superficie lisa ya es un indicativo de presencia de caries temprana. (Moya, 2003).

3.2.2. Factores de Riesgos:

1. Factores dietéticos

Los niños de corta edad a pesar de la importancia del factor dietético en realizar en realizar una buena alimentación con ayuda de una buena higiene y aportación de flúor adecuado para prevenir la caries temprana no es lo suficiente ya que el niño tiende a consumir muchos azúcares por lo que aumenta en su temprana edad la aparición de

la caries temprana. (Rodríguez, Guiardirú, Arte, Jiménez, Echevarría, Calderón; 2003).

1.1. Lactancia artificial

La lactancia artificial es la alimentación del lactante con leche artificial (preparados lácteos provenientes principalmente de la leche de vaca). La denominada "lactancia artificial" se inventó a finales del siglo XIX. Por lo que se ha atribuido clásicamente al uso inadecuado del biberón, especialmente por la noche. Por ello, actualmente se ha cambiado el nombre de esta patología al de "caries de comienzo temprano" (en inglés *earlychildhoodcaries* o ECC) (Pinkman, 2001).

Una de las causas al tomar con biberón en infantes es que la caries aparece más en los incisivos superiores debido a la posición de la tetina del biberón, que bloquea el acceso de saliva a las piezas superiores, mientras a los dientes incisivos inferiores están próximos a la desembocadura de las glándulas salivales la cuales están protegidos del contenido del biberón por la lengua y la propia tetina. Las zonas donde la remoción de glucosa es más lenta son las superficies vestibulares de los incisivos superiores y los molares inferiores, que son precisamente las áreas más afectadas por la caries de comienzo temprano (Barbería, 1995).

Actualmente se considera que el infante al usar muy prolongado el uso del biberón, especialmente por las noches, tiende estar relacionado con un aumento del riesgo de caries temprana. Por lo que muchos niños se acostaban con su biberón hasta quedarse dormidos, observando en los dientes del sector anteroposterior la presencia de caries dentinaria a muy temprana edad. (Mora, Martínez; 2000).

Las bajadas de pH tras la ingestión de biberones con leche son muchos menores que tras tomar bebidas azucaradas o zumos naturales, y en estudios en animales y pruebas in vitro se ha visto que la leche por sí misma no es cariogénica; incluso tendría un efecto protector, puesto que disminuye la solubilidad del esmalte y

facilita su remineralización. Por lo tanto, en contra de algunas teorías, la leche bovina no constituye un sustrato cariogénico, aunque aún son necesarios más estudios en humanos. En cuanto a las leches maternizadas, los estudios de potencial cariogénico son pocos y contradictorios; en cualquier caso, este potencial debería de ser similar al de la leche materna, puesto que las leches maternizadas imitan su composición, si bien el contenido de lactosa suele ser algo menor (López Del Valle, 1998).

1.2. Lactancia materna

Otro factor de mucha importancia desempeña un papel en la aparición de caries temprana, es la prolongación al consumo de leche materna más allá de un determinado periodo “a demanda”, especialmente durante la noche, dejando que el niño se duerma con el pezón materno en su boca. Se ha demostrado que la CIT (caries de comienzo temprano) puede darse aun así en lactantes alimentados exclusivamente con leche materna. Además, se ha demostrado que los niños amamantados con lactancia materna prolongada tienden a establecer hábitos alimentarios no adecuados, lo que constituye una situación de riesgo para el desarrollo de caries en una edad temprana (Villacorta, 1997).

Sin embargo, algunos estudios sostienen que el uso inadecuado del biberón se da más en grupos de población de bajo nivel socioeconómico y sociocultural, pero todavía no encuentran la relación entre la duración de la lactancia materna y la aparición de caries. (Jackson, Ángeles; 1988).

Cuando se compara la lactancia materna con la artificial, algunos autores consideran más probable la aparición de caries en el segundo caso que en el primero, aunque otros obtienen la conclusión contraria. Por último, algunos autores encuentran mayor prevalencia de caries entre los niños que recibieron muy poca o ninguna lactancia materna, y en los que lo hicieron hasta edades muy avanzadas, respecto a los que la recibieron un corto periodo de tiempo (Castaño de Casaretto, 2000).

Hasta la fecha existen pocos estudios sobre la cariogenicidad de la leche humana. En comparación con la leche bovina, la leche humana tiene un menor contenido de minerales, una mayor concentración de lactosa y menos proteínas, lo que la hace potencialmente más cariogénica, aunque se desconoce en qué medida esto pueda ser importante. Se ha hallado que la leche materna por sí sola no causa descalcificación del esmalte si no es en presencia de sacarosa, por lo que podría resultar cariogénica si se le da al niño un alimento rico en azúcares y después se le deja mamar sin límite de tiempo (Castaño de Casaretto, 2000).

1.3. Lactancia Mixta

Es la alimentación tanto con leche materna como con leche artificial. Es conveniente que, antes de dar alguna toma con leche artificial, la madre se extraiga leche que tenga congelada una reserva en previsión de eventualidades puntuales.

2. Factor microbiológico

2.1. Estreptococos mutans

Existen varios microorganismos que producen caries dentinaria, las bacterias más implicadas en las caries en lactantes y preescolares son los estreptococos mutans. El término “estreptococos mutans” es denominada a un grupo de bacterias con diversidad genética, antigénica y bioquímica, aunque comparten ciertos rasgos fenotípicos como la inducción de caries a partir del consumo de carbohidratos (sacarosa) por parte del huésped (Cuenca, Manau, Serra; 1988).

Los estreptococos mutans (MS, siglas en inglés de “mutans streptococci”), juntamente con otros microorganismos como es el caso de los lactobacilos, poseen un nivel muy elevado de aciduria y acidogenicidad en medio ácido en comparación con el resto de microorganismos de la placa; su capacidad de sintetizar glucanos extracelulares les confiere además gran virulencia, ya que aglutinan a las bacterias de la placa, promueven la colonización en la superficie dental (Wan, et al; 2001).

El grupo de los MS incluye a las siguientes especies: *S. mutans*, *S. sobrinus*, *S. cricetus*, *S. rattus*, *S. downei*, *S. macacaey* *S. ferus*. Los MS predominantes en la boca de la mayoría de los sujetos corresponden al *S. mutans*, mientras que el *S. sobrinus* aparece en menos individuos y en cantidades menores, estando en la mayoría de los casos asociado con el *S. mutans* (Wan, et al; 2001).

El *S. mutans* es la especie más vinculada con la caries dental. La cariogenicidad asociada al *S. sobrinus* no está todavía muy clara: aunque algunos estudios no hallan mayor valor especialmente elevado para esta especie, otros encuentran incluso mayor asociación de la prevalencia de caries y riesgo de futura patología con el *S. sobrinus* que con el *S. mutans* (Cuenca, Manau, Serra; 1988).

2.2. Colonización inicial por MS

La colonización inicial por MS en la cavidad oral de los niños es en general más tardía que la de otros estreptococos, como el *salivarius* o el *sanguis*, probablemente debido a las diferencias en los lugares donde colonizan. Los MS pueden entrar en contacto con los niños de manera muy precoz antes de la erupción dentaria, y de hecho algunos autores detectan estos microorganismos en la boca de niños presentados, aunque en pequeña cantidad, lo que podría corresponder a una contaminación ocasional y no a una colonización real (Fujiwara, et al; 1991).

2.3. Transmisión madre-hijo de MS

Las transmisiones del estreptococo mutan se da en muchas maneras de madre-hijo a través de contactos que puedan favorecer la llegada de saliva materna al niño como es el caso del uso de la misma cuchara, chupar el chupete, besos en la boca; en muchos estudios se encuentra relación entre el nivel de colonización por MS en las madres y el de sus hijos, aunque en otros no se halla esta relación, pero esto es un gran riesgo de contraer la caries a temprana edad (Berkowitz, Turner, Green; 1981).

Existen niveles salivales maternos de MS que están relacionados con el riesgo de infección inicial por MS en los niños. Esta transmisión madre-hijo se ha

relacionado y comprobado con la lactancia materna, especialmente si es prolongada en el tiempo. Por otra parte, se ha observado que la gran mayoría de los niños cuyas madres o cuidadoras presentaban MS en la cavidad oral tenían este microorganismo en los dientes o lengua; a su vez, la mayoría de este grupo de niños tenía descalcificación subsuperficial o clara caries en dentina (Berkowitz, Turner, Green; 1981).

Otro estudio que se realizó fue que encontraron menor nivel de MS entre los niños atendidos por otras personas a cargo de sus madres, lo que reforzaría la idea generalmente admitida de un papel especial de la madre en la transmisión de MS, posiblemente debido a que el sistema inmune del niño es capaz de seleccionar preferentemente las cepas maternas de MS de su propia progenitora (Berkowitz, Turner, Green; 1981).

Por último, hay estudios que destacan la relación entre niveles altos de MS en las madres y presencia de caries en sus hijos. Por todo lo visto, las medidas para reducir el nivel de MS en la madre podrían tener un efecto preventivo en los niños por su probable papel de transmisora (Smith, 2002).

3. Otros factores de riesgo y condicionantes internos

3.1. Higiene oral

La edad a la que se comienza a realizar una limpieza sistemática de los dientes temporales de los niños varía en los distintos ámbitos: de acuerdo a ciertos estudios, el cepillado en los preescolares se realiza con mayor frecuencia de manera incorrecta por la falta de información adecuada de sus padres o por dejar que el niño lo realice de forma autónoma o por su consentimiento sin supervisión del padre o la madre (Pinkman, 2001).

3.2. Hipoplasias de esmalte

Actualmente existen datos de numerosos estudios en países en vías de desarrollo o en comunidades desfavorecidas de países industrializados que demuestran una clara asociación positiva entre la hipoplasia de esmalte clínicamente visible y la

caries de comienzo temprano. En los niños con hipoplasia de esmalte, debido a que la resistencia de los dientes disminuye significativamente, incluso una cantidad relativamente pequeña de azúcar puede provocar caries, y en los países desarrollados podría ser el principal factor de predisposición a la caries de comienzo temprano para unos hábitos dietéticos comparables (Jackson, Ángeles; 1988).

3.3. Factores salivales

La insuficiente cantidad de saliva (flujo salival) trae como consecuencia la aparición de las caries de comienzo tempranos. Además, el consumo de azúcares durante la noche, con una salivación escasa, conlleva a una rápida aparición de las caries en los niños (Jackson, Ángeles; 1988).

3.4. Patologías sistémicas

Estudios recientes han demostrado la relación entre la caries de comienzo temprano y el bajo peso al nacer, las complicaciones en la etapa fetal o las dificultades en el parto, probablemente debido a una hipomineralización del esmalte. Un estudio, sin embargo, encontró mayor prevalencia de colonización temprana de MS –factor como se ha visto muy importante para el desarrollo de lesiones entre los niños nacidos a término que, entre el pre-término, pudiendo estar este dato relacionado con una menor frecuencia de contactos de riesgo madre-hijo en estos últimos niños. No están claros los mecanismos que relacionan la malnutrición crónica en países subdesarrollados con una mayor tasa de caries, aunque también podrían estar relacionados con la hipoplasia o con alteraciones en la composición y volumen de la saliva; se ha evidenciado además que los niños con caries de comienzo tempranos tienden a pesar menos que los niños sin la enfermedad, aunque esto podría deberse a la dificultad y el dolor que sienten al comer (Moya de Calderón, 2000).

4. Otros factores de riesgo y condicionantes externos

4.1. Factores de comportamiento, psicosociales

Algunos factores sociodemográficos han sido relacionados con una mayor incidencia de caries y tienen un valor predictivo relativamente elevado cuando se consideran grupos de niños de corta edad (EstrelaSanchis, 2001).

Los factores demográficos contemplados en los estudios han sido el origen racial o étnico y el nivel socioeconómico. En EE.UU., se ha observado que en la población hispana el índice de caries de comienzo tempranos es considerablemente mayor que en la población negra, que a su vez es mayor que en la comunidad blanca no hispana. Otros estudios encuentran también una asociación significativa entre la caries y el nivel educativo de las madres o de los padres; por otra parte, en varios países se ha comprobado una mayor prevalencia de caries de comienzo temprano en las minorías étnicas, que puede estar asociada con factores culturales y con dificultades de acceso a los servicios de salud (EstrelaSanchis, 2001).

4.2. Factores socioeconómicos

La presencia de caries se presenta tanto en los estratos altos, cómo en los estratos bajos, pero la severidad de caries dental es mayor en los bajos; estas familias en situación socioeconómica precaria, muchas veces son carentes de servicios sanitarios adecuados, viven en condiciones de hacinamiento, por lo que son más propensos a presentar caries, y tienen una gran desventaja respecto al primer estrato, por lo que los programas de prevención de salud oral deberían tener una mayor atención en este grupo (BORDONI, 2010).

4.3. Nivel educativo de las personas a cargo del niño

Un bajo nivel de educación de la madre y/o falta de madurez de los padres, indica un factor de riesgo para la presencia de caries dental, debido a que la persona con un grado de instrucción elevado, posee una mayor cantidad de conocimientos, y mejor capacidad de comprensión de información, lo que implica que estas personas tengan una mayor disposición al cambio y

mejoramiento de conductas erróneas. Así mismo con un nivel educativo elevado la persona tiene una mayor accesibilidad a bienes y servicios básicos, que le permitirán preservar una buena salud. (BORDONI, 2010).

3.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS:

- **CARIES DE INFANCIA TEMPRANA:** También llamada como caries de la primera infancia, caries de biberón, síndrome del biberón, caries rampante, caries vestibular. Se define como la presencia de uno o más dientes afectados por caries dental o superficies dentales obturados en niños menores de 71 meses.
- **PRIMERA INFANCIA:** Edad cronológica comprendida aproximadamente desde el nacimiento hasta los 3 años.
- **HÁBITOS ALIMENTICIOS:** Comprende la nutrición del niño (lactancia materna o artificial y mixta, comidas, alimentos procesados), horarios de alimentación, etc.
- **FACTORES DE RIESGO:** Es toda aquella situación que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad.

IV. MATERIAL Y METODOS.

4.1. Tipo y diseño de la investigación.

Se realizó un estudio enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, epidemiología comparativa de tipo: observacional, retrospectivo, transversal, de análisis univariado, cuyo objetivo fue: Determinar la Prevalencia de Caries Dental en niños de 6-36 meses de edad según tipos de lactancia en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018. Además, se utilizará estadística descriptiva para representar los resultados por medio de gráficos y tablas. (Supo, 2015, pp. 1 - 5).

Diseño de investigación: utilizara el diseño de un solo grupo con pre y post prueba o en línea cuyo esquema es el siguiente:



Dónde:

M: Muestra: niños de 6-36 meses de edad en el Hospital Virgen de Fátima, Chachapoyas

O1: Prevalencia de Caries Dental en niños de 6 - 36 meses de edad según tipos de lactancia en el Hospital Regional Virgen de Fátima.

4.2. Población, muestra y muestreo.

4.2.1. Población

Fue conformado por 100 niños de ambos sexos de 6-36 meses de edad en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas.

Sexo	NIÑOS Y NIÑAS DE 6-36 MESES DE EDAD EN HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA	
	REGISTRADOS	Participante en la muestra
Niños	50	28
Niñas	50	22

A. Criterio de Inclusión:

Niños y Niñas de 6 - 36 meses de edad, con lactancia materna exclusiva, artificial y mixta del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

B. Criterio de exclusión:

Niños y Niñas de 6 - 36 meses de edad, no cuenten con consentimiento informado de sus padres o cuidadores.

4.2.2. Muestra

La muestra estará conformada por 50 niños comprendidos entre 6 y 36 meses de edad, los cuales fueron escogidos de ambos sexos del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas y que asistieron regularmente durante el período 2018.

4.3. Métodos de Investigación

Durante el proceso de investigación, se emplearon los siguientes métodos científicos:

Inductivo – Deductivo: Que nos permitió explicar desde la realidad concreta hasta la teoría.

Hipotético – Deductivo: Permitted contrastar las hipótesis en ambas muestras de estudio.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Este estudio se realizó con la **técnica de la observación**

Para recabar la información **se utilizó como instrumento:** Se aplicará la Ficha de revisión odontológica

4.5. Materiales

- Uniforme y/o Mandil
- Guantes
- Espejos bucales
- Ficha para el llenado su historia clínica y la encuesta
- Lapiceros Azul y Rojo para el llenado del Odontograma

4.6. Procedimiento

En este trabajo de investigación la información necesaria se recopiló a través de los siguientes pasos:

- Solicitar la respectiva autorización al director del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas.
- Luego de haber obtenido el permiso, designare un día y hora para realizar la recolección de datos.
- Revisar las cavidades orales de los niños de 6-36 meses de edad que acuden al servicio de Odontología del Hospital Regional Virgen de Fátima y se registraran los datos de acuerdo a los criterios establecidos en función de las variables de estudio.
- Los datos obtenidos en las fichas se revisarán adecuadamente y sin datos faltantes se pasará a realizar en Excel.
- Los datos obtenidos se tabularán juntamente con el apoyo de paquetes estadísticos (spss25) para sus respectivos análisis estadísticos.
- Concluyendo a realizar un análisis de los resultados encontrados.

4.7. Análisis de Datos

La información final fue procesada en el Microsoft Excel 2010, y el software SPSS versión 25. La tasa de prevalencia y el uso de la estadística descriptiva simple de frecuencias.

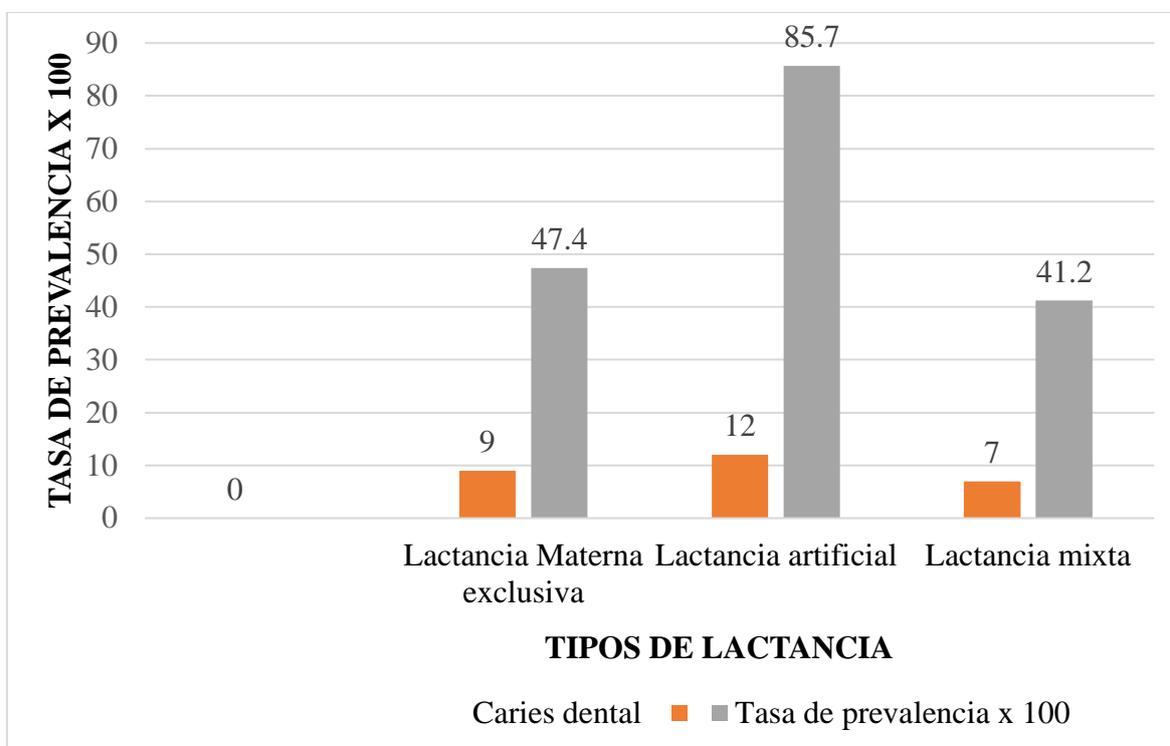
V. RESULTADOS

Tabla N° 1: Prevalencia de Caries Dental en niños de 6-36 meses de edad según tipos de lactancia en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.

Tipos de lactancia	Caries dental		Tasa de prevalencia x 100
	Sin	Con	
Lactancia Materna exclusiva	10	9	47.4
Lactancia artificial	2	12	85.7
Lactancia mixta	10	7	41.2
Total	22	28	56

Fuente: Ficha clínica del llenado del Odontograma

Figura N° 1: Prevalencia de Caries Dental en niños de 6-36 meses de edad según tipos de lactancia en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.



Fuente: Tabla 1

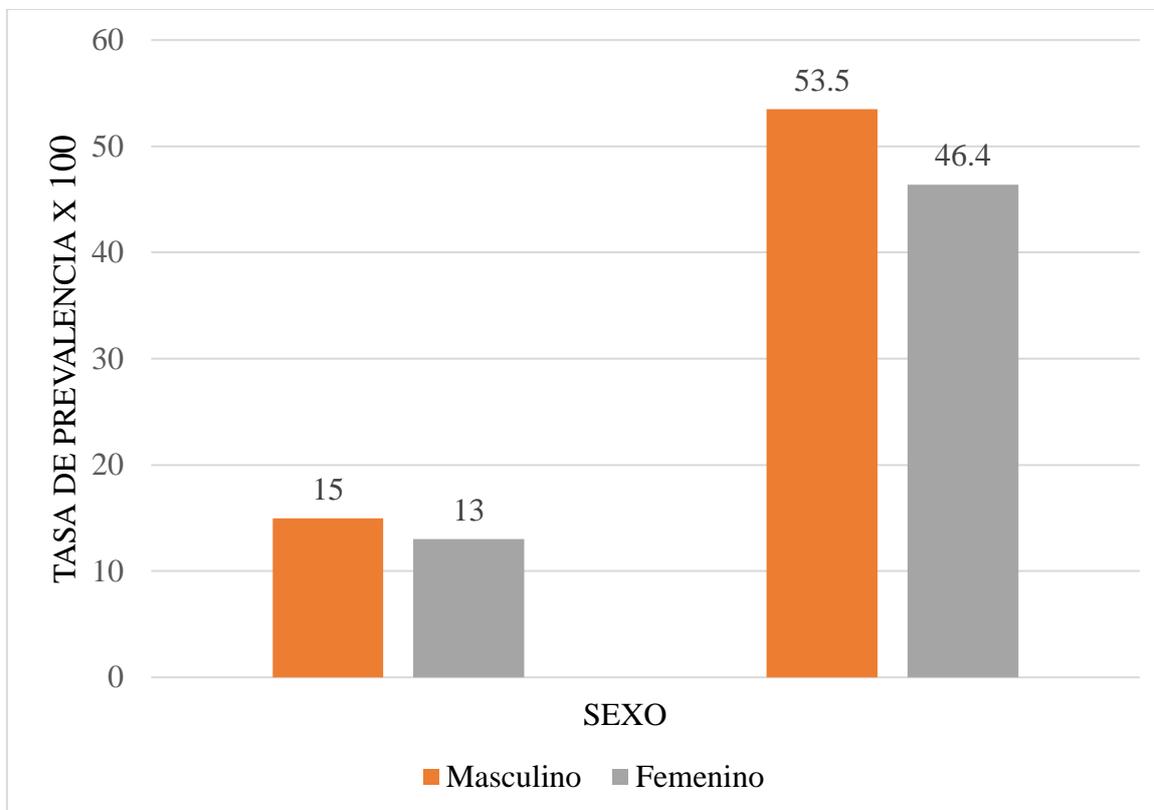
En la tabla 1 y Figura 1 se observa que: 9 niños de ambos sexos con lactancia materna exclusiva presentan una tasa de prevalencia de caries un 47.4 x 100, 12 niños de ambos sexos con lactancia artificial presentan una tasa de prevalencia de caries un 85.7 x 100 de, 7 de ambos sexos con lactancia mixta presentan una tasa de prevalencia de caries de 41.2 x 100. Por lo que la tasa de prevalencia de caries se da más en lactancia artificial.

Tabla N° 2: Caries dental en niños de 6 - 36 meses de edad de edad según tipos de lactancia de acuerdo a su sexo en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.

SEXO	CARIES DENTAL	TASA DE PREVALENCIA X 100
Masculino	15	53.5
Femenino	13	46.4
Total	28	56

Fuente: Ficha clínica del llenado del Odontograma

Figura N° 2: Caries dental en niños de 6 - 36 meses de edad de edad según tipos de lactancia de acuerdo a su sexo en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.



Fuente: Tabla 2

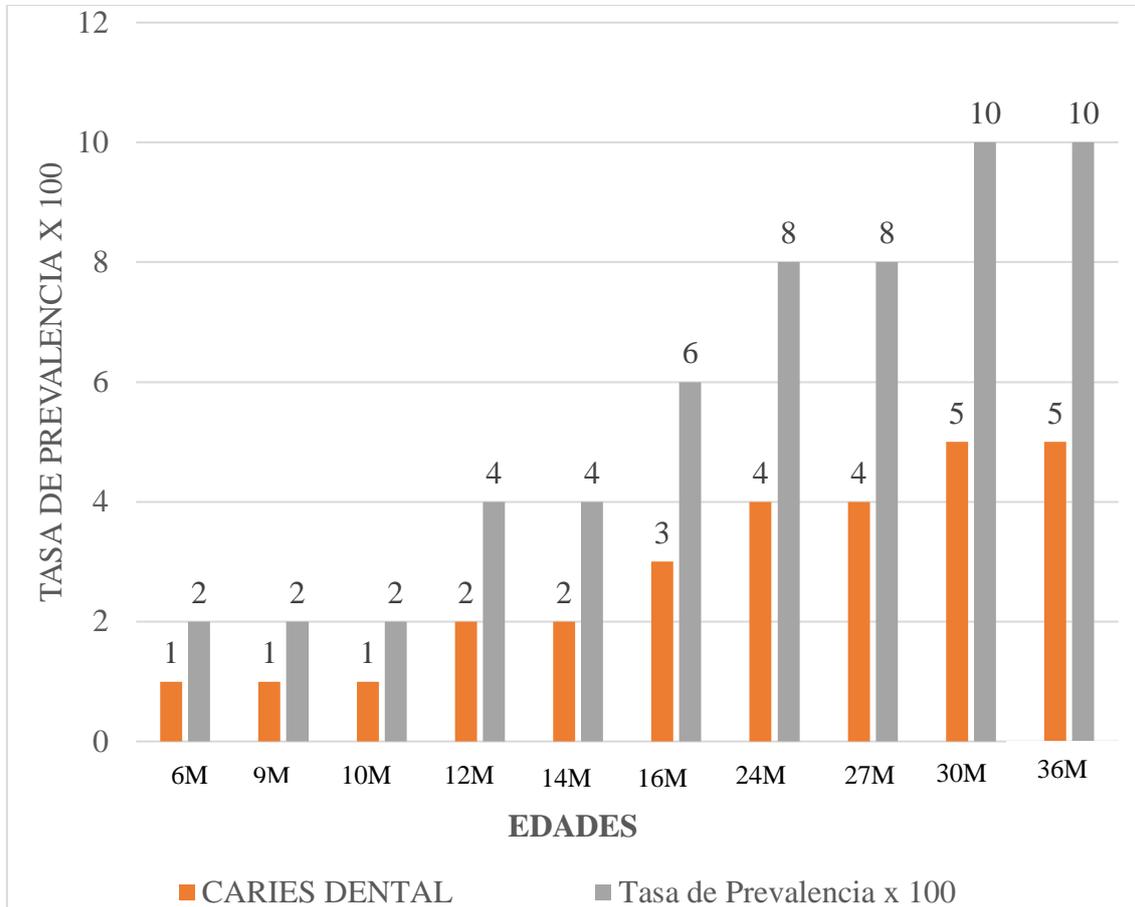
En la tabla 2 y Figura 2 se observa que: En el sexo masculino 15 niños presentan una tasa de prevalencia de 53.5 x 100 de caries dental, mientras 13 del sexo femenino presentan solamente un 46.4 x 100 tasa de prevalencia de caries dental. Por lo que el total de niños de ambos sexos con caries fueron 28 salió un promedio de 56 x 100 de tasa de prevalencia de que presentan caries dental. Por lo que el sexo masculino se produce más caries dental que en las mujeres.

Tabla N° 3: Caries dental en niños de 6 - 36 meses de edad según tipos de lactancia de acuerdo a sus respectivas edades en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.

Edad en meses	CARIES DENTAL	Tasa de Prevalencia x 100
6	1	2
9	1	2
10	1	2
12	2	4
14	2	4
16	3	6
24	4	8
27	4	8
30	5	10
36	5	10
Total	28	56

Fuente: Ficha clínica del llenado del Odontograma

Figura N° 3: Caries dental en niños de 6 - 36 meses de edad según tipos de lactancia de acuerdo a sus respectivas edades en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2018.



Fuente: Tabla 3

En la tabla 3 y Figura 3 se observa que: Las edades 6, 9 y 10 meses presentan una tasa de prevalencia de 2 x 100 de caries dental, las edades 12 y 14 presentan una tasa de prevalencia de 4 x 100 de caries dental, las edades 16 meses de edad presentan una tasa de prevalencia de 6 x 100 de caries dental, las edades 24 y 27 meses de edad presentan una tasa de prevalencia de 8 x 100 de caries dental, y finalmente la edad de 30 y 36 meses edad de caries dental de 10 x 100 de caries dental. Por lo que a mayor edad presentan más tasa de prevalencia de caries dental.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla 1 y figura 1 se observa que: Según los resultados que obtuve de los 28 niños encuestados, 9 niños de ambos sexos con lactancia materna exclusiva presentan una tasa de prevalencia de caries de 47.4 x 100, 12 niños de ambos sexos con lactancia artificial presentan una tasa de prevalencia de caries de 85.7 x 100 de, 7 de ambos sexos con lactancia mixta presentan una tasa de prevalencia de caries de 41.2 x 100.

Se dice que para el estudio similar por el autor Juárez, E. (2003). “Determinaron la asociación entre caries y alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón en niños de 1 a 4 años de edad”. Sus resultados de los 106 niños de la muestra total que fueron alimentados con biberón o lactancia artificial, 47 con una tasa de prevalencia de caries dental de 44.3 x 100, de los 59 fueron alimentados con leche materna, con una tasa de prevalencia de caries dental de 20.3 x 100.

En tal sentido en el estudio realizado en su investigación la tasa de prevalencia de caries se da más en lactancia artificial por parte de los niños de 6-36 meses de edad en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas con un 85.7 x 100, al respecto a mi estudio similar el autor Juárez, E. (2003) los niños de 1 a 4 años presentaron caries dental al ser alimentados por leche artificial con un 44.3 x 100 por lo que se concluye mayor caries dental al consumo a la lactancia artificial.

En la tabla 2 y Figura 2 se observa que: De los 28 niños y niñas encuestados con caries dental, el sexo masculino que son 15 niños presenta una tasa de prevalencia de 53.5 x 100 de caries dental, mientras 13 del sexo femenino presentan solamente un 46.4 x 100 tasa de prevalencia de caries dental. Por lo que el total de niños de ambos sexos con caries fueron 28 salió un promedio de 56 x 100 de tasa de prevalencia de que presentan caries dental.

Se dice que para el estudio realizado por el autor en un estudio realizado por Lyny, A, y Sgan, G. (2007). Se reportó en niños como en niñas de 12 a 36 meses nos da una tasa de prevalencia de 17,6 x 100 de caries dental en ambos sexos, en la cual tanto niños y niñas presentaban caries dental sin diferencia significativa.

En tal sentido en el estudio de Investigación dio un resultado distinto con respecto a los autores Lyny, A, y Sgan, G. (2007) a comparación a mis datos recolectados en la cual para dichos autores la tasa de prevalencia de caries se da para ambos sexo tanto masculino y femenino, mientras en mi estudio la tasa de prevalencia de caries dental se dio mayor predominio en el sexo masculino con 53.5 x 100 de caries dental diferencia al sexo femenino con un 46.4 x 100 tasa de prevalencia de caries dental. Concluyendo que hubo una discrepancia los resultados obtenidos por mi investigación con respecto a los autores mencionados.

En la tabla 3 y figura 3 se observa que: Las edades 6 y 9 presentan una tasa de prevalencia de 2 x 100 de caries dental, las edades 10 y 12 presentan una tasa de prevalencia de 4 x 100 de caries dental, las edades 14 y 16 meses de edad presentan una tasa de prevalencia de 8 x 100 y 12 x 100 respectivamente de caries dental, las edades 24, 27 y 30 meses de edad presentan una tasa de prevalencia de 16 x 100 de caries dental, y finalmente la edad de 36 meses edad de caries dental de 20 x 100 de caries dental.

Se dice que en los estudios de Tello. (2001). Reportó una tasa de prevalencia de caries dental de 19,1 x 100 en niños entre los 6 a 12 meses, una tasa de prevalencia de caries dental del 59,4 x 100 entre los 13 a 24 meses de edad y una tasa de prevalencia de caries dental del 79,3 x 100 entre los 25 a 36 meses de vida, que acudieron con sus madres para atenderse en una clínica de bebés en Lima. Por lo que resalto que los niños de mayor edad eran descuidados por sus madres y que solo cumplían en alimentarlos, pero olvidándose de lo más importante, su higiene bucal de sus hijos después de su alimentación, provocando la aparición de caries dental. Por lo que en la cual se demuestra que a mayor edad presentan más tasa de prevalencia de caries dental.

En tal sentido realizado en el estudio, hubo mayor predominio en las edades de 24, 27, 30 y 36 meses a presentar caries dental, por lo que hubo similitud por el autor Tello. (2001) que se reportó a mayor edad los niños presentaban mayor tasa de prevalencia de caries dental. Esto concluye que los niños de ambos sexos de mayor de edad tienden a presentar caries dental.

VII. CONCLUSIONES.

En mi primer lugar la prevalencia de caries en niños de 6 a 36 meses en el ciclo de vida del niño en el Hospital Virgen de Fátima fue una tasa de prevalencia de caries dental de 56 x 100.

En segundo lugar, los niños de ambos sexos presentan con lactancia materna exclusiva una tasa de prevalencia de caries de 47.4 x 100, con lactancia artificial presentan una tasa de prevalencia de caries de 85.7 x 100 de, con lactancia mixta presentan una tasa de prevalencia de caries de 41.2 x 100.

Y tercer lugar, las edades mayores de 24, 27 y 30 meses de edad presentan una tasa de prevalencia de 16 x 100 de caries dental, y la edad de 36 meses edad de caries dental de 20 x 100 de caries dental.

VIII. RECOMENDACIONES.

En primer lugar, se recomienda a los profesionales Odontólogos trabajadores del hospital Virgen de Fátima, aplicar un programa educativo - preventivo a nivel de la Red, el cual incluya la realización de controles periódicos a los niños desde la erupción de sus dientes.

En segundo lugar, es importante que las profesionales enfermeras, encargadas del programa de Crecimiento y Desarrollo, deriven a las madres con sus niños al Servicio de Odontología para que puedan recibir orientación respecto a las formas que tienen para realizar la higiene bucal de su menor hijo; así mismo la visita al odontólogo debe ser periódica, de tal modo que haya un seguimiento de la higiene para preservar su salud oral.

En tercer lugar, los profesionales nutricionistas, deberían incluir en sus charlas alimenticias a las madres gestantes, información sobre las dietas cariogénicas y orientación sobre la cantidad de azúcar “ideal” que se debe usar y los alimentos considerados como “buenos” para el futuro bebé.

Y en cuarto lugar, para los niños que ya tienen la enfermedad establecida, el Odontólogo debería realizar un seguimiento del paciente, que incluya diagnóstico y tratamiento precoces de acuerdo al riesgo de caries, de tal manera que se reduzca la incidencia de la enfermedad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Moya, C. (2003). Caries de la Infancia Temprana. *CulturOdontol.* 3(4),6–8
2. Pilonieta, G. (2003). Implicaciones de la Lactancia Materna en la Odontopediatría. *Medica UNAB*; 6(17) ,89- 92
3. Villena, RS. (2010). Perú. *Caries de infancia temprana II Encuentro Peruano de Odontología para Bebés. Libro de resúmenes del congreso, 2006.* Recuperado de: <http://www.odontobebeperu.org/acuerdos/02-01.pdf>
4. Bartolini, P. (2003). *Relación de caries de infancia temprana con los hábitos de higiene bucal y el nivel socio-económico* (Tesis Pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú.
5. Rojas, M. (2003). *Factores de riesgo en la producción de caries dental en niños de 6– 36 meses de edad del asentamiento humano “Túpac Amaru” de Ate Vitarte en noviembre del 2002* (Tesis Pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.
6. Calderón, A. (1996). Composición de proteínas de los sucedáneos de la leche materna más utilizados y su regulación sanitaria. *Salud Pública*, 38 (4), 268-275.
7. Juárez, E. (2003): “*Caries asociada a alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón*”. Puebla, México: Unidad de Medicina Familiar.
8. Erickson, P. (1999). Investigación del rol de la leche materna en el desarrollo de las caries. *Pediátrica DET*, 12, 86-90.
9. Flores, P. (2010). Nivel del PH salival de niños de 6 meses a 18 meses de edad con ingesta de leche evaporada modificada y leche materna. *Kiru*, 7(1), 16-24
10. Barbería, E. (1995). *Odontopediatría*, (1ra ed.). Barcelona, España: Massón.
11. Pinkman, L. (2001), *Odontología Pediátrica*. (3era ed.). Barcelona, España: Massón S.A.
12. Riobóo, R. (2002). *Odontología preventiva y odontología comunitaria*. (3ra ed.). Madrid, España: Avances.
López Del Valle, L. (1998). Caries de la primera infancia y factores de riesgo en niños puertorriqueños rurales. *ASDC J Dent Child*. 65 (2) ,132-5.
13. Villacorta, V. (1997). *Relación de la caries dental en infantes de 12 a 42 meses de edad que acudieron a los servicios de pediatría de los policlínicos del IPSS, Santa Rosa (Comas), Angamos (Miraflores) y hospital Nacional Cayetano Heredia* (Tesis Pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú.

14. Jackson, G. (1988). Factores condicionantes y determinantes en la incidencia del ‘Síndrome del Biberón’. *Bol MedHosp. InfantMex.* 45 (4), 240–244.
15. Castaño de Casaretto, H. (2000). Caries de biberón: innovaciones sobre etiología, características clínicas, prevención y tratamiento. *Bol AsocArgOdont Niños.* 29 (4), 7–12.
16. Cuenca, E. (1988). Los test salivares y la evaluación del riesgo microbiológico de caries. *Archivos de Odonto-Estomatología.* 4(4), 211- 220.
17. Fujiwara, T. (1991). Prevalencia de caries y estreptococos mutans salivales en niños de 0-2 años de Japón. *Community Dent Oral Epidemiol.* 19 (3), 4-151.
18. Berkowitz, R. J, J. (1980). Infección oral primaria de bebés con *Streptococcus mutans*. *Arch Oral Biol.* 25 (4), 4-221.
19. Smith, R. (2002). Indicadores de riesgo materno para caries infantiles en una población del centro de la ciudad. *Community Dent Oral Epidemiol.* 30 (3), 81-176.
20. Bordoni, N. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual* (1ra ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	ESCALA	Tipo de variable
Prevalencia de caries en aparición temprana de 6-36 meses de edad	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Realiza No realiza	Variable: Escala nominal	La variable es de tipo cualitativo
	LACTANCIA ARTIFICIAL	Realiza No realiza		
	LACTANCIA MIXTA	Realiza No realiza		
	Caries Dental	SI NO		
Genero del Infante	SEXO	MASCULINO FEMENINO	Variable: Escala nominal	La variable es de tipo cualitativo
Edad del infante	EDAD CRONOLOGICA DEL INFANTE	6 MESES 9 MESES 10 MESES 12 MESES 14 MESES 16 MESES 24 MESES 27 MESES 30 MESES 36 MESES	Variable: Escala ordinal	La variable es de tipo cuantitativo

ANEXO 03: Solicitud de permiso para ejecución de proyecto de Investigación académica.

**SOLICITA: PERMISO PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO EN HOSPITAL
REGIONAL VIRGEN DE FATIMA**

SEÑOR: DR. EDWIN GONZALES PACO

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD

Yo, Cristian Saúl Villalobos Terán, identificado con DNI N°: 73601395, con domicilio en el Jr. Kuelap N° 130, egresado de la escuela profesional de Estomatología de la facultad de Ciencias de la Salud de la UNTRM, me dirijo a usted para presentarme y exponerle lo siguiente:

Que, por ser requisito indispensable para la obtención del título profesional, ejecutar mi informe de investigación titulado: "PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6-36 MESES DE EDAD SEGÚN TIPOS DE LACTANCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA, CHACHAPOYAS-2018", le solicito para que envíe una solicitud al Director del Hospital, Dr. Jorge La Torre, para que me otorgue el permiso correspondiente para realizar la presente investigación en la institución. La cual empezaría el día 8 de noviembre hasta el 8 de diciembre del presente año.

Sin más que agregar y esperando pronta y positiva respuesta a mi solicitud me despido agradeciendo por anticipado su apoyo

VILLALOBOS TERAN CRISTIAN SAUL

DNI: 73601395

Chachapoyas, 6 de Noviembre del 2018