



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES CARIOSAS EN NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS DE
EDAD, QUE HA SIDO ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS DURANTE EL PERÍODO
SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2017

Autor

Esteban Andrés Valdivieso Luna

Año
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES CARIOSAS EN NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS DE EDAD,
QUE HA SIDO ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE-
OCTUBRE 2017

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Odontólogo General

Profesor Guía

Dra. Susana Loayza

Autor

Esteban Andrés Valdivieso Luna

Año

2018

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el (los) estudiante(s), orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Dra. Susana Loayza

1802912426

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro (amos) haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las Disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Dra. María Verónica Valle Valle

1804206090

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro (amos) que este trabajo es original, de mi (nuestra) autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Esteban Andrés Valdivieso Luna

1721344677

AGRADECIMIENTOS

Hoy puedo sentir un agradecimiento inimaginable hacia todas las personas que supieron darme las palabras correctas para nunca bajar la cabeza en este largo y duro camino pero lleno de satisfacciones. En primera lugar agradezco de manera especial a mis padres, por darme su apoyo incondicional, a mi hermano por ser mi soporte y mi sostén. Y a mi abuelo gracias por ayudarme a encontrar mi norte porque debido a eso no le temo a ningún obstáculo que se presente en mi camino. A todos y cada uno de mis docentes porque no solo transmitieron su conocimiento, sino el amor a esta carrera y poco a poco forjar en mí un profesional lleno de valores.

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicada a dos personas que en cada paso me apoyaron y depositaron su confianza en mí, desde el primer instante que tome la decisión de seguir esta hermosa carrera. A mi madre y a mi abuelo, dos grandes persona que juntas supieron dar la palabra correcta y el consejo adecuado para seguir adelante en la universidad, gracias a su ayuda han convertido en mí un excelente profesional y una correcta persona.

RESUMEN

OBJETIVOS: Este estudio tiene como propósito determinar la prevalencia de lesiones cariosas en pacientes de 5 a 8 años de la Universidad de las Américas.

MÉTODOS: En 57 pacientes con edades que oscilan entre 5 a 8 años de edad, se hizo una exploración clínica para evaluar cuantos pacientes presentan lesiones cariosas, se valoró con el código ICDAS. De esta forma se logrará verificar si existe una relación entre lesiones cariosas, género, edad, tipo de alimentación, y frecuencia de cepillado. Además del examen clínico, se realizó una encuesta para determinar qué factores están más asociados a la prevalencia y aparición de las de las lesiones cariosas en niños.

RESULTADOS: Del total de pacientes examinados el 100 % presento alguna lesión cariosa, siendo las piezas 4 y 5 de todos los cuadrantes son las que presentan los códigos ICDAS más altos y severos en destrucción. Se determinó que las lesiones cariosas no tienen prevalencia en género del paciente. El estudio de prevalencia de lesiones cariosas en pacientes de 5 a 8 años, demostró que el principal factor causal es el consumo de alimentos cariogénicos y la deficiente higiene oral después de consumirlos.

CONCLUSIONES: Se concluyó que en el grupo poblacional analizado presento una alta prevalencia de lesiones cariosas. Finalmente se entendió que una previa revisión de la literatura facilita y agiliza la identificación de lesiones cariosas.

Palabras clave: Lesiones cariosas, ICDAS, género, edad, alimentos cariogénicos.

ABSTRACT

Objectives: This study is intended to determine the prevalence of carious lesions in patients aged 5 to 8 years of the University of the Americas.

methods: In 57 patients with ages ranging from 5 to 8 years of age, a clinical examination was made to evaluate how many patients present carious lesions, it was assessed with the ICDAS code. This will make it possible to verify if there is a relationship between carious lesions, gender, age, type of feeding, and frequency of brushing. In addition to the clinical examination, a survey was conducted to determine which factors are most associated with the prevalence and appearance of those of carious lesions in children.

Results: Of the total number of patients examined 100% presented a carious lesion, with parts 4 and 5 of all the quadrants are those that have the highest ICDAS codes and severe in destruction. It was determined that carious lesions do not have a patient's gender prevalence. The study of prevalence of carious lesions in patients between 5 and 8 years, showed that the main causal factor is the consumption of cariogenic food and poor oral hygiene after consuming.

Conclusions: It was concluded that in the population group analyzed presented a high prevalence of carious lesions. Finally, it was understood that a previous review the literature facilitates and expedites the identification of carious lesions.

Key words: Carious lesions, ICDAS, gender, age, cariogenic foods.

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 Justificación	2
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Introducción	4
2.2 Etiopatogenia.....	4
2.3 Factor causal	5
2.3.1 Malos Hábitos del biberón y lactancia materna.....	5
2.3.2 Biofilm dental	6
2.3.3 Adquisición y colonización temprana de bacterias	6
2.3.4 Nivel socioeconómico y desigualdad en la salud oral.....	7
2.4 Prevención de lesiones cariosas de la primera infancia	7
2.4.1 Visitas tempranas al odontólogo y educación a los padres.	7
2.4.2 Aplicaciones de flúor.	9
2.5 Método de evaluación de caries	9
2.5.1 Código 0 no hay prueba de caries en esmalte seco.....	11
2.5.2 Código 1 mancha blanca en esmalte seco.....	11
2.5.3 Código 2 mancha blanca en esmalte húmedo	12
2.5.4 Código 3 Ruptura localizada del esmalte (micro-cavitación)	12
2.5.5 Código 4 Sombra oscura de dentina, con o sin ruptura del esmalte.....	13
2.5.6 Código 5 Cavidad con dentina visible hasta la mitad de la superficie	13
2.5.7 Código 6 Cavidad extensa con dentina visible más de la mitad de la superficie	14
3. CAPÍTULO III. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo general:.....	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4. CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
4.1 Tipo de estudio	15
4.2 Universo de la muestra	16

4.3 Muestra	16
4.4 Criterios de inclusión	16
4.5 Criterios de exclusión	16
4.6 Descripción del método	17
5. CAPITULO V. ANALISIS Y RESULTADOS	17
6. CAPITULO VI. DISCUSIÓN	45
7. CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
7.1 Conclusiones	47
7.2 Recomendaciones.....	48
REFERENCIAS	49
ANEXOS	53

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Día tras día los problemas dentales en niños avanzan de una manera desmesurada y esto se debe a diversos factores, uno de los principales es la infección por estreptococos mutans, que puede transmitirse en primera instancia por parte de la madre (Nakai, Mori, y Tamaoca, 2016, p.50). Otro factor predisponente son los hábitos y costumbres alimenticias, las cuales ayudan a la proliferación bacteriana en boca. La falta de conocimiento de los padres repercute seriamente en la salud oral de los niños, debido a que ellos se encargan de la enseñanza y limpieza oral del infante (Slusar, Suchitra, 2016, p. 35).

La etiología de las caries de primera infancia puede tener varias consecuencias, como: pérdida de función masticatoria, fonética, estética; pero como punto relevante la pérdida total de la pieza dentaria, la cual afectaría de una manera considerable la salud oral del niño, debido a que puede presentar otros tipos de problemas en un futuro como: apiñamiento dental, erupción temprana de los dientes definitivos, mala posición dental y falta de desarrollo del óseo (Borges, Ferreira, Kramer y Feldens, 2017,p.15).

Para evitar dicho padecimiento se busca la terapia adecuada con objeto de prevenir estas lesiones, tratamientos de flúor barniz logran evitar estas enfermedades ya que nos ayuda a fortalecer el esmalte dental y evitar futuras caries (García, Gregorich, Gomez,2017, p.11). Cabe recalcar que la visita temprana a un odontólogo especializado nos permite disminuir la prevalencia de estas lesiones (Murshid, 2016, p.12).

Las lesiones pueden tener varias consecuencias desfavorables para los niños que las padecen; por este motivo la persona encargada de cuidar y supervisar a los niños debe tomar conciencia para evitar que el niño contraiga esta

patología; como conocemos esta patología no está relacionada con la edad por otro lado se lo puede ligar con la higiene del niño (Kowash, Alkhabuli, Dafaalla, Shaha y Khamis, 2017, p. 9).

1.2 Justificación

Esta investigación nos brindara el conocimiento necesario para identificar los factores predisponentes de dichas lesiones, con la finalidad de educar tanto a los padres como a los niños sobre la higiene y cuidados necesarios que se deben realizar para poder tener una buena salud oral.

Debido a que los padres son un factor causal predisponente porque los niños dependen de ellos para poder adquirir los conocimientos necesarios sobre higiene oral.

Es muy frecuente encontrar estas lesiones al realizar el examen clínico, ya que esto se asocian de varios desencadenantes para que se desarrolle, si se encuentra presentes simultáneamente en el paciente esto lo convertirá en un paciente de alto riesgo para contraer esta enfermedad.

La finalidad de esta investigación es identificar la prevalencia de caries de la primera infancia en pacientes de la clínica odontológica de la Universidad de las Américas, porque existe una gran escasez de estudios realizados acerca de este tema en Ecuador, de forma que se desconoce el impacto que pueden tener estas lesiones en nuestra población.

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Un sin número de veces se ha pensado que la caries dental es una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo debido a que afecta a millones de personas, pero se debe considerar en qué etapa de la vida se desarrolla (Tsuguhiko,2015, p.304).

Los problemas dentales en niños en su primera infancia avanzan de una manera desmesurada y esto se debe a diversos factores, uno de los principales es la infección por estreptococos mutans que puede su trasmisión puede darse por primera instancia por parte de la madre (Folayan, 2015, p.8).

La falta de conocimiento de los padres repercute seriamente a la salud oral de los niños debido a que ellos son encargados de la enseñanza y limpieza oral del niño (Dooley,2016, p.7).

La Caries de la primera infancia antes conocida como Caries de Lactancia o de Biberón es una de las patologías que si no son controladas a tiempo tienen una progresión rápida y es menospreciada por los padres debido a que consideran que no importan porque son dientes que a la final se perderán (Yan,2016, p.56).

La caries de primera infancia puede tener varias consecuencias para los niños que las padecen, como pérdida de función masticatoria, fonética, estética, pero como punto relevante la pérdida total de la pieza dentaria, la cual afectaría de una manera considerable debido a que puede presentar otro tipo de problemas en un futuro como: apiñamiento dental, erupción temprana de los dientes definitivos y mala posición, falta de desarrollo del óseo (Boneta et al ,2016, p.5).

2.1 Introducción

Las lesiones cariosas tienen como factor relevante el consumo prolongado del biberón o bebidas azucaradas, higiene, dichos factores si se los asocian esta patología convierten en una de alto riesgo porque tiene una progresión muy rápida en la dentición primaria de los niños (Kotumachagi, 2016, p.229).

Esto se debe por un prolongado contacto de la bebida azucarada con el diente del niño, esta también relacionada en niños lactantes debido a que en el momento de la lactancia son por largos periodos tiempo o también cuando los objetos o chupones son remojados en contenidos dulces para el agrado del infante (García, 2017, p.8).

Como un punto relevante es que los niños han optado el hábito de dormir con el biberón con un contenido glucosa o que contenga maltosa, lactosa, sacarosa y este factor los predisponen a que puedan generar caries con mayor facilidad debido a que pasa varias horas hasta lograr correcta limpieza (Moynihan, 2016, p.155).

Para evitar las caries de la primera infancia, no se debe permitir que el infante utilice el biberón por tiempos prolongados y mucho peor que duerma con el mismo (Jordan, 2016, p. 5). Se debe tener presente que después del uso del biberón se debe realizar una correcta limpieza de los dientes del niño, se lo puede realizar con cepillos dentales de cerdas suaves y un dentífrico especial para niños si el infante aún no tiene piezas dentales se recomienda el uso de una gasa remojada en agua de manzanilla o simplemente agua. Gracias a este procedimiento removeremos todos los residuos de alimentos que se encuentren en la cavidad oral del niño (Yukie, 2016, p. 304).

2.2 Etiopatogenia

La aparición de este tipo de lesiones tiene una estrecha relación con varios

factores modulares. Como puede ser, la eficacia de la higiene oral, hábitos adquiridos, tipo de alimentación, presencia de placa bacteriana, nivel socioeconómico, colonización temprana de bacterias (Wondemagegn, 2014, p. 4). Se ha realizado una serie de estudios relacionados con la interacción de la glucosa con las caries dentales por lo que se utilizó caña y remolacha de azúcar para saber qué relación había con dicha patología y llegaron a concluir que la sacarosa es una de las principales factoras para la proliferación de caries (Sun, 2016, p. 5).

Se buscó reemplazarla para obtener un beneficio y tratar de reducir la prevalencia de caries, una de las recomendaciones es reducir la ingesta de azúcares para evitar problemas dentales a futuros (Pitts, 2011, p.210).

2.3 Factor causal

El desarrollo de esta patología se deriva de una gran variedad de factores y la presencia de varios de ellos en los niños aumentara el nivel de riesgo de generar dicha (Matsuyama, 2016, p. 568).

2.3.1 Malos Hábitos del biberón y lactancia materna

Este factor está relacionado con la frecuencia y la composición de los alimentos ingeridos por el niño, debido que los padres optan por bebidas azucaradas debido a que a su consideración serán de mayor agrado par el niño, pero el principal problema es después de dicha ingesta no ocurre una correcta limpieza del mismo y es donde se generan las condiciones necesarias para empezar a generar lesiones de la estructura dental (Sachdev, 2016, p. 16). Para los niños lactantes el principal error es que las madres los acostumbran a amamantarlos en todo momento por ejemplo para calmarlo para llevarlo a dormir o por el simple ellos para que dejen de llorar, pero como lo hemos mencionado el problema recae en la limpieza y la frecuencia (Moynihan,2014, p. 15).

En el 2001 en un estudio de 43 383 niños lactantes de los cuales 54% fueron alimentados con leche materna por alrededor de 6 a 7 meses, un 22% igualmente fueron alimentados con leche materna pero parcialmente y el 6 % solo se alimentaron con formula se pudo demostrar que los que recibieron una leche materna durante 6 a meses si índice de caries fue reduciendo a media que iban creciendo, mientras que los 2 grupos restantes aumentaron su riesgo de a generar caries (Ribeiro, 2016, p. 1218).

2.3.2 Biofilm dental

La retención de placa bacteriana no con lleva que la higiene del niño es deficiente y la presencia de la misma logra generar caries en las zonas donde el diente tiene menos cantidad de esmalte, recordemos que en la estructura de un diente temporal se compone con mayor cantidad de pulpa y dentina y menos cantidad de esmalte por esta razón la destrucción dentaria es más acelerada (Avila,2015, p.12)

Esto se da debido a que en las zonas donde se acumula mayor cantidad de placa bacteriana hay más predisposición de generar caries debido a que son donde las colonias de bacterias afecten la estructura dental (Abanto, 2017, p. 6).

2.3.3 Adquisición y colonización temprana de bacterias

La presencia de bacterias nuevas en el organismo del niño nos lleva a que el mismo deba combatir y vivir con dichas bacterias por un mayor tiempo y esto lo convierte en un factor de riesgo causal de perdida de estructura dental hasta de fracturas dentales (Borges, 2017, p. 5).

Y este factor se da por el desconocimiento de los padres debido a que comparten instrumentos que ya han sido contaminados con su saliva como instrumentos de cocina o por el simple hecho de besar a sus hijos, con esto actos se expone a una

futura colonización de bacterias que son más agresivas en la cavidad oral (Correa,2015, p. 6).

2.3.4 Nivel socioeconómico y desigualdad en la salud oral

La situación económica sea relaciona de manera indirecta con el tema mencionado, pero se puede decir que repercute de manera considerable debido que las personas que carecen de una buena posición económica (Gokhale, 2017, p. 129).

No tienen los mismos recursos tanto a nivel de la salud como el conocimiento necesario para poder transmitir las enseñanzas y hábitos a sus hijos como una correcta limpieza de la cavidad oral, o el simple hecho de tener los mismo instrumento como un cepillo dental, colutorios, dentífricos, seda dental (Kearns,2015, p. 5).

Pero la desigualdad no solo se ve a nivel familiar sino a nivel mundial donde los países desarrollados en comparación de países menos desarrollados dado a que ellos tienen mayor información mejores materiales instrumentos, que para otros países es escasos (Granville,2015, p. 6).

2.4 Prevención de lesiones cariosas de la primera infancia

2.4.1 Visitas tempranas al odontólogo y educación a los padres.

Estudios realizados en Arabia Saudita nos revela que postergar la visita al odontólogo esto aumenta el índice de caries, por este motivo se recomienda que la visita se recomienda en la primera aparición dental por varios factores, como prevención con aplicaciones de flúor (Watanabe, 2014, p.13). Enseñar a los padres las técnicas necesarias para poder dar una correcta limpieza a los dientes del niño y un punto positivo es la familiarización del infante al consultorio y al profesional (Markovic, 2016, p. 22).

Es importante conocer periodo cronológico de cuidados de infante.

Entre 0 y 3 años de edad el pediatra debe fomentar la lactancia materna y más tarde seleccionar un biberón, pero su uso debe ser terminantemente con “cero azúcares”. Se debe comprobar la erupción del primer diente e informar a los padres sobre la secuencia de erupción. Deben retirarse a partir de los 24 meses todos los hábitos orales parciales como: chupar dedo o chupón, educar a los padres sobre las formas de prevenir la caries dental familiarizar con el uso adecuado de técnicas de cepillado dental y de la lengua, alertar sobre los alimentos cariogénicos y educar sobre la prevención y protección de la caries.

En el período de transición preescolar de los 3 a los 5 años, con el fin de mantener las condiciones adecuadas de espacio en las arcadas dentarias, se deben identificar y remitir rápidamente al especialista los pacientes que presenten caries dentales, reconocer y desalentar cualquier hábito oral pernicioso, como chupar el dedo o chupón, la deglución atípica y la interposición o aspirar con el labio inferior.

Una de las maneras para educar a los padres de una correcta higiene oral de sus hijos es mostrándoles videos de la técnica correcta de cepillado, otro método es pidiendo que representante del niño lleve el cepillo antiguo que esté usando el niño y de una manera didáctica enseñarle en una phantoma la manera correcta de cepillar los dientes de su hijo y por ultimo para reforzar lo aprendido se le puede entregare un folleto que contenga la información necesaria sobre el cuidado y de la salud oral en el infancia.

Un aspecto importante es si infante ya presenta dichas lesiones debemos categorizarlo con el grado de severidad que se encuentre de esta manera procederemos a un correcto plan de tratamiento, y por otro lado redireccionar al padre sobre la salud oral de su hijo y de esta manera tratar de disminuir el grado de severidad que presente el infante.

2.4.2 Aplicaciones de flúor.

El flúor es un material que nos permite remineralizar de una manera correcta a las piezas dentarias por esta razón es una buena opción, pero no se puede abusar de este material debido a que puede causar daños futuros a las piezas definitivas y también daños estomacales (Ebtissam, 2016, p. 144).

La colocación de un flúor barnices a nivel profesional una gran opción debido a que nos permite aplicar en las zonas más afectadas del diente, pero se debe tomar en cuenta que este método es preventivo no es correctivo cuando la lesión ya está presente (Chankanka, 2011, p. 293).

Para evitar dicho padecimiento se busca la terapia adecuada para prevención que puede ser tratamientos de flúor barniz sabiendo que dicho sustancia nos ayuda a fortalecer el esmalte dental, evita futuras caries debido a que se adhiere una fina capa de flúor en las superficies de las piezas dentarias y esto nos ayuda reforzando al esmalte (Bermudez, 2015, p. 12).

Otro factor que nos permitiría disminuir la prevalencia de estas lesiones seria la visita temprana a un odontólogo especializado (Koya, 2016, p. 254).

Por otro lado, el excesivo uso de flúor nos puede causar un efecto toxico para el infante puede presentar daño en el sistema gástrico intoxicación, y un daño permanente del esmalte de los dientes permanentes si lo mencionado ocurre antes de los 6 meses por ser responsable de una fluorosis dental. (Kearns,2015, p. 8)

2.5 Método de evaluación de caries

Se empleará el Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS), debido a su amplio margen de diagnóstico y para mayor entendimiento debemos conocer que es un nuevo sistema internacional de

detección y diagnóstico de caries, que tiene una validez en Baltimore, Maryland. USA en el año 2005, para ejercer la práctica clínica, y como otro punto relevante ayuda a la investigación y generación de programas de salud pública. Tiene como principal objetivo generar un método visual para la localización de la caries, en fase temprana, aparte de calificar la severidad de la lesión y detectar el nivel de actividad de la misma. (Douglas, 2014)

Se llevó a cabo un estudio por el departamento cario de Cariología, Ciencias de la Restauración y Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Michigan en 2007, pudieron determinar que el sistema es de fácil manejo, práctico, tiene el suficiente respaldo de contenido, valor con el examen histológico de las fosas y fisuras en dientes extraídos. Como uno de sus puntos relevantes es especialmente útil para el diagnóstico y detección temprana de caries de esmalte. (Ismail AI, 2007)

Este sistema consta de códigos los cuales evaluarán en escalas por el grado de severidad y si la pieza se encuentra restaurada, sellada, o perdida. De esta manera se podrá identificar de mejor manera el estado de las mismas. En el siguiente cuadro representaremos los códigos y sus respectivas interpretaciones.

Tabla 1.

Interpretación

	INTERPRETACIÓN
CÓDIGO	
0	Sano
1	Mancha blanca en esmalte seco
2	Mancha blanca en esmalte húmedo
3	Pérdida superficial menor a 5 mm
4	Sombra oscura en dentina
5	Cavidad en dentina mayor a 5 mm
6	Pérdida mayor al 50% de la superficie dentaria

2.5.1 Código 0 no hay prueba de caries en esmalte seco

Este código nos ayuda a identificar que daños congénitos del desarrollo como hipoplasias, fluorosis o pigmentos por hábitos del paciente no entran en esta categoría. Esta consideración del examinador considerar si el paciente tiene esta patología. (Douglas, 2014)

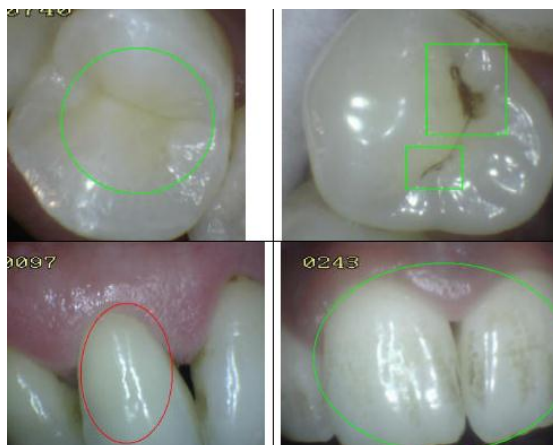


Figura 1: Recuperado del Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (Douglas, G. 2014)

2.5.2 Código 1 mancha blanca en esmalte seco

Se puede identificar la lesión al momento de airear durante 5 segundos en este momento se podrá localizar una opacidad o mancha tanto blanca o marrón, generalmente se encuentran en el fondo de fosas y fisuras. (Douglas, 2014)



Figura 2. Recuperado del Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (Douglas, G. 2014)

2.5.3 Código 2 mancha blanca en esmalte húmedo

Se observa al simple hecho de que el esmalte se encuentre humedecido por la saliva dicha lesión se podrá determinar como una mancha blanca o marrón, no presentan brillo y denotan desmineralización del esmalte. (Douglas, 2014)

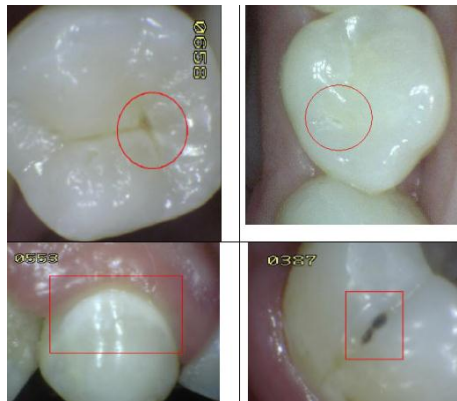


Figura 3. Recuperado del Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (Douglas, G. 2014)

2.5.4 Código 3 Ruptura localizada del esmalte (micro-cavitación)

El diente en estado húmedo presentara una mancha, adicional a esta se podrá observar una micro-cavitación menor a 0.5mm, para facilitar el diagnostico se podrá contar con la ayuda de una sonda periodontal donde su extremo en forma de bola pase sobre toda la lesión si retenerse. (Douglas, 2014)



Figura 4. Recuperado del Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (Douglas, G. 2014)

2.5.5 Código 4 Sombra oscura de dentina, con o sin ruptura del esmalte

Esta lesión se visualiza como una sombra de decoloración visible a través de una superficie de esmalte sin daño aparente, la que puede o no mostrar signos de descomposición. Es más fácil de determinarla cuando el esmalte se encuentre en estado húmedo, es común confundirse con el código anterior pero el examinador deberá valorar si la pieza dentaria se encuentra con una cavitación mayor a 0.5mm o ya se manifiesta la dentina. (Douglas, 2014)

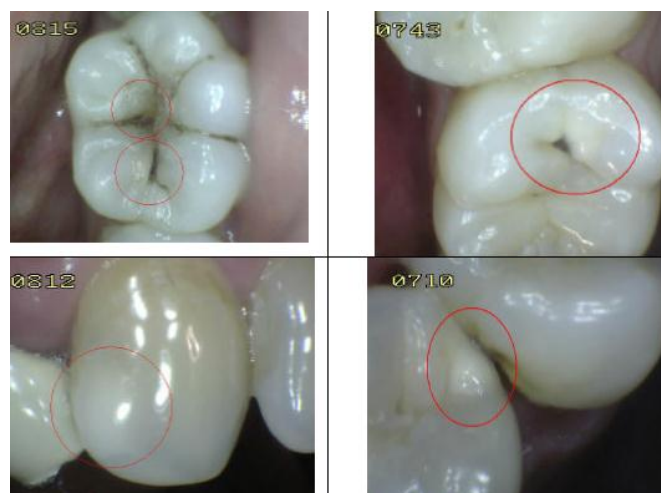


Figura 5. Recuperado del Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (Douglas, G. 2014)

2.5.6 Código 5 Cavidad con dentina visible hasta la mitad de la superficie

Se manifiesta con una cavidad ya visible, que se puede observar la dentina tanto en las paredes como en el piso de la pieza, la profundidad es mayor a 0.5mm. El examinador podrá ayudarse con una sonda periodontal pasando suavemente en el fondo de la cavidad y valorando la profundidad de la cavidad, se debe acotar que la pérdida dentaria no debe superar la mitad de la de la corona clínica. (Douglas, 2014)



Figura 6. Recuperado del Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (Douglas, G. 2014)

2.5.7 Código 6 Cavity extensa con dentina visible más de la mitad de la superficie

La lesión presenta una destrucción mayor de la mitad coronaria de la pieza dentaria, se puede observar una gran cantidad de dentina. No es conveniente usar una sonda periodontal debido a que se puede presentar una exposición pulpar. (Douglas, 2014)



Figura 7. Recuperado del Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (Douglas, G. 2014)

3. CAPÍTULO III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

- Conocer la prevalencia de las lesiones caries en niños de 5 a 8 años de edad que ha sido atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar los factores causales de las lesiones cariosas en niños de 5 a 8 años de edad que ha sido atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas.
- Cuantificar las cantidades de casos que se han presentado en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas.

4. CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo Descriptiva Observacional y Transversal.

Descriptiva observacional: Ya que no se enfoca en recopilar información sin influir en dicho tratamiento ni manipular el medio en el que se desarrolla.

Trasversal: porque no se va a intervenir ni causar daño al paciente solo a recolectar información, debido a que se hará seguimiento a los pacientes.

4.2 Universo de la muestra

El universo estará constituido por los pacientes que asistan a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas deberán estar presentes con caries de la primera infancia.

4.3 Muestra

Serán seleccionados 57 individuos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

4.4 Criterios de inclusión

- Pacientes que cumplan el rango de edad
- Pacientes de ambos géneros
- Pacientes que acepten voluntariamente realizar dicho estudio y firmen el consentimiento informado.

4.5 Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten el tratamiento
- Pacientes que no cumplan el rango de edad.
- Pacientes que presenten enfermedades sistémicas.
- Pacientes que no colaboren a la inspección.

4.6 Descripción del método

Se procederá a realizar una solicitud para ingresar a la clínica odontológica posteriormente se hará un consentimiento informado para hacer firmar a los padres del paciente informando todo en dicho documento. Se utilizará guantes, mascarillas, equipos de diagnóstico completos, luego se procederá a evaluar cuáles son las piezas más afectadas y el rango de severidad de destrucción de dichas piezas. Se evaluará, con la ayuda de la escala ICDAS, para facilitar tanto el diagnóstico como la clasificación de caries dental que puedan presentar las piezas evaluadas.

Una vez recolectados los datos de todos los pacientes necesarios se hará un análisis estadístico para observar cuáles son las piezas dentarias sufren con mayor daño y en qué grado de severidad de destrucción se encuentran.

5. CAPITULO V. ANALISIS Y RESULTADOS

Se examinaron 57 pacientes de la Clínica de la Universidad de las Américas, para valorar la prevalencia de lesiones cariosas en niños, el grupo etario va desde 5 hasta 8 años, el método usado fue mediante el código I.CD.A.S, los datos fueron recopilados con el odontograma que este código nos facilita y los resultados fueron reflejados con el código más severo de cada pieza. De los evaluados, el 21,1% son de 5 años, el 29,8% son de 6 años, el 26,3% son de 7 años y el 22,8% son de 8 años.

Tabla 2.

Distribución porcentual según la edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5 años	12	21,1	21,1	21,1
	6 años	17	29,8	29,8	50,9
	7 años	15	26,3	26,3	77,2
	8 años	13	22,8	22,8	100,0
	Total	57	100,0	100,0	



Figura 8. *Distribución porcentual por edad*

De la población estudiada (57 pacientes), la distribución porcentual de acuerdo al género: el 50,9% son de género Masculino y el 49,1% son de género Femenino.

Tabla 3.

Distribución porcentual de acuerdo al género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Masculino	29	50,9	50,9	50,9
Femenino	28	49,1	49,1	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

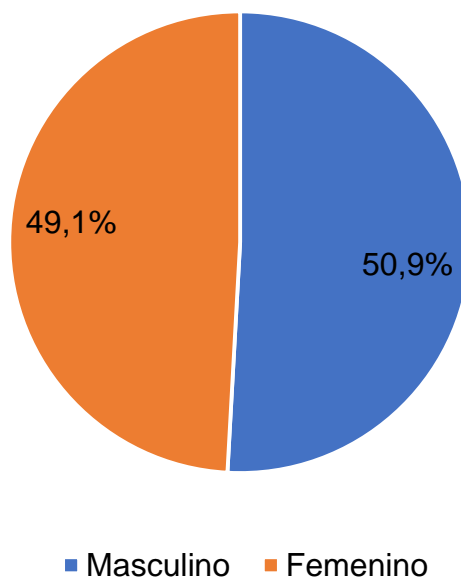


Figura 9. Distribución porcentual de acuerdo al género

De los evaluados, el 29,8% indican que si tiene ingesta de antibióticos antes de los 6 meses y el 70,2% indican que No.

Tabla 4.

Ingesta de antibióticos antes de los 6 meses

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	17	29,8	29,8	29,8
	NO	40	70,2	70,2	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

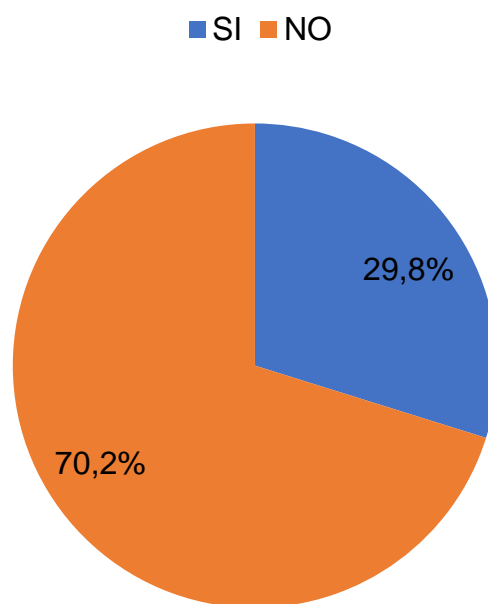


Figura 10. *Ingesta de antibióticos antes de los 6 meses*

De los evaluados, el 38,6% indican que la primera visita al odontólogo es entre 1-2 años, el 54,4% indican que es entre 3-5 años y el 7,0% que es entre 5-8 años.

Tabla 5.

Primera visita al odontólogo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1-2 años	22	38,6	38,6	38,6
	3-5 años	31	54,4	54,4	93,0
	5-8 años	4	7,0	7,0	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

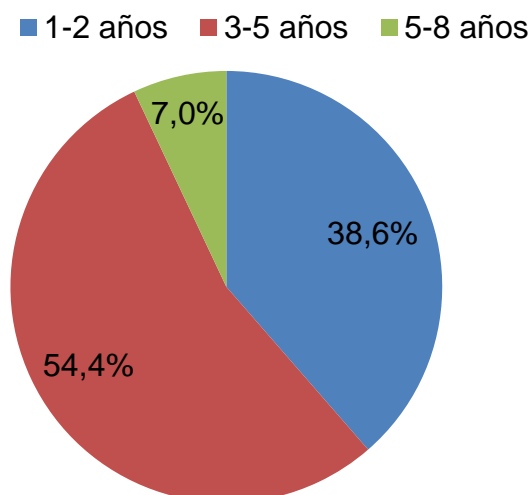


Figura 11. *Primera visita al odontólogo*

El 36,8% de los evaluados indican que la razón de la primera visita es Preventivo y el 63,2% indican que es por motivo restaurativo.

Tabla 6.

Razón de la primera visita

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PREVENTIVO	21	36,8	36,8	36,8
	RESTAURATIVO	36	63,2	63,2	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

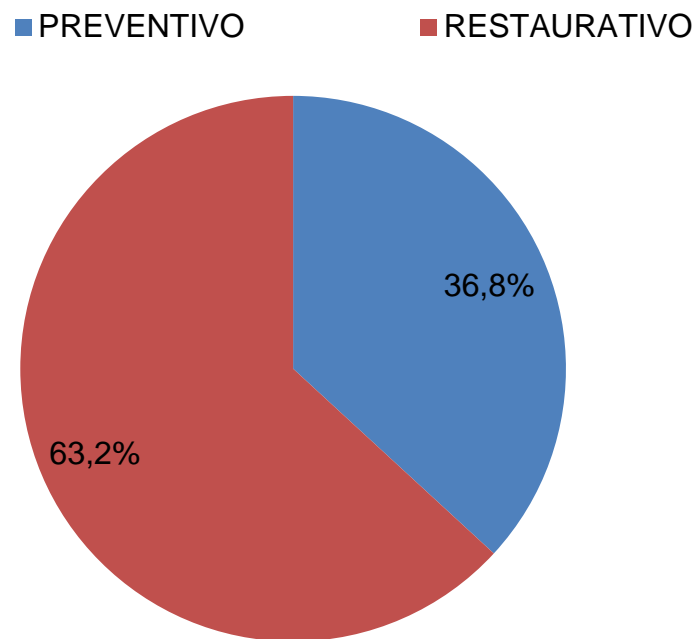


Figura 12. Razón de la primera visita

De los evaluados el 100% indican que si consume alimentos cariogénicos.

Tabla 7.

Distribución porcentual de consumo de alimentos cariogénicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	57	100,0	100,0	100,0

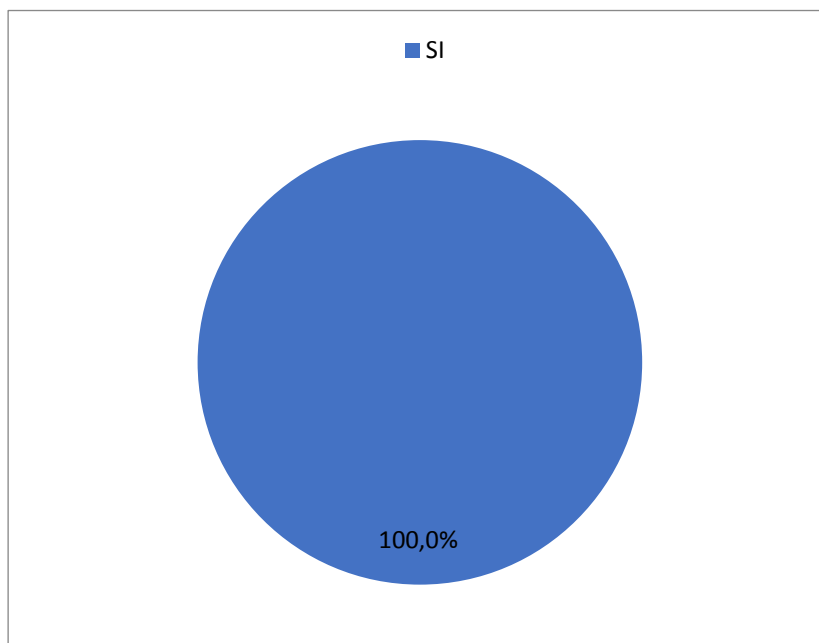


Figura 13. *Distribución porcentual de consumo de alimentos cariogénicos*

De los evaluados el 19,3% Indican que consumen Chicles, el 10,5% que son Chupetes, el 33,3% Caramelos masticables y el 36,8% que son Chocolates.

Tabla 8.

Distribución porcentual de alimentos cariogénicos que consumen con mayor frecuencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Chicles	11	19,3	19,3	19,3
	Chupetes	6	10,5	10,5	29,8
	Caramelos masticables	19	33,3	33,3	63,2
	Chocolates	21	36,8	36,8	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

- CHICLES
- CHUPETES
- CAMELOS MASTICABLES
- CHOCOLATES

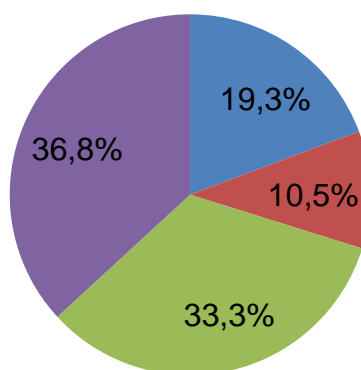


Figura14. *Distribución porcentual de alimentos cariogénicos que consumen con mayor frecuencia*

De los evaluados, el 43,9% indican que la frecuencia de consumo es de 1 vez al día, el 52,6% que es 1 vez a la semana y el 3,5% que es 1 vez al mes.

Tabla 9.

Distribución porcentual de frecuencia de consumo

	Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1 vez al día	25	43,9	43,9	43,9
1 vez a la semana	30	52,6	52,6	96,5
1 vez al mes	2	3,5	3,5	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

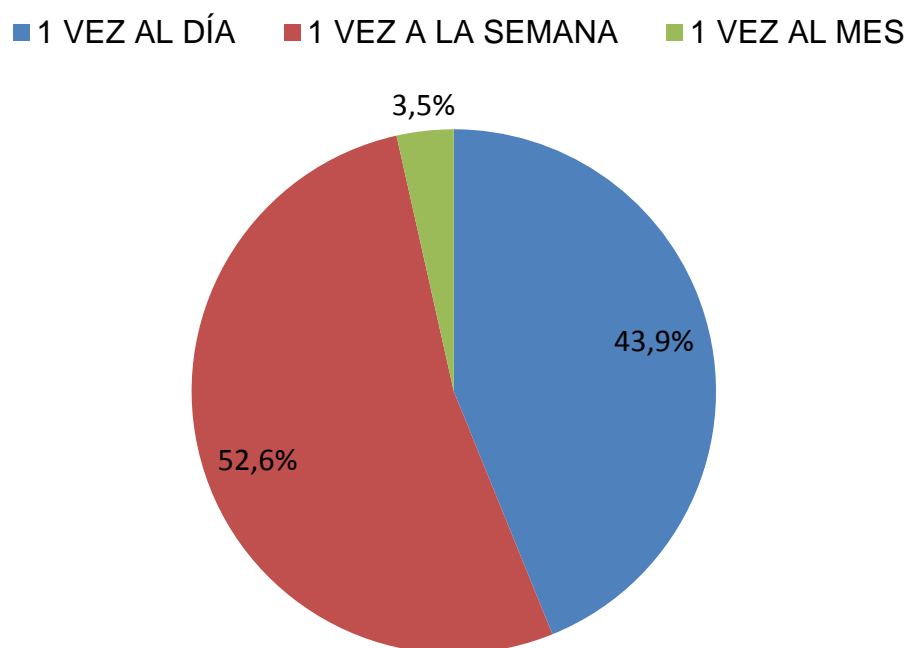


Figura 15. *Distribución porcentual de frecuencia de consumo*

De los evaluados, el 10,5% indican que, si se cepillan después de ingerir estos alimentos, el 89,5% indican que no se cepillan.

Tabla 10.

Distribución porcentual de cepillado dental después de ingerir estos alimentos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	6	10,5	10,5	10,5
	NO	51	89,5	89,5	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

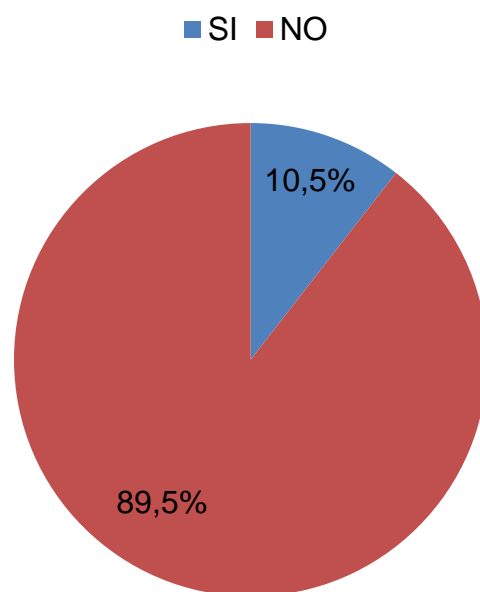


Figura 16. *Distribución porcentual de cepillado dental después de ingerir estos alimentos*

Según los evaluados, el 22,8% dice que se cepilla los dientes 1 vez al día, el 57,9% 2 veces al día y el 19,3% 3 veces al día.

Tabla 11.

Distribución porcentual de cepillado dental después de ingerir estos alimentos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 VEZ	13	22,8	22,8	22,8
	2 VECES	33	57,9	57,9	80,7
	3 VECES	11	19,3	19,3	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

■ 1 VEZ ■ 2 VECES ■ 3 VECES

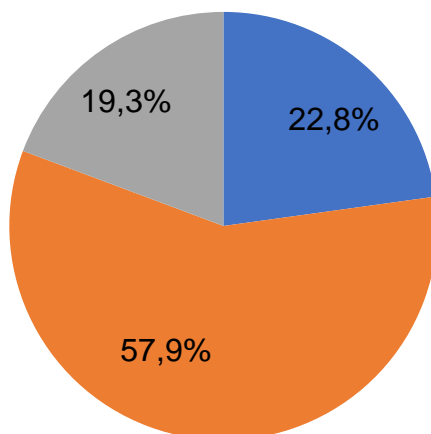


Figura 17. *Distribución porcentual de Distribución porcentual de cepillado dental después de ingerir estos alimentos*

De los evaluados el 73,7% indican que, si se cepillan los dientes sin ayuda de sus padres, el 26,3% indican que no.

Tabla 12.

Distribución porcentual si se cepilla los dientes sin ayuda de sus padres.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	42	73,7	73,7	73,7
	NO	15	26,3	26,3	100,0
	Total	57	100,0	100,0	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

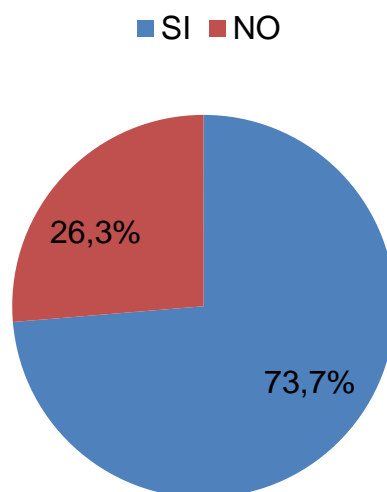


Figura 18. *Distribución porcentual si se cepilla los dientes sin ayuda de sus padres.*

Esta tabla representa la relación del género con las piezas dentarias afectadas, siendo valoradas con ICDAS. En el caso de la pieza 51 el ICDAS 1: 12 personas de género masculino que equivale al 21,1%, 8 personas de género femenino que equivale al 14,0%, en total 20 personas que equivale al 35,1% del total de evaluados; esta comparación se hace con cada pieza.

Tabla 13.

Tablas cruzadas: genero x pieza dental (51 a 55)

PIEZAS	ICDAS	GENERO				Total		p =
		Masculino		Femenino		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
PIEZA 51	0	13	22,80%	14	24,60%	27	47,40%	0,3448
	1	12	21,10%	8	14,00%	20	35,10%	
	2	1	1,80%	4	7,00%	5	8,80%	
	3	0	0,00%	1	1,80%	1	1,80%	
	4	2	3,50%	0	0,00%	2	3,50%	

	5	1	1,80%	1	1,80%	2	3,50%	
	0	6	10,50%	14	24,60%	20	35,10%	
	1	8	14,00%	8	14,00%	16	28,10%	
PIEZA 52	2	11	19,30%	3	5,30%	14	24,60%	0,0933
	3	0	0,00%	1	1,80%	1	1,80%	
	4	2	3,50%	1	1,80%	3	5,30%	
	5	2	3,50%	1	1,80%	3	5,30%	
	0	17	29,80%	10	17,50%	27	47,40%	
	1	2	3,50%	4	7,00%	6	10,50%	
PIEZA 53	2	4	7,00%	9	15,80%	13	22,80%	0,2530
	3	2	3,50%	3	5,30%	5	8,80%	
	4	2	3,50%	2	3,50%	4	7,00%	
	5	2	3,50%	0	0,00%	2	3,50%	
	0	6	10,50%	4	7,00%	10	17,50%	
	1	1	1,80%	1	1,80%	2	3,50%	
	2	3	5,30%	3	5,30%	6	10,50%	
PIEZA 54	3	6	10,50%	7	12,30%	13	22,80%	0,9733
	4	6	10,50%	4	7,00%	10	17,50%	
	5	6	10,50%	7	12,30%	13	22,80%	
	6	1	1,80%	2	3,50%	3	5,30%	
	0	3	5,30%	5	8,80%	8	14,00%	
	1	4	7,00%	1	1,80%	5	8,80%	
	2	1	1,80%	1	1,80%	2	3,50%	
PIEZA 55	3	5	8,80%	6	10,50%	11	19,30%	0,7895
	4	4	7,00%	5	8,80%	9	15,80%	
	5	8	14,00%	8	14,00%	16	28,10%	
	6	4	7,00%	2	3,50%	6	10,50%	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

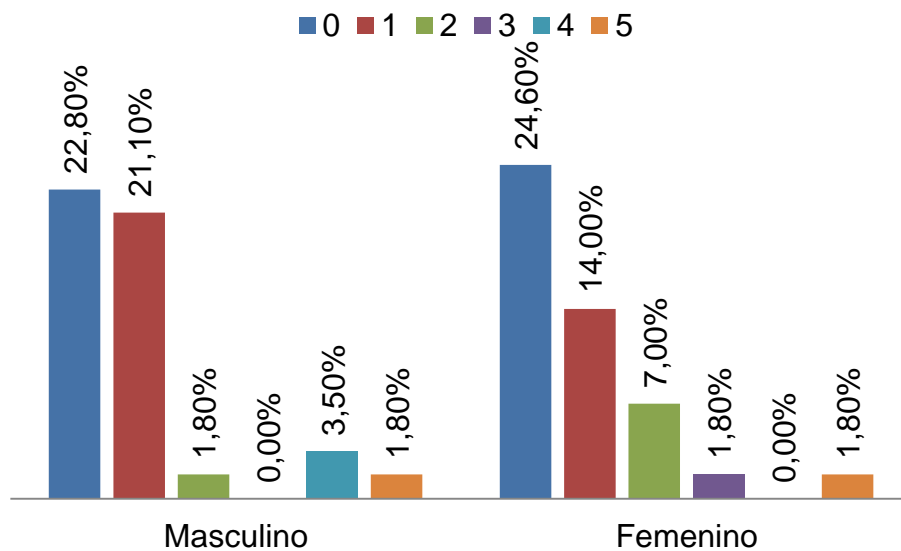


Figura 19. *Distribución porcentual pieza 51*

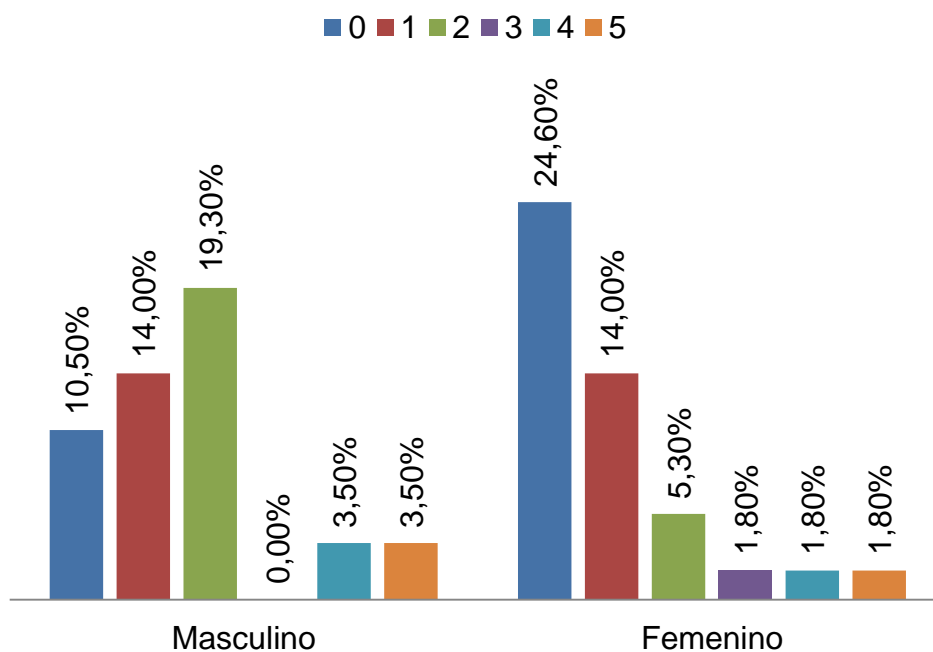


Figura 20. *Distribución porcentual pieza 52*

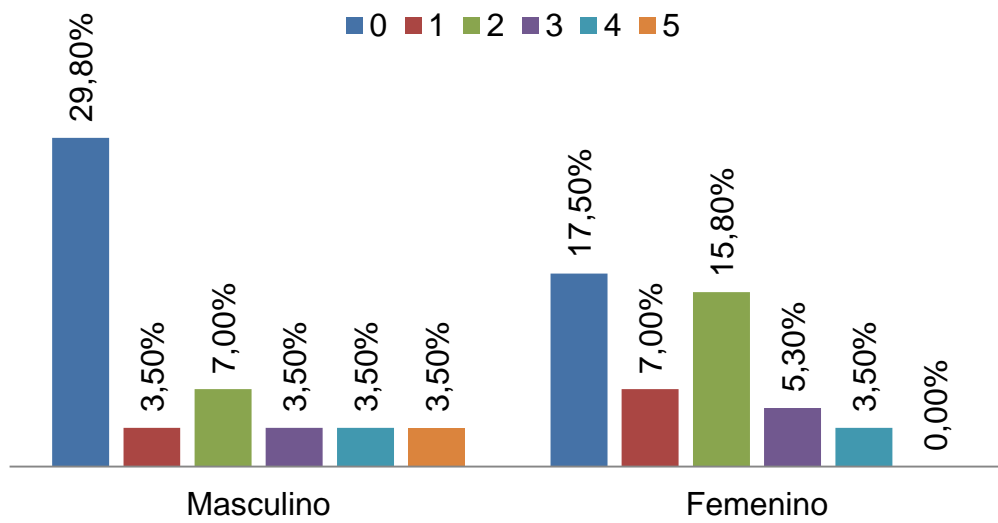


Figura 21. Distribución porcentual pieza 53

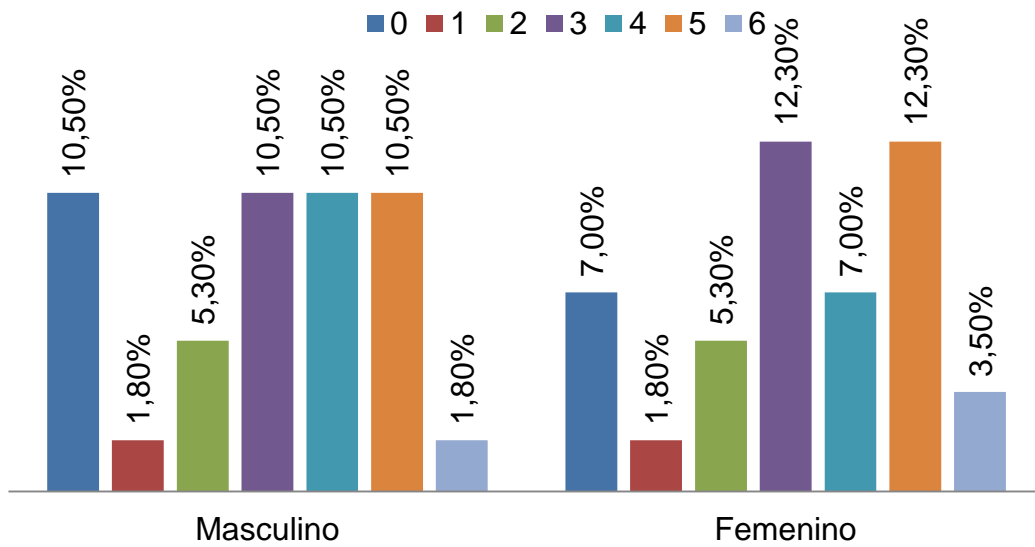


Figura 22. Distribución porcentual pieza 54

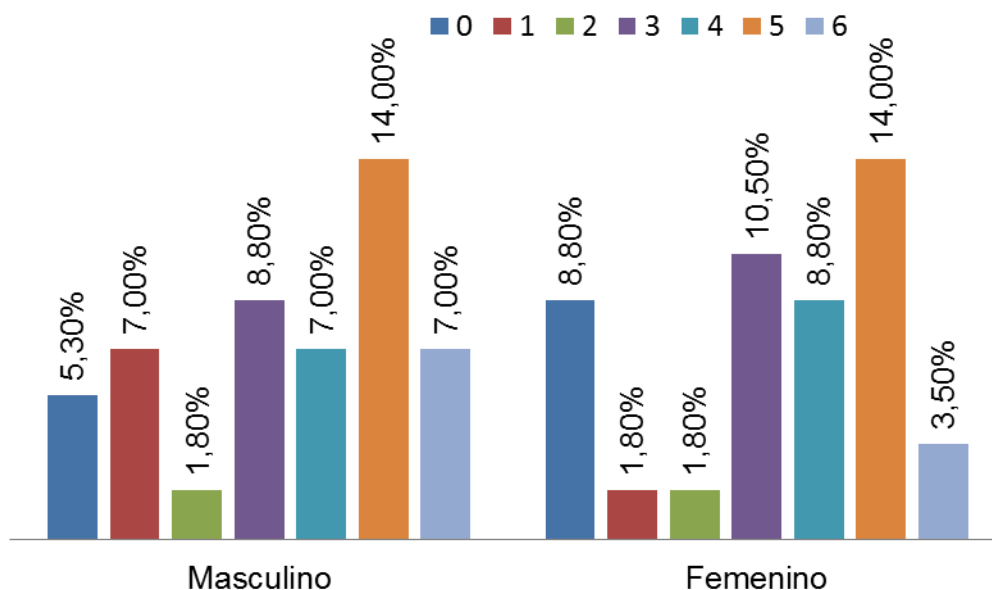


Figura 23. Distribución porcentual pieza 55

Esta tabla representa la relación del género con las piezas dentarias afectadas del segundo cuadrante, siendo valoradas con ICDAS.

Tabla 14.

Tablas cruzadas: genero x pieza dental (61 a 65)

PIEZAS	ICDAS	GENERO				Total		p =
		Masculino		Femenino		n	%	
		n	%	n	%			
PIEZA 61	0	16	28,10%	16	28,10%	32	56,10%	0,5121
	1	3	5,30%	7	12,30%	10	17,50%	
	2	4	7,00%	2	3,50%	6	10,50%	
	3	2	3,50%	0	0,00%	2	3,50%	
	4	2	3,50%	2	3,50%	4	7,00%	
	5	1	1,80%	1	1,80%	2	3,50%	
	6	1	1,80%	0	0,00%	1	1,80%	
PIEZA 62	0	14	24,60%	16	28,10%	30	52,60%	0,4303
	1	8	14,00%	6	10,50%	14	24,60%	

	2	3	5,30%	2	3,50%	5	8,80%	
	3	0	0,00%	2	3,50%	2	3,50%	
	4	2	3,50%	0	0,00%	2	3,50%	
	5	1	1,80%	0	0,00%	1	1,80%	
	6	1	1,80%	2	3,50%	3	5,30%	
	0	13	22,80%	14	24,60%	27	47,40%	
	1	6	10,50%	3	5,30%	9	15,80%	
	2	5	8,80%	6	10,50%	11	19,30%	
PIEZA 63	3	2	3,50%	0	0,00%	2	3,50%	0,3891
	4	2	3,50%	3	5,30%	5	8,80%	
	5	0	0,00%	2	3,50%	2	3,50%	
	6	1	1,80%	0	0,00%	1	1,80%	
	0	6	10,50%	4	7,00%	10	17,50%	
	1	3	5,30%	4	7,00%	7	12,30%	
	2	3	5,30%	4	7,00%	7	12,30%	
PIEZA 64	3	5	8,80%	5	8,80%	10	17,50%	0,2213
	4	9	15,80%	2	3,50%	11	19,30%	
	5	2	3,50%	7	12,30%	9	15,80%	
	6	1	1,80%	2	3,50%	3	5,30%	
	0	7	12,30%	1	1,80%	8	14,00%	
	1	1	1,80%	2	3,50%	3	5,30%	
	2	6	10,50%	4	7,00%	10	17,50%	
PIEZA 65	3	3	5,30%	3	5,30%	6	10,50%	0,1471
	4	4	7,00%	3	5,30%	7	12,30%	
	5	4	7,00%	12	21,10%	16	28,10%	
	6	4	7,00%	3	5,30%	7	12,30%	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

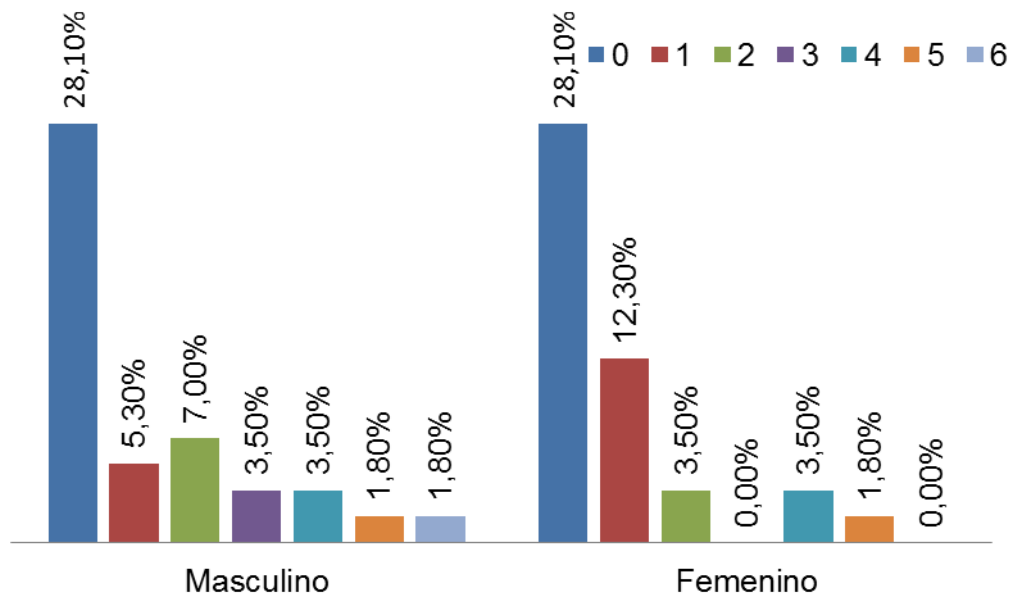


Figura 24. Distribución porcentual pieza 61

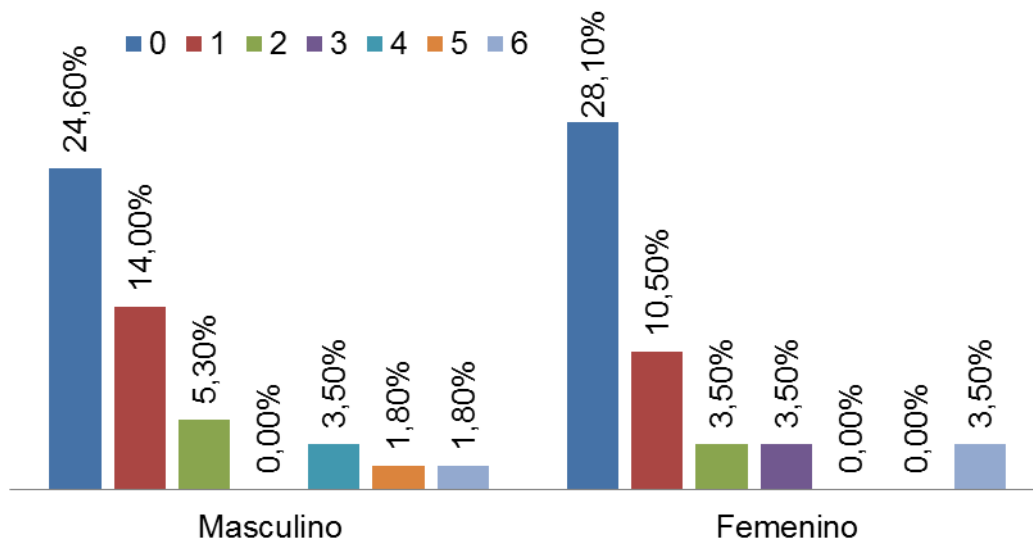


Figura 25. Distribución porcentual pieza 62

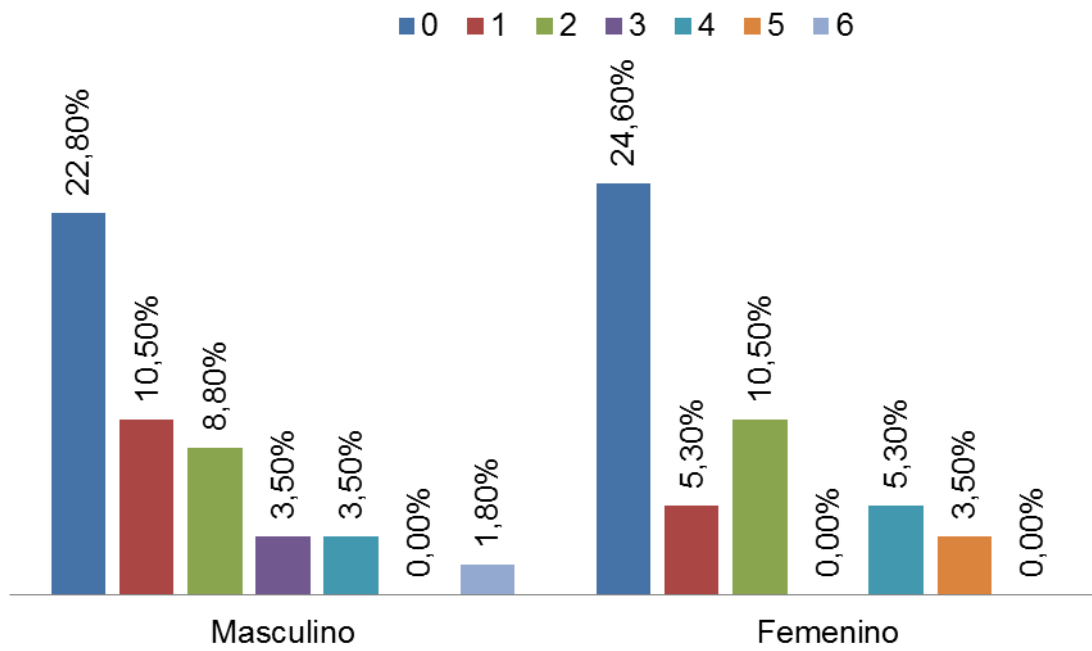


Figura 26. Distribución porcentual pieza 63

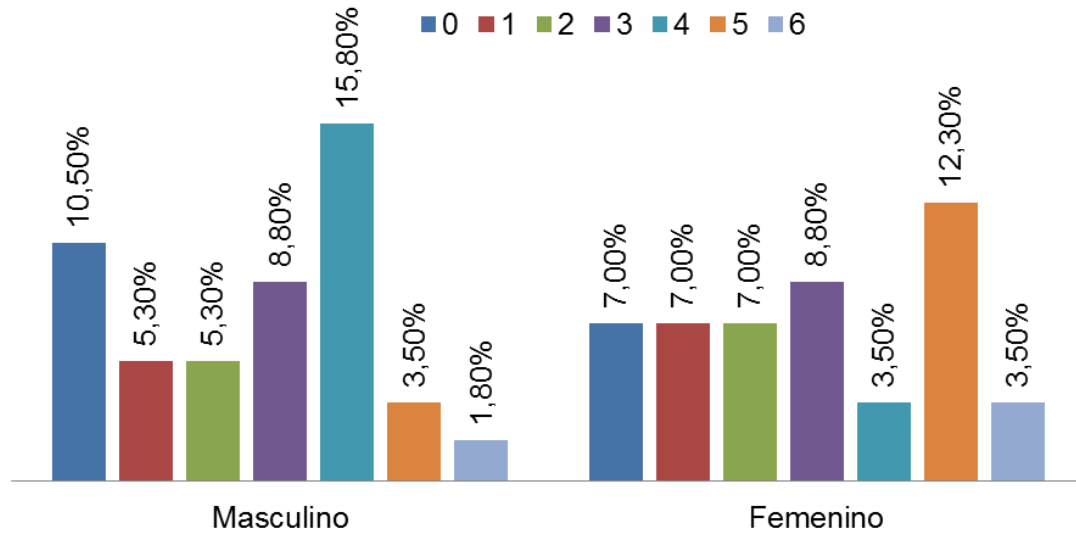


Figura 27 . Distribución porcentual pieza 64

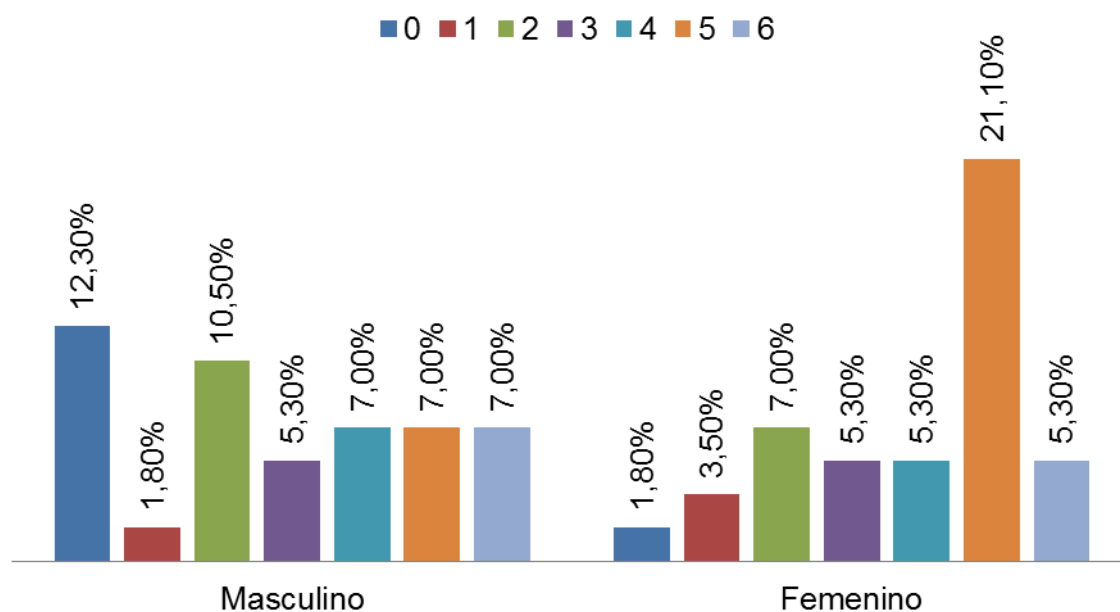


Figura 28. Distribución porcentual pieza 65

Esta tabla representa la relación del género con las piezas dentarias afectadas del tercer cuadrante, siendo valoradas con ICDAS.

Tabla 15.

Tablas cruzadas: genero x pieza dental (71 a 75)

PIEZAS	ICDAS	GENERO				Total		P =
		Masculino		Femenino		n	%	
PIEZA 71	0	14	24,60%	18	31,60%	32	56,10%	0,2147
	1	7	12,30%	4	7,00%	11	19,30%	
	2	7	12,30%	2	3,50%	9	15,80%	
	4	1	1,80%	1	1,80%	2	3,50%	
	5	0	0,00%	1	1,80%	1	1,80%	
	6	0	0,00%	2	3,50%	2	3,50%	
PIEZA 72	0	14	24,60%	16	28,10%	30	52,60%	0,3087
	1	6	10,50%	8	14,00%	14	24,60%	

	2	6	10,50%	1	1,80%	7	12,30%	
	3	1	1,80%	0	0,00%	1	1,80%	
	4	2	3,50%	2	3,50%	4	7,00%	
	5	0	0,00%	1	1,80%	1	1,80%	
PIEZA 73	0	16	28,10%	15	26,30%	31	54,40%	0,6325
	1	6	10,50%	5	8,80%	11	19,30%	
	2	5	8,80%	7	12,30%	12	21,10%	
	3	1	1,80%	0	0,00%	1	1,80%	
	4	1	1,80%	0	0,00%	1	1,80%	
	5	0	0,00%	1	1,80%	1	1,80%	
	0	2	3,50%	3	5,30%	5	8,80%	
PIEZA 74	1	3	5,30%	0	0,00%	3	5,30%	0,5562
	2	3	5,30%	5	8,80%	8	14,00%	
	3	4	7,00%	3	5,30%	7	12,30%	
	4	10	17,50%	10	17,50%	20	35,10%	
	5	7	12,30%	6	10,50%	13	22,80%	
	6	0	0,00%	1	1,80%	1	1,80%	
	0	6	10,50%	4	7,00%	10	17,50%	
PIEZA 75	1	2	3,50%	0	0,00%	2	3,50%	0,4785
	2	1	1,80%	4	7,00%	5	8,80%	
	3	3	5,30%	2	3,50%	5	8,80%	
	4	5	8,80%	5	8,80%	10	17,50%	
	5	8	14,00%	11	19,30%	19	33,30%	
	6	4	7,00%	2	3,50%	6	10,50%	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

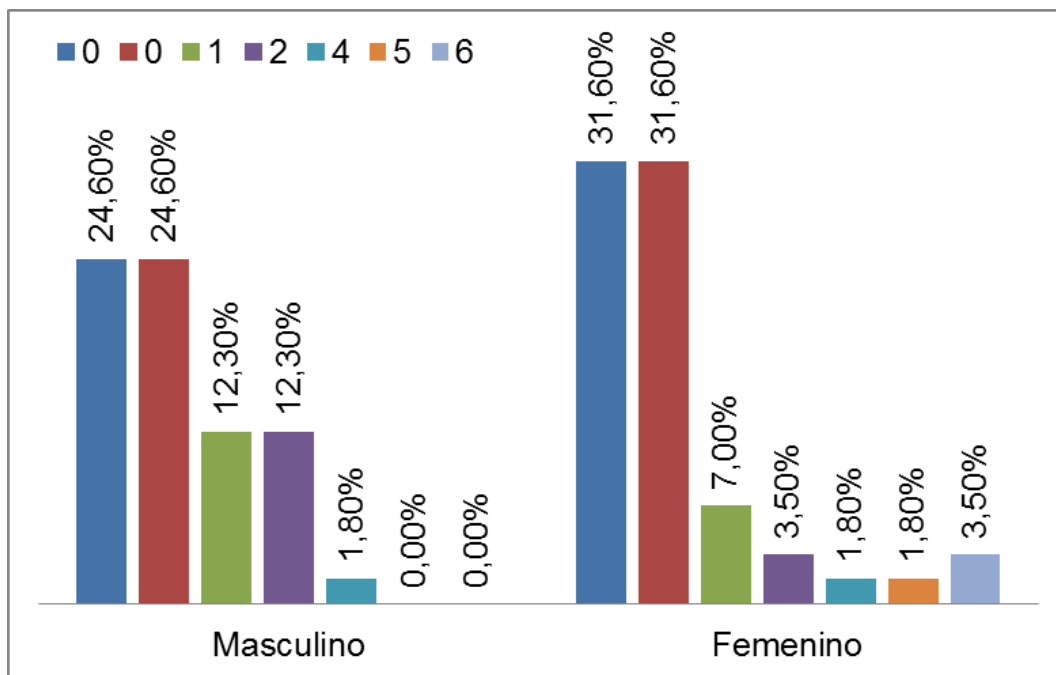


Figura 29..Distribución porcentual pieza 71

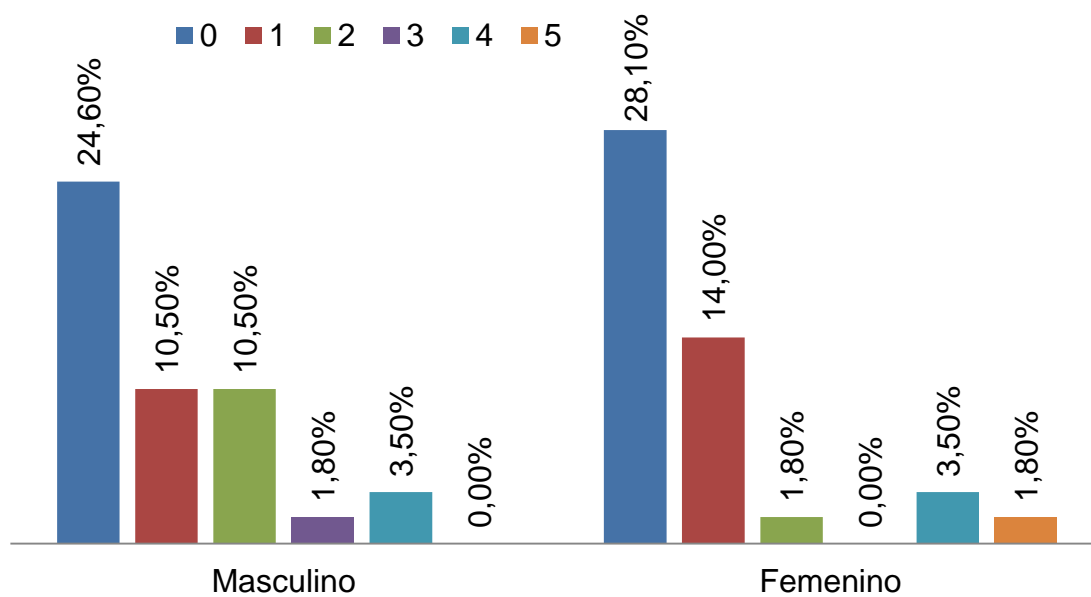


Figura 30. . Distribución porcentual pieza 72

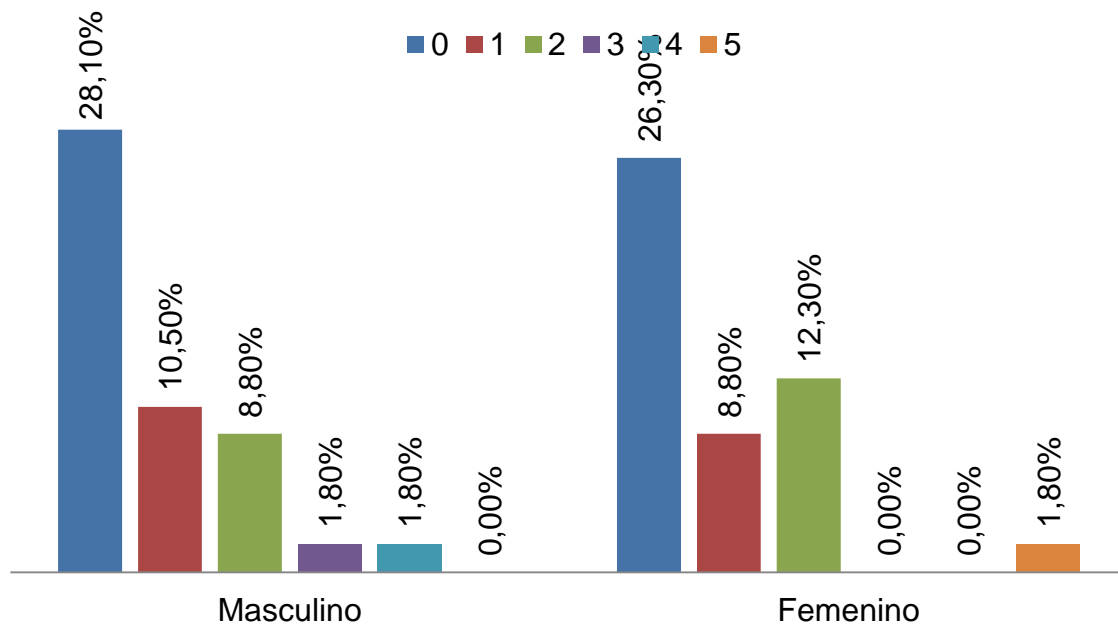


Figura 31. Distribución porcentual pieza 73

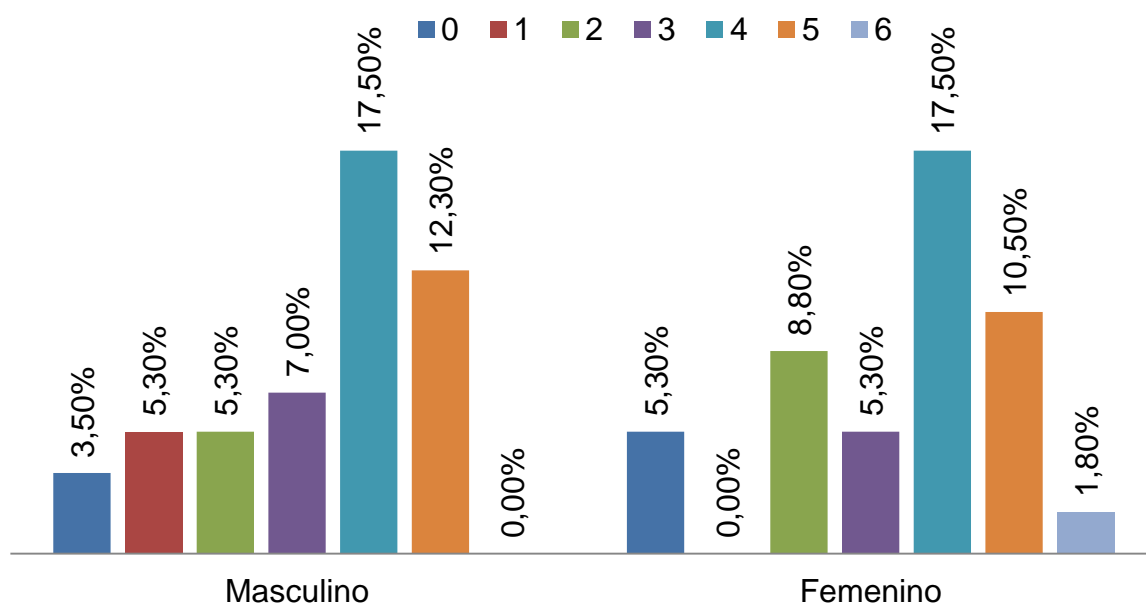


Figura 32. Distribución porcentual pieza 74

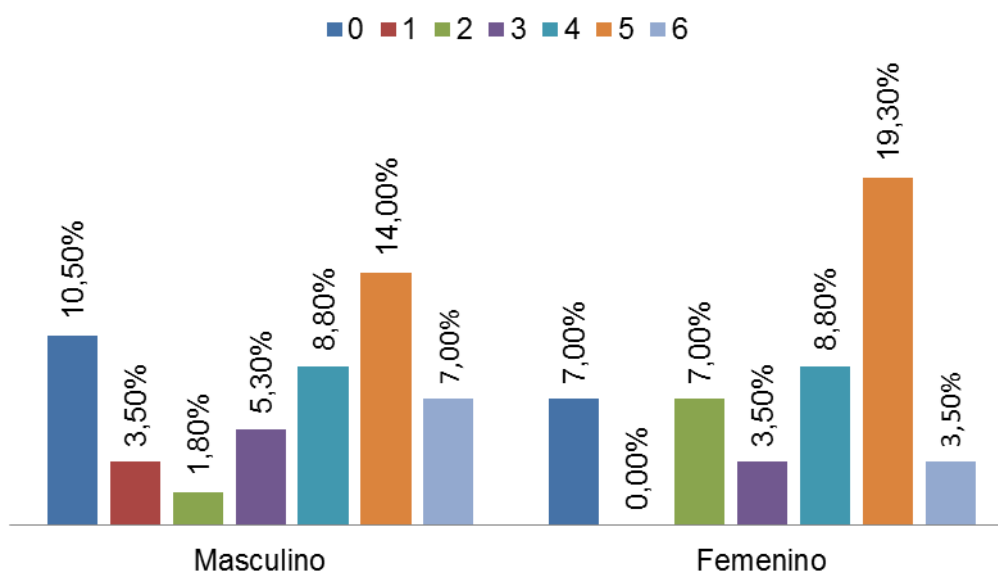


Figura 33. Distribución porcentual pieza 75

Esta tabla representa la relación del género con las piezas dentarias afectadas del primer cuadrante, siendo valoradas con ICDAS.

Tabla 16.

Tablas cruzadas: genero x pieza dental (81 a 85)

PIEZAS	ICDAS	GENERO				Total		p =
		Masculino		Femenino		n	%	
PIEZA 81	0	18	31,60%	14	24,60%	32	56,10%	0,7959
	1	6	10,50%	8	14,00%	14	24,60%	
	2	2	3,50%	2	3,50%	4	7,00%	
	3	1	1,80%	0	0,00%	1	1,80%	
	4	1	1,80%	1	1,80%	2	3,50%	
	5	0	0,00%	1	1,80%	1	1,80%	
	6	1	1,80%	2	3,50%	3	5,30%	
PIEZA 82	0	14	24,60%	12	21,10%	26	45,60%	0,7701
	1	9	15,80%	11	19,30%	20	35,10%	

	2	3	5,30%	4	7,00%	7	12,30%	
	4	2	3,50%	1	1,80%	3	5,30%	
	5	1	1,80%	0	0,00%	1	1,80%	
	0	11	19,30%	13	22,80%	24	42,10%	
	1	4	7,00%	1	1,80%	5	8,80%	
PIEZA 83	2	7	12,30%	11	19,30%	18	31,60%	0,3024
	3	3	5,30%	2	3,50%	5	8,80%	
	4	3	5,30%	0	0,00%	3	5,30%	
	5	1	1,80%	1	1,80%	2	3,50%	
	0	2	3,50%	1	1,80%	3	5,30%	
	1	1	1,80%	1	1,80%	2	3,50%	
	2	1	1,80%	3	5,30%	4	7,00%	
PIEZA 84	3	2	3,50%	8	14,00%	10	17,50%	0,1404
	4	9	15,80%	3	5,30%	12	21,10%	
	5	13	22,80%	9	15,80%	22	38,60%	
	6	1	1,80%	3	5,30%	4	7,00%	
	0	0	0,00%	2	3,50%	2	3,50%	
	1	2	3,50%	1	1,80%	3	5,30%	
	2	2	3,50%	2	3,50%	4	7,00%	
PIEZA 85	3	1	1,80%	5	8,80%	6	10,50%	0,0889
	4	5	8,80%	9	15,80%	14	24,60%	
	5	13	22,80%	4	7,00%	17	29,80%	
	6	6	10,50%	5	8,80%	11	19,30%	

Tomado de: Encuesta aplicada a pacientes de la Clínica Odontológica de la UDLA

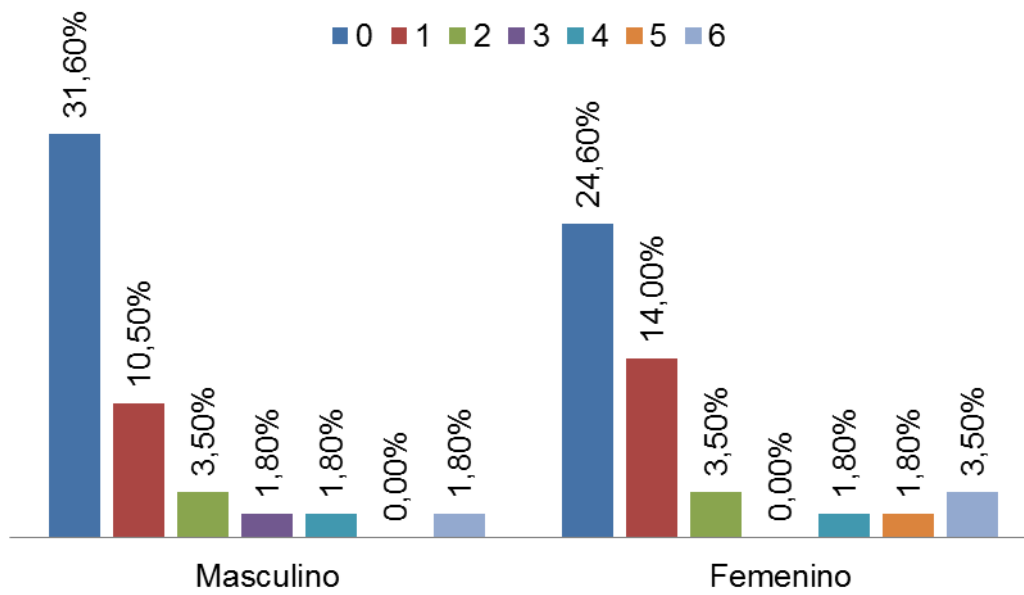


Figura 34. *Distribución porcentual pieza 81*

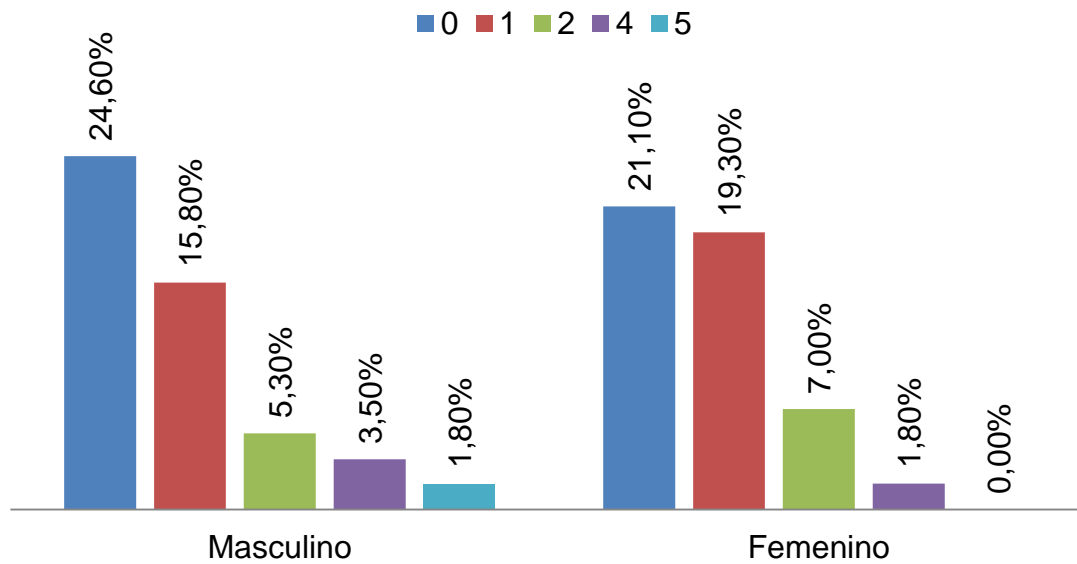


Figura 35. *Distribución porcentual pieza 82*

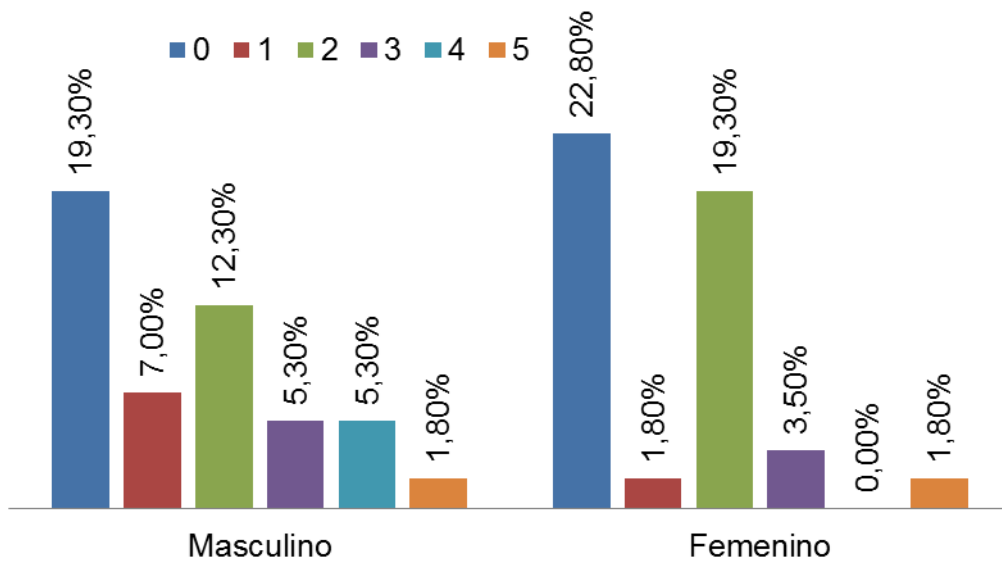


Figura 36. Distribución porcentual pieza 83

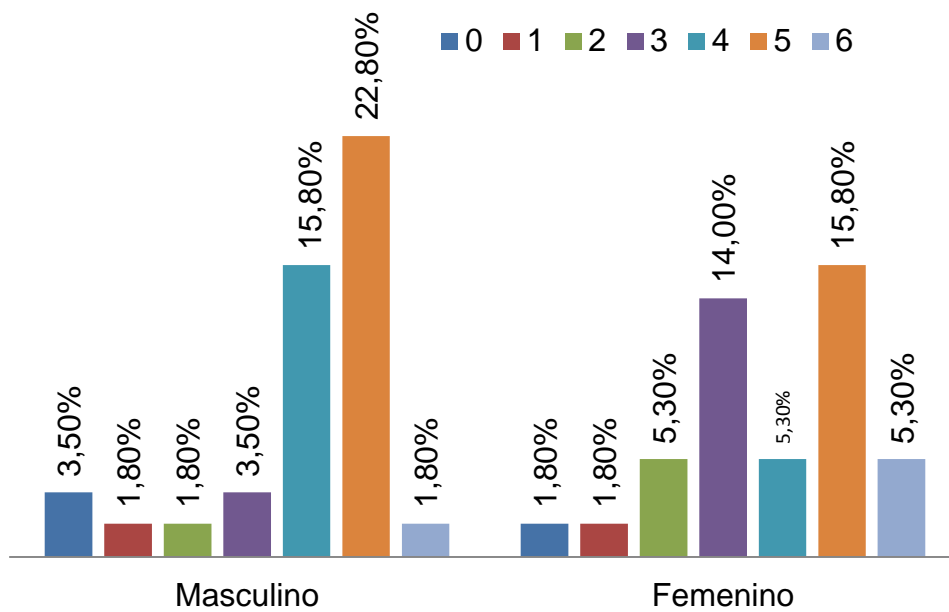


Figura 37. Distribución porcentual pieza 84

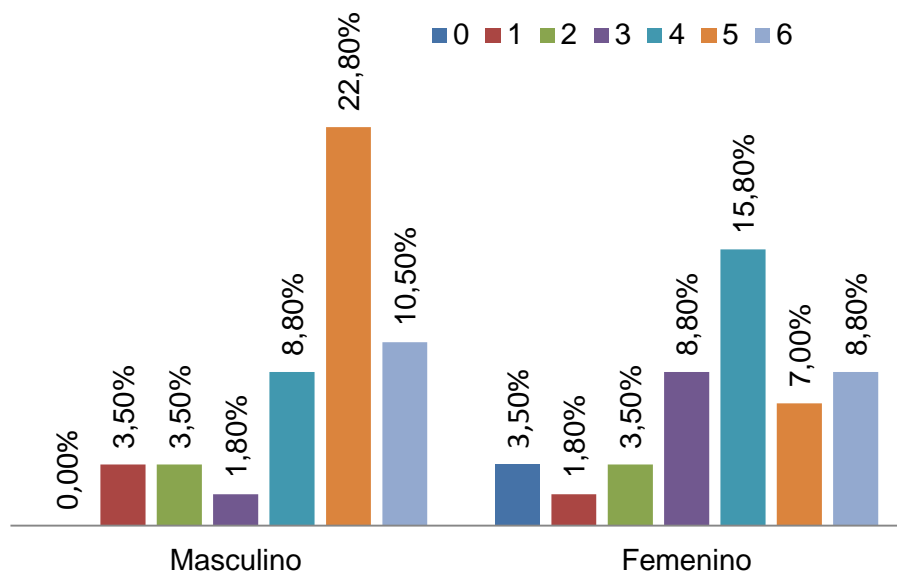


Figura 38. *Distribución porcentual pieza 85*

6. CAPITULO VI. DISCUSIÓN

En el 2017 Gokhale, realizó un estudio en 120 niños donde observó que solo el 40%, se acerca a la consulta odontológica a una temprana edad por prevención; mientras que el resto ya lo hacen ya por alguna lesión, o patología. En su estudio analizó tres variantes: edad del niño, a qué edad se acercaron por primera vez a la consulta, y, si el paciente se acercaba sano o ya con una lesión. Determino en su estudio que había mayor prevalencia, de los papas que traían a la consulta odontológica a sus hijos; con presencia de lesiones cariosas, más que sin patología aparente. (Gokhale, 2017, p. 129).

De igual manera Kotumachagi, realizo un estudio en el 2016 donde quiso evaluar cuál es la edad primordial para la primera consulta dental y determino que la edad ideal para llevar al infante a su primera consulta dental oscila entre 6 a 12 meses de edad debido a que a más temprana edad el niño se familiariza al profesional y el padre aprende la correcta técnica de limpieza oral en su hijo y recomienda que de ninguna manera se debe sumergir el chupo en líquidos azucarados para el agrado del niño debido que esto aumenta el índice de caries. (Kotumachagi, 2016, p.229).

Por otro lado, Watanabe realizo un estudio en el 2014 en 200 niños de 3 a 8 años de edad donde observo que el 44.5% de niños consumen bebidas azucaradas al momento de la merienda y de este porcentaje solo el 61,9% realiza un correcto cepillado a la hora de acostarse por este motivo logró determinar que los hábitos de alimentación y una mala higiene influyen y aumentan el índice de caries en niños. Concluyo que el 86.5 de los niños que no tenían una correcta limpieza dental recurrieron por colocar flúor barniz para controlar el índice de caries. (Watanabe, 2014, p.13).

Con el presente estudio logre determinar que el 100% de los evaluados presentan caries, con mayor afectación a las piezas 4 y 5 de todos los cuadrantes, podemos concordar que entre más rápido asista el niño a la consulta dental podrá prevenir futuras lesiones y de esta manera poder

mantener una correcta salud oral, otro factor de consideración es el consumo de alimentos cariogénicos y concuerda con la investigación de Kotumachagi, que demostró que las bebidas y alimentos azucaradas incrementan la prevalencia de caries.

7. CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

El estudio demostró que en la población estudiada existió mayor prevalencia para padecer una lesión cariosa en comparación con su contraparte de no padecer lesiones cariosas. El estudio de prevalencia de lesiones cariosas en niños de 5 a 8 años, demostró que no hay mayor predisposición sobre ningún sexo a padecer o presentar dichas lesiones.

Los factores causales estudiados en la aparición de lesiones cariosas en niños, fueron: consumo de alimentos carioegénicos, malos hábitos de higiene oral y la tardía visita al odontólogo. Pero este estudio demostró que el factor causal de mayor prevalencia es la pobre higiene oral.

La previa revisión de la literatura permitió facilitar y agilizar además de la identificación, la clasificación de lesiones cariosas, con ayuda del código I.C.D.A.S, se puede identificar rápidamente el nivel de desgaste y destrucción que presentan las piezas dentarias debido a caries.

Se pudo determinar que las piezas 4 y 5 de todos los cuadrantes son las que presentan los códigos más severos de destrucción, por este motivo estas piezas deberían estar permanentemente controladas tanto de los padres y del profesional de salud.

Por otro lado, se pudo concluir que los padres acuden a la consulta odontológica cuando el infante ya presenta una lesión, contados son los casos que se acercan a la consulta por prevención.

7.2 Recomendaciones

Teniendo en cuenta la importante prevalencia de lesiones cariosas, en este estudio, se recomienda aumentar el conocimiento de los padres sobre la correcta higiene oral y de esta manera reducir el índice de caries en niños.

Sería relevante tomar como recomendación, el efectuar campañas de prevención que aborden temas como: técnica de cepillado, correctos hábitos alimenticios y visitas tempranas al odontólogo, para que de esta manera los pacientes sean más conscientes acerca de los cuidados de su salud oral.

Como un punto de consideración, los padres deberían acudir a la consulta odontológica con sus hijos a temprana edad, para la familiarización del niño al profesional y la correcta prevención de las piezas con mayor prevalencia de caries.

REFERENCIAS

- Abanto, J., Vidigal, E., Carvalho, T., Coeho, S., Bönecker, M. (2017). Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. *Original research Pediatric Dentistry*. 31(13):1-7. DOI:10.1590/1807-3107BOR-2017
- Avila, W., Pordeus, I., Paiva, S., Martins C. (2015). Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos one*. 10(11): 1-14. DOI: 10.1371/journal.pone.0142922
- Bermudez, E., Rodriguez, S., Bello, A., Dominguez, M. (2015). Urease and Dental Plaque Microbial Profiles in Children. *Plos one*. 10(9):1-13. Doi: 10.1371/journal.pone.0139315
- Boneta, A., et al. (2016). Persistent oral health disparity in 12-yearold Hispanics: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*.16(10):1-10. DOI 10.1186/s12903-016-0162-7
- Borges, T., Vargas, F., Floriani, P., Feldens, A. (2017). Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and metaanalysis. *Plos one*.12(2):1-13. DOI: 10.1371/journal.pone.0172235
- Chankanka, O., et al. (2011). Longitudinal associations between children's dental caries and risk factors. *J Public Health Dent*.71(4):289-300. doi:10.1111/j.1752-7325.2011.00271. x.
- Correa, P., Paixão, s., Paiva, S., Pordeus, I. (2015). Incidence of dental caries in primary dentition and risk factors: a longitudinal study. *Original research Pediatric Dentistry*.30(59):1-8. DOI: 10.1590/1807-3107BOR.
- Dooley, D., Moultrie, M., Heckman, B., et al. (2016). Oral health prevention and toddler well-child care: routine integration in a safety net system. *Pediatrics*.137(1):1-8. DOI: 10.1542/peds.2014-3532
- Douglas, G. (2014). Sistema Internacional para la Detección y Evaluación Caries (ICDAS). Salud dental para todos. Buenos Aires. Argentina

- Ebtissam, Z. (2016). Children's ages and reasons for receiving their first dental visit in a Saudi community. *Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics*.28(1):142-147.
- Folayan, M., Kolawole, K., Oziegbe, E., Oyedele, T., Oshomoj, O., Chukwumah, N., Onyejaka, N. (2015). Prevalence, and early childhood caries risk indicators in preschool children in suburban Nigeria. *BMC Oral Health*. 15(72):2-12. DOI 10.1186/s12903-015-0058-y
- Garcia, R., Gregorich, S., Ramos, F., Braun, P., Wilson, A., Albino, J., Tiwari, T., Batliner, T., Rasmussen, M., Cheng, N., Santo, W., Geltman, P., Henshaw, M., Gansky, S.(2017). Absence of Fluoride Varnish-Related Adverse Events in Caries Prevention Trials in Young Children, United States. *Preventing chronic disease*. 14(17) :1-10.Doi: <https://doi.org/10.5888/pcd14.160372>.
- Gokhale, N., Nuvvula, S. (2017). Influence of socioeconomic and working status of the parents on the incidence of their children's dental caries. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*.22(2):127-129. DOI: 10.4103/0976-9668.184697
- Granville, A., Gomez, M., Dantas, L., Dantas, L., Silva, B., Silva, M., Siqueira, M. (2015). Parental influence on children's answers to an oral-health-related quality of life questionnaire. *Original research Pediatric Dentistry*.30(15): 1-8.DOI: 10.1590/1807-3107BOR
- Jordan, R., Becker, N., Jöhren, H., Zimmer, S. (2016). Early Childhood Caries and Caries Experience in Permanent Dentition. *Swiss dental journal*. 126(2): 114-119.
- Kearns, C., Glantz, S., Schmidt, L. (2015). Sugar Industry Influence on the Scientific Agenda of the National Institute of Dental Research's 1971 National Caries Program: A Historical Analysis of Internal Documents. *Plos one*.12(3):1- 22.DOI: 10.1371/journal.pmed.1001798
- Kotumachagi, S., Pravin. K., Nagarathna. J., Shruti, S., Pooja,S. Primary Oral Health Care in India: Vision or Dream?(2016). *Int J Clin Pediatr Dent*. 9(3): 228-232.DOI: 10.5005/jp-journals-10005-1369.

- Koya, S., Ravichandra, K., Arunkumar, V., Sahana S., Pushpalatha, H. (2016). Prevalence of Early Childhood Caries in Children of West Godavari District, Andhra Pradesh, South India: An Epidemiological Study. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*.9(3): 251-255.
- Markovic, L., Arslanagic, A., Zukanovic, A., Kobašlija, S. (2016). The prevalence and severity of early childhood caries in preschool children in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Academy of Sciences and Arts of Bosnia and Herzegovina*.45(1):19-25. DOI:10.5644/ama2006-124.152
- Matsuyama, Y., Aida, J., Aoyama, H., Morita, M., Koyama, S., Osaka. K. (2016). School-Based Fluoride Mouth-Rinse Program Dissemination Associated With Decreasing Dental Caries Inequalities Between Japanese Prefectures: An Ecological Study. *Journey of Epidemiology*. 26(11): 563-571. Doi:10.2188/jea. Je20150255.
- Moynihan, P. (2014). Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO Guidelines. *American Associations for Dental Research*. 93(1): 8-18. DOI: 10.1177/0022034513508954.
- Moynihan, P.(2016). Sugars and Dental Caries: Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake. *American Society for Nutrition*. 7(1): 149-156.DOI: 10.3945/an.115.009365.
- Pitts, N., Amaechi, R., Niederman, A., Acevedo, R. Vianna, C., Ganss, A. (2011). Global oral Health Inequalities: dental caries task Group—research agenda. *American Associations for Dental Research*.23(2):211-220. DOI:10.1177/0022034511402016.
- Ribeiro, G., Gomes, M., Lima, K., Martins, C., Paiva, S., Garcia, A. (2016). The potential financial impact of oral health problems in the families of preschool children. *Ciência & Saúde Coletiva*.21(4): 1217-1226.DOI: 10.1590/1413-81232015214.09512015.
- Sachdev, J., Bansal, K., Chopra, R., (2016). Effect of Comprehensive Dental Rehabilitation on Growth Parameters in Pediatric Patients with Severe Early Childhood Caries. *Int J Clin Pediatr Dent*. 9(1): 15-20.

- Sun, X., Huang, X., Tan, X., Chen, F. (2016). Salivary peptidome profiling for diagnosis of severe early childhood caries. *Journal of Translational Medicine*.14(240):1-11. DOI 10.1186/s12967-016-0996-4
- Tsuguhiko, K., Takashi, Y., Michiyo, Y., Sachiko, I., Keiko, S., Hiroyuki, D., Ichiro, K. (2015). Association of breast feeding with early childhood dental caries: Japanese population-based study. *BMJ Open*. 5(3): 1-8.DOI: 006982.
- Watanabe, M., Wang, D., Ijichi, A., et al. (2014). The Influence of Lifestyle on the Incidence of Dental Caries among 3-Year-Old Japanese Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.11(1):1-12. doi:10.3390/ijerph111212611
- Wondemagegn, M., Tazebew, D., Mulat, Y., Kassaw,M., Bayeh,A. (2014). Dental caries and associated factors among primary school children in Bahir Dar city: a cross-sectional study. *Bmc research notes*.7 (1): 1-7.DOI: 10.1186/1756-0500-7-949
- Yan, S., Yan, G., Chao, Y., Tao, X., Shu Guo,Z. (2016). Comprehensive oral health care to reduce the incidence of severe early childhood caries(s-ECC) In urban China. *The Chinese Journal of dental research*. 19(1): 55-63. Doi: 10.3290/j.cjdr.a35698.
- Yukie, N., Yukako, M., Izumi, T. (2016). Antenatal Health Care and Postnatal Dental Check-Ups Prevent Early Childhood Caries. *Tohoku University Medical Press*. 240(4): 303-308.DOI:10.1620/tjem.240.303

ANEXOS

ANEXOS 1
SOLICITUD PARA RECOLECCION DE MUESTRA

UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS

Quito, 13 de octubre de 2017

Asunto: Solicitud para recolección de muestra de trabajo de titulación en el centro de atención odontológico de la universidad de las Américas

Doctora Pilar Gabela

Directora de la Clínica odontológica de la Universidad de las Américas

Presente.

De mis consideraciones le reitero un cordial saludo y a la vez me dirijo a usted para solicitar la autorización de asistir al Centro de Atención odontológico de la Universidad de las Américas, en los meses de octubre y noviembre de 2017, con el objetivo de recolectar la muestra en 60 pacientes de 5 a 8 años, para mi trabajo de titulación de "Prevalencia de lesiones cariosas en niños de 5 a 8 años de edad, que ha sido atendidos en la Clínica odontológica de la Universidad de las Américas"

De la manera más cordial espero contar con su autorización para llevar a cabo esta actividad.

Sin más por el momento, me despido en espera de su pronta respuesta.

Atentamente,

Esteban Andrés Valdivieso Luna

eavaldivieso@udlanet.ec

Matricula:706968

RIESGOS

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en el curso. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Clínico Responsable

Firma del Clínico Responsable

Fecha

ANEXO 3

ENCUESTA PARA PREVALENCIA DE LESIONES CARIOSAS EN NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS

Nombre del representante:

Nombre paciente:

- ¿Cuántos años tiene el paciente?

5 años 6 años 7 años 8 años

- ¿Género del paciente?

Masculino Femenino

- ¿Su nacimiento fue?

Prematuro A término

- ¿Tomó antibióticos antes de los 6 meses?

Si No

- ¿A qué edad fue su primera visita al odontólogo?

1 a 2 años 3 a 5 años 5 a 8 años

- ¿Cuál fue la razón de la primera visita?

Preventivo por una lesión

- Consume alimentos cariogénicos (Chicles, chupetes, caramelos masticables, chocolate)

Si No

- ¿Qué tipo de alimentos cariogénicos consume con más frecuencia

Chicles chupetes caramelos masticables chocolates

- Con qué frecuencia consume estos alimentos

1 vez al día 1 vez a la semana 1 vez al mes

- Después de consumir estos alimentos se cepillan los dientes

Si No

- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes

1 vez 2 veces 3 veces

- Se cepilla los dientes, sin ayuda de sus padres

Si

No

EVALUACION (I.C.D.A.S)

Total Number of teeth present

