

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CARIES DE INFANCIA
TEMPRANA QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA EN EL
SEGUNDO SEMESTRE DEL 2010.**

**JENNY ADRIANA HERRERA PACHÓN
ASTRID NORENA PEÑA CUADRADO
JENNIFER ALEXANDRA SIERRA LOZANO
JESSICA NAVARRO RODRÍGUEZ**

TRABAJO PARA OPTAR EL TITULO DE ODONTOLOGO

**Institución Universitaria Colegios de Colombia
Colegio Odontológico
Pregrado
BOGOTÁ D.C.
I-2010**

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CARIES DE INFANCIA
TEMPRANA QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA EN EL
SEGUNDO SEMESTRE DEL 2010.**

**JENNY ADRIANA HERRERA PACHÓN
ASTRID NORENA PEÑA CUADRADO
JENNIFER ALEXANDRA SIERRA LOZANO
JESSICA NAVARRO RODRÍGUEZ**

**Institución Universitaria Colegios de Colombia
Colegio Odontológico
Pregrado
BOGOTÁ D.C.
I-2010**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a DIOS como guía y tutor de nuestro esfuerzo, por haber permitido las enseñanzas que nos dio. A nuestros padres por su esfuerzo y dedicación por que son nuestra motivación para continuar en la lucha de nuestro diario vivir; A nuestros asesores y docentes que nos colaboraron, por su paciencia, bondad y enseñanza que compartieron en nuestro camino por la universidad para nuestra educación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A todos los que con su ayuda nos brindaron su colaboración y enseñanza para poder tener el conocimiento y la claridad hacia el camino para el desarrollo de éste Proyecto.

Agradecemos especialmente a las Doctoras: Sandra Rúaless, Yanneth López, Eliana Torres, Martha Caycedo, Piedad Malaver, Clara López de Mesa por todo el apoyo que nos brindaron por su paciencia inconmensurable y por ser guías en nuestro proyecto y trabajo de grado por tos y cada uno de los aportes que hicieron por nosotras.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	13
1.3 IMPACTO	13
1.4 MARCO TEÓRICO	13
1.4.1 CARIES DE INFANCIA TEMPRANA	13
1.4.2 PREVALENCIA	14
1.4.3 FACTORES ETIOLÓGICOS	16
1.4.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	17
1.4.5 ÍNDICES DE CARIES	18
1.4.6 ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA	19
1.4.7 FACTORES DE RIESGO	20
1.4.8 RIESGOGRAMA	24
1.4.9 TRATAMIENTO	28
1.5 OBJETIVOS	31
2. ASPECTOS METODOLÓGICO	32
2.1 TIPO DE ESTUDIO	32

2.2 OBJETO DE ESTUDIO	32
2.3 POBLACIÓN ESTUDIO	32
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	32
2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
2.5 MUESTRA	33
2.6 CUADRO DE VARIABLES	33
2.7 PROCEDIMIENTO	34
2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
2.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
3. RESULTADOS	36
4. DISCUSIÓN	38
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
7. ANEXOS	42

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad dinámica infecciosa de origen bacteriano y es considerada la afección bucal de mayor prevalencia a nivel mundial. En 1994 fue propuesto por el centro de prevención y control de la enfermedad el término de caries de infancia temprana (CIT) por ser un término más específico, pues no se vincula con el biberón como único factor etiológico.

El término (CIT) se emplea para describir cualquier tipo de lesión (cavitada o no), en la actualidad la caries de infancia temprana se considera un problema de salud pública que afecta a los infantes menores de 6 años de edad en todo el mundo.

Su etiología es multifactorial y causa la desmineralización y destrucción localizada de los tejidos dentarios, ocasionado por la acción de los ácidos orgánicos.

ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término “caries del biberón” fue usado por Elías Fass en 1962 para describir el proceso de la caries dental en el infante, sus manifestaciones clínicas y factores de riesgo; años más tarde la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la CIT como la presencia de una o más caries (lesiones cavitadas o no), ausencia de piezas dentales (debido a lesiones cariosas) o superficies obturadas de dientes primarios en niños de 71 meses de edad.

La caries de infancia temprana aumento su prevalencia e incidencia a principios del siglo XX convirtiéndose en un problema de salud pública (Rodríguez L, 2005). Estudios recientes han reportado que la prevalencia de caries en Colombia es de 45.7% en dentición temporal y de 28 % en dentición permanente en población escolar de 5, 6, 7, y 12 años (ENSAB III, 1999). En la ciudad de Cali un estudio realizado en 1996 por Buenazo L, sobre caries de la infancia temprana determinó que los factores asociados con la aparición de la caries dental eran: 1.) Uso prolongado del biberón, b.) Hábitos de lactancia inadecuados, c.) Hábitos higiénicos inapropiados, d.) Baja escolaridad de los padres y e.) Estrato socioeconómico bajo.

Según Bernabé O. y Delgado E. en el año de 2006, la caries de la infancia temprana produce consecuencias importantes sobre la salud física, mental, nutricional y social en los niños; en la economía de sus padres y, mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente (Gary D., 2007). De igual

manera, en el año 2006 Bernabé E. & col y Paul. S, afirman que la CIT afecta sistémicamente al niño con episodios de dolor, pérdida de sueño, presencia de abscesos, maloclusiones, disfunción familiar, alteraciones en el crecimiento, etc... cuando esta enfermedad no es tratada a tiempo.

La CIT, por consiguiente esta asociada a diferentes factores contribuyentes como son sociales (bajo nivel de ingresos, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos de salud oral), dieta, historia perinatal, factores microbiológicos, mala higiene (Rodríguez L & col en 2005).

1.2 JUSTIFICACIÓN

Estudios de prevalencia de CIT a nivel mundial han mostrado cifras oscilantes entre 24% y 60% en países industrializados. En un estudio realizado en comunidades de Canadá y EE.UU, Peressini- Leake y col., determinaron una prevalencia de caries 52%, otro estudio realizado en México, Cuéllar y Hernández encontraron una prevalencia de caries 37.1% en niños entre 1 y 6 años. En Colombia, esta enfermedad se considera un problema de salud pública según el ENSAB III en 1999, pues estudios realizados en distintas ciudades de Colombia reportan valores de prevalencia entre 51.6% y 95.5 % siendo estos porcentajes elevados. Maria Cristina Arango, Gloria Patricia Vaena 2004

En 1980 el Segundo Estudio Nacional en Salud Bucal reportó un aumento en el número de personas con historia de caries en relación al primer estudio (al pasar de 95.5% a 96.7%) aunque el promedio de dientes afectados por persona se redujo de 15.4 a 12.7. El COP-D de 4.8 a los 12 años llevó a la Organización Mundial de la Salud a clasificar a Colombia dentro de los países con alto índice de caries, según el proyecto de acuerdo 243 del concejo de Bogotá en el año 2005.

En una muestra de población en Bogotá, se encontró la presencia de caries de infancia temprana en 11,3% de los niños con edades entre 1 y 5 años.

Una de las principales causas de morbilidad son las que tienen que ver con salud oral esto es directamente relacionado con las recesiones económicas, conflictos sociales y políticos que afectan el desarrollo y la productividad del país que se ven reflejados en desempleo, violencia, desplazamiento y pobreza que afecta de una u otra manera a la salud bucal ya que los niños no asisten a la consulta odontológica para recibir tratamientos preventivos sino cuando existe ya una urgencia.

En el año 2006, Bernabé E. & col y Paul S. afirman que la CIT también afecta al niño a nivel social, funcional, nutricional, observando en él fuertes episodios de dolor, pérdida de sueño, abscesos, maloclusiones, disfunción familiar, alteraciones en el crecimiento cuando esta enfermedad no es tratada a tiempo. Al ser la caries de la infancia temprana un problema de salud pública se hace necesario identificar

1.3 IMPACTO

Este estudio tendrá un impacto positivo en la población que asiste a consulta odontológica pediátrica ya que con los resultados se podrán identificar cuáles son las principales estrategias para la intervención oportuna de los factores de riesgo de caries de infancia temprana.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 CARIES DE INFANCIA TEMPRANA

La Academia Americana de odontología pediátrica (AAPD) define la CIT como la presencia de una o más caries (lesiones cavitadas o no) ausencia de piezas dentales (debido a lesiones cariosas) o superficies obturadas de dientes primarios en niños de 71 meses de edad. (García E, 2008)

Por otra parte Duque J. define la caries dental como una enfermedad infecciosa de origen bacteriano de carácter multifactorial que causa la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de las bacterias capaces de fermentar carbohidratos (teoría acidogénica), puede afectar el esmalte la dentina y el cemento (2003) 17. Según Martignon la Caries de Infancia Temprana (CIT) corresponde a cualquier signo de lesión cariosa como opacidad blanca en menores de 5 años, la cual puede progresar rápido, afectando principalmente los dientes anteriores superiores y los molares (2006). Sin embargo la caries dental es una enfermedad muy antigua que comenzó a presentarse como una complicación importante hasta el siglo XIX, hasta considerarse como un grave problema sanitario. Es en última instancia, una enfermedad que afecta a más del 90% de la población. (Rodríguez L, 2005)

1.4.2 PREVALENCIA

Los estudios de prevalencia de CIT a nivel mundial han mostrado cifras variables, oscilando entre 5 y 24% en países industrializados: En un estudio realizado en el Servicio de Odontología de un Hospital Pediátrico de México, González-Pérez y col, determinaron una prevalencia de 49.3%. En Venezuela, Franceschini y Acevedo, reportaron una prevalencia de 13% de CIT en Caracas, determinando una mayor prevalencia en los niños de 4 años de edad, asociada principalmente con el bajo nivel socio-económico. (González H, 2006), también como menciona Livny A. y col en el año 2007 entre la comunidad beduina residente en el oeste

cercano a Jerusalén, demostró que el 17.6% de los niños presentaron caries de la infancia temprana, niños cuidados por sus madres 37.3%, niños que consumen biberón 20.3%, niños amamantados 13.2%. Estos resultados solo fueron encontrados en niños mayores de 1 año. Se encontró asociado con familias grandes en un 55.6% y en familias pequeñas en un 13.5%, mientras que Jing L. & col en el año 2008 reportan factores de riesgo para la caries de la infancia temprana severa en niños menores de 4 años en Beijín, China, en un 78% y en Brasil según Páez T. & colaboradores en el año 2004 un 36% de los niños preescolares examinados presentaron Caries de la Infancia Temprana, a la par que en Irán (Simin Z. & col., 2009) demostraron que los niños presentaron CIT en un rango de 3 – 33%.

Yonezu T y Yakushiji M en el año 2008, en su artículo sobre un Estudio Longitudinal sobre la influencia de hábitos de succión prolongados no nutritivos sobre caries dental en niños japoneses de 1.5 a 3 años de edad presentaron asociación de la caries dental con hábitos orales como succión digital 10.6% y uso de chupo 24.4%.

En Colombia la caries dental es considerada una de las principales causas de morbilidad oral, por que se observó que el principal motivo de las citas odontológicas era la caries dental, lo cual se encuentra ilustrado en los 3 estudios Nacionales de Salud Bucal (ENSAB), en donde se resalta que la población escolar de 5, 6, 7 y 12 presentó una prevalencia de caries de 45.7% en dentición temporal. En Colombia la prevalencia de caries en dentición temporal ha sido evaluada a través de estudios nacionales y regionales. En el último estudio Nacional de salud bucal: El valor del índice ceo-d a los cinco años de edad fue de 3.0 mostrando una reducción en el número de dientes afectados y las lesiones

severas, lo cual infiere del número de dientes perdidos o con extracción indicada por caries (Arango, Baena, 2004).

En un estudio realizado en Cartagena del 2005 al 2006 González & colaboradores encontraron dientes cariados en un 51.6%, obturados en un 6.74%, perdidos en un 1.12% y dientes con lesiones detenidas en un 40.4% (González F, 2006). Mientras que Rey M, en el estudio que realizado en Cota (Cundinamarca) en el año 2003 utilizando el índice de Nyvad y Cois reporto la prevalencia de caries en niños de 9 a 12 años de 95.5 %; el 55 % de la población presento 5 o mas lesiones activas y el 17.7% una o más superficies obturadas y el 17.7% lesiones detenidas. En un estudio realizado en la ciudad de Moniquirá - Boyacá la prevalencia de CIT en el sector urbano fue del 85% y en el sector rural 89.60%, siendo estas dos prevalencias visiblemente altas comparándolas con las de Cota (Cundinamarca) (Rey M; 2003). Otro estudio practicados en la ciudad de Medellín reporto una prevalencia de caries en estrato medio-alto de 48.4% y 58.3% bajo. (Franco A, 2004)

1.4.3 FACTORES ETIOLÓGICOS

En el desarrollo de la caries dental existe una interacción de varios factores tanto primarios como moduladores, como la infección por *Streptococcus mutans* (SM), el nivel de educación de la madre o del cuidador principal, la lactancia materna prolongada, el estrés, la autoestima, la estructura familiar y social, hábitos alimenticios inadecuados como la utilización del biberón impregnado en miel o azúcar (como relajante para que el bebe se duerma), frecuencia de alimentación del niño analizando consumo de alimentos o bebidas azucaradas (Belinda V; 2007).

La etiología de la enfermedad es multifactorial, entre los agentes causantes están: infección temprana por *Streptococcus Mutans*, educación de la madre, estrés, autoestima, estructura familiar y social, utilización del biberón con sustancias edulcoradas, frecuencia de la alimentación del niño, alimentos o bebidas azucaradas (Teixeira V.; 2007).

1.4.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Para poder diagnosticar la CIT se usan métodos capaces de despejar dudas existentes en la clínica: 1.) Método visual: A través del cual se evalúa cambios que se presentan en el esmalte como son la pérdida de brillo, aspecto opaco, pigmentaciones, localización y presencia o no de tejido blando, cambios en la textura del esmalte. Dentro de este método se encuentra el espejo bucal, luego de realizar una previa profilaxis profesional (Balda R; 1999).

La CIT inicia en los incisivos temporales, como una mancha blanca y a lo largo de margen gingival como un área de desmineralización que puede llegar a comprometer los cuellos de los dientes y sin tratamiento, en ocasiones es tan agresiva que en poco tiempo las coronas de los dientes se destruyen completamente. Dentro de las características de esta patología están: 1.) La ausencia de caries dental a nivel de los incisivos inferiores, debido a la acción protectora de la lengua y por la proximidad que existe con las glándulas salivales mayores (Belinda V; 2007), 2.) Varios dientes involucrados, 3.) Rápido desarrollo de la lesión, 4.) Su desarrollo inicia en las superficies lisas, 5.) Los dientes se van afectando según la cronología, la secuencia de erupción y la posición de la lengua al succionar (Martignon; 2000) 18

1.4.5 ÍNDICES DE CARIES DENTAL

El índice de ICDAS permite evaluar caries dental a nivel coronal y radicular, involucrando las lesiones cariosas iniciales: Código 0 (cero) diente sano sin ningún cambio, código 1 (uno) opacidades blancas y cafés en las fosas y fisuras, en las superficies proximales y en las superficies lisas sin evidenciarse cambios en el diente húmedo. Luego de un secado prolongado se hace visible una opacidad blanca o café, en las fosas y fisuras o cuando la opacidad esta restringida al fondo de la fosa y fisura se incluye en este criterio, y además se observan en superficie húmeda. En el código 2 (dos) se encuentran cambios visibles en esmalte y en todas las superficies dentales, es evaluado en presencia de humedad (sin secar). En las fosas y fisuras la opacidad cariosa blanca o café es mas amplia que la fosa natural (se extiende hacia las paredes) en la superficies proximales la opacidad cariosa es visible desde bucal o lingual o cuando se observa como una sombra confinada al esmalte, vista a través del borde marginal. En las superficies lisa la lesión esta localizada en la proximidad contacto 0 a 1 mm del margen gingival. El código 3 determina la presencia de una ruptura localizada del esmalte debido al acumulo importante de placa bacteriana que al no ser removida desarrolla caries dental sin involucra dentina, en las fosas y fisuras puede haber opacidad blanca o café con presencia de amplitud de la fosa por ruptura que se hace evidente después del secado, al tacto con la sonda WHO se detecta discontinuidad de la superficie, mientras que en las superficies proximales y superficies lisas sin diente adyacente hay perdida evidente de la integridad superficial. En el código 4 la superficie dental puede tener características de los códigos 2 y 3. En todas las superficies se visualiza una zona intrínseca de dentina decolorada gris, azul o café, en las fosas y fisuras hay un aparente esmalte intacto con o sin ruptura localizada (perdida de la continuidad del esmalte que no muestra la dentina). En el código 5 existe una lesión cavitada con dentina visible, puede presentarse

coloración blanca o café de la dentina visible a través del esmalte. La punta de la sonda entra totalmente en la cavidad, en las fosas y fisura el grosor del esmalte varia entre 0.5 y 1.0mm. En el código 6, encontramos cavidad evidente y extensa con dentina expuesta, perdida obvia de la estructura dental, la cavidad es profunda y amplia y, se observa claramente la dentina tanto en la base como en las paredes de la cavidad involucrando la mitad de una superficie dental o la posibilidad de alcanzar la pulpa. En las superficies proximales el borde marginal puede o no estar presente.(ACFO; 2006)

El índice ceo-d es la sumatoria de dientes primarios cariados, obturados y perdidos. Este índice tiene algunas consideraciones: 1.) No se consideran dientes ausentes, la restauración por medio de una corona de acero o de acetato se considera como diente obturado, cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave y la presencia de selladores no se cuantifica.(ACFO; 2006)

El Índice CPO-D (unidad de superficie) es la sumatoria de superficies permanentes cariadas, perdidas y obturadas. El diente se considera constituido por cinco superficies. La restauración mediante una corona se considera como cinco superficies obturadas.(ACFO; 2006)

1.4.6 ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA

Se valora presencia de placa según su grosor en unos dientes índice sin el uso de revelador de placa. Se utilizan los dientes índices: 11 o 51, 23 o 63, 34 o 74 y los cuatro últimos molares presentes en cada cuadrante. Se observan las superficies vestibular, lingual/palatino, mesial, distal y en dientes posteriores oclusal. Primero se debe observar en cualquiera de las superficies de los dientes índices si el

paciente presenta placa bacteriana detectable a simple vista por ser gruesa o al pasar una sonda se consigna el valor de "1" para ese diente evaluado. Si no se encontró placa bacteriana, se asigna un valor de "0" a ese diente. Se consigna 0 = buena higiene oral, cuando la suma de los valores de los dientes índice sea entre 0 y 1; 10 = regular higiene oral, cuando la suma esté entre 2 y 3 y cuando la suma sea mayor a 3 consigne un 20 = mala higiene oral (Índice de Silness & Løe modificado) (Martignon.; 2000)

1.4.6 FACTORES DE RIESGO

El concepto de riesgo se torna más útil al generar nociones correlacionadas como factor de riesgo o grupo de riesgo. Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y morir; los riesgos que afectan nuestra salud, depende de la vida en sociedad y mas precisamente del tipo estructural de la sociedad en que vivimos (Duque J.; 2003).

La noción de riesgo epidemiológico es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente, los riesgos que afectan la salud dependen de la vida en sociedad y más del tipo estructural de la sociedad en que vivimos. La idea de riesgo ha sido crucial para el desarrollo de una epidemiología de enfermedades no infecciosas. Riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad; lo que implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente, o un cambio en su estado de salud en un periodo específico y en una comunidad dada, con la condición de que no enferme o muera de otra causa en este periodo (Duque J.; 2003).

Se entiende por factor de riesgo a toda característica, atributos y circunstancia que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento; no son necesariamente la causa sino que están relacionados estrechamente con el evento de una persona, o un grupo de personas o una población, de la cual sabemos que esta asociada con un riesgo de enfermedad. Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, se interrelacionan e interactúan entre sí. Pueden ser tanto indicadores de riesgo como causa de daño a la salud. Los factores de riesgo son un paso obligado para la prevención primaria, los cuales se encuentran presentes en todas las etapas de la vida (Duque H.; 2003)

Dentro de los factores locales encontramos la dieta en ella esta la utilización del biberón con sustancias edulcoradas, con lactancia materna prolongada y/o habito de chupete impregnada en sustancias azucaradas, estos líquidos se estanca alrededor de los dientes en los niños y esto afecta mucho mas cuando los niños se quedan dormidos durante la alimentación, por que en este momento disminuye la salivación y los efectos protectores de la saliva, si los líquidos contienen azúcar estos son metabolizados por los microorganismos que se encuentran en la boca, produciendo ácidos orgánicos que causan la desmineralización de los dientes y si fuera de esto los líquidos son consumidos frecuentemente los dientes son expuestos a condiciones cariogénicos durante periodos prolongados de tiempo. (Belinda B.; 2007)

La mala higiene bucal permite la acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores facilitando el proceso de fermentación y la elevación del riesgo a caries. La baja capacidad buffer salivar incrementa la posibilidad de desmineralización de los tejidos dentales (capacidad tampón), los valores normales de PH salivar son de 5.75 a 6.75; se considera bajo cuando éste se

encuentra por debajo de 4. El flujo salival escaso (xerostomía) esta asociado a disminución de las funciones protectoras de la saliva, lo que promueve la desmineralización, aumento del número de microorganismos cariogénicos e incremento del riesgo a caries dental como también la viscosidad salivar (saliva viscosa) es menos efectiva en el despeje de los carbohidratos, favoreciendo la desmineralización (Duque H.; 2003).

El apiñamiento dentario moderado y severo, la aparatología ortodóntica y protésica dificulta realizar correctamente la higiene bucal, como también las anomalías u opacidades del esmalte favorecen la acumulación de placa dentobacteriana la cual ayuda a la desmineralización y aumento del riesgo de caries.

Los factores biológicos como la placa bacteriana aumenta el riesgo de presentar CIT cuando es excesiva o cuando las técnicas de higiene oral son deficientes, siendo el contorno gingival el más involucrado con la retención de placa bacteriana. Otro factor importante es, la temprana adquisición y colonización de la placa bacteriana por *Estreptococo mutans* se ha relacionado con mayor riesgo de lesiones de caries. (Arango M.; 2004). Estudios realizados con niños desnutridos desde el nacimiento hasta las edades de 6 – 8 años, muestran la influencia de este factor en la incidencia de caries dental, así como en las anomalías de textura dentaria (erosiones adamantinas) que se desarrollan en los órganos dentarios a consecuencia de los reiterados episodios de acidez en el medio bucal. Hay determinadas enfermedades sistémicas que reducen el flujo salival, implicando un riesgo elevado de caries dental: Entre ellas se encuentran, el síndrome de Sjögren, la diabetes mellitus, enfermedades de colágeno, la anemia perniciosa, la esclerodermia y la poliartritis, epilepsia, hipertiroidismo e hipotiroidismo, parálisis

cerebral y discapacitados físicos y/o mentales; quienes constituyen pacientes de alto riesgo para desarrollar caries dental (Siudikiene J.; 2008).

Los factores sociales están representados por el bajo nivel de ingresos, escasos nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud en general, inadecuadas políticas de servicio de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias numerosas, dificultad para consecución de consultas por vivir en zonas rurales o por no tener afiliación a la seguridad (García L & Martínez L.; 2005). Todos estos factores están directamente relacionados con el núcleo familiar ya que esta es la institución de mayor importancia desde el punto de vista educativo a partir del primer momento en que el niño nace. Los padres son los encargados de evitar que los niños se expongan a los factores de riesgo que inciden en la enfermedad oral (González F.; 2006).

El Bajo nivel de ingresos y la ocupación de los padres es otro factor que influye en el desarrollo de caries de infancia temprana pues el empleo y el estatus ocupacional representan un estilo de vida y con frecuencia determinan la facilidad de acceso hacia algún tipo de servicio de salud (Gonzalez F.; 2006). Según Arango M & Baena G en el año 2004 concluyen que el nivel socioeconómico influye de manera importante en la aparición de caries. Otros estudios reportan que hay presencia de caries tanto en estratos bajos como en altos, siendo el primero donde se encuentra mas elevado el nivel de esta enfermedad (Arango M.; 2004).

1.4.8 RIESGOGRAMA

La valoración individual de riesgo de caries se entiende como la probabilidad de desarrollar nuevas lesiones de caries en el futuro. Se puede determinar midiendo diferentes factores de riesgo biológico y social en el paciente en un momento dado. El análisis de la interacción de esos factores de riesgo en un individuo permite su clasificación en riesgo alto, intermedio o bajo y esta estratificación sirve para un mejor manejo de recursos en la práctica clínica, dirigiendo las acciones preventivas a los pacientes que lo requieren e involucrando al paciente en su salud oral. Uno de los esquemas más reconocidos es el Cariogram®, cuyo principal propósito es demostrar de una manera gráfica el riesgo de caries en el futuro temprano; pero también ilustra en que magnitud varios factores afectan esta “probabilidad” y fomenta la introducción de medidas preventivas antes de se puedan desarrollar nuevas lesiones cavitacionales. (Martignon; 2000)

El “RIESGOGRAMA” estima el riesgo de caries a través del análisis de factores interactuando directamente en el proceso de caries sobre la superficie dental. Los mecanismos de ataque (placa bacteriana, entidades sistémicas relacionadas y dieta) y los mecanismos de defensa (exposición a flúor). Además se miden experiencia de caries, por su correlación con riesgo y factores socio-económicos relacionados con el estilo de vida, por su contribución indirecta en la modificación de los factores directos, como pobre higiene oral y dieta. Los factores directos son dependientes en dosis, frecuencia y duración y se les ha dado diferentes “pesos”, con base en la evidencia científica y la contextualización clínica, teniendo un impacto mas fuerte los directos que los indirectos y comportándose de manera específica en cada combinación posible de factores. (Martignon; 2000)

El riesgograma es un diagrama circular (total) dividido en cinco sectores – El sector rojo, se relaciona con la placa dentobacteriana presente y combina placa, experiencia de caries y entidades sistémicas relacionadas. – El sector azul: Dieta combina contenidos y frecuencia de dieta. -El sector verde desprotección, se refiere al acceso a flúor, y - El sector morado, el acceso está basado en factores sociales. (Martignon; 2000)

El riesgo de caries corresponde a la suma de los sectores rojo, azul, verde, amarillo y corresponde a un valor entre 0 y 100%. Entre menor sea la suma de los factores. Mejor el estado de salud oral. Lo contrario esta asociado con alto riesgo de caries. El riesgograma en última expresa riesgo de caries no tiene en cuenta otros problemas como fracturas dentales, decoloraciones, etcétera... y no reemplaza el diagnostico de caries. (Martignon; 2000)

En el formato a realizar cada factor de riesgo se le asigna un puntaje, el cual se consigna evaluando lo siguiente:

1.) Experiencia de caries: incluyendo dientes con cavidades, obturaciones y/o perdidos por caries calculando el ceo-d, y el COP-D. Se suma si aplica los valores "e" + "c" + "o" para obtener el COP-D de su paciente y consignándolo en la casilla correspondiente. Se compara con la tabla de datos obtenidos del estudio epidemiológico nacional en el ENSAB III, la cual muestra el ceo-d/COP-D nacional promedio relacionado en edades que se tuvieron en cuenta y se compara obtenido con el del paciente ubicado en la tabla según la edad correspondiente. Se consignara en la casilla un registro 10 = normal para el grupo de edad, cuando el ceo-d/COP-D del/de la paciente en cuestión esté entre un valor correspondiente al promedio +/- 2 números. Se consigna 0 = mejor que lo normal cuando el ceo-d/COP-D del/de la paciente este mas de 2 números por debajo del ceo-d/COP-D

promedio o si es igual a 0 y a un registro. Se consigna 20 peor que lo normal, cuando este mas de 2 números por encima del promedio o cuando existan tres o mas dientes con lesiones cavitacionales de caries (c-d/C-D). (Martignon; 2000)

2.) Cantidad de placa: estimación de la higiene mediante un índice que valora presencia de placa según su grosor en unos dientes índice sin el uso de revelador de placa. Se utilizan los dientes índices: 11 o 51, 23 o 63, 44 o 84 y los cuatro últimos molares presentes en cada cuadrante. Se observan las superficies vestibular, lingual/palatino, mesial, distal y en dientes posteriores oclusal. Primero se debe observar en cualquiera de las superficies de los dientes índices si el paciente presenta placa bacteriana detectable a simple vista por ser gruesa o al pasar una sonda se consigna el valor de "1" para ese diente evaluado. Si no se encontró placa bacteriana, se asigna un valor de "0" a ese diente. Se consigna 0 = buena higiene oral, cuando la suma de los valores de los dientes índice sea entre 0 y 1; 10 = regular higiene oral, cuando la suma esté entre 2 y 3 y cuando la suma sea mayor a 3 consigne un 20 = mala higiene oral. (Martignon; 2000)

3.) Retención de placa localizada o por compromiso sistémico: se pregunta si el paciente tiene alguna alteración sistémica relacionado con caries dental no controlada y/o uso de medicamentos que afecten la secreción salivar produciendo hiposalivacion, como síndrome de Sjögren, diabetes, hipertensión, quimioterapia, radioterapia en cabeza y cuello, malnutrición, afecciones renales, HIV positivo, discapacidad, erupción de molares, malposiciones dentales aparatología ortodóntica y/o protésica. Se consigna 0 = no retención de placa, cuando el/la paciente no muestra signos de enfermedades generales importantes relacionados con caries dental ni aspectos localización de retención de placa. Se consigna 10 = retención de placa, cuando tenga una enfermedad general que pueda influir directamente el proceso de caries o cuando el paciente se encuentre

condicionado a estar en cama o necesite medicación continua que afecte la salivación o cuando existan aspectos localizados de retención. (Martignon; 2000)

4.) Cantidad de carbohidratos en la dieta: Se consigna 0 = dieta con muy bajo contenido de carbohidratos fermentables, cuando el paciente consume máximo una porción de carbohidratos a la semana. Se consigna 10 =dieta con contenido moderado a alto de carbohidratos fermentables, cuando el/la paciente consume mas de una porción de carbohidratos a la semana. Numero de comidas/pasabocas (entre comidas) y/o bebidas diferentes a agua, promedio por un día normal, se establece con base a un recuento de comida de un día normal. Se consigna 0 =máximo 7 comidas al día, incluyendo pasabocas u bebidas. Se consigna 10 = mas de 7 comidas día incluyendo pasabocas y bebidas. (Martignon; 2000)

5.) Uso diario de crema dental con flúor : Se consigna 0 = máximo uso diario de crema dental con flúor, cuando además del uso del flúor sistémico, medida de salud publica en Colombia, utiliza crema dental fluorada dos o mas veces al día. Se consigna 10= uso diario infrecuente de crema dental con flúor cuando el uso de crema dental fluorada no es de por lo menos dos veces/día. Se consigna 20 =no uso diario de crema dental con flúor, cuando este es nulo. (Martignon; 2000)

6.) Acceso a consulta odontológica por motivo diferente a urgencia: se pregunta si el /la paciente obtuvo por lo menos una cita odontológica en el ultimo año y que el motivo de esta fuere diferente a urgencia (diagnostico, prevención, operatoria, u otro tratamiento). Se consigna 0 =acceso adecuado a consulta, cuando la cita haya sido hace menos de un año y por motivo diferente a urgencia. Se consigna 10= acceso inadecuado a consulta, cuando la cita fue hace mas de un año y/o dentro del año pero por motivo de urgencia. (Martignon; 2000)

Una vez diligenciado el formato de RIESGOGRAMA con los datos de el/la paciente, se suman los puntajes de cada uno de los sectores y se consigna en la columna correspondiente a total sectores, que indicará cuales sectores se encuentran alterados. Al final se suman todos los puntajes de todos los sectores y se consigna en TOTAL RIESGO el porcentaje de riesgo de caries del paciente (0-100%). a situación del paciente será: Favorable para el paciente si el porcentaje final es bajo (0-40%). Regular si es intermedio (50-60%). Malo si es alto (70%). Si el paciente se encontró en riesgo alto: requiere medidas a preventivas a corto plazo. En riesgo intermedio, medidas preventivas a mediano plazo y, en riesgo bajo medidas preventivas a largo plazo. Se marca con una X debajo de cada factor si este se valoro como "alterado" o "adecuado", si el riesgo encontrado fue "ALTO", "MEDIANO", o "BAJO" y en que momento debe actuar. (Martignon; 2000)

El riesgograma nos ayuda a identificar cuales fueron los sectores de factores de riesgo alterados y se establece con el/la un compromiso de acción por parte de cada uno. (Martignon; 2000)

1.4.9 TRATAMIENTO

Dentro de los tratamientos que encontramos para la caries de infancia temprana esta el Xylitol es un alcohol de azúcar natural que ayuda a prevenir las caries. Puede que reconozca otros alcoholes de azúcar los cuales se utilizan en productos sin azúcar tales como manitol y sorbitol. El Xilitol presenta una dulzura y un volumen igual a la del azúcar y su forma granular puede utilizarse de la misma manera que se utiliza el azúcar e inhibe el crecimiento de la bacteria que causa la caries dental. Lo cual es debido a que la bacteria *Streptococcus mutans* no puede utilizar el xylitol para crecer. Así, con el uso del xylitol, se cambia la calidad de la

bacteria en la boca y ésta sobrevivirá menos en cavidad oral, se forma menos placa y se disminuye el nivel de ácidos que atacan las superficies de los dientes (AAPD 2006). Estudios clínicos reflejan que el *Streptococcus mutans* es transmitido de los padres a los bebés recién nacidos, comenzando así el crecimiento de esta bacteria que causa caries en los niños. (AAPD 2006)

El uso periódico de xylitol por las madres ha demostrado reducir significativamente la transmisión de esta bacteria, resultando en menos caries para los niños. Xylitol se encuentra frecuentemente en las gomas de mascar, en las mentas, pastas dentales, enjuagues bucales (AAPD 2006). Consumir goma de mascar o mentas con Xylitol de 3 a 5 veces al día, un consumo total de 5 gramos, se considera óptimo. Debido a que la frecuencia y duración de la exposición al Xylitol es importante, la goma de mascar debe masticarse aproximadamente 5 minutos y se debe permitir que las mentas se disuelvan en su boca. Según se metaboliza el xylitol en el intestino grueso, éste actúa similar a la fibra y las cantidades grandes pueden causar evacuación blanda o tener el efecto de un laxante (AAPD 2006).

El Papacárie está básicamente constituido por papaína, cloramina, azul de toluidina, sales, espesante, debidamente patentado, registrado y aprobado por la ANVISA protocolo número 825779740. La papaína es una endoproteína semejante a la pepsina humana, la cual posee actividad bactericida, bacteriostática y antiinflamatoria, proveniente del látex de las hojas y frutos de la papaya verde madura. La papaína actúa apenas en el tejido lesionado debido a la ausencia de una antiproteasa plasmática, la α_1 -anti-tripsina, que impide su acción proteolítica en tejidos considerados normales. La α_1 -anti-tripsina inhibe la digestión de proteínas. Una vez presente, la papaína contribuirá para la degradación y eliminación de la "capa" de fibrina formada por el proceso de caries. Los autores evaluaron la citotoxicidad *in vitro* del Papacárie en cultivo de fibroblastos cuyo

objetivo era verificar la biocompatibilidad de las diferentes concentraciones de papaína (2%, 4%, 6%, 8% y 10%) para la estandarización del nuevo gel, y concluyeron que para el desarrollo del mismo, cualquiera de las concentraciones de papaína era factible. Es en fin una solución utilizada en la remoción química y mecánica de la caries (Raulino da Silva L.; 2004).

La papaína actúa como debridante antiinflamatorio, no dañando el tejido sano, acelerando el proceso cicatrizante. Al iniciarse el tratamiento con la papaína, hay aumento de la secreción local, ablandamiento del tejido necrosado, desprendiendo los bordes de la lesión y un pequeño aumento de su diámetro (halo de hiperemia). Luego de cierto tiempo, el tejido necrosado se desprende y ocurre una disminución rápida y gradual del halo de hiperemia, acelerando el proceso de cicatrización, disminuyendo, de esa forma, el periodo de recuperación de las lesiones en los pacientes que utilizan la enzima. El Papacárie une las propiedades de remoción atraumática de la caries con la acción bactericida, bacteriostática y antiinflamatoria. Efectivo en la remoción del tejido cariado infectado, una características antimicrobianas con practicidad y facilidad y seguridad en su utilización, siendo, por lo tanto, una alternativa factible para la remoción de las lesiones de caries (Raulino da Silva L.; 2004).

También puede tratarse el niño que presenta CIT con aplicaciones progresivas de fluoruro de estaño e presentación de líquido y actualmente está en el mercado el barniz Duraphat que se aplica a lesiones interproximales presentes en molares temporales y permanentes para evitar la progresión de la lesión (Hardman MC. 2007) 41.

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de los pacientes que presentan CIT en la clínica de Odontopediatría de la Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC sede centro durante el primer periodo del 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar características sociodemográficas con la CIT
- Identificar hábitos de dietas relacionados con CIT
- Determinar la relación entre el índice de placa y CIT
- Relacionar los Hábitos de higiene oral con la presencia de CIT

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal.

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Caries de la infancia temprana

2.3 POBLACIÓN ESTUDIO

Pacientes de 12 a 72 meses que asisten a la clínica de Odontología Pediátrica de UNICOC sede Centro.

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños sistémicamente sanos

Niños de 12 meses a 72 meses

Niños cuyos acudientes firmen el con consentimiento informado

Niños que asisten a la consulta con padre o madre.

2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños que no colaboren con el examen clínico

Niños cuyos padres no firmen el consentimiento informado

Niños menores de 12 meses y mayores de 72 meses

Niños sistémicamente comprometidos

2.5 MUESTRA

Niños que asisten a la clínica de Odontología Pediátrica de la Institución Universitaria Colegios de Colombia sede centro durante el primer semestre del 2010, lo cuales serán seleccionados por conveniencia

2.6 CUADRO DE VARIABLES

Variable	Operacionalización	Tipo de variable	Nivel de medición	Instrumento
Edad	Meses	Cuantitativa	Discreta	Encuesta
Genero	Masculino femenino	Cualitativa	Nominal	Encuesta
Nivel socioeconómico	Estrato 1 ,2,3,4,5,6,	Cualitativa	Ordinal	Encuesta
Escolaridad de los padres	Primaria Secundaria Técnico Universitario	Cualitativa	Ordinal	Encuesta
Frecuencia de cepillado	1 vez 2 veces 3 veces	Cualitativa	Ordinal	Encuesta
Uso de crema dental	Si No	Cualitativa	Nominal	Encuesta
Uso de Seda	Si No	Cualitativa	Nominal	Encuesta

Otras ayudas de higiene oral	Palillos Hilo de coser Lana Otro	Cualitativa	Nominal	Encuesta
Dieta cariogénica	Alto Medio Baja	Cualitativa	Ordinal	Encuesta
Consumo de carbohidratos	Alto Medio Baja	Cualitativa	Ordinal	Encuesta
Consumo de biberón	Si No	Cualitativa	Nominal	Encuesta
Presencia de caries	Si No	Cualitativa	Nominal	Encuesta
Ceo	Cariado Extraído Obturado	Cuantitativa	Discreta	Encuesta
Visita al odontólogo	Menor 3 meses Menor 6 meses Mas de 1 año	Cualitativa	Ordinal	Encuesta

2.7 PROCEDIMIENTO

CALIBRACIÓN

Antes de realizar el trabajo de campo se hará la calibración de los investigadores por parte de la asesora científica a través de 1.) Método visual (sección de fotos), en el índice de Silness & Løe modificado y en el riesgograma, luego de realizar una breve explicación con una previa lectura al respecto y, 2.) Método clínico: Para el cual se hará una calibración con 5 pacientes estandarizando el diligenciamiento de la historia clínica, el Índice de Silness & Løe modificado y el riesgograma.

PRUEBA PILOTO

Se realizará luego de la calibración y estandarización de procedimientos con una muestra de 8 pacientes pediátricos que asisten a la Clínica de Odontología Pediátrica de la institución sede Centro durante el primer semestre del 2010.

PROCEDIMIENTOS

Inicialmente se recogerá la firma del consentimiento informado por parte del acudiente del menor, con el cual se explica los procedimientos de la investigación a realizarse luego de una previa valoración del niño y siguiendo los criterios de inclusión, se resolverán las dudas con un tiempo límite en 5 minutos.

La segunda parte consta de una observación clínica al niño con una explicación previa al paciente de lo que se le va a realizar. Procedemos a diligenciar adecuadamente el formato de registro de información (Historia clínica). Para el índice gingival de Silness & Løe modificado solo se tomarán en cuenta los dientes que estén completamente erupcionados y se utilizará el instrumental básico y espejo facial. El paso siguiente será realizar la profilaxis profesional con los siguientes elementos pasta profiláctica, cepillo de profilaxis, seda dental y eyector, asegurándose que no queden excesos. Se comienza por la superficie distal del último molar superior derecho limpiando las superficies vestibulares hasta el último molar superior izquierdo, se continúa por las superficies palatinas siguiendo el mismo orden y se termina por la superficie oclusal. Se procede de la misma forma en el arco inferior. Se pasa la seda dental por todas las superficies interproximales se lava las superficies dentales con jeringa triple y, finalmente se enjuaga con agua el paciente.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio de acuerdo a la Resolución 8430 del 1993. Fue clasificada como Riesgo mínimo, fue aprobado por el comité de ética institucional.

2.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel 2007 y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 16.0 utilizando estadística descriptiva.

3. RESULTADOS

Se revisaron 30 niños con una edad promedio de 24 a 72 meses; 53 % eran de sexo femenino, 47% masculino, 60,0%; eran de estrato 2 y el 23,3% estrato 1 El 73% pertenecían al régimen de salud subsidiado y el 27% contributivo. En cuanto a él nivel de escolaridad de los padres y/o cuidador el 56.6% habían cursado secundaria.

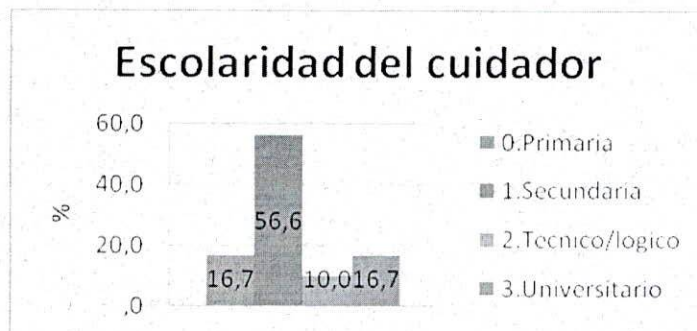


Figura 1.

Historia de caries (tener o haber tenido caries) fue de 96.7% (n=29). La prevalencia de caries (tener caries en el momento del examen) fue de 90% (n=27) Para el índice ceo - d la mediana fue de 7.5. El componente cariado 90 % dientes extraídos el 33 %, y dientes obturados 30 %. Figura 2. El 100% de los sujetos de estudio tenían presencia de la placa bacteriana.

El 3.3% de los pacientes tenían ausencia de placa (código 0), el 33.3% tenían presencia de placa detectable al aire o sonda (código 1), y el 63.3% placa gruesa fácilmente visible (código 2).

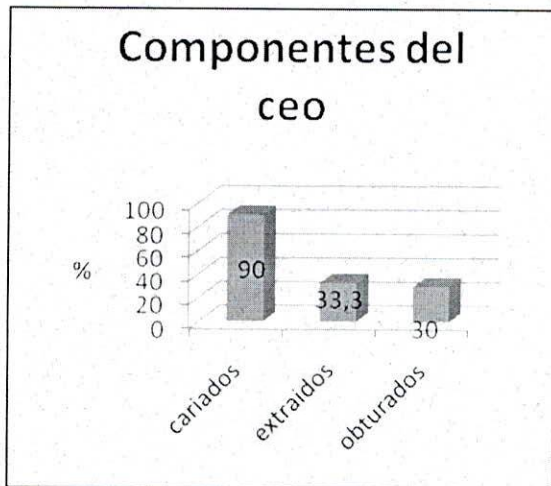


Figura 2

En cuanto a los hábitos alimenticios la ingesta de carbohidratos por parte de los niños fue de 5 veces a la semana el 43,3%; 2 veces a la semana el 20,0 %; 1 vez a la semana el 6,7% y una vez al día el 30,0 % de los pacientes.

Los encuestados manifestaron que con respecto a los hábitos de higiene oral; el 36,7% de los niños son cepillados por la madre, el 6,7% por el padre y un 56,7 % por otra persona. El 56% manifestaban que lo hacían 2 veces al día, y el 83.3% no usaban seda dental.

El 80% no ha recibido aplicación de flúor en barniz o en gel durante los últimos 6 meses. El 70% de los pacientes asistieron a consulta odontológica durante el último año, el 90% no presentaron malposiciones dentarias, el 100% no tenían tratamiento ortopédico.

4. DISCUSIÓN

El porcentaje de placa encontrada en la población fue alta, lo que evidencia la falta de un cepillado eficaz en la remoción de placa, llevando a pensar en la utilización de estrategias adecuadas, desarrollando el hábito y educación a los padres o cuidadores como lo enuncia López M, en su artículo Odontología en la escuela en el 2003. En el ENSAB III (1998), en el cual el 95% de los participantes menores de 20 años, presentaban algún nivel de placa, es coincidente con los resultados del presente estudio donde el 100% de los pacientes presenta algún porcentaje de placa. González y col en el 2006 en Cartagena reportan porcentajes altos de placa coincidentes con los del estudio.8,1,10

Así mismo otros estudios como el realizado por Rey M realizado en Cota (Cundinamarca) en el año 2003 utilizando el índice de Nyvad y Cois reporto la prevalencia de caries en un 95.5 %; 55 % de la población presento 5 o mas lesiones activas y un 17.7% una o mas superficies obturadas. Y en estudio realizado en la ciudad de Moniquirá - Boyacá la prevalencia en el sector urbano fue del 85% y en el sector rural de un 89.60% siendo visiblemente altas comparándolas con las de Cota Cundinamarca. Los resultados de prevalencia (90%) e historia de caries (96.7%) del presente estudio, corroboraron los resultados presentados en estudios como el de Rey M realizados en Cota con una experiencia de caries en un 95.5% y Moniquirá en un 89.60%, de igual manera González y col en el 2006 en niños de 3 y 4 años mostrando una experiencia de caries del 70% y un ceo-d de 3.3. Escobar y col reporta un 60.44% de los niños que tienen historia de caries a los 5 años. En Brasil según Páez T. y colaboradores en el año 2004 en su artículo Hábitos alimenticios y Caries de la infancia temprana severa en niños preescolares brasileiros se observo que un 36% de los niños presentaron Caries de la infancia Temprana, mientras que en Irán según Simin Z. y colaboradores en el año 2009 demostraron que Theran IRAN, los niños presentaron CIT en un rango de 3 – 33%. 10,1,7,11,12

La caries dental constituye un problema en salud pública es de vital importancia puesto que es un motivo en donde se afecta el estado general de salud en niños produce dolor y afecta su calidad de vida creando repercusiones económicas.2

En el estudio se encontró una alta prevalencia de caries, e historia de caries, lo que demuestra la deficiencia en el estado de salud oral en menores de 6 años, la

evidencia de diferentes estudios muestran la asociación entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de caries como lo describe Bernabé y col en el 2006. En Venezuela, Franceschini y Acevedo, reportaron una prevalencia de 13% de CIT en Caracas, determinando una mayor prevalencia en los niños de 4 años de edad, asociada principalmente con el bajo nivel socio-económico. La educación de la madre o cuidador, lactancia materna prolongada, el estrés, autoestima, estructura familiar y social, utilización del biberón impregnado en miel o azúcar, frecuencia de alimentación del niño o del consumo de alimentos o bebidas azucaradas, lo describe Belinda y col en el 2007. 4,1. Estos valores se encuentran relacionados con nuestro estudio pues la ingesta de carbohidratos es de 43.3% que equivalen a 5 veces a la semana, y el 46.7% la frecuencia de comidas y bebidas de 4 a 5 veces/día, junto a la o mala higiene oral hacen que sean factores asociados a la presencia e historia de caries. (Duque J.; 2003).

Los resultados de la distribución de el índice ceo-d, específicamente en el bajo componente obturado, alto componente cariado evidencian la poca capacidad resolutive del Sistema General de Seguridad Social, en el área de la prestación Odontológica, incluyendo barreras de acceso al servicio, cobertura y políticas adecuadas en el área de la salud oral.(ACFO; 2006)

Estas prevalencias evidencian una problemática de salud pública, de acuerdo a los hallazgos de este estudio representa que la probabilidad alta de continuidad del problema. Lo cual representa una relevancia del trabajo en educación en salud oral, en los padres y/o cuidadores con la población infantil resaltando la importancia del cuidado de la dentición temporal y las repercusiones que trae para la dentición permanente, y aumento en los costos de la atención en salud. (Duque J.; 2003).

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se encontró que la mayoría de los niños que presentaban caries eran de estrato 2, pertenecían al régimen subsidiado y los padres y/o cuidadores tenían nivel de estudio de bachillerato.

El consumo de carbohidratos de los encuestados era de más de 5 veces a la semana.

El 100% de los pacientes examinados tenían índice de placa con código 1 que pertenece a placa delgada detectable al aire o sonda.

El padre y/o cuidador manifestaron en la encuesta que los niños eran cepillados por una persona diferente a ellos, no usaban seda dental.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González, H; Brand, S; y col. Prevalencia de caries rampante en niños atendidos en el centro odontológico Carapa, Antemano, Venezuela. Rev. Biomed 2006;17:307-310
2. Arango M. C; Baena G. P. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Rev. Estomatología 2004;12(1):59-65
3. Jablonski- momeni A; stachnissv y col. Reproducibility and accuracy of the ICDAS-II for detection of occlusal caries in vitro Caries Res 2008;42:79-87
4. Bernabé E; Delgado E. K; Sánchez P. C. Results of a surveillance system for early childhood caries. Rev. Med Hered 2006;17 (4):227-233
5. Duque J; Rodríguez A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev. Cubana Estomatol 2001;39(2):111-9
6. García A; Teja E. Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Acta de pediatría MEX 2008; 29(2):69-72
7. Escobar P., Gloria; Ortiz Z., Ana Cecilia; Mejía O., Luz Mery. Dental caries under the age of 20 in Colombia: a public health problem. Rev. Fac. Nac. Salud Publica; 2003 21(2):107-118,
8. Ministerio de Salud III Estudio Nacional de salud bucal. Centro Nacional de Consultaría Colombia 2009.
9. Rey M; Salas E; Martignon S. Caries Dental y Asociación a Factores de Riesgo en la Población Escolar de Moniquira, Boyacá. Rev. científica 2003;9(2):29-34.
10. Paes T; Barreto A; Ayrton O. Feeding Habits and severe early childhood caries in Brzilian preeschool children, Peditric Dentistry 2005: 27:1.
11. Simin Z Jorma I y col. Early childhood caries and dental plaque among 1-3 year olds in Tehran Iran. Jindian soc pedod prev Dent Decembre 2006;177-181.
12. Belinda V; Melara A y col. Caries de primera infancia. A propósito de un caso. Rev Oper Dent Endod 2007;5:77

7. ANEXOS

INSTRUMENTO

FORMATO DE REGISTRO

CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES CON CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES QUE ASISITEN A LA CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA EN LA INSTITUCIÓN UNICOC DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2010.

Nombre investigador		Nombre cuidador		Fecha	
Nombre paciente				Género	Fem ___ Mas ___
Código		Edad		Clínica	
				Semestre	

1. ANALISIS DE FACTORES DE RIESGO

VARIABLES	RESPUESTA: marque la opción con X									
	0		1		2		3		4	
Ingesta de carbohidratos	1/semana		No consume		2/semana		5/semana		> 1 día	
Frecuencia de consumo de bebidas y/o comidas	< 3 veces /día		4-5 veces/día		6-7 veces/día		> 7 veces/día			
Acceso a flúor tópico										
Uso de crema dental con flúor	1 vez/día		No		2 veces/día					
Flúor gel c/3meses o en barniz c/6 meses	Si		No							
Secreción salivar (espejo se adhiere a la boca)	Si		No							

Juicio Clínico										
Asistió en el último año a consulta odontológica)	Si		No							
Motivo	Regular		Urgencia							
Factores retentivos de placa										
Tratamiento ortopédico	Si		No							
Erupción 1er molar	Si		No							
Malposiciones dentales	Si		No							

2. Índice de placa	55/16			51		63		65/26			75/36			74		85/46			Mediana	
	V	O	P	V	P	V	P	V	O	P	V	O	L	V	O	L	V	O	L	
Línea base																				

Convenciones: 0= Ausencia de placa; 1= Placa delgada detectable al aire o sonda; 2= Placa gruesa fácilmente visible

***Índice ceo-d**

Cariados	
Obturados	
Perdidos	
Total	

2.ENCUESTA A CUIDADOR

VARIABLES	RESPUESTA: marque la opción con X									
	0		1		2		3		4	
Estrato socioeconómico	1		2		3		4		5 ó 6	
Escolaridad cuidador	Primaria		secundaria		Técnico/tecnológico		universitario			
Consumo de leche										
Leche materna	Si		No							
Biberón	Si		No							
Cuantos al día	< 3 veces /día		4-5 veces/día		6-7 veces/día		> 7 veces/día			
Frecuencia de Cepillado										
Cuantas veces lo cepilla al día	1/vez		No		2/ veces/día		>3 veces/día			
Quien cepilla al niño	Madre		Padre		Otro					
Usa seda dental	Si		No							

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACION: CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES DE CON
CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA QUE ASISTEN A LA CLINICA DE
ODONTOPEDIATRIA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010.

INVESTIGADORES:

ASTRID NORENA PENA CUADRADO
JENNY ADRIANA HERRERA PACHON
JENNIFER ALEXANDRA SIERRA
JESSICA NAVARRO

Su hijo ha sido invitado para participar en este estudio de investigación. Antes que usted y su hijo decidan participar, por favor lea este consentimiento informado cuidadosamente. Esta hoja de consentimiento informado puede tener palabras que usted no entienda por favor preguntar al investigador encargado o al personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia o amigos antes de tomar su decisión.

En este estudio vamos a tener en cuenta a los niños que acudirán a la clínica de odontopediatría de la institución universitaria colegios de Colombia donde se les realizara examen clínico sobre caries de infancia temprana y factores de riesgo que la causan. La participación del estudio no genera ningún riesgo y molestia en su salud.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio, sin embargo usted debe tener en cuenta que el niño será diagnosticado mediante un examen clínico más detallado.

Su hijo o usted no recibirán compensaciones en dinero o en especie se decide participar en la investigación, sin embargo usted no incurrirá en gastos adicionales durante la investigación. Usted solo estará sujeto a los pagos implícitos que conlleva el tratamiento.

La decisión de que su hijo participe en el estudio es totalmente voluntaria, si usted elige participar en el estudio se compromete a cumplir con las citas pactadas si se necesitara de no ser así su participación en este estudio podrá ser detenida por el investigador sin su consentimiento. Por el contrario si no decide participar en el estudio o si decide retirarse durante la investigación todos los servicios que usted y su hijo reciban en esta clínica continuaran y el tratamiento no se verá afectado.

La información que recolectamos para este proyecto de investigación se mantendrá confidencial; la información recolectada sobre su hijo para la investigación será aislada y solo los investigadores tendrán acceso a ella. Cualquier información sobre su hijo se le

asignara un numero de registro en vez de su nombre; solamente los investigadores sabrán el vinculo de ese número con la identificación.

En cualquier momento del estudio usted tendrá derecho a solicitar y recibir información acerca del curso de la investigación. Los resultados obtenidos de la investigación podrán ser divulgados en reuniones de carácter científico, pero la identidad del niño no será divulgada.

En caso de cualquier inquietud usted podrá comunicarse con los investigadores

ASTRID NORENA PENA CUADRADO
JENNY ADRIANA HERRERA PACHON
JENNIFER ALEXANDRA SIERRA
JESICA NAVARRO

ESTA PROPUESTA HA SIDO EVALUADA Y APROBADA POR EL COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA, QUE ES UN COMITÉ CUYA TAREA ES ASEGURARSE QUE LOS PARTICIPANTES SE LES PROTEJA DE ALGÚN DAÑO.

La información recolectada quedaran como parte del archivo de la investigación, estos podrán ser utilizados para investigaciones futuras y como documentos de información en la biblioteca de la institución universitaria colegios de Colombia.

Este consentimiento informado será complementado con un asentimiento el cual es un documento donde su hijo nos permite realizar las actividades programadas para el curso de esta investigación.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias para usted. Si usted firma aceptando participar en este estudio recibirá una copia y otra anexa en el archivo.

Yo, _____, con número de identificación _____,

Expedido en _____ Por medio de este documento, de manera libre otorgo consentimiento a mi

Hijo y/número a mi cuidado _____, menor de edad, con número de

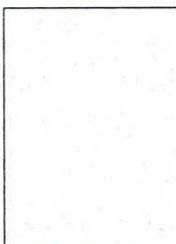
Identificación _____, a participar en esta investigación.

Se me han resuelto dudas e interrogantes sobre el propósito de la investigación el cual va en busca de un adecuado diagnostico y caracterización de la CIT(caries de infancia temprana).

He sido informado que todos los datos se manejaran en un carácter privado y de manera segura en pro de la protección de mi intimidad y la de mi hijo, me han informado que puedo retirarme durante el curso de la investigación de acuerdo a mi voluntad y en el momento que desee hacerlo.

Me comprometo a seguir las indicaciones que se mencionan anteriormente, para el buen curso de la investigación.

Nombre del participante _____



Firma padre/madre/cuidador _____

Numero de cedula _____ de _____

Fecha _____

HUELLA

Nombre del investigador principal _____

Firma del investigador principal _____

Firma del investigador 1 _____

Firma del investigador 2 _____

Firma del investigador 3 _____

Firma del investigador 4 _____

He sido testigo de la lectura exacta del documento del consentimiento al potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente

Nombre del testigo 1 _____

Firma del testigo _____

Fecha _____

Nombre del testigo 2 _____

Firma del testigo _____

Fecha _____