



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**Nivel de Conocimiento de los Médicos Pediatras de Chiclayo
sobre Caries de Infancia Temprana 2021.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

AUTORES:

Castillo Nizama, Teresita de Jesús (ORCID: 0000-0001-7088-409)

Nima Ramirez, Roxana (ORCID: 0000-0001-6129-3626)

ASESORA:

Mg. Ibañez Sevilla, Carmen Teresa (ORCID: 0000-002-5551-1428)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción de la salud y desarrollo sostenible

PIURA – PERÚ

2021

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía, inspiración y fuerza
para alcanzar mis anhelos.

A mi esposo quien ha estado a mi lado
todo este tiempo de mi carrera.

A mi familia, mis padres Héctor, Elida, Luis y Elizabeth,
Por su consejos y apoyo incondicional.

TERESITA DE JESUS

A Dios por guiarme y acompañarme en cada momento
de mi vida, permitirme compartir esta
experiencia con mis seres queridos.

A mis padres y hermanas; por ser los principales
promotores de mis sueños, por creer y confiar
en mí, dándonos sus consejos y
siendo ejemplo de esfuerzo y valentía.

ROXANA

Agradecimiento

Mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida, así como también a mi familia por estar siempre conmigo.

A nuestros docentes de Estomatología que contribuyeron con sus conocimiento y experiencia para mi formación profesional.

En especial a nuestra asesora, Mg. CD Carmen Ibáñez por su paciencia y guía para la elaboración de este trabajo.

A los médicos pediatras de Chiclayo que confiaron en este trabajo y participaron en el desarrollo de esta investigación.

Índice de contenidos

Caratula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	v
Índice de abreviaturas	vi
Resumen	vii
Abstrac	viii
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	3
III. METODOLOGIA	12
3.1. Tipo y diseño de investigación	12
3.2. Variables y operacionalización	12
3.3. Población, muestra y muestreo	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	13
3.5. Procedimientos	13
3.6. Método de análisis de datos	14
3.7. Aspectos éticos	14
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSION	24
VI. CONCLUSIONES	29
VII. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	31
ANEXOS	36
ANEXO 1 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
ANEXO 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	
ANEXO 3 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
ANEXO 4 AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	
ANEXO 5 ENCUESTA VIRTUAL EN GOOGLE FORMS	
ANEXO 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO 7 COORDINACION PARA LA OBTENCION DE LA MUESTRA	

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana, 2021	15
Tabla 2. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre etiología de Caries de Infancia Temprana, 2021.	16
Tabla 3. Frecuencia de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre etiología de Caries de Infancia Temprana, 2021 por pregunta	17
Tabla 4. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo según diagnóstico de Caries de Infancia Temprana, 2021.	18
Tabla 5. Frecuencia de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre diagnóstico de Caries de Infancia Temprana, 2021 por pregunta.	19
Tabla 6. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo según prevención de Caries de Infancia Temprana, 2021.	20
Tabla 7. Frecuencia de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre prevención de Caries de Infancia Temprana, 2021 por pregunta.	21
Tabla 8. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana según tiempo de ejercicio profesional, 2021.	22
Tabla 9. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana según lugar de trabajo, 2021.	23

Índice de abreviaturas

OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
HO:	Higiene Oral.
MINSA:	Ministerio de Salud.
CIT:	Caries de la Infancia Temprana
SB:	Salud Bucal
AAOP:	Academia Americana de Odontología Pediátrica

Resumen

En el presente estudio se determinó el nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana. La población fue 84 médicos pediatras pertenecientes a la Sociedad Peruana de Pediatría que laboran en hospitales y sector privado. Se utilizó un cuestionario de 20 preguntas divididas en 3 dimensiones etiología, diagnóstico y prevención, validado previamente por juicios de expertos con un análisis de confiabilidad alta. Se volvió a realizar la prueba de confiabilidad con resultado Alto (0.90). Los resultados fueron analizados y procesados en el programa Microsoft Excel creando una base de datos que facilitaron la conclusión de los objetivos de la investigación, se obtuvo que el 71,4% de los médicos pediatras tienen un nivel de conocimiento alto sobre caries de infancia temprana. En cuanto el nivel de conocimiento según etiología fue alto con 73,8%; según diagnóstico el 100% de los médicos pediatras tienen un nivel alto y en prevención de caries de infancia temprana el 97.6% tienen un nivel alto. Observando que los médicos pediatras que tienen más de 11 años de ejercicio profesional tienen un alto nivel de conocimiento y ejercen en ESSALUD.

Palabras claves: caries de infancia temprana, nivel de conocimiento, pediatras, etiología, prevención, diagnóstico.

Abstract

In the present study, the level of knowledge of pediatric doctors from Chiclayo about early childhood caries was determined. The population consisted of 84 pediatric doctors who belong to the Peruvian Society of Pediatrics, Chiclayo Branch, who work in hospitals and private sector. A questionnaire of 20 questions divided into 3 dimensions was used; etiology, diagnosis and prevention, which was previously validated by expert judgments and analyzed and the reliability analysis, the instrument has excellent reliability for the study. In addition, in the present study the reliability test was performed again, the result of which was 0.90 High. The results were analyzed and processed in the Microsoft Excel program, for which a database was created to facilitate the conclusion of the research objectives, which confirmed that 71,4% of pediatric doctors have a high level of knowledge about early childhood caries. As for the level of knowledge according to etiology was also high with 73,8%; According to diagnosis, 100% of pediatric doctors have a high level of knowledge. Based on early childhood caries prevention 97.6% of pediatric doctors have a high level of knowledge. Furthermore, it was observed that pediatric doctors who have more than 11 years of professional practice, have a high level of knowledge, plus they practice in ESSALUD.

Keywords: early childhood caries, level of knowledge, pediatricians, etiology, prevention, diagnosis

I. INTRODUCCIÓN

La Salud Bucal (SB) es parte significativa de la salud en general, desempeña un papel importante en la nutrición, crecimiento, desarrollo del infante, lenguaje, desarrollo adecuado de los maxilares, apariencia y autoestima del niño^{1,2}. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “*como la ausencia de enfermedad y alteraciones en la cavidad bucal y piezas dentales, así como neoplasias, úlceras bucales, enfermedades periodontales, caries dental, entre otros*”³. Estas enfermedades bucales afectan casi 3500 millones de individuos.³

Para el Ministerio de Salud, la SB es importante y recomienda que su cuidado debe iniciar desde el nacimiento; la correcta salud bucal permite que el niño mastique bien sus alimentos, tenga una buena pronunciación de los fonemas correctos y una mejor autoestima.⁴

La caries dental viene a ser el problema más frecuente a nivel mundial que altera el equilibrio en la SB, donde se convierte en un gran impacto social generalmente en los lactantes y preescolares estando presente en un 60 – 90%.⁵

Los niños que sufren de caries dental en sus dientes primarios o de leche superan los 530 millones³ siendo ésta una enfermedad que se origina en la superficie del diente dañando el esmalte que lo recubre producto de la fermentación de los carbohidratos, los ácidos de las bacterias cariogénicas y una inadecuada exposición al flúor, todo ello puede provocar caries, dolor, infección hasta pérdida de la pieza dental⁶.

La educación es muy importante para la prevención, cuya finalidad es reducir las patologías que afectan al sistema estomatognático de manera crónica.^{4,7}

Para el cuidado de la salud bucal deben estar comprometidos todos los profesionales teniendo como fin el bienestar del infante; es el médico especialista en pediatría el que tiene el primer contacto con los bebés e intervienen en la promoción / prevención de la salud, son informadores y formadores, del mismo modo deben evaluar y realizar la interconsulta con el odontopediatra en forma precoz y oportuna para su manejo especializado.⁸

Es por ello la importancia que el médico pediatra actualice sus conocimientos respecto a este tema, además debe tener la disponibilidad de participar en forma activa para así poder lograr mejores resultados. La información que transmita el profesional a los padres influirá sobre la salud bucal de los infantes. De esta forma,

se podrá fortalecer una contribución de los expertos y acrecentar las interconsultas al estomatólogo, así como también ayudará al cuidado integral del niño e impedir problemas tanto en su nutrición, lenguaje y autoestima⁹. En nuestro país sería muy productivo que los médicos pediatras cuenten con capacitaciones permanentes con el fin de garantizar la prevención, el diagnóstico precoz y oportuno y derivación al odontólogo especialista, de esta manera contribuiremos al mejoramiento de los servicios de salud. Esta realidad fundamenta el estudio realizado.

Ante lo expuesto se planteó lo siguiente: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana, 2021?

Los resultados de este trabajo permiten determinar si los médicos especialistas en pediatría cuentan con los conocimientos necesarios sobre Caries de Infancia Temprana con respecto a etiología, diagnóstico y prevención; además servirá de base para futuras investigaciones de mayor nivel.

El objetivo principal de esta trabajo es determinar el nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana, 2021; entre sus objetivos específicos determinar el nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana según su etiología 2021; determinar la frecuencia de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre etiología de Caries de Infancia Temprana 2021 según pregunta; determinar el nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana según diagnóstico 2021, así como también identificar la frecuencia de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre diagnóstico de Caries de Infancia Temprana 2021 según pregunta; determinar el nivel de conocimientos de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana según prevención 2021 y determinar la frecuencia de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre prevención de caries de infancia temprana 2021 según pregunta; se tomó en cuenta también determinar la relación del nivel de conocimiento con respecto al tiempo de ejercicio profesional de los médicos pediatras de Chiclayo 2021; así como nivel de conocimiento sobre Caries de Infancia Temprana en relación al lugar donde laboran los médicos pediatras de Chiclayo 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Prathima, et al¹⁰ 2020, India, el propósito fue evaluar la conciencia, actitud y práctica de los especialistas en pediatría con respecto a caries de la primera infancia (ECC) y la Salud Bucal Infantil (IOHC) en Puducherry. Este estudio fue observacional y transversal, utilizaron un cuestionario de 25 preguntas validado previamente en 100 pediatras. Obtuvieron como resultados que el 57% de ellos reconocen las lesiones iniciales de las manchas blancas y el 39% conocían la bacteria que causa la enfermedad *Streptococcus mutans*, solo el 20,9% de los pediatras conocían el papel de flúor en la prevención de caries. Entre las conclusiones del estudio obtuvieron que los pediatras de Puducherry tienen un nivel de conocimiento bajo en ECC y en prevención de las enfermedades bucodentales.

Alshunaiber, et al¹¹ 2019, Arabia Saudita, el objetivo fue evaluar la práctica, actitud y conocimiento de 202 médicos pediatras y de familia concerniente a caries temprana y salud oral; elaboró un estudio transversal basado en un cuestionario estructurado cerrado de 29 preguntas. Los resultados obtenidos fue que el 55% de pediatras no sabían que se debe iniciar la limpieza de la cavidad bucal desde el nacimiento, el 58,5% indico que la posibilidad de transmisión de bacterias cariogénicas se da de madre a hijo y el 59% reconocía a la mancha blanca como primer signo de caries dental. El 42,9% indico a la sacarosa como el azúcar más cariogénico. El 92% de los pediatras respondieron positivamente con respecto a la prevención de caries dental y el 52,9% tenían un nivel de conocimiento alto. Se concluyó que la mayoría de los participantes tuvieron un nivel de conocimiento alto.

Jain Ch, et al¹², 2019, Kenia, el objetivo fue evaluar el conocimiento, actitud y conciencia de los pediatras en salud bucal de los infantes de la Ciudad de Durg. Es una investigación observacional descriptivo transversal, se evaluaron 50 pediatras por medio de un cuestionario de 15 preguntas. Se encontraron que el 90% de los pediatras eran conscientes de los efectos negativos de alimentación nocturna con biberón. El 38% de los pediatras tenían un buen conocimiento seguido de un 30% de un conocimiento moderado y deficiente en un 32%. Se

concluyó que había un buen conocimiento entre los médicos pediatras de Durg y se debe promover el examen bucal del niño por un pediatra dentista poco después del nacimiento.

Hadjipanayis, et al¹³ 2018, Europa, cuyo objetivo fue evaluar la formación, actitud, conocimiento y práctica de los pediatras sobre salud bucodental en Europa. Se utilizó una muestra de 510 pediatras, por medio de una encuesta se obtuvo el 24% no sabía que los primeros signos de caries eran manchas blancas en la superficie dental, aunque el 98,8% de los pediatras comprueban el estado de salud bucal de los infantes, solo el 52% se siente lo suficientemente seguro para identificar caries. Un 43% recomendó una primera visita al odontólogo para los niños mayores de 3 años y sólo el 7% menor de 1 año. Se concluyó que los pediatras desconocen reconocer los signos iniciales de caries y no identifican el factor de riesgo. Se debe promover programas educativos continuos para mantener actualizado los conocimientos del pediatra.

Becerra¹⁴ 2017, Perú, cuya finalidad fue averiguar sobre el conocimiento y actitud de los pediatras de Chiclayo con respecto a salud bucal del infante, realizaron un estudio descriptivo cuantitativo, se utilizó un cuestionario de 24 preguntas a 68 médicos pediatras. Se encontró que el 31% de ellos tiene un conocimiento bueno, un nivel regular el 39,4% y un conocimiento deficiente el 29,6%; el 62% tienen un nivel regular en prevención de la salud bucal del infante y solo el 14,1% tiene un nivel bueno; de los médicos pediatras con 11 años a más de experiencia profesional, tienen un nivel de conocimiento bueno que son el 63,5%. Concluyendo que los médicos pediatras tienen un nivel de conocimiento regular.

Sikligar, et al¹⁵ 2017, India, su estudio evaluó el nivel de conocimiento de la salud bucal de los infantes en Vadodara, Gujarat. Se realizó un cuestionario transversal a 90 profesionales en pediatría seleccionados al azar. Los resultados obtenidos fue nivel de conocimiento pobre en el 60% y en el nivel promedio en 40% y solo el 20% bueno. El 80% responde que la caries dental no es transmisible de la madre y la lactancia materna no puede causar caries dental; los médicos pediatras menores de 10 años de experiencia profesional tienen el 62,50% poco

conocimiento mientras que el 37,5% tienen un nivel medio. Entre 10 y 25 años de experiencia el 50% tiene poco conocimiento y el otro 50% medio. El 80% recomiendan el cese del uso del biberón antes del año. Concluyendo que los pediatras deben actualizarse referente a la salud bucal infantil para garantizar que todos sus pacientes reciban atención dental preventiva y restauradora oportuna. Este estudio demostró que existe la necesidad de una mayor comunicación entre los pediatras para poder ofrecer una mejor salud bucal infantil.

Bismarck, et al¹⁶ 2015, Nigeria, en este estudio se evaluó las opiniones de los pediatras sobre la atención básica de la salud bucal en niños. Se utilizó una metodología descriptiva y transversal. Los encuestados fueron 121 pediatras mediante una encuesta de 14 preguntas. Se especificó preguntas sobre el conocimiento del cuidado básico de la salud bucal y recomendaciones para su mejora. Entre los resultados obtenidos la mayoría de encuestados tenían conocimientos limitados sobre atención de la salud bucal en los niños. El 53,7% sintió que el examen de la cavidad bucal debe ser de rutina, mientras que el 50,4% de ellos informaron que la educación para la salud debe informarse a los cuidadores o madres sobre las caries durante la lactancia que comienzan en una edad temprana, el 26,4% sugirieron comenzar a cepillarse las piezas dentales de los infantes tan pronto como aparece un diente en el niño, mientras que 92,6% recomendó la desaprobación de los chupetes en bebés. El 76,9% opinaron que el pediatra es competente para identificar y manejar la salud oral en los infantes. Concluyendo que la mayor parte de los especialistas en pediatría tenían conocimientos limitados sobre aspectos básicos de la salud bucal en los infantes.

Poornima, et al¹⁷ 2014, India, evaluó el conocimiento, actitud y conciencia de los especialistas en pediatría en prevención de caries dental en tres distritos de India. Se realizó una encuesta transversal de 29 preguntas a 81 pediatras, de los cuales el 51% de los encuestados respondió que las bacterias productoras de caries dental no se transmiten de madre e hijo, el 53% considero que 1 año sería correcto para la primera visita al dentista, el 60% recomendó la higiene bucal dos veces al día y el 64% de los participantes no sabían que los dentífricos con flúor y los selladores dentales previenen la caries dental. Se concluyó que el nivel de

conocimiento, actitud y conciencia de los encuestados en salud bucal y la prevención de caries, no fue satisfactoria.

Rolón et al¹⁸ 2014, Asunción, este artículo evaluó el nivel de conocimiento, actitud y práctica de los pediatras en prevención de salud oral de los infantes. Este estudio observacional descriptivo de corte transversal cuenta con un cuestionario de 34 preguntas cerradas a 92 pediatras. El 74% de los profesionales recomienda el uso de flúor, el 49% tienen conocimientos suficientes sobre factores de riesgo para enfermedades bucales y el 100% adecuado en prevención. Solo el 26% indica la primera visita odontológica antes de los 6 meses. Se concluyó que no se encuentra asociación entre edad, nivel de conocimiento y práctica de los profesionales en pediatría, ni correlación entre los años de experiencia con las prácticas.

Regalado¹⁹ 2016, Guatemala, cuya finalidad fue determinar la relación entre el conocimiento de pediatras y padres de familia con caries de infancia temprana en los niños de 1 a 3 años de edad; utilizaron 70 encuestas a padres de familia y 26 pediatras. Los resultados señalaron que el 65% de los pediatras obtuvieron un alto nivel de conocimiento a diferencia del 50% que alcanzaron los padres.

El conocimiento es un conjunto de información adquirida mediante la experiencia y aprendizaje.⁷ Conocimiento en Salud bucal es poseer la información básica para la preservación y el cuidado de la salud oral del infante.

La Caries dental es una enfermedad multifactorial infecciosa y transmisible, resultado de la descomposición gradual de los tejidos calcificados, producto de la actividad microbiana sobre los carbohidratos fermentables procedentes de la dieta a través del tiempo^{3,20}.

La OMS especifica a la caries dental como un proceso localizado por varios factores que comienza después de la erupción de las piezas dentales, produciendo el reblandecimiento del tejido dental hasta la formación de una cavidad³.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAOP) la define como la existencia de uno o más piezas dentales cariadas, perdidas o restauradas en la dentición primaria en menores de 3 años. Louis Rippa en 1988 fue el primer odontólogo pediatra que especificó la caries de biberón como la forma específica de caries. Se le denominó caries de biberón, del lactante, de lactancia prolongada; pero en 1994 el Centro de control y prevención de las enfermedades en los Estados Unidos cambio a “Caries de la infancia temprana” pues la etiología no podía ser responsable solo al biberón.^{5,21.}

El diagnóstico y los síntomas clínicos de la CIT surge con la desmineralización del esmalte, el periodo inicial se muestra como una mancha opaca / blanca que evoluciona muy rápido en el margen gingival, posteriormente se tiñe de un ligero color amarillento / marrón que va hacia las áreas proximales^{22.} El diagnóstico precoz nos ayuda a detectar la caries dental dándose con mayor frecuencia en las superficies lisas del diente evolucionando rápidamente con consecuencias graves en la dentición del infante^{3,5.} Los incisivos antero superiores son las piezas dentales más afectados, ya que son las más expuestas debido a que el pezón (artificial o natural) se apoya en el paladar durante la succión, existiendo mínimo flujo salival en los dientes del infante; a diferencia de los incisivos del maxilar inferior se comprometen menos debido al patrón muscular de succión del infante, que al desplazar la lengua hacia adelante beneficia naturalmente a estos dientes. Al no tratarse a tiempo la caries avanza hasta que las coronas se debilitan y fracturan^{3,23.}

Según el aumento de las lesiones de la caries de infancia temprana tenemos; las lesiones iniciales pueden ser reversibles, el tercio cervical de las superficies vestibulopalatina se ven afectados por la presencia de una mancha blanca inmediatamente después de la erupción dental. Las lesiones con cavidad se presentan de coloración amarilla y blanda, por un espacio de 6 a 12 meses, avanzando hacia la zona proximal, palatina e incisal de la pieza dental. Las lesiones con compromiso pulpar son lesiones extensas, se visualiza deterioro de las coronas y exposición de la pulpa dental.²⁴

La etiología de CIT se debe a múltiples factores; en 1960 Keyes instauró la etiopatogenia de la caries donde las lesiones cariosas eran producto de las

bacterias cariogénicas, el huésped susceptible y el substrato cariogénico; en 1988, Newbrum añadió el tiempo y Uribe incluyó un quinto factor (edad). Las bacterias colonizan las superficies de las piezas dentales formando la placa bacteriana, al unirse con un sustrato (hidratos de carbono), ocasionando la disminución del pH = 5,5 que afecta al esmalte dental. Normalmente, la agresión de los ácidos es nivelado por la capacidad de la saliva, originando la remineralización del diente, pero si el ataque ácido es continuo comienza la desmineralización^{3,25}.

La bacteria responsable de la caries dental es el *Streptococcus mutans*, apareciendo entre los 19 y 31 meses de nacido, donde aparecen las primeras piezas dentales deciduos^{21,26}.

Las fórmulas maternizadas que contiene lactosa, son menos cariogénicas que las de sacarosa, al igual que las fórmulas derivadas de la soja o proteínas hidrolizadas. La leche materna además de ser un alimento de mínima cariogenidad, contiene agentes protectores (inmunoglobulinas y anticuerpos) frente a los *Streptococcus*²⁷.

Los infantes que toman frecuentemente biberón tienen más riesgo de sufrir caries, más si se quedan dormidos con el biberón en boca. La AAOP²¹ propone retirar el biberón cuando el niño inicie a ingerir alimentos consistentes, iniciando el retiro a los 9 meses o entre los 12 o 14 meses ya que a esa edad se debería tomar en taza.

La higiene deficiente, la falta de flúor y un abuso inadecuado del azúcar incrementan el riesgo de caries de infancia temprana. Las sustancias dulces impregnadas en las tetinas aumentan el riesgo de caries.

La CIT se origina por hábitos inadecuados de alimentación por los padres hacia sus niños favoreciendo la transmisión directa de microorganismo cariogénicos como *St. Mutans*.²⁶ Un riesgo significativo de contagio del *St. mutans* en los infantes es la vía de transmisión vertical, quiere decir, de madre a hijo por contacto directo ya sea el traspaso de saliva contaminada al besarlo frecuentemente en la boca, degustando los alimentos con los utensilios del menor antes de dárselos a probar o al humedecer con saliva la tetina del biberón, así mismo se da por

transmisión horizontal cuando están en contacto con otros familiares como es el caso del papá, hermanos y/o cuidadores^{2,21,29}.

La madre presenta mayores concentraciones de *St Mutans* en la saliva, aumentando así el riesgo de la colonización del niño. Según la AAPD una colonización temprana conlleva a un mayor riesgo de caries. La mamá de los infantes con mayor densidad salival de *St. mutans*, tienen mayor riesgo de adquirir estas bacterias en forma precoz y en dimensiones altas^{2,21,30}.

La OMS define a la lactancia materna como el “método ideal que asegura el aporte de nutrientes que necesita el niño para su crecimiento y desarrollo”. La lactancia materna es única hasta los 6 meses de edad por su contenido de minerales y nutrientes favorables para su crecimiento y prevención de enfermedades³.

La lactancia materna ayuda al desarrollo dento-facial y una buena oclusión de las piezas dentales, manteniendo la correcta posición de la mandíbula evitando así el síndrome de respirador bucal donde intervienen los músculos faciales y de la masticación como pterigoideo externo e interno, masetero, temporal, digástrico, genihioideo y milohioideo que generan una reducción de las maloclusiones.³¹ Al usar el biberón solo se activan los músculos buccinadores y los orbiculares de los labios.^{21,32}

La lactancia artificial se basa en la alimentación con fórmulas lácteas adaptadas que sirven como sustituto de la leche materna. Entre las principales consecuencias, la creación de hábitos perjudiciales, maloclusión, succión, deglución inadecuada, disminución de la función muscular y reducción de la alteración neural necesaria para el desarrollo de la Articulación Temporo Mandibular^{9,21,33}.

La participación de las diferentes áreas de salud que están en contacto con las madres y los infantes deben utilizar la educación como instrumento de prevención para la caries de infancia temprana, enfocándola desde la gestación con una alimentación rica en vitaminas y flúor necesarios para la correcta formación dentaria^{19,24}.

Es así que la odontología ha evolucionado tratando de incluir al bebe en medidas educativas y preventivas para evitar alteraciones bucodentales. Entre las

principales medidas preventivas, tener una dieta controlada, adecuada higiene de la cavidad oral, examen de cavidad oral y uso del flúor. ^{7,25,34}

La higiene bucal es un procedimiento esencial que debe ser realizada por los padres y/o cuidadoras del infante para prevenir la formación de caries dental y evitar alteraciones estomatológicas, ésta se da mediante la remoción de la placa por una vía mecánica / química que es el cepillado dental.^{20,21,35}

Los cepillos se presentan de acuerdo a la edad del infante, ayudan a masajear las encías y limpiar sus piezas dentales.

La más recomendada es la Técnica de Bass modificada, se coloca el cepillo en un ángulo de 45° es decir que las cerdas estén en una posición apical, utilizando movimientos vibratorios y circulares de tal forma limpiar todas las superficies de los dientes, se recomienda realizar como un barrido desde la encía hacia el diente, limpiando las zonas interproximales y masajeando el tejido gingival.^{6,36}

El uso correcto del hilo es un complemento de la higiene dental, ayuda a la eliminación de detritos que no pueden ser eliminados con el cepillo.^{6,37}

En el caso de los bebés edéntulos, su higiene oral debe ser por lo menos antes de dormir, se debe realizar con una gasa empapada en suero fisiológico o agua, manteniendo una buena salud bucal, con esto el niño se familiarizará a la práctica del cepillado⁶.

El cepillado dental se debe realizar después de las comidas principales, en especial antes de dormir ya que el periodo de exposición es mayor, se sugiere que sea supervisado por los papas al menos hasta la edad escolar. La mayor cantidad de placa bacteriana se elimina en los primeros 60 segundos de cepillado, lo que se debe prolongar hasta los 180 segundos^{6,38}.

El dentífrico ayuda a la prevención, su ingesta en exceso produce manchas en los dientes, se recomienda que varíe según la edad y tipo de dientes erupcionados. A los 6 meses cuando han erupcionado únicamente dientes con superficies lisas (incisivos), se debe usar la cantidad equivalente a la mitad de un grano de arroz, cuando erupcionan los molares ya se puede incrementar la cantidad equivalente de un grano de arroz. La frecuencia del cepillado dental con dentífrico debe ser 2 veces por día (mañana y noche); a partir de los 4 años la cantidad de dentífrico es del tamaño de una arveja ya que no hay más riesgo de fluorosis.^{6,25,39}

La clorhexidina es un agente antibacteriano muy efectivo que inhibe la formación de placa, pueden ser usados a partir de los 6 años de edad ya que coincide que se da la erupción de la dentición definitiva^{6,39}.

La función del flúor o fluoruro, es proteger los dientes contra la caries, pueden revertir o detener las lesiones iniciales en los niños, el barniz flúor y el flúor en el agua, son los más adecuados²⁰.

El tiempo de ejercicio profesional en salud es el espacio de tiempo transcurrido en el cual el profesional ha realizado una actividad o actividades técnicas, científicas, docentes, con la respectiva responsabilidad que requiere la capacitación que otorga su título.⁷

Se reafirma que para disminuir la CIT es importante que los médicos especialistas en pediatría deben promover el cuidado de salud bucal como parte del cuidado de salud integral del niño y para ello es necesario manejar información básica sobre caries dental ya que son informadores y formadores para la prevención.^{8,20,22,40}.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es básica porque hay búsqueda sobre el nivel de conocimiento de los médicos pediatras sobre caries de la infancia temprana, y no busca solucionar problemas.

El diseño es no experimental porque se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Transversal o transeccional porque recogen datos en un solo momento y tiempo único. Es descriptivo por que busca desde un enfoque realista identificar, profundizar y describir el conocimiento de los médicos pediatras sobre caries de la infancia temprana.²⁷

3.2. Variables y operacionalización (Anexo 1)

Nivel de Conocimiento de los médicos pediatras es variable cualitativa.

La experiencia profesional es variable cualitativa.

El lugar de trabajo es variable cualitativa.

3.3. Población, muestra y muestreo

La población y la muestra estuvo formada por 84 médicos pediatras que ejercen en la ciudad de Chiclayo afiliados a la Sociedad Peruana de Pediatría, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión son: médicos pediatras que ejercen la profesión en la ciudad de Chiclayo; contando con inscripción en Colegio Médico del Perú y Registro Nacional de Especialidad y pertenecer a la Sociedad Peruana de Pediatría, médicos pediatras de ambos sexos, en cualquier rango de edad que ejercen la profesión de manera dependiente e independiente y aquellos que voluntariamente aceptaron participar tomando en cuenta el consentimiento informado. Los Criterios de exclusión son los médicos que no se encuentren en buen estado de salud.

La muestra se seleccionó tomando en cuenta el muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La Técnica utilizada fue la encuesta. Es un procedimiento donde el investigador recopila datos mediante un cuestionario (Anexo 2) previamente diseñado que consta de 20 preguntas, validado por el autor María Carolina Albán Zapata²² por juicio de expertos y análisis de fiabilidad con el método Kuder Richardson (KR21) obteniendo un coeficiente de 0,83 lo cual se interpreta como alto, lo que resuelve que el instrumento tiene una confiabilidad excelente para el estudio²².

Además, el presente estudio se volvió a realizar la prueba de confiabilidad en 30 médicos pediatras cuyo resultado fue 0.90 muy buena. (Anexo 3).

El cuestionario comprende el tiempo de ejercicio profesional, la institución donde labora y consta de tres dimensiones: etiología (6 preguntas), diagnóstico (7 preguntas) y prevención (7 preguntas). Cada pregunta consta de 4 alternativas, solo una de ellas es la correcta. Se realizó una escala de valoración donde cada pregunta correcta tendrá un puntaje de 1 y las incorrectas 0 puntos obteniendo valores entre 0 a 20, los cuales son baremados de la siguiente manera: Bajo (0 - 6), Medio (7 - 13) y Alto (14 - 20). La baremación se da por cada dimensión.

Baremo-escala de valoración: Bajo=00 – 06, medio = 07 – 13, alto = 14 – 20

Baremo por dimensiones: Según Etiología

Baremo-escala de valoración: Bajo = 00 – 02, Medio= 03 –05, Alto = 06 – 08

Baremo por dimensiones: Diagnóstico

Baremo- escala de valoración: Bajo = 00 – 02, Medio = 03 – 05, Alto= 06 - 08

Escala de valoración - categoría: Prevención

Baremo -escala de valoración: Bajo= 00 – 02, Medio = 03 – 05, Alto= 06 – 08

3.5. Procedimientos

Se solicita a la Escuela de Estomatología de la Universidad César Vallejo, una carta de presentación dirigida al presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría filial Chiclayo (Anexo 4). Se presenta vía WhatsApp al presidente solicitando el número de agremiados activos y habilitados; el mismo presidente de la Sociedad se comprometió de enviar el enlace a sus agremiados, dicho cuestionario se hizo en forma virtual el cual fue adaptado

a la aplicación Google forms (Anexo 5) en cual fue entregado al presidente por vía WhatsApp a sus agremiados. Dentro del cuestionario se encuentra el Consentimiento informado con 20 preguntas (Anexo 6). Recibimos mensajes vía celular para aclarar algunas dudas de los médicos pediatras y se procedió a aclarar dichas dudas. (Anexo 7).

Los datos recolectados fueron registrados por correo electrónico y luego ubicados en bases de datos del software Excel.

3.6. Método de análisis de datos

La información fue ordenada y analizada en una base de Excel y el software estadístico IBM SPSS y fundamentado con los objetivos propuestos de la investigación. Se procedió a un análisis descriptivo basado en la elaboración de tablas para cada variable y sus respectivas dimensiones de interés.

3.7. Aspectos éticos

Se valoró la Declaración de Helsinki²⁸ de 1964 debido a que sucedió con seres humanos, en la cual se proponen principios de bioética en la investigación, quien insta que una investigación médica está relacionada a normas éticas que promueven y aseguran el respeto a todos los seres humanos para proteger su salud y sus derechos individuales, así como es responsabilidad del médico cuidar la vida, salud, dignidad, integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y confidencialidad de la información personal adquirida de las personas que participan en el estudio. Para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal deben tomarse toda clase de precauciones.

Los participantes formaron parte del estudio de manera voluntaria previa explicación y lectura de la hoja informativa.

Los datos obtenidos en este estudio se manejaron respetando su confidencialidad, mediante la codificación de las encuestas.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana, 2021

Nivel de conocimiento	N	%
Alto	60	71,4
Medio	24	28,6
TOTAL	84	100

Fuente: Base de datos recopilados por las autoras

La tabla 1, se muestra que el nivel de conocimiento de los médicos pediatras sobre Caries de Infancia Temprana es alto en un 71,4% y el 28,6% tiene un nivel medio, no habiendo ningún médico pediatra que tenga nivel bajo.

Tabla 2. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre etiología de Caries de Infancia Temprana, 2021.

Nivel de conocimiento según etiología	N	%
Alto	62	73,8
Medio	22	26,2
TOTAL	84	100

Fuente: Base de datos recopilados por las autoras

En la presente tabla, se aprecia el nivel de conocimiento de los médicos pediatras según etiología de la Caries de Infancia Temprana muestra que el 73,8% tiene un nivel alto y el 26,2% tiene un nivel medio, no existiendo ningún médico pediatra que tenga nivel bajo.

Tabla 3. Frecuencia de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre etiología de Caries de Infancia Temprana 2021 por pregunta

Pregunta del cuestionario	Respuesta			
	Correcta n	%	Incorrecta n	%
1. ¿Cuál es la principal bacteria de la caries de infancia temprana?	77	91,7	7	8,3
2. ¿A qué edad piensa usted que se da la colonización de las bacterias en el infante?	64	76,2	20	23,8
3. ¿A qué edad aparece la primera bacteria causante de la caries de infancia temprana?	50	59,5	34	40,5
4. ¿Qué agentes están involucrados en la aparición de caries de infancia temprana?	68	81,0	16	19,0
5. ¿Cuál de los siguientes factores no está asociado a la producción de caries de infancia temprana?	62	73,8	22	26,2
6. ¿Cuál es el nombre más común con el que se le conoce a la caries de infancia temprana?	61	72,6	23	27,4

Fuente: Base de datos recopilados por las autoras

En la presente tabla, se aprecia que el 91,7% de los médicos pediatras responden en forma correcta que la principal bacteria de la caries de infancia temprana es *Streptococcus mutans*, así mismo el 76,2% responden que la edad que ellos piensan que se da la colonización de las bacterias en el infante es antes de la erupción de su primer diente. El 59,5% de los médicos pediatras responde correctamente siendo entre los 19 y 31 meses la edad en que aparece la primera bacteria causante de la CIT; el 81% los agentes involucrados en la aparición de caries de infancia temprana son los dientes, saliva, carbohidratos y microorganismos cariogénicos, siendo la respuesta correcta; el 73,8% de los médicos pediatras responden correctamente que el factor que no está asociado a la producción de CIT es el trauma dental y finalmente el 72,6% responde correctamente que la caries de biberón es el nombre más común con el que se le conoce a la caries de infancia temprana.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo según diagnóstico de Caries de Infancia Temprana, 2021

Nivel de Conocimientos según diagnostico	N	%
Alto	84	100
TOTAL	84	100

Fuente: Base de datos recopilados por las autoras

En la tabla 4, sobre el nivel de conocimiento de los médicos pediatras según diagnóstico, se observa que el 100% tuvo un nivel alto. Todos los médicos pediatras conocen como diagnosticar la Caries de Infancia Temprana.

Tabla 5. Frecuencia de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre diagnóstico de Caries de Infancia Temprana 2021 por pregunta

Pregunta del cuestionario	Respuesta			
	Correcta N	%	Incorrecta N	%
1. ¿De qué color son las lesiones iniciales de la Caries de Infancia Temprana?	84	100	0	0,0
2. ¿Cuáles son los dientes más afectados con la caries de infancia temprana?	84	100	0	0,0
3. ¿Cuál es la vía de transmisión más frecuente de las bacterias cariogénicas hacia la boca del infante?	69	8,1	15	17,9
4. ¿Cuál de estos alimentos es el más cariogénico para el infante?	71	84,5	13	15,5
5. ¿Cuál es el azúcar más fermentable que se encuentra en una dieta cariogénica?	77	91,7	7	8,3
6. ¿Para usted cual es lo más recomendable para el desarrollo correcto de la musculatura y de las estructuras orofaciales?	79	94,0	5	6,0
7. ¿La caries de infancia temprana aparece en los incisivos superiores debido a?	81	96,4	3	3,6

Fuente: Base de datos recopilados por las autoras

En la tabla 5, se observa que el 100% de los médicos pediatras de Chiclayo responden correctamente que el color de las lesiones iniciales de la Caries de Infancia Temprana es la mancha blanca y que son los incisivos anterosuperiores los dientes más afectados. El 82,1% responde correctamente que la vía de transmisión más frecuente de las bacterias cariogénicas hacia la boca del infante son dar besos frecuentes en la boca, humedecer con saliva la tetina del biberón y probar los alimentos en la cucharita del menor. Además, el 84,5% de los médicos pediatras identifican la gaseosa como el alimento más cariogénico para el infante en comparación a las otras alternativas, lo que es respondido correctamente. El 91,7% indica que la sacarosa es el azúcar más fermentable que se encuentra en una dieta cariogénica; el 94% responde que lo más recomendable para el desarrollo correcto de la musculatura y de las estructuras orofaciales es la lactancia materna y finalmente el 96,4% responde correctamente que debido a la falta de flujo salival aparece la caries de infancia temprana en los incisivos superiores.

Tabla 6. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo según prevención de Caries de Infancia Temprana, 2021

Nivel de conocimientos según prevención	N	%
Alto	82	97,6
Medio	2	2,4
TOTAL	84	100

Fuente: Base de datos recopilados por las autoras

En la tabla 6 sobre el nivel de conocimiento de los médicos pediatras según prevención de Caries de Infancia Temprana, observamos que el 97,6% tienen un nivel alto y el 2,4% nivel medio. Ningún médico tiene nivel bajo.

Tabla 7. Frecuencia de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre prevención de Caries de Infancia Temprana 2021 por pregunta

Pregunta del cuestionario	Respuesta			
	Correcta n	%	Incorrecta n	%
1. ¿Cuándo se debe iniciar la higiene bucal en el infante?	84	100 %	-	-
2. ¿Cuál es la edad ideal para realizar la primera consulta odontológica?	81	96,4 %	3	3,6 %
3. ¿En qué momento se debe iniciar la prevención de caries de infancia temprana para el infante?	67	79,8 %	17	20,2 %
4. ¿A qué edad es recomendable dejar el uso del biberón?	73	86,9 %	11	13,1 %
5. ¿Cuál es lo más recomendable o adecuado para la higiene oral de un infante de 4 meses?	72	85,7 %	12	14,3 %
6. ¿Cuándo aún no existe la erupción del primer diente, cuantas veces al día se debe hacer la limpieza dental?	77	91,7 %	7	8,3 %
7. ¿Cuál es la mejor forma de administración de flúor para los infantes?	81	96,4 %	3	3,6 %

Fuente: Base de datos recopilados por las autoras

En la tabla 7 se observa que el 100% de médicos pediatras encuestados responden correctamente que se debe iniciar la higiene bucal del infante desde el nacimiento. El 96,4% respondieron correctamente que el nacimiento es la edad ideal para realizar la primera consulta odontológica, así como también que la fluoración del agua potable como el flúor tópico en forma de barniz de flúor es la mejor forma de administración de flúor para los infantes. El 79,8% indica que a durante el embarazo se debe iniciar la prevención de CIT para el infante. El 86,9% de los médicos pediatras respondió correctamente que la edad recomendable para dejar el uso del biberón es a los 9 meses. El 85,7% responde que las gasas humedecidas con agua es lo más recomendable o adecuado para la higiene oral de un infante de 4 meses, lo que es una respuesta correcta. El 91,7% responde correctamente que cuando aún no existe la erupción del primer diente, 2 veces al día se debe hacer la limpieza dental.

Tabla 8. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana según tiempo de ejercicio profesional, 2021

Tiempo de ejercicio profesional (años)	Conocimientos sobre Caries de Infancia Temprana				Total	
	Regular		Alto		N	%
	n	%	n	%		
1 - 5	4	4,8	6	7,1	10	11,9
6 - 10	3	3,6	12	14,3	15	17,9
11 - 15	3	3,6	17	20,2	20	23,8
16 - 20	2	2,4	9	10,7	11	13,1
21 - 25	7	8,3	14	16,7	21	25,0
26 - 30	1	1,1	2	2,4	3	3,5
31 - 35	3	3,6	0	0,0	3	3,6
más de 35	1	1,2	0	0,0	1	1,2
TOTAL	24	28.6	60	71.4	84	100

Fuente: Base de datos recopilados por las autoras

El presente cuadro muestra el nivel de conocimiento de los médicos pediatras sobre Caries de Infancia Temprana, con respecto al tiempo que llevan ejerciendo, siendo un nivel alto el 71,4%, dentro de los cuales el 20,2% tienen entre 11 a 15 años ejerciendo, el 16,7% tienen entre 21 y 25 años ejerciendo, 2 de ellos osea el 2,4 % tienen entre 26 y 30 años ejerciendo, no se ha observado ningún médico pediatra que presente más de 31 años ejerciendo; y el 28,6% del total restante, quienes presentan un nivel de conocimiento regular; el 8,3% tienen entre 21 y 25 años ejerciendo, el 4,8% tienen entre 1 y 5 años de experiencia, el 1,1% tiene entre 26 y 30 años ejerciendo, y uno de ellos tiene más de 35 años de experiencia ejerciendo como médico pediatra, no se ha observado ningún médico pediatra que presente un nivel de conocimiento bajo.

Tabla 9. Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana según lugar de trabajo, 2021

Lugar de trabajo	Nivel de conocimiento				TOTAL	
	Alto		Medio		N	%
	N	%	n	%		
ESSALUD	36	42,8	0	0,0	36	42,8
PARTICULAR	20	23,8	6	7,2	26	31,0
MINSA + PARTICULAR	4	4,8	10	11,9	14	16,7
ESSALUD + PARTICULAR	0	0,0	8	9,5	8	9,5
TOTAL	60	71,4	24	28,6	84	100

Fuente: Base de datos recopilados por las autoras

En la tabla 9 se muestra el nivel de conocimiento de los médicos pediatras sobre Caries de Infancia Temprana, con respecto al lugar de trabajo, siendo un nivel alto con el 71,4 %, dentro de los cuales 36 de ellos quienes representan el 42,8 % trabajan en EsSalud, el 23,8% trabajan en consultorio particular el 4,8% trabajan en Minsa y en consultorio particular y ninguno de ellos trabaja en EsSalud y en consultorio particular. El 28,6 % del total restante, quienes presentan un nivel de conocimiento medio; ninguno de ellos trabaja en EsSalud, el 11,9% trabajan en Minsa y en consultorio particular y 7,1% trabaja en consultorio particular. No se ha observado ningún médico pediatra que presente un nivel de conocimiento bajo.

V. DISCUSIÓN

Es importante conocer el nivel de conocimiento de los médicos pediatras sobre Caries de Infancia Temprana ya que son los profesionales que tienen un primer contacto con los infantes, ellos deben tener la información básica sobre etiología, realizar un diagnóstico precoz, así como también brindar medidas preventivas sobre caries de infancia temprana y su derivación oportuna al odontólogo especialista.

En la investigación resultó que el 71,4% de los médicos pediatras encuestados tienen un nivel de conocimiento alto sobre Caries de Infancia Temprana; estos resultados se asemejan a los de Alshunaiber¹¹ que obtuvo un 52,9%, Jain¹² un 38% y Regalado¹⁹ un 65%; a pesar que solo Alshunaiber¹¹ informa que sus pediatras si realizaban continuas capacitaciones estos resultados positivos se pudieron deber a las capacitaciones y comunicación constante con el profesional odontólogo. Caso contrario ocurrió con Prathima¹⁰ que obtuvo un nivel de conocimiento bajo, así como Sikligar¹⁵ con 60%, Poornima¹⁷, Bismarck¹⁶ con resultados semejantes, esto sucede porque los autores mencionan que carecen de un plan curricular en pregrado que incluye caries de infancia temprana, la información es limitada y existe poca comunicación con el odontólogo.

En este estudio evaluamos tres dimensiones, etiología, diagnóstico y prevención de caries de infancia temprana. El nivel de conocimiento según etiología de caries de infancia temprana el 73,8% tienen un nivel alto y el 26,2% tienen un conocimiento de nivel medio, no existiendo ningún médico pediatra con nivel bajo; esto refleja que la mayoría de los encuestados es decir el 91,7% saben reconocer a la bacteria *Streptococcus Mutans* como la principal bacteria causante de la caries de infancia temprana, así como el 76,2% piensan que se da la colonización de las bacterias en el infante antes de la erupción de su primer diente, el 59,5% responde que entre los 19 y 31 meses la edad aparece la primera bacteria causante de la caries de infancia temprana, el 81% indica que los agentes involucrados en la aparición de caries de infancia temprana son los dientes, saliva, carbohidratos y microorganismos cariogénicos, el 73,8% de los médicos pediatras responden que el factor que no está relacionado a la producción de caries de

infancia temprana es el trauma dental y finalmente el 72,6% conoce a la caries de biberón como el nombre más común con el que se le conoce a la caries de infancia temprana. Resultado distinto obtuvo Prathima¹⁰ que solo el 39% de sus encuestados conocía a la bacteria causante de caries de infancia temprana, esto se debe a que no recibieron la información sobre caries de infancia temprana durante su formación profesional.

Con respecto al nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo según diagnóstico de Caries de Infancia Temprana, se halló que el 100% de los participantes tienen un nivel alto; esto quiere decir que identifican a la mancha blanca como el color de las lesiones iniciales y que son los incisivos anterosuperiores los dientes más afectados, al igual que el autor Prathima¹⁰ donde el 57% de ellos reconocen las lesiones iniciales de las manchas blancas y Hadjipanayis¹³ halló que solo el 24% no sabía que los primeros signos de caries eran manchas blancas, el 76% se siente lo suficientemente seguro para identificar caries. En el presente trabajo encontramos también que el 82,1% conoce que la vía de transmisión más frecuente de las bacterias cariogénicas hacia la boca del infante son dar besos frecuentes, empapar con saliva la tetina del biberón y probar los alimentos de la cucharita del infante; Sikligar¹⁵ encuentra que el 80% de los participantes responde que la caries dental no es transmisible de la madre asimismo la lactancia materna no puede causar caries dental. Otros resultados encontrados en esta investigación, el 84,5% identifica la gaseosa como el alimento más cariogénico para el infante en comparación a las otras alternativas, el 91,7% indica que la sacarosa es el azúcar más fermentable que se encuentra en una dieta cariogénica; el 94% responden que para ellos lo más recomendable para el desarrollo correcto de la musculatura y de las estructuras orofaciales es la lactancia materna y finalmente el 96,4% responde que debido a la falta de flujo salival aparece la caries de infancia temprana en los incisivos superiores. Comparamos los resultados de Alshunaiber¹¹ completamente diferentes, solo un 59% de los especialistas reconocían a la mancha blanca como primer signo de caries dental y así como también encontró que el 42,9% indicó a la sacarosa como el azúcar más cariogénico. Jain Ch, et al¹² resalto que el 90% de los pediatras eran conscientes de los efectos negativos de alimentación nocturna con biberón.

En conclusión, estos resultados nos demuestran que los médicos especialistas en pediatría de Chiclayo tienen buena información durante su formación de pregrado y han desarrollado cursos de educación continua donde les ayuda a identificar esta patología y establecer un diagnóstico precoz y derivación oportuna al odontólogo especialista. Este alto nivel de los médicos pediatras garantiza la salud integral del niño y ayuda a preservar su calidad de vida.

El modo más efectivo de intervención es la prevención. En relación al nivel de conocimientos sobre prevención de Caries de Infancia Temprana, se obtuvo nivel alto en el 97,6% y solo el 2,4% nivel medio, esto quiere decir que el 100% de médicos pediatras encuestados responden que desde el nacimiento debe empezar la higiene bucal del infante, el 96,4% conoce que el nacimiento es la edad ideal para la primera consulta odontológica así como también que la fluoración del agua potable como el flúor tópico en forma de barniz de flúor es la mejor forma de administración de flúor para los infantes. El 79,8% indica que durante el embarazo se debe iniciar la prevención de Caries de Infancia Temprana, el 86,9% de los encuestados conocen que la edad recomendable para dejar el uso del biberón es a los 9 meses, el 85,7% las gasas humedecidas con agua es lo más recomendable o adecuado para la higiene oral de un infante de 4 meses, el 91,7% cuando aún no existe la erupción del primer diente, 2 veces al día se debe hacer la limpieza dental. Los resultados de este estudio nos indica los médicos pediatras manejan medidas de prevención adecuadas en caries de infancia temprana lo que nos confirma que ellos cumplen con un rol importante para la prevención de esta enfermedad. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Sikligar¹⁵ el 80% recomiendan el cese del uso del biberón antes del año. Bismarck¹⁶ indica que 50,4% de sus encuestados informaron que la educación para la salud debe informarse a los cuidadores o madres sobre las caries durante la lactancia que comienzan en una edad temprana, Poornima¹⁷ indica que el 51% de los encuestados respondió que las bacterias productoras de caries dental no se transmiten de madre e hijo y que 53% considero que 1 año sería ideal para la primera visita al dentista también encontró que el 60% recomendó la higiene bucal dos veces al día y el 64% de los participantes no sabían que los dentífricos con flúor y los selladores dentales previenen la caries

dental. Rolon¹⁸ indica que el 74% de los profesionales recomienda el uso de flúor; el 49% tiene conocimientos suficientes acerca de factores de riesgo para enfermedades bucales y el 100% favorable hacia la prevención, solo el 26% indica la primera visita odontológica antes de los 6 meses. Nuestros resultados no coinciden con el estudio de Prathima¹⁰ donde solo el 20,9% de los pediatras conocían el papel de flúor en la prevención de caries; así como Alshunaiber¹¹ indica que el 55% de sus encuestados no sabían que se debe iniciar la limpieza de la cavidad bucal desde el nacimiento, el 58,5% indicó que la posibilidad de transmisión de bacterias cariogénicas se da de madre a hijo y el 92% de los pediatras respondieron positivamente con respecto a la prevención de caries dental. Igualmente, Hadjipanayis¹³ 43% recomendó una primera visita al odontólogo para los niños mayores de 3 años y sólo el 7% menor de 1 año. Becerra¹⁴ en su estudio tiene un 62% nivel regular en prevención de la salud bucal y es muy importante reconocer que el factor prevención afecta directamente con el plano económico de las familias ya que el gasto de restauración de dientes afectados por caries de infancia temprana es mucho mayor al gasto de prevención de los niños que no padecen la enfermedad.

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los médicos pediatras encuestados y el tiempo que llevan ejerciendo, demuestra que el 71,4% tiene un nivel alto dentro de los cuales el 20,2% tienen entre 11 a 15 años ejerciendo, el 16,7% tienen entre 21 y 25 años, el 2,4% tienen entre 26 y 30 años ejerciendo, no se ha observado ningún médico pediatra que presente más de 31 años ejerciendo; y el 28,6% del total restante, quienes presentan un nivel de conocimiento regular; el 8,3% tienen entre 21 y 25 años ejerciendo, el 4,8% tienen entre 1 y 5 años de experiencia, el 1,1% tiene entre 26 y 30 años ejerciendo, y uno de ellos que representa el 1,2% tiene más de 35 años de experiencia ejerciendo como médico pediatra, no se ha observado ningún médico pediatra que presente un nivel de conocimiento bajo. Los resultados nos permiten asegurar que existe relación entre el tiempo de experiencia y el nivel de conocimiento, a mayor tiempo de experiencia es mayor los conocimientos adquiridos debido a que después de egresados siguen capacitándose continuamente, realizando cursos de especialización y/o postgrado. Resultados diferentes obtuvo Becerra¹⁴ de los

médicos pediatras que tienen 11 años a más de experiencia profesional el 63,5% tienen un nivel de conocimiento bueno. Sikligar¹⁵ obtuvo que los médicos pediatras menores de 10 años de experiencia profesional tienen el 62,50% poco conocimiento mientras que el 37,5% tienen un nivel medio; entre 10 y 25 años de experiencia el 50% tiene poco conocimiento y el otro 50% medio. Rolon¹⁸ concluyó que no encuentra asociación entre edad, nivel de conocimiento y práctica de los profesionales en pediatría, ni correlación entre los años de experiencia con las prácticas.

Por último, al evaluar el nivel de conocimiento sobre Caries de Infancia Temprana en relación al lugar de trabajo de los médicos pediatras, observamos que el 71,4% tiene un nivel alto dentro de los cuales el 42,9% trabajan en EsSalud, el 23,8% trabajan en consultorio particular, el 4,8% trabajan en Minsa y en consultorio particular, y ninguno de ellos trabaja en EsSalud y en consultorio particular. El 28,6% del total restante, quienes presentan un nivel de conocimiento medio; ninguno de ellos trabaja en EsSalud, el 11,9% trabajan en Minsa y en consultorio particular y 7,1% trabaja en consultorio particular. No se ha observado ningún médico pediatra que presente un nivel de conocimiento bajo. Esto puede deberse que en instituciones como ESSALUD los profesionales reciben mayores capacitaciones que en MINSA lo que permite ampliar sus conocimientos referentes a salud oral en especial sobre Caries de Infancia Temprana.

VI.CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana 2021 fue alto.
2. El nivel de conocimiento de los médicos pediatras según etiología de la Caries de Infancia Temprana 2021 tuvo un nivel alto.
3. Los médicos pediatras responden correctamente cual es la principal bacteria de la Caries de Infancia Temprana, así como la edad que se da la colonización de las bacterias en el infante, cuales son los agentes involucrados en la aparición de Caries de Infancia Temprana y cuál es el factor que no está asociado a la producción de caries de infancia temprana.
4. El nivel de conocimiento de los médicos pediatras según diagnóstico de Caries de Infancia Temprana 2021 tuvo un nivel alto.
5. Los médicos pediatras responden correctamente cual es el color de las lesiones iniciales y cuáles son los dientes más afectados de la Caries de Infancia Temprana, que es lo más recomendable para el desarrollo correcto de la musculatura y de las estructuras orofaciales y debido a que se debe que la Caries de Infancia Temprana aparece en los incisivos superiores.
6. El nivel de conocimiento de los médicos pediatras según prevención de Caries de Infancia Temprana 2021, fue alto.
7. Los médicos pediatras responden correctamente cuando se debe iniciar la higiene bucal del infante, cual es la edad ideal para realizar la primera consulta odontológica, así como también cual es la mejor forma de administración de flúor para los infantes.
8. Lo médicos pediatras que llevan ejerciendo de 8 a 11 años son los que tienen mayor nivel de conocimientos sobre Caries de Infancia Temprana.
9. Los médicos pediatras que labora en ESSALUD son los que presentan mayor nivel de conocimiento sobre Caries de Infancia Temprana.

VII.RECOMENDACIONES

1. Replicar el estudio a nivel nacional e internacional y con los demás profesionales de salud que interactúan con los infantes.
2. Fomentar la actualización constante de los profesionales de salud especialmente de los médicos pediatras ya que es de suma importancia para el adecuado manejo y derivación precoz y oportuna con el odontólogo especialista.
3. Realizar capacitaciones constantes sobre conocimiento de los médicos pediatras sobre Caries de Infancia Temprana y así mejorar su nivel de información y manejo de atención de los infantes.
4. Considerar el instrumento utilizado para futuras investigaciones.

REFERENCIAS

1. Núñez L, Sanz J. et al. Caries dental y desarrollo infantil temprano. Estudio piloto. Rev Chilena Pediatría [Internet]. 2015 [citado 2021 Enero 16]; 86 (1): 38– 42. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n1/art07.pdf>
2. Ayala C. Los pediatras en la prevención de enfermedades bucales. Arch.Pediatr Urug [Internet]. 2016 [citado 2021 Enero 16]; 87 (3): 257-262. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300009
3. World Health Organization. Oral health. [Internet]. EEUU. 2020 [citado 2021 Enero 25]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
4. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños. Ministerio de Salud. [Internet]. 2017 [citado 2021 Enero 16]; 1: 9-27. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4195.pdf>
5. Hope B, et al. Conocimientos y actitudes de los pediatras chilenos sobre salud oral. Int. J. odontostomat [Internet]. 2013 [citado 2020 Diciembre 12]; 7(2): 245 - 251. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200015
6. Cartilla informativa para la promoción de la salud bucal. [Internet]. Perú: Ministerio de Salud, 2015. [citado 2021 Enero 16]; 1: 1-23. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3429.pdf>
7. Calles M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal infantil de los pediatras del Hospital Baca Ortiz. [Tesis]. Quito: Facultad de odontología, Universidad Central del Ecuador; 2019. 94 p.
8. Dickson-Swift V, et al. The knowledge and practice of pediatricians in children's oral health: a scoping review. BCM oral Health [Internet]. 2020. [citado 2021 Enero 16]; 20: 1 – 10. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01198-0>
9. Indira MD, et al. Knowledge, Attitude and Practice toward Infant Oral Healthcare among the Pediatricians of Mysore: A Questionnaire Survey. Int J Clin Pediatr Dent

- [Internet]. 2015 [Citado 2021 Enero 16]; 8(3): 211-214. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647042/>
10. Prathima G, et al. Awareness, attitude, and practice of pediatricians regarding early childhood caries and infant oral healthcare of children in Puducherry- A cross-sectional survey. *Indian J Dent Res* [Internet]. 2020 [citado 2021 Enero 18]; 31(3): 439-443. Disponible en: <https://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2020;volume=31;issue=3;spage=439;epage=443;aulast=Prathima>
11. Alshunaiber R, et al. Early childhood caries and infant's oral health; pediatricians' and family physicians' practice, knowledge and attitude in Riyadh city, Saudi Arabia. *The Saudi Dent J* [Internet]. 2019 [citado 2021 Enero 18]; 31: 96–105. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6488750/>
12. Jain Ch, et al. Knowledge, Attitude and Awareness of Pediatricians towards Pediatric Dental and Oral Health nearby Durg City in Chhattisgarh State. *EAS J Dent oral med* [Internet]. 2019 [citado 2021 Enero 18]; 1: 33-38. Disponible en: https://www.easpublisher.com/media/articles/EASJDOM_13_33-38_c.pdf
13. Hadjipanayis A, et al. Oral health training, knowledge, attitudes and practices of primary care pediatricians: a European survey. *Eur J Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 2021 Enero 18]; 177 (5): 675 – 681. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29404716/>
14. Becerra A. Conocimiento, actitud y conducta de médicos pediatras de Chiclayo sobre salud bucal de infantes [Tesis]. Pimentel: Facultad de ciencias de la salud, Universidad Señor de Sipán; 2017. 128 p.
15. Sikligar S, et al. Paediatricians' knowledge, attitude and awareness towards infant oral health care and treatment needs: A cross-sectional survey. *Adv Hum Biol* [Internet]. 2017 [citado 2021 Enero 18]; 7 (1): 27-31. Disponible en: <https://www.aihbonline.com/article.asp?issn=2321-8568;year=2017;volume=7;issue=1;spage=27;epage=31;aulast=Sikligar>
16. Bismarck C, et al. Paediatricians' perception about oral healthcare of children in Nigeria. *BMC oral Health* [Internet]. 2015 [citado 2021 Enero 18]; 15 (164): 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689005/>
17. Poornima P, et al. Evaluation of the knowledge, attitude and awareness in prevention of dental caries amongst pediatricians. *Int J community med public*

- health [Internet]. 2015 [citado 2021 Enero 18]; 2 (1): 64-70. Disponible en: <https://ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/923/794>
18. Rolón M, Samudio M. Conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras sobre factores preventivos de la salud oral en la primera infancia. *Pediatr.* [Internet]. 2014 [citado 2021 Enero 18]; 41 (3): 191 – 200. Disponible en: <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/130>
19. Regalado B. Nivel de conocimiento de pediatras y padres de familia sobre la caries dental de la infancia temprana en el Hospital Carlos Andrade Marín y el Centro de educación inicial Republica de Guatemala. [Tesis]. Quito: Facultad de Odontología: Universidad Central del Ecuador; 2016. 99 p.
20. Lewis Ch, et al. The Role of the Pediatrician in the Oral Health of Children: A National Survey. *Pediatrics.* [Internet]. 2000 [citado 2021 Enero 18]; 106(6): 1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11099627/>
21. American Academy of Pediatrics Dentistry [Internet]. Perinatal and Infant oral health care. The reference manual of pediatric dentistry. [Citado 2021 Enero 18]. Chicago 2020. 252 – 256. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/perinatal-and-infant-oral-health-care/>
22. Albán M. Nivel de conocimiento sobre caries de infancia temprana en los médicos pediatras de la ciudad de Piura 2018. [Tesis]. Piura: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Cesar Vallejo; 2018. 92 p.
23. Acuña G, Zambora M. Conocimiento de los pediatras sobre caries de Infancia temprana en las ciudades de Chiclayo, Piura y Tumbes 2017. [Tesis]. Chiclayo: Facultad de medicina Escuela de Odontología, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017. 68 p.
24. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. Chile. 2014. [citado 18 enero 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/investigacion-clinica-las-condes/Areas-de-Investigacion/Revista-Medica/Volumen-25-Mayo>
25. Guía pediátrica para la salud oral infantil. Guía de referencia. Salud oral de la AAP [Internet] 2010. [Citado 2021 Abril 14]: 1-24. Disponible en: <https://docplayer.es/8257775-Guia-pediatrica-para-la-salud-oral-infantil-guia-de-referencia.html>
26. Abanto J, Duarte D. Primeros mil días do bebe e saude bucal. 1 st ed. Brasil: Napoleao; 2019.

27. Hernández R. Metodología de la Investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
28. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. [Internet]. Edimburgo; 2000. [Citado 2021 Abril 14]: Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
29. Azanza N. Relación entre diferentes estilos de lactancia materna y caries precoz de la infancia [Tesis]. España: Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad del País Vasco; 2017. 110 p. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/24868/TESIS_AZANZA_SANTA%20VICTORIA_NATALIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
30. Bueno L. Caries de aparición temprana, diagnóstico, prevención y tratamiento. [Tesis]. Lima: Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008. 30 p.
31. Lactancia Materna y Caries. [Internet]. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2015 [Citado 2021 Abril 14]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201502-lactancia-materna-caries.pdf>
32. Palma C, Cahuana A. Pautas para la Salud Bucal en los primeros años de vida. [Internet]. 2010 [Citado 2020 Diciembre 14]: 9 (2): 179 -189. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v9n2/a7.pdf>
33. America's Pediatric Dentists [Internet]. Chicago [citado 2021 Enero 2]. Disponible en: <https://www.aapd.org/>
34. Chavarro I. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo: Posibles factores asociados. [Internet]. 2000 [Citado 2020 Noviembre 17]; 35(1): 32-4. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-351/pediatria35100caries/>
35. Ramroop V, Kowlessar A, et al. Knowledge, attitudes and behavior towards preventive oral care in early childhood among paediatricans in Trinidad and Tobago: finding of a national survey. [Internet]. 2019 [Citado 2020 Noviembre 17]; 69: 67 – 76. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/idj.12408>
36. Baker S, Lee J, et al. The Importance of the age one dental visit. Chicago, Il: Pediatric oral health research and policy center, Academy of Pediatric Dentistry

- [Internet]. 2019 [Citado 2020 Noviembre 17]; II: 1-16. Disponible en: <https://www.aapd.org/globalassets/media/policy-center/year1visit.pdf>
37. Federación Dental Internacional. El desafío de las enfermedades bucodentales: una llamada a la acción global. Atlas de salud bucodental. 3ra ed. Ginebra. 2015.
38. Contreras N, et al. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Rev Estomatolol Herediana [Internet]. 2008 [Consultado 2020 Diciembre 12]; 18(1):29-34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539349006>
39. Ministerio de Salud del Perú. [Internet]. 2020. Salud Bucal. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
40. Hegazy S. Knowledge, attitude, and practice of Egyptian pediatrician's sample about ECC. [Internet]. 2016 [consultado 18 febrero 2021]; 62 (2): 1-8. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/nct04003129>
41. Sezer R. Paediatrician's awareness of children's oral health: Knowledge, training, attitudes and practices among Turkish paediatricians. [Internet]. 2013 [consultado 2021 Febrero 8]; 18 (4): 15-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24421693/>

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de Conocimiento sobre Caries de Infancia Temprana	Información sobre etiología, diagnóstico y prevención sobre caries en niños desde el nacimiento hasta 71 meses de edad..	Se medio a través de un cuestionario para medir el nivel de aprendizaje obtenido sobre Caries de Infancia Temprana	Nivel	1. Etiología 2. Diagnostico 3. Prevención	Bajo 00 - 02 Medio 03 – 05 Alto 06 - 08 Bajo 00 - 02 Medio 03 – 05 Alto 06 - 08 Bajo 00 - 02 Medio 03 – 05 Alto 06 - 08 Bajo 00 - 02 Medio 03 – 05 Alto 06 - 08	Ordinal
Experiencia profesional	Tiempo de ejercicio profesional.	Información obtenida del cuestionario.			1 – 5 6 – 10 11 – 15 16 – 20 21 – 25 26 – 30 31 – 35	Ordinal

					más de 35	
Lugar de trabajo	Es el área del centro de trabajo en la que las personas deben permanecer.	Información obtenida del cuestionario.			ESSALUD Particular MINSA Particular ESSALUD Particular	+Nominal +

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PEDIATRAS DE CHICLAYO SOBRE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA 2021

Estimado/a Dr./a, esta encuesta pertenece a un estudio de investigación cuyo objetivo es medir el nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre caries de la infancia temprana, su participación es voluntaria y anónima. Agradecemos su colaboración al contestar las preguntas de manera objetiva y veraz. La información es confidencial.

INSTRUCCIONES:

- Lea cuidadosamente los planteamientos antes de contestar.
- Asegúrese de tener claro el contenido del planteamiento antes de responder o en caso de duda, consulte al investigador(a).
- Asegúrese de contestar todos los planteamientos que se indican en el cuestionario.
- Para cada ítem se responderá con una sola respuesta.

Tiempo de ejercicio profesional en el área de pediatría:

Hospital o clínica donde labora:

Marca con aspa (x) la respuesta correcta:

ETIOLOGIA

1. ¿Cuál es La principal bacteria de la caries de infancia temprana?
 - a. Streptococcus Oralis.
 - b. Streptococcus Mutans.**
 - c. Streptococos Salivarius.
 - d. Lactobacilus acidoufilus.
2. ¿A qué edad piensa usted que se da la colonización de las bacterias en el infante?
 - a. Después de la primera erupción de su primer diente.
 - b. Antes de la erupción de su primer diente.**
 - c. Durante el periodo de gestación.
 - d. Ninguna de las anteriores.

3. ¿A qué edad aparece la primera bacteria causante de la caries de infancia temprana?
- Entre los 2 y 3 meses.
 - Entre los 19 y 31 meses.**
 - Entre los 3 y 4 años
 - Ninguna de las anteriores.
4. ¿Qué agentes están involucrados en la aparición caries de infancia temprana?
- Dientes, saliva, carbohidratos y microorganismos cariogénicos.**
 - Lengua, dientes y microorganismos cariogénicos.
 - Falta de higiene oral, saliva y carbohidratos.
 - Encía, diente, saliva y carbohidratos.
5. ¿Cuál de los siguientes factores no está asociado a la producción de caries de infancia temprana?
- Defectos del esmalte.
 - Herencia.
 - Lactancia frecuente y prolongada.
 - Trauma dental.**
6. ¿Cuál es el nombre más común con el que se conoce a la caries de infancia temprana?
- Caries de la lactancia.
 - Caries de biberón.**
 - Caries severa en la primera infancia.
 - Caries rampante.

DIAGNOSTICO

7. ¿De qué color son las lesiones iniciales de la caries de infancia temprana?
- Mancha blanca.**
 - Mancha marrón.
 - Mancha negra.
 - No presenta manchas.
8. ¿cuáles son los dientes más afectados con la caries de infancia temprana?
- Incisivos anterosuperiores.**
 - Molares superiores e inferiores.
 - Incisivos inferiores.

- d. Premolares superiores e inferiores.
9. ¿Cuál es la vía de transmisión más frecuente de las bacterias cariogénicas hacia la boca del infante?
- a. Dar besos frecuentes en la boca.
 - b. Humedecer con saliva la tetina del biberón.
 - c. Probar los alimentos en la cucharita del menor.
 - d. **Todas las anteriores.**
10. ¿cuál de estos alimentos es el más cariogénico para el infante?
- a. Leche materna.
 - b. Formulas.
 - c. **Gaseosa.**
 - d. Todas son buenas para el niño.
11. ¿Cuál es el azúcar más fermentable que se encuentra en una dieta cariogénica?
- a. Fructuosa.
 - b. **Sacarosa.**
 - c. Glucosa.
 - d. Maltodextina.
12. ¿Para usted cual es lo más recomendable para el desarrollo correcto de la musculatura y de las estructuras orofaciales?
- a. **Lactancia materna.**
 - b. Lactancia artificial.
 - c. Ambas al mismo tiempo.
 - d. Ninguna de las anteriores.
13. ¿La caries de infancia temprana aparece en los incisivos superiores debido a?
- a. Pezón artificial.
 - b. Pezón natural.
 - c. **Falta de flujo salival.**
 - d. Azúcares.

PREVENCION

14. ¿Cuándo se debe de iniciar la higiene bucal del infante?
- a. A los 3 meses.

- b. **Desde el nacimiento.**
 - c. Desde la erupción del primer diente.
 - d. Cuando el niño aprenda a utilizar el cepillo.
15. ¿Cuál es la edad ideal para realizar la primera consulta odontológica?
- a. **Desde el nacimiento.**
 - b. Cuando el infante pueda colaborar con el tratamiento odontológico.
 - c. Durante el periodo comprendido entre la erupción del primer diente deciduo y el primer año de vida del infante.
 - d. A los 3 años.
16. ¿En qué momento se debe iniciar la prevención de caries de infancia temprana para el infante?
- a. Durante su nacimiento.
 - b. **Durante el embarazo.**
 - c. Durante el primer año de colegio.
 - d. Durante el primer año de vida.
17. ¿A qué edad es recomendable dejar el uso del biberón?
- a. **9 meses.**
 - b. 2 años.
 - c. 3 años.
 - d. Hasta que el niño ya no lo quiera usar.
18. ¿Cuál es lo más recomendable o adecuado para la higiene oral de un infante de 4 meses?
- a. **Gasas humedecidas con agua.**
 - b. Cepillo dental solo.
 - c. Cepillo dental y pasta dental.
 - d. A esta edad no es necesario realizar higiene oral.
19. ¿Cuándo aún no existe la erupción del primer diente, cuantas veces al día se debe hacer la limpieza dental?
- a. 1 vez al día.
 - b. **2 veces al día.**
 - c. 3 veces al día.
 - d. No es necesaria mucha limpieza.
20. ¿Cuál es la mejor forma de administración de flúor para los infantes?

- a. Fluoración del agua potable.
- b. Flúor tópico en forma de barniz de flúor.
- c. Flúor tópico en forma de gel.
- d. A y b.**

Fuente: Nivel de conocimiento sobre Caries de Infancia Temprana en los médicos pediatras de la Ciudad de Piura 2018.²²

ANEXO 3:

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	FORMATO DE REGISTRO DE CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO	ÁREA DE INVESTIGACIÓN
---	---	-----------------------

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. ESTUDIANTES :	Teresita de Jesús Castillo Nizama Roxana Nima Ramírez
1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN :	Nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Chiclayo sobre caries de infancia temprana 2021.
1.3. ESCUELA PROFESIONAL :	Estomatología
1.4. TIPO DE INSTRUMENTO (adjuntar) :	Cuestionario
1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD EMPLEADO:	KR – 20 Kuder Richardson (X)
1.6. FECHA DE APLICACIÓN :	10 de Enero del 2021.
1.7. MUESTRA APLICADA :	84 médicos pediatras que ejercen en la Ciudad de Chiclayo afiliados a la Sociedad Peruana de Pediatría.

II. CONFIABILIDAD

ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO:	0.901
------------------------------------	-------

III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (Items iniciales, ítems mejorados, eliminados, etc.)

Se aplicó la prueba estadística Kr20. Donde se obtuvo un coeficiente de 0.90, lo cual demuestra que el instrumento es muy confiable.



Estudiante: TERESITA BEATRIZ CASTILLO N
DNI : 03698366



Estudiante: ROXANA NIMA RAMIREZ
DNI : 47906322

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS



DR. CARLOS EDUARDO CABRERA PRIETO
DIRECTOR GEN. DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ESTADÍSTICA

Estadístico/Dr. Carlos Eduardo Cabrera Prieto
DNI: 17876062

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

Cuestionario con respuestas correctas e incorrectas, aplicado a 30 médicos pediatras que ejercen en la Ciudad de Chiclayo afiliados a la Sociedad Peruana de Pediatría, empleando el análisis de fiabilidad con el *Coefficiente KR – 20 de Kuder Richardson*.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
KR – 20 Kuder Richardson	N de elementos
,901	30

INTERPRETACIÓN:

El coeficiente de KR – 20 Kuder Richardson fue de 0.901, es por ello que concluimos que el instrumento tiene un coeficiente excelente para el estudio, puede ser aplicado.ç

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS

DR. CARLOS EDUARDO CABRERA PRIETO
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ESTADÍSTICA

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (CON FIRMA Y SELLO)



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Piura, 24 de Enero del 2021

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 106-2020 / UCV-EDE-P13-F01/PIURA

Doctor:
Manuel Azabache
Presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría
Filial - Chiclayo
PRESENTE.-

De mi especial consideración

Es grato dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo, y a la vez, presentarle a las alumnas **Castillo Nizama Teresita de Jesús** identificada con **DNI 03698366** y **Nima Ramírez Roxana** identificada **DNI 47906322**, quienes están realizando el Taller de Titulación en la Escuela de Estomatología de la Universidad César vallejo – Filial Piura y desean recolectar datos para su proyecto de investigación titulada "**Nivel de Conocimiento de los Médicos Pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana 2021**" en la entidad que usted dirige.

Por lo tanto, solicito darle las facilidades del caso para iniciar la recolección de datos en la institución y así continuar con su trabajo de investigación.

Asimismo, hacemos de conocimiento que esta carta solo tiene validez virtual, pues motivos de la pandemia no podemos entregar el documento de manera física y menos exponer a nuestros alumnos.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,




MG. WILFREDO TERRONES CAMPOS

MG. WILFREDO TERRONES CAMPOS
DIRECTOR ESCUELA DE
ESTOMATOLOGIA

Recibido
08-02-21
10 am
Dr. Abel Sánchez Medina
Médico Pediatra
CNP 30709 RNE 34771

ANEXO 5

ENCUESTA VIRTUAL EN GOOGLE FORMS



Nivel de Conocimiento de los Médicos Pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana, 2020

Breves por su contribución en esta investigación, este cuestionario forma parte de un trabajo de tesis sobre el Nivel de Conocimiento de los Médicos Pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana, 2020, por lo que solicito su llenado de forma objetiva y sincera. Los resultados son anónimos. Marque la respuesta que considere correcta. Puede leer el consentimiento informando en el siguiente link: <https://cutt.ly/V10E11j>
*Obligatorio

joseefdcopp1102@gmail.com (no compartidos)
Cambiar de cuenta

INSTRUCCIONES

- Lea cuidadosamente los planteamientos antes de contestar.
- Asegúrese de tener claro el contenido del planteamiento antes de responder o en caso de duda, consulte al investigador.
- Asegúrese de contestar todos los planteamientos que se indican en el cuestionario.
- Para cada ítem se responderá con una sola respuesta.

Hospital o clínica donde labora

Tu respuesta


Cuántos años lleva ejerciendo

Tu respuesta

Siguiente Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas e través de Formularios de Google.
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Utilizar uso inadecuado](#) [Términos del Servicio](#) [Política de Privacidad](#)

Google Formularios



Nivel de Conocimiento de los Médicos Pediatras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana, 2020

joseefdcopp1102@gmail.com (no compartidos)
Cambiar de cuenta

ETIOLOGIA

5. ¿Cuál de los siguientes factores no está asociado a la producción de Caries de Infancia Temprana?

- a. Defectos del esmalte.
- b. Herencia.
- c. Lactancia frecuente y prolongada.
- d. Trauma dental.

3. ¿A qué edad aparece la primera bacteria causante de la Caries de Infancia Temprana?

- a. Entre los 2 y 3 meses.
- b. Entre los 19 y 31 meses.
- c. Entre los 3 y 4 años

6. ¿Cuál es el nombre más común con el que se conoce a la Caries de Infancia Temprana?

- a. Caries de la lactancia.
- b. Caries de biberón.
- c. Caries severa en la primera infancia.
- d. Caries rampante.

1. ¿Cuál es la principal bacteria de la caries de Infancia Temprana?

- a. Streptococcus Oralis.
- b. Streptococcus Mutans.
- c. Streptococcus Salivarius.
- d. Lactobacillus acidoufilus.

2. ¿A qué edad piensa usted que se da la colonización de las bacterias en el infante?

- a. Después de la primera erupción de su primer diente.
- b. Antes de la erupción de su primer diente.
- c. Durante el periodo de gestación.
- d. Ninguna de las anteriores.

DIAGNOSTICO

7. ¿De qué color son las lesiones iniciales de la Caries de Infancia Temprana?

- a. Mancha blanca.
- b. Mancha marrón.
- c. Mancha negra.
- d. No presenta manchas.

13. ¿La caries de infancia temprana aparece en los incisivos superiores debido a?

- a. Pezón artificial.
- b. Pezón natural.
- c. Falta de flujo salival.
- d. Azucares.

8. ¿Cuáles son los dientes más afectados con la Caries de Infancia Temprana?

- a. Incisivos anterosuperiores.
- b. Molares superiores e inferiores.
- c. Incisivos inferiores.
- d. Premolares superiores e inferiores.

11. ¿Cuál es el azúcar más fermentable que se encuentra en una dieta cariogénica?

- a. Fructuosa.
- b. Sacarosa.
- c. Glucosa.
- d. Maltodextrina.

12. ¿Para usted cual es lo más recomendable para el desarrollo correcto de la musculatura y de las estructuras orofaciales ?

- a. Lactancia materna.
- b. Lactancia artificial.
- c. Ambas al mismo tiempo.
- d. Ninguna de las anteriores.

9. ¿Cuál es la vía de transmisión más frecuente de las bacterias cariogénicas hacia la boca del infante?

- a. Dar besos frecuentes en la boca.
- b. Humedecer con saliva la tetina del biberón.
- c. Probar los alimentos en la cucharita del menor.
- d. Todas las anteriores.

15. ¿Cuál es la edad ideal para realizar la primera consulta odontológica?

- a. Desde el nacimiento.
- b. Cuando el infante pueda colaborar con el tratamiento odontológico.
- c. Durante el periodo comprendido entre la erupción del primer diente deciduo y el primer año de vida del infante.
- d. A los 3 años.

18. ¿Cuál es lo más recomendable o adecuado para la higiene oral de un infante de 4 meses?

- a. Gasas humedecidas con agua.
- b. Cepillo dental solo.
- c. Cepillo dental y pasta dental.
- d. A esta edad no es necesario realizar higiene oral.

19. ¿Cuándo aún no existe la erupción del primer diente, cuantas veces al día se debe hacer la limpieza dental?

- a. 1 vez al día.
- b. 2 veces al día.
- c. 3 veces al día.
- d. No es necesaria mucha limpieza.

10. ¿Cuál de estos alimentos es el más cariogénico para el infante?

- a. Leche materna.
- b. Formulas.
- c. Gaseosa.
- d. Todas son buenas para el niño.

PREVENCIÓN

14. ¿Cuándo se debe de iniciar la Higiene bucal del infante?

- a. A los 3 meses.
- b. Desde el nacimiento.
- c. Desde la erupción del primer diente.
- d. Cuando el niño aprenda a utilizar el cepillo.

20. ¿Cuál es la mejor forma de administración de flúor para los infantes?

- a. Fluoración del agua potable.
- b. Flúor tópico en forma de barniz de flúor.
- c. Flúor tópico en forma de gel.
- d. A y b.

debe hacer la limpieza dental?

- a. 1 vez al día.
- b. 2 veces al día.
- c. 3 veces al día.
- d. No es necesaria mucha limpieza.

16. ¿En qué momento se debe iniciar la prevención de Caries de Infancia Temprana para el Infante?

- a. Durante su nacimiento.
- b. Durante el embarazo.
- c. Durante el primer año de colegio.
- d. Durante el primer año de vida.

17. ¿A qué edad es recomendable dejar el uso del biberón?

- a. 9 meses.
- b. 2 años.
- c. 3 años.
- d. Hasta que el niño ya no lo quiera usar.

[Atrás](#)

[Enviar](#)

[Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) · [Términos del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

RECOLECCION DE DATOS Y EXCEL DE LAS RESPUESTAS

*BASE DE CONFIABILIDAD DE TERESITA (2).sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

57: VAR00017 1 Visible: 27 de 27 variables

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015	VAR00016
1	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
2	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	In
3	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
4	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
5	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto
6	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
7	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
8	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
9	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
10	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	In
11	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
12	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
13	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Incorrecto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
14	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	In
15	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
16	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
17	Correcto	Incorrecto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
18	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto
19	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
20	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
21	Correcto	Incorrecto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
22	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
23	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

*BASE DE CONFIABILIDAD DE TERESITA (2).sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columna
1	VAR00001	Númerico	8	0	¿Cuál es la principal bacteria de la caries de infancia temprana?	{1, Correcto...	Ninguna	8
2	VAR00002	Númerico	8	0	¿A qué edad piensa usted que se da la colonización de las bacterias en el infante?	{1, Correcto...	Ninguna	8
3	VAR00003	Númerico	8	0	¿A qué edad aparece la primera bacteria causante de la caries de infancia temprana?	{1, Correcto...	Ninguna	8
4	VAR00004	Númerico	8	0	¿Qué agentes están involucrados en la aparición de caries de infancia temprana?	{1, Correcto...	Ninguna	8
5	VAR00005	Númerico	8	0	¿Cuál de los siguientes factores no está asociado a la producción de caries de infancia temprana?	{1, Correcto...	Ninguna	8
6	VAR00006	Númerico	8	0	¿Cuál es el nombre más común con el que se le conoce a la caries de infancia temprana?	{1, Correcto...	Ninguna	8
7	VAR00007	Númerico	8	0	¿De qué color son las lesiones iniciales de la caries de infancia temprana?	{1, Correcto...	Ninguna	8
8	VAR00008	Númerico	8	0	¿Cuáles son los dientes más afectados con la caries de infancia temprana?	{1, Correcto...	Ninguna	8
9	VAR00009	Númerico	8	0	¿Cuál es la vía de transmisión más frecuente de las bacterias cariogénicas hacia la boca del infante?	{1, Correcto...	Ninguna	8
10	VAR00010	Númerico	8	0	¿Cuál de estos alimentos es el más cariogénico para el infante?	{1, Correcto...	Ninguna	8
11	VAR00011	Númerico	8	0	¿Cuál es el azúcar más fermentable que se encuentra en una dieta cariogénica?	{1, Correcto...	Ninguna	8
12	VAR00012	Númerico	8	0	¿Para usted cuál es lo más recomendable para el desarrollo correcto de la musculatura y de las estructuras orofaciales?	{1, Correcto...	Ninguna	8
13	VAR00013	Númerico	8	0	¿La caries de infancia temprana aparece en los incisivos superiores debido a?	{1, Correcto...	Ninguna	8
14	VAR00014	Númerico	8	0	¿Cuándo se debe iniciar la higiene bucal en el infante?	{1, Correcto...	Ninguna	8
15	VAR00015	Númerico	8	0	¿Cuál es la edad ideal para realizar la primera consulta odontológica?	{1, Correcto...	Ninguna	8
16	VAR00016	Númerico	8	0	¿En qué momento se debe iniciar la prevención de caries de infancia temprana para el infante?	{1, Correcto...	Ninguna	8
17	VAR00017	Númerico	8	0	¿A qué edad es recomendable dejar el uso del biberón?	{1, Correcto...	Ninguna	8
18	VAR00018	Númerico	8	0	¿Cuál es lo más recomendable o adecuado para la higiene oral de un infante de 4 meses?	{1, Correcto...	Ninguna	8
19	VAR00019	Númerico	8	0	¿Cuándo aún no existe la erupción del primer diente, cuántas veces al día se debe hacer la limpieza dental?	{1, Correcto...	Ninguna	8
20	VAR00020	Númerico	8	0	¿Cuál es la mejor forma de administración de flúor para los infantes?	{1, Correcto...	Ninguna	8
21	tiempo	Númerico	8	0	Tiempo de ejercicio	Ninguna	Ninguna	8
22	lugar	Númerico	8	2	Lugar de trabajo	{,00, MINSA,	Ninguna	8
23	suma	Númerico	8	2		Ninguna	Ninguna	8
24	puntaje	Númerico	5	0	Conocimientos sobre caries de infancia temprana	{0, Bajo},	Ninguna	10

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA.

INVESTIGADOR (A): Castillo Nizama Teresita de Jesús - Nima Ramírez Roxana

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Nivel de Conocimiento de los Médicos Peditras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana, 2021.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Estamos invitando a usted a participar en el presente estudio (el titulo puede leerlo en la parte superior) con fines de investigación.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará **que marque las alternativas que crea conveniente**. El tiempo a emplear no será mayor a **20** minutos.

RIESGOS: Usted no estará expuesto(a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.

BENEFICIOS: Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted, pero le permitirán al investigador(a) y a las autoridades de Salud **obtener información relevante que permita diagnosticar el Nivel de Conocimiento de los Médicos Peditras de Chiclayo sobre Caries de Infancia Temprana 2020”**

Si usted desea comunicarse con el (la) investigador(a) para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica a los siguientes contactos: Cel. **949839251**, Correo ob_tjcn@hotmail.com cel. **940346127**, correo roxananima93@gmail.com

COSTOS E INCENTIVOS: Participar en el presente estudio no tiene ningún costo ni precio. Así mismo **NO RECIBIRÁ NINGÚN INCENTIVO ECONÓMICO** ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD: Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absolutamente confidencialidad, ninguna persona, excepto la investigadora tendrá

acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.

USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: Los resultados de la presente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.

**AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA
PUEDA SER ALMACENADA: SI NO**

Se contará con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, Filial Piura cada vez que se requiera el uso de la información almacenada.

DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN (PACIENTE): Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con las investigadoras: Cel. 949839251, Correo ob_tjcn@hotmail.com cel. 940346127, correo roxananima93@gmail.com . Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, teléfono 073 - 285900 Anexo. 5553

CONSENTIMIENTO

He escuchado la explicación del (la) investigador(a) y he leído el presente documento por lo que **ACEPTO** voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento

ANEXO 7

COORDINACION PARA LA OBTENCION DE LA MUESTRA

