

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre caries de infancia
temprana, Cajamarca, 2024**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ODONTOPEDIATRÍA**

AUTOR

Cinthy Vanesa Villanueva Rojas

ASESOR

Miriam De Jesus Arellanos Tafur

<https://orcid.org/0000-0001-7170-7597>

Chiclayo, 2025

**Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre caries de
infancia temprana, Cajamarca, 2024**

PRESENTADA POR

Cintha Vanessa Villanueva Rojas

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ODONTOPEDIATRÍA**

APROBADA POR

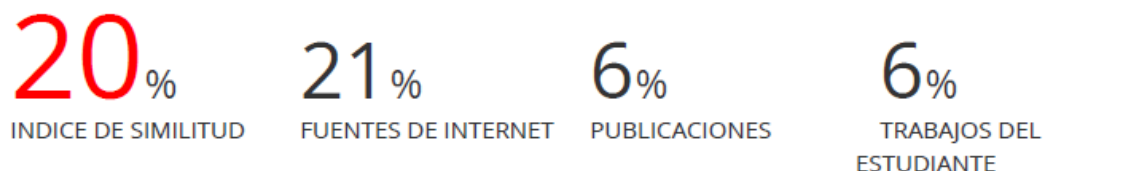
Carmen Díaz Silva
PRESIDENTE

Rocío Torres Verástegui
SECRETARIO

Miriam De Jesus Arellanos Tafur
VOCAL

Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre caries de infancia temprana, Cajamarca, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	7%
2	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	<1%
7	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to usmp Trabajo del estudiante	<1%

roderic.uv.es

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Revisión de literatura	10
Materiales y métodos	17
Resultados	18
Discusión	24
Conclusiones	25
Recomendaciones	26
Referencias bibliográficas	27
Anexos	31

Lista de tablas

Tabla 1 Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre caries de infancia temprana, Cajamarca, 2024.....	18
Tabla 2. Características sociodemográficas del médico pediatra sobre caries de infancia temprana, Cajamarca, 2024.....	19
Tabla 3 Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre la etiología de la caries de infancia temprana según características demográficas, Cajamarca, 2024	20
Tabla 4 Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre la prevención de la caries de infancia temprana según características demográficas, Cajamarca, 2024	21
Tabla 5 Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre el diagnóstico de la caries de infancia temprana según características demográficas, Cajamarca, 2024	22
Tabla 6 Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre la repercusión sistémica de la caries de infancia temprana según características demográficas, Cajamarca, 2024	23

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento del médico pediatra sobre caries de infancia temprana Cajamarca, 2024. En el estudio participaron 71 médicos pediatras miembros de la Sociedad Peruana de Pediatría Filial Cajamarca. Se incluyeron especialistas en pediatría registrados en dicha institución, del sector público y privado, fueron excluidos los médicos pediatras no cooperadores. Se utilizó un cuestionario de forma presencial previamente codificado que contaba con la validez y confiabilidad adecuadas, dicho cuestionario constó de 16 preguntas con respuestas de opción múltiple. Se realizó una prueba piloto con 10 participantes para evaluar los procedimientos del estudio. Al finalizar el estudio se obtuvo que el nivel de conocimiento de los médicos pediatras de la ciudad de Cajamarca sobre CIT fue regular en la mayoría de casos en un 80.3 %. En cuanto al nivel de conocimiento sobre etiología los resultados indicaron que fue deficiente con 52.1 % de casos; mientras que en el diagnóstico fue regular en la mayoría de casos con 64.8%. En tanto el nivel de conocimiento sobre prevención fue regular en la mayoría de casos con 71.8%. Finalmente el nivel de conocimiento sobre repercusión sistémica fue bueno en la mayoría de casos con un 66.2%. Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre CIT en la mayoría de médicos pediatras fue regular.

Palabras clave: conocimiento, caries de infancia temprana, medico pediatra.

Abstract

The objective of this study was to determine the level of knowledge among pediatricians about early childhood caries in Cajamarca, 2024. Seventy-one pediatricians, members of the Peruvian Society of Pediatrics (Cajamarca Branch), participated in the study. Registered pediatric specialists from the public and private sectors were included; non-cooperating pediatricians were excluded. A pre-coded, face-to-face questionnaire with adequate validity and reliability was used. The questionnaire consisted of 16 multiple-choice questions. A pilot test was conducted with 10 participants to evaluate the study procedures. At the end of the study, the level of knowledge among pediatricians in the city of Cajamarca about ECC was average in most cases, 80.3%. Regarding the level of knowledge about etiology, the results indicated that it was deficient in 52.1% of cases; while the level of knowledge about diagnosis was average in most cases, 64.8%. Meanwhile, the level of knowledge about prevention was average in most cases, at 71.8%. Finally, the level of knowledge about systemic impact was good in most cases, at 66.2%. It was concluded that the level of knowledge about CIT among most pediatricians was average.

Keywords

Conocimiento, caries de infancia temprana, médico pediatra.

Introducción

La caries de la infancia temprana (CIT) es una enfermedad de naturaleza infecciosa y contagiosa que afecta a niños menores de cinco años y está causada por múltiples factores, siendo algunos de ellos determinantes para su total desarrollo como malos hábitos de higiene y las propias características personales del huésped, que propician la propagación de estos agentes bacterianos especialmente del *Streptococcus mutans*, organismo importante para la colonización bacteriana¹. En nuestra región latinoamericana, esta enfermedad afecta a más del 90% de la población lo que la convierte en un problema de salud pública, pero lamentablemente existen pocos estudios epidemiológicos en la región que respalden esta problemática².

En 2014, la Organización Panamericana de la Salud convocó una reunión en La Habana con líderes de salud bucal de 23 países de la región, y lamentablemente fueron pocos los países, específicamente 6 de todos participantes que pudieron informar acerca de investigaciones sobre CIT en sus países, algunos de ellos fueron Nicaragua con un 81% de prevalencia, siendo la más alta Bahamas y Honduras con 58 y 60% tasas de prevalencia respectivamente. Por su parte Chile expuso un 85% en tanto Ecuador y Colombia dieron valores de 60% y 13.2% en su población preescolar³.

Asimismo, nuestro país no es ajeno a esta dura realidad que golpea a nuestros niños más pequeños.

En múltiples publicaciones hechas por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la caries dental es considerada el problema de salud más común de los lactantes y se ha demostrado que es el principal motivo de consulta dental ambulatoria en las regiones de Apurímac, Puno y Pasco, siendo esta última considerada la región con mayor número de casos, con una prevalencia promedio de caries dental en niños de 3 a 5 años superior al 98%⁴. En 2017, entendidos en la salud oral del ministerio de salud presentaron un informe donde exponían los principales factores de caries en nuestro país siendo éstos la higiene bucal deficiente y el uso de pasta dental con contenido insuficiente de flúor en poblaciones menores a los 5 años⁵. Por tanto, es sumamente importante que el cuidado bucal del niño se inicie desde los primeros meses de vida y debe estar dirigido por profesionales implicados en el bienestar del infante, siendo en este punto el médico pediatra un personaje principal puesto que es él, en la mayoría de los casos, el profesional que tiene el primer contacto con el bebé y su familia⁶.

Para ello, la Academia Americana de Pediatría (AAP) en sus guías sanitarias para profesionales de la salud oral pediátrica explica el importante papel de estos profesionales en el tratamiento de los menores y aconseja a los pediatras y otros profesionales implicados en la

atención integral de los niños estar al tanto e involucrarse en el conocimiento que permite evaluar enfermedades de la boca desde los seis meses de edad, esta iniciativa se convertirá en un recurso muy importante en la promoción y prevención de las caries en la primera infancia⁷. Por tanto, existe la necesidad de realizar un estudio sobre nivel de conocimiento y actitudes del médico pediatra sobre caries de infancia temprana, Cajamarca, 2024.

La incidencia de caries en la primera infancia es sin duda un problema de salud a nivel mundial, pero con su mayor prevalencia en los países en desarrollo pues tiene un impacto significativo en las personas, familias y comunidades ya que lamentablemente afecta estrechamente su salud general, en tanto también, su calidad de vida⁷.

Como primeros proveedores de información sobre salud infantil, el conocimiento y la actitud de los pediatras ante este tema son fundamentales para una adecuada prevención y un oportuno diagnóstico⁸.

Un importante dato a señalar es que a pesar del incremento en el número de escuelas de odontología, odontólogos profesionales, odontopediatras y otros profesionales de la salud implicados directamente con la salud bucal, los índices de prevalencia en salud bucal en la primera infancia no han mejorando, según datos proporcionados por el Ministerio de Salud⁹.

Es así, que el aporte teórico del estudio es la contribución al conocimiento debido a que no existen estudios en el medio respecto al conocimiento de los pediatras sobre CIT.

El aporte práctico de este estudio sería integrar el trabajo del médico pediatra al manejo temprano de CIT en la comunidad⁸.

Además, el estudio es importante desde un punto de vista social, pues beneficia de manera indirecta a los infantes, padres de familia, odontopediatras y comunidad científica en general.

Este estudio tiene un alcance a un nivel de investigación descriptivo lo cual puede dar lugar a otras investigaciones en la misma línea de investigación.

Por consiguiente el objetivo general del estudio fue determinar el nivel de conocimiento del médico pediatra sobre caries de infancia temprana, Cajamarca, 2024. Los objetivos específicos fueron 1) Reconocer las características sociodemográficas de la población de estudio, 2) Determinar el conocimiento sobre la etiología de caries de infancia temprana del médico pediatra, según edad, sexo y tiempo de ejercicio profesional, 3) Determinar el conocimiento sobre el diagnóstico de caries de infancia temprana del médico pediatra, según edad, sexo y

tiempo de ejercicio profesional, 4) Determinar el conocimiento sobre la prevención de caries de infancia temprana del médico pediatra, según edad, sexo y tiempo de ejercicio profesional, 5) Determinar el conocimiento sobre la repercusión sistémica de caries de infancia temprana del médico pediatra, según edad, sexo y tiempo de ejercicio profesional.

Revisión de literatura

Antecedentes

Guevara-Lagos et al.¹⁰, el 2024 determinaron conocimientos y actitudes sobre salud bucal en la CIT entre pediatras, médicos, enfermeras y asistentes de atención en una empresa social en Cali, Colombia. El estudio fue descriptivo, participaron 74 profesionales sanitarios y se utilizó un encuesta virtual con 27 preguntas. Los resultados mostraron que el 35,8% de las personas tiene un conocimiento regular de la salud bucal y el 87,8% tiene una buena actitud hacia la misma. Llegando a concluir que los trabajadores tenían una buena actitud hacia el cuidado de la salud y la higiene infantil.

Urman et al.¹¹ el 2023, en Argentina analizaron la formación, comportamiento y conocimientos sobre salud bucal infantil de un grupo de recién graduados y estudiantes de postgrado de pediatras. Este estudio fue observacional, transversal e incluyó a 60 estudiantes y graduados de pediatría. Se utilizó un cuestionario virtual autoadministrado de 18 ítems. Al final del estudio, los números obtenidos fueron que el 78,90% de las personas no suele registrar información de salud bucal en su historia clínica, el 72% de los encuestados no pudo establecer la conexión que existe entre el origen de caries dental y otras enfermedades de la infancia. Hasta la aplicación del cuestionario, el 67,20% de los consultados no ha recibido formación en salud bucal, el 60% tuvo dificultades para determinar la cantidad correcta de pasta de dientes que debían usar sus hijos y se sintió no capacitado para aconsejarles sobre las técnicas correctas de cepillado.

En resumen, se identificaron déficits en la capacitación y, por lo tanto, en la autopercepción de los temas relacionados con la salud bucal entre los pediatras consultados.

Prathima et al.¹² el 2020 en la India, evaluaron las actitudes y las prácticas de los especialistas pediátricos de Puducherry sobre la CIT y la salud bucal infantil en la India. El estudio fue observacional y transversal. Se aplicó una encuesta de 25 preguntas que había sido validado con anterioridad entre 100 pediatras. Las respuestas obtenidas reflejaron que el 57% reconoció las primeras lesiones que involucran la extensión de mancha blanca, el

39% sabía que el organismo causante de la caries es *Streptococcus mutans* y únicamente el 20,9% de los pediatras conocía la importancia preventiva del flúor en la caries. Se concluyó que el nivel de conocimiento entre los pediatras sobre la prevención de caries y enfermedades bucales en la primera infancia es bajo.

Alshunaiber et al.¹³ el 2019, en Arabia Saudita, mediante este estudio pudieron evaluar las prácticas, actitudes y conocimientos de los pediatras y de familia sobre la CIT y la salud bucal. Fue un estudio transversal que se basó en un cuestionario estructurado de respuesta cerrada con 29 preguntas y participaron un total de 202 profesionales. Los resultados de la encuesta pudieron mostrar que el 55% de los pediatras no sabe que la higiene bucal debe comenzar desde el nacimiento, el 58,5% de los pediatras afirmó que las bacterias cariogénicas pueden transmitirse de la madre al hijo y el 59% de los pediatras cree que las manchas blancas son el primer signo de enfermedad dental, el 42,9% de las personas cree que la sacarosa es el azúcar más cariogénico. El 92% de los pediatras tiene una actitud positiva hacia la prevención de caries y el 52,9% de los pediatras tiene un alto nivel de conocimientos. Después del análisis de datos pudo concluirse que los pediatras tuvieron un alto nivel de conocimiento respecto a los temas propuestos en la encuesta.

Acuña y Zambora¹⁵, 2017 en Perú, pudieron evaluar a través de este estudio el conocimiento sobre CIT entre pediatras de las ciudades de Chiclayo, Piura y Tumbes. Fue un estudio transversal en el que participaron 92 pediatras que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El método utilizado para la obtención de datos fue un cuestionario sobre conocimiento de CIT. Los resultados obtenidos se basan en la ciudad de origen y se relacionan con el conocimiento global de la CIT. Los resultados de la encuesta arrojaron que de 92 pediatras de Chiclayo, Piura y Tumbes, el 93,5% no tenía el nivel de conocimiento suficiente, el 6,5% tenía un nivel medio y ningún encuestado llegó a un buen nivel. En resumen, el conocimiento sobre la prevención y los efectos sistémicos sobre CIT de esta población de pediatras es regular, mientras que el conocimiento sobre las causas, el diagnóstico y el tratamiento es deficiente.

Díaz y Paredes¹⁶, el 2017 en Perú, propusieron un estudio cuya finalidad fue determinar el conocimiento sobre CIT entre profesionales sanitarios de atención primaria en la ciudad de Cajamarca. Para la realización del estudio realizaron un análisis de 180 encuestas para evaluar el conocimiento sobre CIT entre los trabajadores de atención primaria en todos los

centros de salud de la provincia de Cajamarca. A través de un análisis bivariado mediante la prueba de chi cuadrado corregida de Yates y la prueba de Kruskal Wallis para determinar diferencias en conocimientos por tipo profesional. Los resultados arrojaron que los especialistas en odontología respondieron correctamente el 86,3% de las preguntas, el personal técnico en enfermería arrojó un el 70,7%, las enfermeras el 70,4%, mientras que los obstetras y médicos mostraron el 62,9% y el 61,7%, respectivamente. En resumen, los profesionales sanitarios encuestados poseen un conocimiento relativamente alto sobre la caries dental en la infancia, llegando a más del 60%.

Bases teóricas

Caries en la infancia temprana

Una de las enfermedades infantiles más comunes es la CIT, siendo su sintomatología una forma grave y específica de caries cuya naturaleza bacteriana compromete directamente los dientes temporales de los bebés y niños pequeños, afectando a menudo múltiples piezas dentarias, lo que provoca una rápida pérdida dentaria e infección de los tejidos adyacentes ¹⁷.

Etiología

Streptococcus mutans (SM): los microorganismos pertenecientes al grupo de streptococcus en especial los mutans están asociados a la formación de la caries llegando a ser el principal precursor cariogénico de la cavidad bucal. Factores como las superficies anatómicas retentivas de algunas piezas dentales, la ingesta desbalanceada de azúcares e hidratos de carbono hacen el ambiente propicio para su rápida colonización, esto toma mayor importancia puesto que, estos microorganismos están capacitados para producir ácidos y polisacáridos desde un sustrato basado en carbohidratos, lo cual es importante porque los polisacáridos permiten que la placa se multiplique dando lugar a la formación del ácido, desmineralizando las capas más superficiales del esmalte iniciando así el proceso de caries ¹⁸.

Factores de riesgo asociados a la aparición de caries en la infancia temprana

Los factores de riesgo o comportamientos que conducen a CIT pueden comenzar desde el nacimiento, ya que al cubrir la alimentación del bebé con biberón en lugar de amamantar se considera un comportamiento altamente cariogénico puesto que el contenido azucarado de las fórmulas lácteas que reemplazan la leche materna es muy alto haciendo una peligrosa sinergia

con la composición física de las tetinas del biberón, esta combinación es realmente perjudicial para los infantes¹⁹.

En cuanto a la placa bacteriana, el SM es considerado el microorganismo directo más importante en cuanto a la aparición de estas lesiones, ocurre principalmente a través de la madre, porque ella establece mayor contacto con el niño en sus primeros meses de vida¹⁹.

Esto se debe principalmente al uso de la cuchara para comprobar que la comida esté a la temperatura correcta, a este tipo de contagio se le conoce como transmisión vertical, aunque las bacterias mencionadas anteriormente también pueden transmitirse de forma horizontal entre niños a través de besos o el intercambio de chupones o biberones²⁰.

Las piezas dentarias deciduas son generalmente más frágiles y menos resistentes a las caries que los dientes definitivos, principalmente porque poseen estructuras de dentina más pequeñas alrededor de la pulpa y cámaras pulpares más grandes, el esmalte dental en dientes deciduos es también menos mineralizado que en la dentición permanente. Todas estas características anatómicas facilitan la entrada de bacterias¹⁸.

Es necesario también mencionar la disponibilidad en el mercado de un gran número de medicamentos infantiles en forma de jarabes, muy ricos en azúcar para mejorar el sabor y evitar que los niños los rechacen, el uso crónico de estos compuestos podrían ser una fuente principal de carbohidratos para los niños y favorecer la formación de lesiones cariosas²².

Teniendo en cuenta los factores de riesgo relacionados con el tiempo, se debería tener en cuenta el ritmo de ingesta de alimentos, por lo que es necesario establecer un patrón de ingesta de alimentos en un horario organizado para que los dientes se remineralicen durante más tiempo y así reducir el riesgo de infección de caries²¹.

Muchos factores están relacionados con los factores antes mencionados: por ejemplo, el nivel socioeconómico, cultural, actitud, o comportamiento de la familia o de los padres hacia las normas primarias de higiene bucal²².

Prevalencia de caries en la infancia temprana

Según la Organización Mundial de la Salud¹, la CIT afecta especialmente a niños con bajo peso al nacer, independientemente de su raza o cultura, circunstancia que los pondría susceptibles para desarrollar hipoplasia del esmalte¹⁶.

Cabe mencionar que la salud de la madre es uno de los factores determinantes para la salud bucal del niño. En un reciente estudio realizado por el Dr. Salinas en Chile concluyó que la salud bucal de un niño puede comenzar incluso antes del nacimiento, sin

embargo el no hacer un adecuado trabajo interdisciplinario médico/odontológico evita realizar tratamientos necesarios por desconocimiento, debiendo ser la etapa intrauterina un período que debe utilizarse para motivar a las mujeres a promover ajustes en el régimen alimenticio como gestante, y el equipo médico y odontológico desempeña un papel clave en la educación, el seguimiento y la derivación oportuna de las mujeres embarazadas¹⁸. Un reciente estudio realizado en infantes de un pueblo al norte Lima reflejó que la prevalencia de caries era del 62,3% y aumentaba con la edad: 10,5% (0 a 11 meses), 27,3% (12 a 23 meses, 60 años), 0% (24 a 35 meses) y 65,5% (36 a 47 años). 73,4% (48-59 meses) y 86,9% (60-71 meses), donde el factor de caries dental constituye el 99,9% del índice. Los incisivos centrales y el primer molar superior fueron los más afectados, en tanto en la mandíbula, el primer y segundo molar fueron los más afectados. Las lesiones de las manchas blancas se pudieron observar en la primera infancia²⁴.

Diagnóstico de caries en la infancia temprana

Las caries de la primera infancia se forman inicialmente en superficies lisas, pero pueden progresar rápidamente y afectar gravemente los dientes. El esmalte de los dientes de leche es delgado en comparación con el permanente y menos calcificado que el mismo, lo que contribuye al desarrollo de lesiones. Además, los dientes temporales con mayor afectación son: los incisivos superiores, es importante señalar que al ser los primeros en erupcionar se encuentran mayor tiempo expuestos que los incisivos inferiores, es necesario precisar también que son las piezas más expuestas a los azúcares de la leche cuando el infante se alimenta con biberones, a diferencia de los incisivos inferiores, estas lesiones tienen un patrón simétrico (de derecha a izquierda, superior e inferior) porque están protegidas por la actividad constante de las glándulas linguales y sublinguales que trabajan haciendo un efecto buffer manteniendo estable pH salival²⁵.

Como primera evidencia clínica de caries podemos reconocer a la famosa mancha blanca, que es una descalcificación en la capa más superficial del esmalte, ésta se suele encontrar en el tercio gingival de los dos incisivos centrales superiores primarios, resultado del constante impacto causado por la ingesta de los líquidos azucarados del bebé. Sin una intervención oportuna, esta lesión puede progresar a la superficie proximal y eventualmente formar cavidades en ella. En el primer año de vida, la extensión de la lesión podría alcanzar a ambos incisivos laterales superiores, siendo clínicamente evidente en sus caras vestibulares²⁶.

Prevención de caries en la infancia temprana

Para iniciar el trabajo preventivo es necesario comprender conceptos relacionados con las consecuencias de una mala higiene dental, como lo es la placa bacteriana, que es una película transparente adherida a la superficie del esmalte dental²⁷.

Un estudio refiere que las asociaciones nacionales e internacionales de odontología pediátrica recomiendan el uso de un dentífrico fluorado en concentraciones de 1000 ppm. Esta recomendación es segura en términos de toxicidad y debe realizarse bajo supervisión y aplicarse con moderación como una fina capa de pasta sobre un cepillo dental, siendo la cantidad recomendada similar al tamaño de un grano de arroz crudo. También indica como recomendación visitar al odontopediatra tan pronto como aparezca la primera pieza dentaria en la cavidad bucal del bebé²⁰.

Usar hilo dental ayuda a eliminar las bacterias y las partículas de comida que pueden depositarse entre los dientes.

El uso de sellantes de fosas y fisuras también es importante. Los sellantes son finas capas resinosas o ionómeras que se aplican a la superficie de las piezas dentales cuya anatomía contribuye al depósito y difícil desprendimiento de la placa bacteriana. Es importante aplicar este tipo de tratamiento apenas se haya completado la erupción de las piezas cuya anatomía lo requiera²⁶.

Rol del médico pediatra en la salud bucal de los niños

Conocimiento sobre salud bucal

Los pediatras y todos los profesionales sanitarios implicados en el cuidado de salud del niño deberían tener conocimientos básicos sobre la evaluación del riesgo de enfermedades bucales en todos los pacientes mayores de 6 meses para obtener resultados importantes en la salud bucal pediátrica, los procesos patológicos, los factores de riesgo, la prevención, la semiología y las estrategias de intervención para ser un puente entre su consulta y la odontológica³⁰. Asimismo se debería enseñar este tipo de conocimientos y ser reforzados a lo largo de la formación profesional^{17,18}.

El pediatra cumple la función de transmitir a los padres conceptos sobre que es la caries de la temprana infancia incluso antes de que se dé la primera visita al odontólogo y, por tanto, se

detecte la primera aparición de esta enfermedad, además los padres suelen obedecer a sus consejos, debido a que su figura de autoridad por el cargo que ocupan es casi avallasadora ante otros profesionales de la salud^{31,32}. De este modo se podrá contribuir para que los infantes puedan tener un examen dental periódico y oportuno y así el médico pediatra acompañado del odontopediatra puedan prevenir patologías bucales entre ellas la caries dental y dar recomendaciones pertinentes a los padres³³.

Incluso antes de la primera visita al dentista, los pediatras son quienes informan a los padres sobre la aparición de caries infantil temprana, este primer contacto es crucial para que el niño pueda ser atendido en un tiempo oportuno puesto que, la figura de autoridad debido al cargo que ocupan es casi avallasadora ante otros profesionales de la salud frente a los padres^{31,32}.

Rol del médico pediatra en la salud oral

La labor del médico pediatra ha sido creada y organizada bajo parámetros de un pediatra, o en el mejor de los escenarios todo un equipo de profesionales sanitarios. Uno de los pilares dentro de las funciones de los profesionales del cuidado infantil es proporcionar asesoría, acompañamiento y asistencia a los padres durante el complejo desarrollo del niño²².

Tanto los médicos como los odontopediatras son responsables de esta tarea. Saber que existe un equipo de cuidado infantil integral y que pueda estar presente trabajando en conjunto creará un ambiente positivo para la familia y el niño²⁹.

Es importante recalcar que el pediatra es el principal asesor de la madre del bebé, por lo que es muy importante utilizar este vínculo como un arma a favor de la promoción y prevención en la salud oral, obteniendo como resultado un diagnóstico oportuno resultado de la interacción entre pediatras y odontólogos para así identificar a los pacientes que pueden tener alto riesgo de desarrollar caries desde sus primeros años de vida³¹.

El pediatra es el responsable de hacer el primer examen de la salud bucal del bebé, con el fin de detectar o diagnosticar alguna anomalía en esa área³⁴. Es por ello que, para que el pediatra pueda identificar la anatomía bucal del infante y tenga la capacidad de reconocer alguna alteración presente en ella y cuál sería el tratamiento más indicado, debe manejar conocimientos que salud bucal en los infantes y posibles problemas en este. Es así que podría darse un mejor asesoramiento a los padres; cabe resaltar que es importante un trabajo multidisciplinario, ello implica el solicitar interconsultas con odontopediatras²⁹.

Mantener la salud oral del infante en buen estado no es responsabilidad exclusiva del estomatólogo sino también de los demás profesionales sanitarios. Tomando en cuenta la

atención temprana necesaria para abordar en las consultas médicas de los bebés por parte de los pediatras³⁰.

El prevenir el desarrollo de la caries debe ser un concepto prioritario que el pediatra necesita asumir como parte de su función, lo cual implica explicar a los padres sobre cuidados en nutrición, medidas preventivas, estimular la higiene bucal desde los primeros meses de vida, y revisar la dentición del infante de forma periódica con la finalidad de identificar signos de aparición temprana de caries dental^{34,35}.

La respuesta a la problemática creciente prevalencia de caries en la primera infancia se puede dar por medio de la creación de equipos denominados “promotores de salud oral”, este grupo estará constituido por médicos especialistas en atención primaria, tales como: pediatras, ginecólogos, enfermeras, psicólogos y educadores, es decir profesionales que por su trabajo pueden establecer un nexo con el niño y su entorno familiar en sus primeros años, para que pueda identificarse de manera oportuna a las familias que se encuentren en un riesgo mayor, ya que son éstas mayormente quienes no poseen las facilidades para obtener servicios odontológicos o información preventiva para su caso^{27, 36}.

Materiales y métodos

El estudio fue de tipo transversal, prospectivo, observacional y descriptivo. Participaron 71 médicos pediatras de la ciudad de Cajamarca cuya información fue proporcionada por la Sociedad Peruana de Pediatría Filial Cajamarca. Se incluyeron especialistas en pediatría registrados en dicha institución, del sector público y privado. Se excluyeron médicos pediatras que no firmaron la hoja informativa o no cooperadores. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, mediante la resolución N° 131-2025-USAT-FMED .

El método utilizado fue encuesta. Se solicitó la relación de médicos pediatras a la Sociedad Peruana de Pediatría Filial Cajamarca. Se aplicó un cuestionario de forma presencial, previamente codificado y con la lectura de la hoja informativa. El instrumento utilizado fue obtenido del estudio de Acuña y Zambora¹⁵, que fue validado por juicio de expertos, con V de Aiken 0.89, y una confiabilidad de 0.76 según el coeficiente Alfa de Cronbach⁴⁴. Consta de 16 preguntas con respuestas de opción múltiple. Se realizó una prueba piloto con 10 participantes para evaluar los procedimientos del estudio. En la ejecución del estudio, primero se coordinó por grupos con los médicos pediatras por vía telefónica, donde se explicó el propósito del estudio para la aplicación del cuestionario de forma individual en su centro de

labores. La duración de la aplicación instantánea fue de 20 minutos aproximadamente en los otros casos la respuestas se obtenían al día siguiente. Se agradeció a los profesionales por su participación. La ejecución del estudio fue realizada en un mes aproximadamente. Al culminar se elaboró una matriz de datos en Excel donde se registró la información obtenida y luego sirvió al estadístico para su análisis.

Los datos fueron analizados mediante el software SPSS versión 25 con estadística descriptiva de acuerdo a los objetivos establecidos y variables del estudio.

Resultados

RESULTADOS ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabla 1

Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre caries de infancia temprana, Cajamarca, 2024

Nivel de conocimiento	Deficiente		Regular		Bueno	
	f	%	f	%	f	%
Sobre la caries de infancia temprana	12	16.9	57	80.3	2	2.8
Sobre la etiología de la caries de infancia temprana	37	52.1	34	47.9	0	0
Sobre la prevención de la caries de infancia temprana	19	26.8	51	71.8	1	1.4
Sobre el diagnóstico de la caries de infancia temprana	22	31.0	46	64.8	3	4.2
sobre la repercusión sistémica de la caries de infancia temprana	20	28.2	47	66.2	4	5.6

En la tabla 1 se observa respecto al nivel de conocimiento de caries de infancia temprana, en el nivel deficiente predomina la categoría etiología de infancia temprana con un 52.1%. Respecto al nivel regular predomina la categoría de caries de infancia temprana con 80.3%, asimismo, en el nivel bueno predomina la categoría de repercusión sistémica de la caries de infancia temprana 5.6%.

Tabla 2.

Características sociodemográficas del médico pediatra sobre caries de infancia temprana, Cajamarca, 2024.

Características sociodemográficas		f	%
Edad	Menos de 40	18	25.4
	De 40 a 49	31	43.7
	De 50 a mas	22	31.0
	Total	71	100.0
Sexo	Masculino	26	36.6
	Femenino	45	63.4
	Total	71	100.0
Años de experiencia	0 a 5 años	0	0
	6 a 10 años	3	4.2
	11 a mas años	68	95.8
	Total	71	100.0

En la tabla 2 se observa que, en cuanto a las características sociodemográficas, predomina el grupo etario de 40 a 49 años de edad con un 43.7%. Respecto al sexo, el predominio es el femenino con un 63.4%, en tanto, en los años de experiencia el grupo predominante es el de 11 años a más con 95.8%.

Tabla 3

Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre la etiología de la caries de infancia temprana según características demográficas, Cajamarca, 2024

Características sociodemográficas		Deficiente		Regular		Bueno	
		f	%	f	%	f	%
Edad	Menos de 40	9	50.0	9	50.0	0	0
	De 40 a 49	18	58.1	13	41.9	0	0
	De 50 a más	10	45.5	12	54.5	0	0
Sexo	Masculino	16	61.5	10	38.5	0	0
	Femenino	21	46.7	24	53.3	0	0
Años de experiencia	0 a 5 años	0	0	0	0	0	0
	6 a 10 años	3	50.0	0	50.0	0	0
	11 a más años	34	50.0	34	50.0	0	0

En la tabla 3 se observa que el nivel de conocimiento sobre caries de infancia temprana en el nivel deficiente predomina con 58.3% el grupo etario de 40 a 49 años, el sexo femenino con 46.7% y en años de experiencia los rangos de 6 a 10 años y de 11 años a más obtuvieron el mismo porcentaje en un 50%. En el nivel de conocimiento regular, predomina el grupo etario 50 a más, con 54.5%, respecto a sexo predomina el femenino con 53.3% y en años de experiencia los grupos etarios de 6 a 10 años y de 11 a más años tiene 50.0% cada uno. Respecto al nivel bueno no se observa ningún caso.

Tabla 4

Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre la prevención de la caries de infancia temprana según características demográficas, Cajamarca, 2024

Características sociodemográficas		Deficiente		Regular		Bueno	
		f	%	f	%	f	%
Edad	Menos de 40	4	22.2	13	72.2	1	5.6
	De 40 a 49	7	22.6	24	77.4	0	0
	De 50 a más	8	36.4	14	63.6	0	0
Sexo	Masculino	4	15.4	21	80.8	1	3.8
	Femenino	15	33.3	30	66.7	0	0
Años de experiencia	de 0 a 5 años	0	.0	0	.0	0	0
	6 a 10 años	0	.0	3	100.0	0	0
	11 a más años	19	27.9	48	70.6	1	1.5

En la tabla 4 se observa que el nivel de conocimiento sobre la prevención de la caries de infancia temprana en el nivel deficiente en edad predomina el grupo etario 50 a más con 36.4%, respecto a sexo el predomina el femenino con 33.3% y en años de experiencia predomina la categoría 11 a más con 27.9%. En el nivel regular, según edad predomina el grupo etario 40 a 49 años con 77.4%, respecto a sexo predomina el masculino con 80.8% y en años de experiencia predomina la categoría 6 a 10 años con 100%. En el nivel bueno predomina el grupo etario menos de 40 años con 5.6%.

Tabla 5

Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre el diagnóstico de la caries de infancia temprana según características demográficas, Cajamarca, 2024

Características sociodemográficas		Nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la caries de infancia temprana					
		Deficiente		Regular		Bueno	
		f	%	f	%	f	%
Edad	Menos de 40	4	22.2	13	72.2	1	5.6
	De 40 a 49	12	38.7	18	58.1	1	3.2
	De 50 a más	6	27.3	15	68.2	1	4.5
Sexo	Masculino	7	26.9	16	61.5	3	11.5
	Femenino	15	33.3	30	66.7	0	0
Años de experiencia	de 0 a 5 años	0	.0	0	.0	0	0
	6 a 10 años	0	.0	3	100.0	0	0
	11 a más años	22	32.4	43	63.2	3	4.4

En la tabla 5 se observa que el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de la caries de infancia temprana deficiente en el médico pediatra en el nivel deficiente en edad predomina el grupo etario 40 a 49 años con 38.7%, en sexo predomina el femenino con 33.3% y en años de experiencia predomina la categoría 11 años a más con 32.4%. Respecto al nivel regular, en edad predomina al grupo etario menos de 40 años con 72.2%, en sexo predomina el femenino con 66.7% y en años de experiencia la categoría de 6 a 10 años con 100%. En el nivel bueno predomina en edad el grupo etario menos de 40 años con 5.6%, en sexo predomina el masculino con 11.5% y en años de experiencia predomina la categoría 11 a más años con 4.4%.

Tabla 6

Nivel de conocimiento del médico pediatra sobre la repercusión sistémica de la caries de infancia temprana según características demográficas, Cajamarca, 2024

Características sociodemográficas		Deficiente		Regular		Bueno	
		f	%	f	%	f	%
Edad	Menos de 40	6	33.3	11	61.1	1	5.6
	De 40 a 49	7	22.6	23	74.2	1	3.2
	De 50 a más	7	31.8	13	59.1	2	9.1
Sexo	Masculino	5	19.2	18	69.2	3	11.5
	Femenino	15	33.3	29	64.4	1	2.2
Años de experiencia	de 0 a 5 años	0	.0	0	.0	0	0
	6 a 10 años	1	33.3	2	66.7	0	0
	11 a más años	19	27.9	45	66.2	4	5.9

En la tabla 6 se observa que el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de la caries de infancia temprana deficiente en el médico pediatra, en el nivel deficiente, en edad predomina el grupo etario menos de 40 con 33.3%, en sexo predomina el femenino con 33.3%, en años de experiencia la categoría de 6 a 10 años con 33.3%. En el nivel regular, en edad predomina el grupo etario 40 a 49 años con 74.2% , en sexo predomina el masculino con 69.2% y en años de experiencia predomina la categoría de 6 a 10 años con 66.7%. En el nivel bueno predomina en edad, predomina el grupo etario de 50 a más con 9.1%, en sexo predomina el masculino con 11.5% y en años de experiencia la categoría 11 años a mas con 5.9%.

Discusión

La atención del estado de salud del niño en nuestro país está a cargo de varios profesionales, pero recae principalmente en el médico pediatra⁶. El rol que desempeña este profesional es determinante en la atención de salud del niño tanto en temas específicamente médicos, así como en los que no lo son, como por ejemplo la CIT⁷. Múltiples estudios han demostrado la severidad con la que actúan las caries sobretodo en la dentición decidua, siendo vital su diagnóstico oportuno, motivo suficiente para que el médico pediatra sea el puente entre el paciente y el odontólogo para lograr una intervención adecuada^{7,8}. El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento de los médicos pediatras de la ciudad de Cajamarca respecto a caries de infancia temprana, se obtuvo un nivel deficiente en la mayoría de los casos.

La población estuvo compuesta por 71 médicos pediatras de la ciudad de Cajamarca. El género que predominó fue el femenino 63.4% y su complemento, el 36.6%, por el género masculino. Y que poseían en un 95.8% un tiempo de práctica profesional de entre 11 a más años, en un 4.2% de 6 a 10 años de labor como pediatra.

En el estudio, respecto al conocimiento sobre la etiología de caries de infancia temprana en médicos pediatras, se obtuvo que aproximadamente la mayoría alcanzó un nivel deficiente, resultado poco alentador y contrastado con la realidad de trabajos realizados anteriormente como el de Acuña y Zambora¹⁵ del año 2017, que coincide con la presente investigación lo cual podría deberse a que ambos estudios fueron realizados en poblaciones urbanas del norte del Perú, poniendo en evidencia la necesidad de planes de capacitación de los pediatras sobre caries de infancia temprana.

El análisis del conocimiento sobre diagnóstico de la CIT en la ciudad de Cajamarca indicó que es regular en la mayoría de médicos pediatras. Al comparar este resultado con los obtenidos en los estudios de Urman¹¹ y Díaz¹⁶ y existe coincidencia. Es importante indicar que el primero de ambos estudios fue realizado en la misma ciudad que el presente estudio, el 2017, sin embargo, el segundo fue realizado en una ciudad de Argentina, correspondiendo ambos grupos de profesionales a una idiosincracia y formación similar en Latinoamérica.

En cuanto al análisis sobre prevención de CIT se obtuvo que los médicos pediatras alcanzaron en su mayoría el nivel regular de conocimiento cuyo resultado difiere del obtenido en el estudio realizado por Guevara-Lagos¹⁰ en el cual una minoría de casos alcanzó el nivel regular en

cuanto al manejo de la prevención de CIT. Se debe indicar que el tamaño de la muestra en ambos estudios fue similar, pero fueron realizados en diferentes contextos, lo cual puede haber influido en los resultados.

Respecto a repercusión sistémica es un factor importante que ha sido analizado en este trabajo de investigación, con resultados en su mayoría en el nivel regular, lo cual difiere con el estudio de Alshunaiber et al.¹³ quién determinó que en cuanto a esta variable los pediatras participantes de este estudio presentan un nivel alto en cuanto a las repercusiones sistémicas de la caries. Esta diferencia podría deberse al diferente contexto geográfico, de otro continente y al tamaño de la muestra, pues este último alcanzó un tamaño tres veces mayor de profesionales.

Al realizar este trabajo de investigación se pudo enfrentar a diferentes situaciones tanto favorables como adversas. Entre las fortalezas más resaltantes que fue posible diferenciar el nivel de participación fue alto con las limitaciones del tamaño de muestra. Además, el instrumento utilizado ya tenía validez y confiabilidad factores que contribuyen a una mayor rigurosidad del estudio. Asimismo, el estudio constituye un aporte al conocimiento para brindar soluciones con los resultados obtenidos respecto al conocimiento de los médicos pediatras sobre caries de infancia temprana.

Dentro de las debilidades del estudio estaría el tamaño de la muestra, que es limitada porque se realizó en una ciudad donde no se cuenta con una cantidad amplia de médicos pediatras. Asimismo, se observó algunos casos de demora en las respuestas de los participantes y otros mostraron actitud negativa para participar.

Conclusiones

1. El nivel de conocimiento de los médicos pediatras de Cajamarca sobre CIT fue regular en la mayoría de casos en un 80.3 %.
2. La población del estudio estuvo constituida por 71 médicos pediatras siendo el sexo predominante el sexo femenino; según la edad el rango de médicos con 40 a 49 años fueron quienes presentaron mayor porcentaje; mientras que, según el tiempo de ejercicio profesional la gran mayoría fue el grupo de 11 años a más de experiencia profesional.
3. El nivel de conocimiento sobre etiología de los médicos pediatras de Cajamarca sobre CIT fue deficiente en un 52.1% .

4. El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de los médicos pediatras de Cajamarca sobre CIT fue regular en la mayoría de casos.
5. El nivel de conocimiento sobre prevención de los médicos pediatras de Cajamarca sobre CIT fue regular en la mayoría de casos.
6. El nivel de conocimiento sobre repercusión sistémica de los médicos pediatras de Cajamarca sobre CIT fue bueno en la mayoría de casos.

Recomendaciones

1. Capacitar a los médicos pediatras sobre CIT.
2. Se deben promover acciones de trabajo interdisciplinario entre odontólogos y médicos pediatras a favor de los niños.

Referencias bibliográficas

1. Comité de Expertos de la OMS en el Estado de la Salud Bucodental y el Uso de Fluoruros (1993 : Ginebra S, World Health Organization. Los Fluoruros y la salud bucodental. Organización Mundial de la Salud; 1994.
2. Milgrom P, Weinstein P. Caries de la niñez temprana: Una perspectiva multidisciplinaria para prevención y tratamiento de la condición. Universidad de Washington, Seattle, WA. Panamericana Formas e Impresos S.A. Colombia, 2016.
3. León-Quenguan John M., Tibaná-Guisao Anderson E., Cardona-Hincapié Jonhatan D., Correa-Jaramillo Laura M., Agudelo-Suárez Andrés A.. Planes, políticas públicas y estrategias de salud bucal en Latinoamérica y el Caribe (1991-2018). Rev Cubana Estomatológica. Cuba 2021.
4. Ministerio de Salud. [internet]. Lima: Plataforma digital; 2017 [Consultado 16 diciembre 2020]. Pasco, Puno y Apurímac son las regiones con mayor prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13023-pasco-puno-y-apurimac-son-las-regiones-con-mayor-prevalencia-de-caries-dental-en-ninos-de-3-a-5-anos>
5. Palma C, Bravo J, Cusma G, Calderón M, Dávila C, Cárdenas M. et al. Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de caries en infantes. Rev Odontol Pediatr. [Internet]. 2017 [Consultado 12 de Junio de 2024]; 16(2): 51-64. Disponible en: <http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/54/56>
6. Alban M. Nivel de conocimiento sobre Caries de Infancia temprana en los Médicos Pediatras de la ciudad de Piura. 2018.
7. American Academy of Pediatrics. [Internet]. Washington: Healthy Children; 2015 [Consultado 16 de Julio de 2024]. Una guía para la salud dental de los niños. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/teething-toothcare/Paginas/A-Guide-to-Childrens-Dental-Health.aspx>
8. Cervantes MA, Cantú AA, García RA, Salinas A. El rol de los pediatras en la prevención de caries de la primera infancia: conocimiento, práctica y opinión. Rev. Mex. Estom. [Internet]. 2019 [Consultado 12 julio 2024]; 6(1): 22- 30. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/254/455>
9. Gomez W. Salud bucal del personal de salud del servicio de gineco-obstetricia del hospital. Puno; 2016.

10. Guevara-Lagos PC, Mueses-Yandun RF, Mueses-Cuasquer LM, Corchuelo-Ojeda J, Gutiérrez B. Conocimientos y actitudes frente a la salud bucodental de la primera infancia: la visión de los médicos, enfermeras y pediatras. *Duazary* [Internet]. 2024;21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783x.5620>
11. Urman G, Pistochini A, Ferri ML, Sarmiento I, Grosman A. Conocimientos y conductas de estudiantes de posgrado de Pediatría y pediatras sobre la salud bucodental infantil. *Horiz Med* [Internet]. Buenos Aires, 2023
12. Das B, Barman S, Baishya A, Haloi R, Das D. Conocimiento, conciencia y práctica de los pediatras sobre la atención de la salud bucal infantil y la caries en la primera infancia en el estado de Assam, India. 2024
13. Alshunaiber R, Alzaid H, Meaigel S, Aldeeri A, Adlan A. Early childhood caries and infant's oral health; pediatricians' and family physicians' practice, knowledge and attitude in Riyadh city. *Saudi Dental Journal*. [Internet]. 2019 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1013905218307776>
14. Conocimientos UED, Hadjipanayis, riad en. / A Survey of Knowledge, Attitude, and Preventive Measures Taken by Medical and Dental Students during the COVID-19 Pandemic in Riyadh. Londres 2020.
15. Acuña G, Zambora M. Conocimiento de los pediatras sobre caries de infancia temprana en las ciudades de Chiclayo, Piura y Tumbes, 2017 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018.
16. Díaz-Sánchez DA, Paredes-Quiroz CM, Kanashiro-Irakawa C. Conocimientos sobre caries de infancia temprana en personal de salud del primer nivel de atención, Cajamarca-Perú-2017. *spor* [Internet]. 10 de enero de 2020.
17. Torres-Ramos G, Blanco-Victorio DJ, Anticona Huaynate C, Ricse-Cisneros R. Gastos de atención odontológica de niños con caries de infancia temprana, ocasionados a la familia y al Estado Peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño. *Rev Estomatol Hered* [Internet]. 2015;25(1):36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v25i1.2326>
18. Salinas n. Validación y determinación de la capacidad predictiva de caries de un instrumento de análisis de riesgo en una cohorte de niños de 12 a 24 meses con 3 años de seguimiento [tesis]. Valparaíso: universidad de valparaíso. Facultad de odontología; 2017.
19. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent*. 2006;28(3):56–72.
20. Hong CHL, Bagramian RA, Hashim Nainar SM, Straffon LH, Shen L, Hsu C-YS. High caries prevalence and risk factors among young preschool children in an urban community with

water fluoridation. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2014;24(1):32–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ipd.12023>

21. Phillips M, Masterson E, Sabbah W. Association between child caries and maternal health-related behaviours. *Community Dent Health*. 2016;33(2):133–7.

22. Palomino L, Vargas S, Mecòn L, Bermúdez J. Las caries en la infancia temprana y su relacion con el tipo de alimentacion proporcionada en la niñez: revision sistematica. Colombia; 2018.

23. Nakayama Y, Mori M. Association between nocturnal breastfeeding and snacking habits and the risk of early childhood caries in 18- to 23-month-old Japanese children. *J Epidemiol* [Internet]. 2015;25(2):142–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20140097>

24. Villena Sarmiento R, Pachas Barrionuevo F, Sánchez Huamán Y, Carrasco Loyola M. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 7 de agosto de 2014 [citado 11Junio de agosto de 2024];21(2):79. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/237>

25. Sarmiento R, Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M. Prevalencia de caries de infanciatemprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de. *Revista Estomatologica Herediana*. 2014;21(2):34–65.

26. Achahui A, Albinagorta M, Arauzo S, Cadenillas A, Céspedes G, Cigüeñas P. Early Childhood Caries: diagnosis and identification of risk factors. *Odontol Pediat*. 2014;13(2):2–34.

27. Navarrete E, Regaldo L. Nivel de conocimiento de pediatras y padres de familia sobre la caries dental de la infancia temprana en el hospital.

28. Gonzáles A Y Rodriguez G. Nivel de conocimiento de los padres sobre la caries dental de la infancia temprana en la Institucion Educativa El Buen Pastor. Guayaquil; 2016.

29. Perera PJ, Fernando MP, Warnakulasooriya TD, Ranathunga N. Effect of feeding practices on dental caries among preschool children: a hospital based analytical cross sectional study. *Asia Pac J Clin Nutr* [Internet]. 2014;23(2):272–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6133/apjcn.2014.23.2.13>

30. Vista de La salud bucal y los factores de riesgo de enfermedad bucal de las mujeres embarazadas, de los niños y las niñas de 0 a 3 años y de sus madres [Internet]. *Ulatina.ac.cr*. [citado el 16 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://revistas.ulatina.ac.cr/index.php/odontologiavital/article/view/283/291>

31. Ministerio De S. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños: Guía técnica. Lima: Dirección General de Intervenciones Estrategias en Salud Pública. 2017;
32. Aguilar F, Duarte C, Rejón M, Serrano R, Pinzón A. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta Pediátrica Mexico*. 2014;35(4):15–28.
33. Becerra A. Conocimiento, actitud y conducta de Medicos Pediatras de Chiclayo sobre la Salud Bucal de infantes. 2017.
34. Ramírez B, Franco A, Ochoa E, Escobar G. Presença de cáries em dentição primária em crianças de 5 anos, Medellín, Colômbia. *Saúde pública*. 2015;33:12–9.
35. Nolasco A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en médicos del hospitalla Caleta. En: *Crescendo*. Chimbote; 2014. p. 65–72.
36. Barzel R. A health proffessional's guide to pediatric oral health management. National Maternal and Child Oral Health Resource Center. Georgetown. Washington DC; University Washington DC; 2003.
37. Casamassimo P, Holt K. Guide for oral health risk assessment training. National Maternal and Child Oral Health Resource Center. Georgetown. Washington DC; University Washington;
38. Declaracion de Helsinki de la AMM - Principios eticos para la investigaciones Medicas en seres humanos. Helsinki: AMM, Direccion de Politicas. Asociacion Medica Mundial. 1964;
39. Rojas P. Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de infancia temprana de los pediatras del Colegio Médico del Perú. 2008.
40. Manzini, J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos, Mar del plata, Argentina. [Internet]. 2000 [consultado 13 Julio 2024]; 7(2):321-334. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
41. Rae.es. [citado el 16 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad?m=form>
42. Rae.es. [citado el 16 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/ejercicio-profesional>
43. Rae.es. [citado el 16 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo?m=form>
44. Aiken, L. Test psicológicos y evaluación. México: Pearson Educación. (2003).
45. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
46. Org.pe. [citado el 16 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.cop.org.pe/wpcontent/uploads/2024/04/CODIGO_ETICA_DEONTOLOGIA_160224.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 131-2025-USAT-FMED
Chiclayo, 04 de abril de 2025

Vista la solicitud virtual N° TRL-2025-5244 en virtud de la aprobación con fecha 01 de abril de 2025 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la Srta. VILLANUEVA ROJAS CINTHYA VANESSA, estudiante de Segunda Especialidad en Odontopediatría, de la Escuela de Odontología. Asesor: Mgtr. C.D. Miriam de Jesús Arellanos Tafur.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Odontología.

Que el proyecto de Investigación denominado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO PEDIATRA SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA, CAJAMARCA, 2024**, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Anular y dejar sin efecto la Resolución N° 548-2024-USAT-FMED de fecha 25.10.2024.

Artículo 2°.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 3°.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.




FACULTAD DE MEDICINA


Mtro. Sorey Garret Gayoso Dianderas
Secretaría Académica
Facultad de Medicina


Mtro. Luis Enrique Jara Romero
Decano (e)
Facultad de Medicina

© Av. San Josémaría Escorial N°855, Chiclayo-Perú
 T: (074) 60 62 00 | www.usat.edu.pe

ANEXO 2

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES EN ESTUDIO

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-USAT

Investigador : CD. Cinthya Vanessa Villanueva Rojas

Título: Conocimiento del médico pediatra sobre caries de infancia temprana, Cajamarca, 2024.

Dr./Dra., lo/la invitamos a participar en una investigación que se está realizando con la finalidad de evaluar conocimiento y actitudes de los pediatras sobre caries de infancia temprana en las ciudad de Cajamarca.

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

Beneficios:

El beneficio indirecto será para los participantes del estudio y niños de la comunidad.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema.

Riesgos e incomodidades

No existen riesgos por participar en el estudio, no se le realizará ningún procedimiento.

Procedimientos:

Si decide participar en el estudio, se le hará entrega un cuestionario respecto a conocimiento y actitudes del médico pediatra sobre caries de infancia temprana.

Este cuestionario tendrá una duración aproximada de 10 minutos.

Confidencialidad:

Le puedo garantizar que la información que usted brinde será manejada con total discreción, ninguna persona, excepto la investigadora Cinthya Vanessa Villanueva Rojas, quien manejará la información obtenida de forma anónima, ya que, no se colocarán nombres ni apellidos. Por ende, sus datos no serán revelados en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, nosotros las responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego

se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación y la atención en la consulta o en otros servicios será siempre la misma y con la calidad a la que usted está acostumbrado/a

Contacto

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora Cinthya Vanessa Villanueva Rojas al teléfono 948298609.

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 Medicina de la USAT, teléfono (074)- 606200 anexo 1138

Cordialmente,

CD. Cinthya Vanessa Villanueva Rojas

DNI 44847969 COP 25874



ANEXO 3 CUESTIONARIO

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE MÉDICOS PEDIATRAS SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA

CÓDIGO: ...

Instrucciones:

Deberá responder al siguiente cuestionario marcando con una X una sola respuesta en cada pregunta. Por favor le solicitamos sinceridad y veracidad y le agradecemos por su valiosa contribución con el estudio.

A. Datos generales

1. Edad
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Tiempo de ejercicio profesional:
 - a) De 0 a 5 años
 - b) De 6 a 10 años
 - c) De 11 a más

B. Prevención

1. ¿Dónde encontramos el flúor? :
 - a) Pastas dentales
 - b) Agua
 - c) Pescados
 - d) Solo a y c
 - e) Todas son correctas

2. ¿Cuáles son los mecanismos de prevención para la CIT? :
 - a) Charlas educativas a padres
 - b) Fluorizaciones
 - c) Visita continua al dentista
 - d) b y c
 - e) Todas son correctas

3. ¿Cuál considera la edad adecuada para visitar al dentista?:

- a) 0 años
- b) 6 meses
- c) 1 año
- d) 6 años
- e) Ninguna es correcta

4. A partir del segundo año ¿cada qué tiempo es recomendado la visita al dentista? :

- a) Mensualmente
- b) Cada 6 meses
- c) 1 vez al año
- d) Cuando hay dolor dental
- e) Ninguna es correcta

C. Etiología

5. Respecto a la CIT:

- a) Es una enfermedad genética
- b) Es una enfermedad vírica
- c) Es una enfermedad infecciosa y transmisible
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna es correcta

6. ¿Qué factor no está asociado a la producción de caries de infancia temprana?

- a) El amamantamiento frecuente y prolongado a más de los 2 años de edad
- b) Ingestión frecuente de alimentos ricos en grasas.
- c) Transmisión temprana de microorganismos cariogénicos.
- d) Herencia
- e) Todos están asociado

7. Sobre la transmisión de CIT:

- a) Por la noche hay menor producción de saliva, por ello, mayor riesgo de aparición de caries dental
- b) Una dieta rica en calorías es un factor que predispone caries dental

- c) Una dieta basada en frutas es un factor que predispone caries dental
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna es correcta

8. Respecto al origen de la caries:

- a) Se origina por microorganismos presentes en los dulces
- b) Un factor predisponente es el mal posicionamiento dental
- c) Un factor predisponente es la lactancia materna
- d) Se origina por no visitar al dentista
- e) Ninguna es correcta

D. Diagnóstico

9. ¿A qué edad mínima cree que se puede producir caries en los niños?:

- a) A partir del primer año
- b) 2 a más
- c) 3 a más
- d) A partir de la 2^{da} dentición
- e) Ninguna es correcta

10. Respecto a la CIT:

- a) Es detectable a simple vista
- b) El pediatra está calificado para aplicación de geles fluorados
- c) El pediatra puede tratarlo en su primera etapa
- d) El pediatra puede identificar y derivar casos de CIT
- e) Solo a y d

11. Método más eficaz para la detección precoz de la caries dental:

- a) Exploración visual
- b) Exploración táctil
- c) Radiografía Periapical
- d) a y b
- e) Todas son correctas

12. ¿Cuáles son los dientes más afectados por CIT?

- a) Caninos
- b) Incisivos inferiores
- c) 1° molares
- d) Incisivos anterosuperiores
- e) c y d

E. Repercusión sistémica

13. La pérdida temprana de piezas supone un riesgo porque:

- a) Puede causar disminución de eficiencia masticatoria
- b) Puede causar inclinación y migración de diente vecino
- c) Puede causar erupción temprana de dientes permanentes
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna es correcta

14. Respecto a complicaciones de la caries dental es cierto:

- a) La caries dental tiene impacto negativo en la calidad de vida del niño.
- b) La caries dental es la principal causa de infecciones orales
- c) La caries dental podría causar malnutrición
- d) Todas
- e) Solo b y c

15. ¿Cuándo no se trata una lesión de caries, qué sucede?

- a) El niño sentirá dolor cuando la lesión comprometa la pulpa dentaria.
- b) Puede afectar al diente sustituto.
- c) La lesión puede ser revertida con aplicaciones de flúor.
- d) La infección puede expandirse a los dientes vecinos.
- e) Todas las anteriores.

16. Con respecto a su rehabilitación, ¿cuál sería la más adecuada?:

- a) Restauraciones de los dientes anteriores.
- b) Restauraciones de los dientes posteriores.
- c) Aplicación de sellantes, en piezas indicadas.
- d) Instalación de mantenedores.
- e) a y b.