



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo "

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA CARIES
DENTAL EN NIÑOS DE 01 A 04 AÑOS DE CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO. IPRESS I-4
MORONACOCHA 2022**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

**AUTOR (ES): BACH. MARCA SILVA LIZBETH ROSA VICTORIA
BACH. DAPENA MORALES JORDÁN**

**ASESORES : ESP. CD. MGR. PONCE MENDOZA MARÍA PIEDAD
CD. SALAZAR MATTOS CECILIA DEL PILAR**

-

SAN JUAN BAUTISTA - IQUITOS - PERU

2023

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente de Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 01 A 04 AÑOS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO IPRESS I-4 MORONACOCHA 2022”

De los alumnos: **LIZBETH ROSA VICTORIA MARCA SILVA Y JORDAN DAPENA MORALES**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **20% de similitud**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 03 de Octubre del 2023.



Arq. Jorge L. Tapullima Flores
Presidente del comité de Ética - UCP

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	www.scilit.net Fuente de Internet	1%
3	www.ilerna.es Fuente de Internet	1%
4	creacionyvidadeunnuevoser.blogspot.com Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unicach.mx Fuente de Internet	1%
6	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
7	revistaavft.com Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	1%

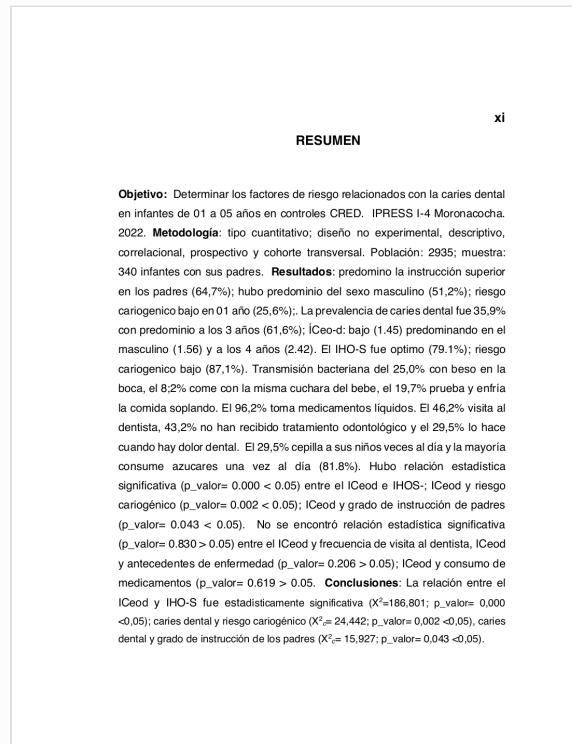


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Lizbeth Rosa Victoria Marca Silva
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	Resultados_UCP_Estomatología_2023_Tesis_LizbethMarca_Jor...
Nombre del archivo:	INF_TESIS_JORDAN_Y_LIZBETH_30.04.23.pdf
Tamaño del archivo:	1,013.51K
Total páginas:	82
Total de palabras:	14,261
Total de caracteres:	67,179
Fecha de entrega:	02-oct.-2023 12:52p. m. (UTC-0400)
Identificador de la entrega...	2183448493



DEDICATORIA

Esta tesis presentada en compañía de mi colega bachiller en Estomatología Lizbeth Rosa Victoria Marca Silva y Jordan Dapena Morales han hecho de nosotros mejores personas. Mis primeras palabras de agradecimiento son a Dios, por darme la vida y la salud. También agradecer a nuestros padres Hugo Gilberto Marca Lucas, Rosa María Silva Conde y Pedro Roberto Dapena Castillo y Silvia Jesús Morales Jiménez por su gran amor y paciencia, a nuestros hijos Mathías, Santiago y Ariadna que son nuestra inspiración en todas las cosas que nos proponemos a realizar.

También a la universidad científica del Perú que a través de sus docentes de altísimo nivel nos forjaron como profesionales competentes en el área de estomatología, ejemplo que esperamos replicar en las nuevas generaciones que vienen. Nuestro servicio será con un corazón de ayuda social a los más necesitados en donde el estado peruano no tiene el alcance necesario para cumplir con el rol que la constitución política le indica.

Nosotros como jóvenes profesionales miramos a esta profesión con mucho cariño porque recordamos que nuestros docentes presentes y algunos que ya no están con nosotros, nos dejaron valores de servicio a la comunidad y conocimientos excepcionales que aprovecharemos, imitaremos y superaremos a nuestros profesores y ese será nuestro legado para todos aquellos que desean seguir esta hermosa profesión de la odontología.

LIZBETH ROSA VICTORIA MARCA SILVA

JORDÁN DAPENA MORALES

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a Dios por la vida y protección, ya que sin su bendición no habiéramos llegado a donde estamos, a nuestros docentes de la Universidad Científica del Perú, que compartieron sus conocimientos para nuestra formación profesional, a nuestros padres, hijos, que estuvieron en esos momentos difíciles.

A nuestros miembros del Jurado Calificador por sus aportes y sugerencias en la realización de nuestra Tesis, ya que sin su apoyo no hubiera sido posible culminarlo con éxito.

LIZBETH ROSA VICTORIA MARCA SILVA

JORDÁN DAPENA MORALES

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 1363-2022-UCP-FCS, del 16 de noviembre de 2022**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

✚ Dr. Jairo Rafael Vidaurre Urrelo	Presidente
✚ CD. Mgr. Raúl Carranza del Águila	Miembro
✚ CD. Mgr. Manuel Alfredo Tataje Espino	Miembro

Como Asesores: CD. Esp. Mgr. María Piedad Ponce Mendoza y CD. Cecilia Del Pilar Salazar Mattos.

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:30 a.m. horas, del día viernes 03 de noviembre de 2023, en las instalaciones de la universidad, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de ESTOMATOLOGIA, de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 01 A 04 AÑOS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. IPRESS I-4 MORONACocha 2022.**

Presentado por los sustentantes:
LIZBETH ROSA VICTORIA MARCA SILVA
JORDAN DAPENA MORALES

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **CIRUJANO DENTISTA**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

..... *respondido correctamente*

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: **APROBADO POR:** *Unanimidad*

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.


Dr. Jairo Rafael Vidaurre Urrelo
Presidente


CD. Mgr. Raúl Carranza del Águila
Miembro


CD. Mgr. Manuel Alfredo Tataje Espino
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 01 A 04 AÑOS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. IPRESS I-4 MORONACUCHA 2022



Dr. Jairo Rafael Vidaurre Urrelo
Presidente



CD. Mgr. Raúl Carranza del Águila
Miembro



CD. Mgr. Manuel Alfredo Tataje Espino
Miembro



CD. Esp. Mgr. María Piedad Ponce Mendoza
Asesora



CD. Cecilia Del Pilar Salazar Mattos
Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDO

Caratula	i
Constancia del Antiplagio	ii
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Acta de Sustentación	vii
Hoja de Aprobación	viii
Índice de Contenido	ix
Índice de tablas	xi
Índice de graficos	xii
Resumen	xv
Abstract	xvi
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	17
1.1 Antecedentes de Estudio	17
1.2 Bases Teóricas	23
1.3 Definición de Términos Básicos	36
CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
2.1 Descripción del Problema	39
2.2 Formulación del Problema	40
2.2.1 Problema General	40
2.2.2 Problemas Específicos	40
2.3 Objetivos	41
2.3.1 Objetivo General	41
2.3.2 Objetivos Específicos	41
2.4 Hipótesis	41
2.5 Variables	42
2.5.1 Identificación de las variables	39
2.5.2 Definición conceptual y operacional	41
2.5.3 Operacionalización de las variables	44

CAPITULO III	METODOLOGÍA	45
3.1	Tipo y Diseño de Investigación	45
3.2	Población y Muestra	45
3.3	Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos	47
3.4	Procesamiento y analisis datos	49
3.4	Protección de los derechos humanos	49
CAPITULO IV	RESULTADOS	50
CAPÍTULO V	DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		84
ANEXOS		87

INDICE DE TABLAS

	PAG
Tabla 01. Distribución de niños según edad, Iquitos 2022	50
Tabla 02. Distribución de niños según sexo, Iquitos 2022.	51
Tabla 03. Prevalencia de Caries dental en niños de 01 a 04 años, Iquitos 2022.	52
Tabla 04. Componentes del Índice Ceo-d según sexo, Iquitos 2022	53
Tabla 05. Componentes del Índice Ceo-d según grupo edad.	54
Tabla 06. Clasificación del Índice Ceo-d de niños de 1 a 4 años.	55
Tabla 07. Clasificación del Índice de Higiene Oral Simplificado en niños de 1 a 4 años.	56
Tabla 08. Distribución de padres de niños de 1 a 4 años, según grado de instrucción	57
Tabla 09. Clasificación de riesgo cariogénico en niños de 1 a 4 años	58
Tabla 10. Distribución de respuestas sobre transmisión bacteriana de padres o tutores de niños de 1 a 4 años	59
Tabla 11. Distribución de respuestas sobre antecedentes médicos de niños (as) de 1 a 4 años.	60
Tabla 12. Distribución de respuestas sobre visita al dentista de niños (as) de 1 a 4 años.	61
Tabla 13. Frecuencia de visita al dentista en niños de 1 a 4 años	62

Tabla 14. Frecuencia de higiene bucal de niños y niñas durante el día.	63
Tabla 15. Frecuencia de consumo de azúcares en niños de 1 a 4 años	64
Tabla 16. Relación del índice Ceo-d y el índice de higiene oral en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.	65
Tabla 17. Relación del índice Ceod y riesgo cariogénico en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.	67
Tabla 18. Relación del índice Ceod de niños y grado de instrucción de padres, Iquitos 2022.	69
Tabla 19. Relación del índice Ceod y frecuencia de visita al	71
Tabla 20. Relación del índice Ceod y antecedente de enfermedad, Iquitos 2022	73
Tabla 21. Relación del índice Ceod y consumo de medicamentos Iquitos 2022.	75

INDICE DE GRAFICOS

	PAG
Gráfico 01. Distribución de niños según edad, Iquitos 2022	50
Gráfico 02. Distribución de niños según sexo, Iquitos 2022.	51
Gráfico 03. Prevalencia de Caries dental en niños de 01 a 04 años, Iquitos 2022.	52
Gráfico 04. Componentes del Índice Ceo-d según sexo, Iquitos 2022	53
Gráfico 05. Componentes del Índice Ceo-d según grupo edad.	54
Gráfico 06. Clasificación del Índice Ceo-d de niños de 1 a 4 años.	55
Gráfico 07. Clasificación del Índice de Higiene Oral Simplificado en niños de 1 a 4 años.	56
Gráfico 08. Distribución de padres de niños de 1 a 4 años, según grado de instrucción	57
Gráfico 09. Clasificación de riesgo cariogénico en niños de 1 a 4 años	58
Gráfico 10. Distribución de respuestas sobre transmisión bacteriana de padres o tutores de niños de 1 a 4 años	59
Gráfico 11. Distribución de respuestas sobre antecedentes médicos de niños (as) de 1 a 4 años.	60
Gráfico 12. Distribución de respuestas sobre visita al dentista de niños (as) de 1 a 4 años.	61

Gráfico 13.	Frecuencia de visita al dentista en niños de 1 a 4 años	62
Gráfico 14.	Frecuencia de higiene bucal de niños y niñas durante el día.	63
Gráfico 15.	Frecuencia de consumo de azúcares en niños de 1 a 4 años	64
Gráfico 16.	Relación del índice Ceo-d y el índice de higiene oral en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.	66
Gráfico a 17.	Relación del índice Ceod y riesgo cariogénico en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.	68
Gráfico 18.	Relación del índice Ceod de niños y grado de instrucción de padres, Iquitos 2022.	70
Gráfico 19.	Relación del índice Ceod y frecuencia de visita al	72
Gráfico 20.	Relación del índice Ceod y antecedente de enfermedad, Iquitos 2022	74
Gráfico 21.	Relación del índice Ceod y consumo de medicamentos, Iquitos 2022.	75

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados con la caries dental en infantes de 01 a 04 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha, 2022. **Metodología:** tipo cuantitativo; diseño no experimental, descriptivo, correlacional, prospectivo y cohorte transversal. Población: 2,935; muestra: 340 infantes con sus padres. **Resultados:** predominio la instrucción superior en los padres (64,7%); la mayoría fue del sexo masculino (51,2%); riesgo cariogenico bajo en 01 año (25,6%); prevalencia de caries dental 35,9% con predominio en los 3 años (61,6%); ÍCeod: bajo (1.45), mayor en masculino (1.56) y a los 4 años (2.42). El IHO fue optimo (79.1%); riesgo cariogenico bajo (87,1%). Transmisión bacteriana 25,0% con beso en la boca, el 8;2% come con la misma cuchara del bebe, el 19,7% prueba y enfría la comida soplando. El 96,2% toma medicamentos líquidos. El 46,2% visita al dentista, 43,2% no han recibido tratamiento odontológico y el 29,5% solo cuando hay dolor dental. 50.9% infantes se cepilla 3 veces al día; el 81.8% consume azucares una vez al día. Hubo relación estadística significativa ($p_valor= 0.000 < 0.05$) entre el ICeod e IHOS-; ICeod y riesgo cariogénico ($p_valor= 0.002 < 0.05$); ICeod y grado de instrucción de padres ($p_valor= 0.043 < 0.05$). No se encontró relación estadística significativa ($p_valor= 0.830 > 0.05$) entre el ICeod y frecuencia de visita al dentista, ICeod y antecedentes de enfermedad ($p_valor= 0.206 > 0.05$); ICeod y consumo de medicamentos ($p_valor= 0.619 > 0.05$). **Conclusiones:** La relación entre el ICeod y IHO-S fue estadísticamente significativa ($X^2=186,801$; $p_valor= 0,000 <0,05$); caries dental y riesgo cariogénico ($X^2_c= 24,442$; $p_valor= 0,002 <0,05$), caries dental y grado de instrucción de los padres ($X^2_c= 15,927$; $p_valor= 0,043 <0,05$).

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo cariogenico, caries dental infantil, índices Ceod, IHO-S.

ABSTRACT

Objective: Determine the risk factors related to dental caries in infants from 01 to 04 years old in CRED controls. IPRESS I-4 Moronacochoa. 2022. Methodology: quantitative type; non-experimental, descriptive, correlational, prospective and cross-sectional cohort design. Population: 2935; sample: 340 infants with their parents. **Results:** higher education predominated in parents (64.7%); there was a predominance of the male sex (51.2%); low cariogenic risk in 01 year (25.6%); The prevalence of dental caries was 35.9% with predominance in the 3 years (61.6%); ICeod: low (1.45) predominating in males (1.56) and at 4 years (2.42). The IHO-S was optimal (79.1%); low cariogenic risk (87.1%). Bacterial transmission of 25.0% with a kiss on the mouth, 8.2% eat with the same baby spoon, 19.7% taste and cool the food by blowing. 96.2% take liquid medications. 46.2% visit the dentist, 43.2% have not received dental treatment and 29.5% do so when there is dental pain. 29.5% brush their children times a day and the majority consume sugar once a day (81.8%). There was a significant statistical relationship ($p_value= 0.000 < 0.05$) between ICeod and IHOS-; ICeod and cariogenic risk ($p_value= 0.002 < 0.05$); ICeod and level of parental education ($p_value= 0.043 < 0.05$). No significant statistical relationship was found ($p_value= 0.830 > 0.05$) between ICeod and frequency of visits to the dentist, ICeod and history of disease ($p_value= 0.206 > 0.05$); ICeod and medication consumption ($p_value= 0.619 > 0.05$). Conclusions: The relationship between ICeod and IHO-S was statistically significant ($X^2=186.801$; $p_value= 0.000 < 0.05$); dental caries and cariogenic risk ($X^2c= 24.442$; $p_value= 0.002 < 0.05$), dental caries and level of parental education ($X^2c= 15.927$; $p_value= 0.043 < 0.05$).

KEYWORDS: Cariogenic risk factors, childhood dental caries, Ceod indices, IHO-S.

CAPÍTULO I MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes del estudio

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

JAUREGUI G. et al. 2021; Determino los factores de riesgo asociados a caries dental en niños de 6 a 12 años mediante una revisión de la literatura. **Resultados.** Se encontró que la prevalencia de caries dental para dientes deciduos es de un 9%. En el contexto mundial las cifras de prevalencia de caries dental entre un 15,3% y 82%. A nivel fue en dentición mixta de 57,88%. En el contexto regional se encontró cifras entre 37% y 42%. Se encontró que el factor socioeconómico es el determinante en la aparición de caries dental. **Conclusiones.** Se concluye que la prevalencia de caries dental en el mundo se encuentra entre un 15,3% y 82%. Los países más desarrollados han tenido una disminución en la caries dental. El factor de riesgo asociado a la caries dental determinante para la aparición de esta es el factor socioeconómico. (1).

CABRERA E. et al; 2018; Determinaron los la prevalencia e identificaron los Factores de riesgo de caries dental en niños de la infancia temprana. Paulo VI. Venezuela. 2012. **Resultados:** los niños más afectados fueron los de 5 años, (49,0 %) y existió un ligero predominio en el sexo masculino El componente cariado presentó el mayor índice, (343).

Se comprobó que el índice más elevado de dientes cariados-obturados e extracción indicada se encontró en los niños de 5 años, (2,5). La dieta criogénica alcanzó el mayor porcentaje, (92,4 %). El 81,1 % de los padres o representantes poseía un bajo nivel de escolaridad y un 80,2 % conocimientos no adecuados sobre salud bucal. **CONCLUSIONES:** la prevalencia de caries dental fue alta con

un discreto incremento en el sexo masculino. La mayor morbilidad por caries se observó a la edad de 5 años. La dieta cariogénica, el bajo nivel de escolaridad y conocimientos inadecuados fueron los factores de riesgo que predominaron **(2)**.

ARANGO M.C. et al. 2017; Determinaron la prevalencia de Caries de la Infancia Temprana (CIT) en niños de 1 a 5 años de la ciudad de Cali y describir los factores de riesgo asociados. **Resultados:** se encontró una prevalencia de CIT de 29,3%, siendo esta mayor en el estrato socioeconómico bajo. De los factores de riesgo analizados, se encontró una asociación significativa con no cepillar al niño antes de dormir con un OR de 1,50 [IC 95%: 1,09 - 2,07, p=0,008]. **Conclusiones:** la prevalencia de caries dental fue mayor de la reportada para Cali en el ENSAB III a los 5 años. Se utilizó como índice para caries dental el ceo-d sin incluir lesiones precavitacionales, lo que podría subestimar la prevalencia de esta entidad en la población de estudio **(3)**.

PARDO H. I. et al. 2019; Realizaron el presente estudio que tuvo como **objetivo:** evaluar los factores de riesgo para caries en niños que asistieron a la clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cali.

Resultados: con relación al nivel del riesgo, la mayoría (70%) de los niños tienen algún nivel de riesgo; 10,7% alto, 19,5% moderado y 39,8 bajo, las variables con mayor peso fueron: la frecuencia de dieta, la historia de la enfermedad actual, el alto control de biopelícula, el nivel de contenido de dieta. **Conclusión:** se observó alta susceptibilidad a desarrollar caries, encontrándose casi las tres cuartas parte en riesgo; por lo que se debe promoverse hábitos de higiene bucal saludables **(4)**.

ANTECEDENTES NACIONALES

SHEREZADE, S. et al, 2018; El presente artículo de revisión evalúa los distintos factores que se han relacionado a CIT-S, en los últimos años, agrupándolos en tres grandes áreas: huésped, microorganismo y sustrato. Se realizó una búsqueda en la base de datos LILACS, Medline y Elseiver; a partir del año 2010 con las palabras clave Caries de Infancia Temprana Severa, factores de riesgo, Severe Early Childhood Caries y risk factors. **Conclusiones:** No se encontraron investigaciones sobre la premasticación de alimentos como factor de riesgo para CIT-S, pero si como factor de riesgo de CIT. El nivel de Streptococos mutans es un factor de riesgo significativo para CIT-S en todas las investigaciones revisadas. Se encontraron pocos estudios del nivel de Lactobacilos y Candida como factor de riesgo de CIT-S, falta sustento científico para determinarlos como factores de riesgo, varias investigaciones que estudiaron a la higiene oral o placa bacteriana como factor de riesgo de CIT-S, pocos indicaron significancia. La mayoría de investigaciones avalan que la lactancia materna y por biberón son factores de riesgo significativos para CIT-S (5).

RAMÍREZ B. S. et al. 2022; Hicieron el presente estudio que tuvo como **objetivo:** Determinar los factores de riesgo causantes de la caries de la infancia temprana (CIT) en niños, entre el nacimiento y los 5 años de edad, de Latinoamérica, en los últimos 10 años. Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo tipo scoping, donde se llevó a cabo una búsqueda en Science Direct, PubMed, SciELO, Google Scholar, Proquest, desde el 2011 hasta el 2021, incluyendo artículos en inglés, portugués y español. **Resultados:** En 20 artículos se evaluaron los conocimientos y prácticas de los padres y/o cuidadores, donde se analizó si tenían o no buenos hábitos de higiene bucal, siendo este uno de los factores de riesgo más predominante. **Conclusión:** Se evidencia que entre los principales riesgos de la CIT se tiene una dieta rica en carbohidratos,

permisividad con el lactante del consumo de bebidas azucaradas por las noches, utilizar el biberón después de un año de vida, presentar una mala higiene oral y el factor socioeconómico, que resultó el más predisponente. Finalmente, se pudo determinar que existe una relación entre los hábitos de crianza y la CIT. de Latinoamérica, en los últimos 10 años **(6)**.

UCHIMA KKH. et al. 2021; Investigaron la influencia de los factores sociodemográficos y las características atribuidas al huésped, sustrato y microorganismos en el riesgo de caries de infancia temprana en niños de 2 a 5 años de una comunidad rural de la Amazonía peruana. **Resultados:** La prevalencia de caries fue del 83.3%. Los factores asociados a caries dental fueron los antecedentes de infecciones del tracto urinario durante el embarazo ($p = 0.005$), una higiene bucal pobre ($p = 0.001$), el compartir cubiertos con su cuidador principal ($p = 0.018$), y tener hermanos mayores con caries ($p = 0.025$). El análisis univariado mostró que las infecciones urinarias durante el embarazo, la mala higiene bucal, compartir cubiertos y tener hermanos mayores con caries aumentaron el riesgo de caries. El modelo multivariado mostró que solo la mala higiene bucal (OR: 1.99, 95% CI: 1.34 – 2.96, $p = 0.001$) y la infección urinaria (OR: 2.98, 95% CI: 1.13 – 7.81, $p = 0.027$) se asociaron a un mayor riesgo de caries dental. **Conclusión:** Las infecciones urinarias durante el embarazo y una higiene bucal inadecuada son factores fuertemente predisponentes para la caries de infancia temprana en niños de 2 a 5 años de una comunidad rural de la Amazonía peruana **(7)**.

SALDARRIAGA P., J.J. 2018; El Objetivo de la investigación fue la de encontrar relación de los factores de la caries dental en escolares de la Institución Educativa San Martin De Tours Reque 2017. **Resultados:** que el índice de CPO-D general fue de 6.016

(Nivel Alto) para el factor de alimentación, La encuesta dietética general e higiene dental consto de 8 preguntas de selección múltiple y en el que se obtuvo que los estudiantes tenían muy mala higiene dental y muy alto consumo de azúcares. Dando como resultados que los factores asociados a la caries dental los que guarda relación directa son: la dieta cariogénica y los hábitos de higiene dental en los alumnos de la Institución Educativa. **Conclusión:** La mala alimentación y mala higiene dental fueron factores que se asociaron a la caries dental en estudiantes de la institución educativa San Martin de Tours Reque **(8)**.

ANTECEDENTES REGIONALES

DEL ÁGUILA Z. A.S. et al. 2017; El presente estudio tuvo como **objetivo:** Identificar los determinantes de riesgo que condujeron a la caries dental en niños de 3 a 5 años, que acudieron a la IEI N°318. Distrito de San Juan Bautista durante el año 2017. **Resultados:** Prevalencia de caries dental: 78, 3%. El 28,3% (65) de los niños de 3 a 5 años tiene ICeod nivel Muy Bajo. a este resultado, el 13,0% (30) de estos niños tenían 4 años. Con referencia al sexo, el 17,0% (65) fueron del sexo masculino y el 11% (13) del sexo femenino. El 14,3%(20) tienen padres o tutores con el grado de instrucción de Nivel Secundario. El 10,9% (20) de los niños tuvo su última visita al dentista hace un año. Con respecto al número de veces que se cepillan, el 14,3%(65) de éstos se cepillan tres veces a más al día. **Conclusión:** existe una relación significativa de caries dental y la edad ($p=0,042$), ya que a mayor edad mayor riesgo de caries en niños; en cuanto al sexo ($p=0,023$), mayor prevalencia en el femenino. Con respecto al grado de instrucción de los padres ($p=0,001$), a menor estudio mayor es el porcentaje de caries dental en los niños. También, encontramos una relación significativa con respecto a la frecuencia de visitas al dentista ($p=0,001$), debido a

que a mayor frecuencia menor es el riesgo de caries dental. Al igual que número de veces de cepillado al día ($p=0,000$), a menos veces mayor es el riesgo de caries. Entonces podemos afirmar que todos los factores estudiados, están relacionados con la caries dental **(9)**.

ARÉVALO C. W.E. et al. 2018; El objetivo del presente estudio fue determinar el contenido de la lonchera escolar y su relación con la caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial de Loreto en el año 2018. El estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, correlacional, transversal. Se evaluó a 166 niños. Resultados: ICeod del sexo masculino fue de 5,04 y del sexo femenino fue de 4,56. El índice de Ceod a los 3 años fue de 4,65, a los 4 años el ceo-d fue de 5,38 y a los 5 años el ceo-d 4,75. El promedio del ICeod fue de 4,83. Prevalencia de caries dental 90,4%. En relación a lonchera escolar el 35,5% de niños el tipo de lonchera fue saludable y en el 64,5% no saludable. Se encontró que existe relación estadísticamente significativa ($p=0,037$) entre el contenido de la lonchera escolar y la caries dental. Se concluye que a medida que el contenido de la lonchera escolar sea no saludable mayor será índice de la caries dental **(10)**.

CANELO S. J.I. et al. 2021; **objetivo:** determinar la relación entre estado nutricional y caries dental en niños de 2 a 5 años atendidos en la IPRESS I-2 Porvenir, Iquitos 2020. Vemos que la mayoría era de sexo masculino; El 83,5% presentó peso normal, 2,2% presentaron desnutrición aguda y desnutrición crónica respectivamente. El índice Ceo-d fue de 3,55; con relación a la caries se obtuvo el 22,4% no tuvieron caries y un 57,7% presentó daño severo. Según el estado nutricional, niños con peso normal fue en el 44,5% de sexo femenino, con desnutrición aguda en el 7,7% de sexo femenino. Según el ceo-d y sexo, en niños con dientes cariados el 56% fueron del sexo

masculino, No se encontró relación estadística ($X^2= 11,892$, $\alpha=0,064$, $p>0,05$) entre las variables estado nutricional y caries dental en niños de 2 a 5 años. **Conclusiones:** se concluyó que no existe relación entre el estado nutricional y caries dental. **(11).**

1.2 Bases teóricas

1.2.1 Factores de riesgo

En la infancia temprana los factores de riesgo determinan las causas de la baja, mediana o alta prevalencia de la caries dental y a su vez sirven para explicar lo que se debe corregir para evitar el desarrollo de las patologías bucodentales. Estas variables biológicas pueden originar lesiones cariosas, aumento de las probabilidades que los infantes enfermen por la frecuencia de dieta cariogénica, la biopelícula presente en boca, y otros.

En el estudio “Factores de riesgo para caries en niños que asistieron a la clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cali-Colombia 2019” de Pardo H. I. et al. Encontraron que las variables con mayor peso de riesgo fueron: la frecuencia de dieta, la historia de la enfermedad actual, el alto control de biopelícula, el nivel de contenido de dieta. Concluyeron que hay una alta susceptibilidad a desarrollar caries; por lo que debe promoverse unos hábitos de higiene bucal saludables. Colombia 2019 **[4]**.

Factores: elementos, circunstancias, influencias, que contribuyen a producir resultados, como la aparición de las enfermedades bucales. Pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. **[12]**.

Factores de riesgo: Tradicionalmente se han asociado con la etiología de la enfermedad. Debido a su naturaleza patogénica, los factores de riesgo también pueden servir como una explicación de lo que se debe corregir para evitar el desequilibrio que existe cuando la enfermedad está presente.

-Se describen como variables biológicas que pueden promover en la actualidad o en el futuro lesiones cariosas e incluyen una mezcla de hallazgos clínicos y elementos conductuales.

-Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor [12].

Factores protectores: Los factores protectores son variables biológicas o terapéuticas que se pueden usar para prevenir o detener los cambios patológicos que inducen los factores de riesgo, incluyen una variedad de productos e intervenciones que promueven la Desmineralización y conducen a que el balance entre los factores patológicos y protectores se incline hacia la salud del paciente, incluyen:

Vivir en una comunidad con suministro de agua fluorada, o consumir agua con fluoruros, uso cotidiano de pasta dental con fluoruro, de enjuague bucal con fluoruro en baja concentración, uso de xilitol, recibir aplicaciones tópicas de fluoruro, usar productos con clorhexidina, con fosfato de calcio amorfo, utilizar selladores de surcos, realizar un cepillado dental efectivo y frecuente [12].

Factores de riesgo predisponentes: Son aquellas particularidades que inducen al riesgo de presentar o activar la caries dental. Se presentan agrupados en diversos componentes como: el

tiempo, los factores socioeconómicos, la conducta, la educación y el tipo de saliva [13].

Factores de riesgo determinantes: Son aquellas características que establecen el riesgo de presentar caries dental. Se encuentran como la triada ecológica: huésped (morfología dental, patologías genéticas y adquiridas), microorganismos cariogénicos (Streptococcus), higiene bucal, experiencia de caries dental) y sustrato (consumo excesivo de carbohidratos) [13].

Factores de riesgo epidemiológicos: son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, solo están asociados con el evento. Constituyen una probabilidad medible, con valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad. Se trata de todo aquello que afecta la probabilidad de que se presente una enfermedad. Sin embargo, si se presenta uno o muchos factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá una enfermedad, como también es posible presentar una enfermedad sin haber mostrado ninguno de ellos [12].

Factores en la aparición de la caries dental infantil: Enfermedad crónica multifactorial más frecuente en la infancia según el artículo de revisión de Caballero dental refiere 7 factores:

1. **Falta de higiene oral.** – es un factor clave para la aparición de la caries dental en los niños, por lo que se debería cepillar apenas aparece el primer diente hasta los 8 o 10 años y hacer uso del hilo dental cuando los dientes estén muy juntos.
2. **Dieta altamente cariogénica.** – Cualquier azúcar consumido con frecuencia (azúcar entre comidas, y alimentos de consistencia pegajosa) pueden ocasionar caries dental. También mucho cuidado con los azúcares ocultos (leche

chocolatada, galletas, bollerías, zumos industriales, pan de molde, papas fritas embolsadas, refrescos de cola, medicamentos líquidos).

3. **Transmisión bacteriana.** - se trasmite a través de la saliva de los padres o cuidadores. Por lo que no se deben compartir utensilios, dar besos en la boca, soplar la comida o chupar el chupete del bebe.
4. **Alimentación nocturna.** – no se debe alimentar a los niños en la noche antes de ir a dormir o dejar que se duerman con el biberón después de la erupción del primer diente, porque en las noches el flujo salival es nulo.
5. **Visitas tardías al dentista.** – es muy peligroso para los niños no tener un control periódico de Salud bucal. Se debería empezar antes del primer año de vida.
6. **Insuficiencia del uso del flúor.** - Aun no se realiza religiosamente acorde al riesgo de caries dental, puesto que es eficaz para evitar el ataque de las bacterias.
7. **Defectos en el esmalte.** – la mayoría son hereditarios, genéticos o defectos en el esmalte como: hipoplasia, hipo mineralización, hipo calcificación, susceptibles a la caries dental [14].

Factores socioeconómicos:

1. **Edad.** – la infancia (1 a 2 años) es la primera etapa de riesgo cariogénico, cuando se establece la microflora oral, puesto que en esta etapa se definen muchos comportamientos relacionados con la higiene bucal, la dieta, influencia del factor educativo, económico y acceso a los servicios de salud.
2. **Antecedentes médicos.** – la primera etapa de vida es propensa a infecciones virales y bacterianas (teratogénica bucal).

3. **Antecedentes maternos.** – la madre es un reservorio de Streptococcus mutans y el bebe recibe la transmisión vertical oral.
4. **Lactancia materna.** – cuando hay desnutrición y bebes prematuros, se tendrá cambios en el calcio.
5. **Antecedentes personales.** - que trae consigo el infante como:
 - Las enfermedades hereditarias congénitas y sistémicas: amelogénesis, dentinogénesis imperfecta, displasia dentinaria.
 - Enfermedades infecciosas infantiles, que alteran la estructura del esmalte. También por el consumo de medicamentos líquidos que contiene alta cantidad de edulcorantes.
 - Medicamentos, antihistamínicos, anti convulsionantes y otros.
 - Ablactancia, por la iniciación del proceso alimenticio solido la cual se inicia con pures, cereales, papillas, etc.
 - Actividad de caries dental, ritmo de aparición de nuevas lesiones cariosas.
 - Experiencia pasada de caries dental., lo que conlleva a tener antecedentes cariogenicos.
 - Experiencia actual de caries dental, su presencia es de alto riesgo, como la mancha blanca que es predictor cariogenico [15].

Factores sociodemográficos:

1. **Hábitos higiénicos,** es un factor protector en caso se realice la higiene bucal constante.
2. **Comportamiento,** actitudes y practica de hábitos higiénicos, de salud bucal, alimenticios.
3. **Antecedentes dentarios,** experiencia de caries dental actual o pasada, traumatismos, perdida dentaria prematura.
4. **Periodicidad de visitas al dentista,** la cual debe ser periódica o continua para la valoración de riesgo [15].

Factores de riesgo de caries dental. (adaptado por Anderson, M 2002, en estomatología pediátrica pg. 112).

La caries dental es la enfermedad bucal crónica más prevalente en el mundo. Existen factores causales directos y múltiples factores de riesgo descritos en la literatura (Anderson, M 2002).

Riesgo de caries dental

1. Agentes infecciosos:

- Streptococcus mutans: dependerá del serotipo y la cantidad.
- Otros: lactobacilos, actinomicetes otros estreptococos

2. Genéticos:

- Sistema inmune: inmunoglobulinas IgA y IgG
- Saliva: flujo y composición
- Morfología dentaria: desordenes de formación, fosas y fisuras profundas.

3. Medio ambiente

A.- Dientes presentes:

- Número de dientes
- Tipo: dientes permanentes o deciduos
- Historia de caries dental:

Actual: oclusal o proximal

Proximal: oclusal o proximal (Sellantes: con o sin sellar)

B.- Historia familiar de caries:

- Madre: microflora bacteriana e historia de caries dental
- Hermanos

C.- Azúcares:

- Frecuencia
- Cantidad
- Momento de ingestión

D.- Status socioeconómicos:

E.- Exposición al flúor

F.- Frecuencia de visitas al dentista

G.- Actitudes y prácticas culturales

H.- Otros factores:

- Xerostomía
- Medicamentos líquidos: Antibióticos, antiinflamatorios, antihistamínicos, etc.
- Otros aparatos [16].

1.2.2. Caries dental en niños de 1 a 4 años

Caries dental: La caries dental infantil, es un problema de salud pública nacional, regional y local en la infancia temprana.. y aunque se ha observado en los últimos años un claro descenso, se sigue investigando los factores de riesgo relacionados, así como su prevalencia e indicadores de caries dental infantil. Está determinada, influenciada, inducida y asociada a diversos factores de riesgo como: factores determinantes, predisponente y epidemiológicos. Todas las personas que tienen dientes están en riesgo de tener caries dental, aunque los siguientes factores podrían aumentar las posibilidades: ubicación de las piezas dentarias, hábitos higiénicos inadecuados e insuficientes, estilo de vida: alimentos ricos en carbohidratos y bebidas azucaradas con mucha frecuencia, alimentación de los bebés antes de acostarse, cepillado inadecuado, falta de flúor, Edad y género, bacterias cariogénicas, Ausencia o baja producción de saliva [17].

Indicadores de riesgo cariogénico: son lesiones de mancha blanca en superficies lisas, restauraciones colocadas en los tres años anteriores como resultados de actividad cariosa, lesiones interproximales confinadas al esmalte detectadas radiográficamente, cavitación de lesiones de caries que radiográficamente muestran avance en dentina. Los indicadores y factores de riesgo incrementan

la probabilidad de aparición de la caries, mientras que los factores protectores disminuyen dicha probabilidad [17].

Los indicadores de riesgo del progreso de una enfermedad son los signos presentes del avance de dicho proceso, muestran lo que está ocurriendo, no lo que ocurrió para que la enfermedad se presentara, son observaciones clínicas que se pueden cuantificar a través de diferentes sistemas de detección y sirven para determinar el nivel de riesgo: bajo, medio o alto. Estos indicadores no nos hablan de qué causó la enfermedad o de cómo tratar la enfermedad una vez que está presente, sino que sirven como un predictor fuerte de cómo se comportarán las lesiones a menos que se establezca una intervención terapéutica [18].

¿Qué causa la caries dental en niños pequeños?

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), una causa común de las caries dentales en niños pequeños es que se vayan a dormir tomando biberón. A este desajuste particular se le conoce como la caries del biberón. La leche o el jugo que el niño toma en el biberón se quedan en su boca toda la noche creando un caldo de cultivo ideal para las bacterias. Cuando ocurre un desequilibrio en el balance de minerales en contacto con la superficie del esmalte dental y el balance es negativo hacia una pérdida de minerales se produce una degradación de la superficie y sub-superficie, este desequilibrio afecta al diente en su forma, función, sensibilidad y estética, esta alteración va a cambiar el status del microbioma. Investigaciones recientes sobre ADN y ARN relacionados a la lesión de caries han demostrado un ecosistema extraordinariamente diverso donde el conteo del *Streptococo Mutans* es sólo una muy pequeña fracción de la comunidad bacteriana hallada [18].

Desarrollo de la caries dental:

1. La caries dental, se inicia por la desmineralización del esmalte cuando las bacterias de la boca fermentan los carbohidratos de la dieta, éstas bacterias y el ácido que producen destruye progresivamente la estructura del diente. El desbalance se produce cuando la dieta es alta en azúcares y no hay una buena higiene oral. Por eso la importancia de iniciar el cepillado dental desde la erupción del primer diente.
2. La condición más importante para que se desarrolle la caries es la presencia prolongada de carbohidratos (azúcares) en la boca, que sucede en los niños que ingieren con frecuencia alimentos/bebidas con alto contenido en azúcares.
3. Esta situación asociada a la escasa o ausencia de higiene oral, no utilizar dentífrico con la cantidad adecuada de flúor y la presencia de defectos en el esmalte no diagnosticados precozmente, favorecen su aparición y gravedad.
4. Las lesiones de caries en dientes primarios (de leche) evolucionan rápidamente, destruyen la estructura del diente, interfieren en la correcta masticación, producen dolor y pueden generar focos infecciosos moderados o severos.
5. Esto perturba al niño y afecta la dinámica de la familia cuando se pierden horas de escuela y trabajo para atender las urgencias por dolor o infección de una enfermedad altamente prevenible.
6. Los dientes de leche anteriores se recambian hacia los seis años, y los posteriores (las muelas), sobre los diez años. Su función, además de la masticación, es permitir un desarrollo armónico de los maxilares, mantener espacios para los dientes

permanentes y permitir un adecuado desarrollo del lenguaje y estética dental.

7. Cuando se desarrollan las caries y no se tratan, producirán dolor, que afectarán a la masticación, al desarrollo físico, a la concentración y al aprendizaje. Perderán dientes, que alterarán la alineación de los dientes permanentes. Puede haber complicaciones infecciosas, a veces graves que precisarán hospitalización.
8. Sabemos que cuanto más tarde se inicie la higiene dental, más tiempo el niño tendrá placa bacteriana, y más riesgo de caries. La pasta de dientes debe tener una concentración de fluoruros de no menos de 1000 ppm F. La utilización de pastas de dientes fluoradas en las cantidades recomendadas y bajo supervisión de un adulto, han demostrado ser seguras y actuar como un agente protector del diente frente al ataque ácido de las bacterias reduciendo las lesiones de caries o controlando su gravedad [19].

Clasificación de la caries según el tejido afectado:

1. **Primer grado:** Afecta al esmalte. Esta lesión es asintomática, extensa y poco profunda. Suele presentarse en forma de manchas blanquecinas granuladas.
2. **Segundo grado:** Afecta al esmalte y dentina. La caries ya se ha implantado en la dentina, por lo que el proceso carioso evoluciona con mayor rapidez.
3. **Tercer grado:** Afecta al esmalte, dentina y pulpa. La lesión llega hasta la pulpa y, en consecuencia, provoca su inflamación. Presenta dolor de forma espontánea.

4. **Cuarto grado:** Necrosis pulpar. En este grado la pulpa está totalmente destruida. El paciente no padece dolor, pero presenta complicaciones dolorosas.
5. **Quinto grado:** Caries radicular. El cemento queda expuesto por reducción gingival. La lesión avanza con mayor rapidez y alcanza rápidamente la dentina [20].

Clasificación según Black:

CLASE I: molar o premolar. Localizadas en la zona de fosas, surcos y fisuras.

CLASE II: dos o más superficies de una pieza. Suelen realizarse cuando existen caries proximales en molares y premolares.

CLASE III: Incisivos y caninos. Cuando hay una lesión que afecta a las superficies proximales de esas piezas y el borde incisal no está afectado.

CLASE IV: Incisivos y caninos, borde incisal. Cuando hay una lesión que afecta a las superficies proximales de esas piezas y el borde incisal está afectado.

CLASE V: Superficies lisas vestibulares o palatinas. Las más habituales: caries de cuello o abrasiones del esmalte.

LA CLASE VI: clasificación no acopiada por Black. Hace referencia a lesiones que afectan a las cúspides de un diente posterior o a la superficie incisal de un diente anterior (caninos) [20].

Etiología de la caries dental: Existen varios estudios referentes a la etiología de la caries dental. Tenemos:

1. **Triada ecológica de Keyes-col:** que son los factores básicos primarios: Microorganismos de la placa dental, el sustrato (carbohidratos), Huésped: diente
2. **Esquema de New Brum (1998):** Huésped: diente, sustrato: los carbohidratos, tiempo de exposición.

3. **Penta factorial de Uribe Echevarría y Proto (1990):** Huésped: diente, El sustrato: los carbohidratos, tiempo de exposición, edad de la persona y Microorganismos. También tenemos otros factores: factor cultural, nivel socioeconómico, huésped y su entorno.

El factor huésped depende de la anatomía, morfología, disposición en la arcad dentaria, fosas y fisuras, superficies proximales, apiñamiento dentario, maloclusiones, anomalías dentarias en constitución, y la saliva (factor protector).

El factor microbiológico esta dado por los estreptococos, lactobacilos, actinomices, los que conforman una biopelícula llamada **biofilm** (March, et al 2003). Actúan formando la biopelícula adquirida, y luego colonizan, de acuerdo a las siguientes etapas: depósito, adhesión, crecimiento y reproducción. Dependerá de cómo actúa la saliva (Protectora de la mucosa bucal, formando del bolo alimenticio, Bactericida, limpieza mecánica de la cavidad bucal). **El factor sustrato** dependerá del tipo de carbohidratos que se ingiera [21].

¿Qué tratamiento deberán recibir estos niños?

El tratamiento es básicamente preventivo si aún no hay presencia de Caries dental, porque la caries es una enfermedad prevenible.

- Empezaremos por darle importancia a la dieta e higiene oral adecuadas.
- Uso de productos remineralizantes como el flúor, a través de pastas dentales que aportan calcio y fosfatos.

actualmente es posible tener a una población infantil libre de caries si se desarrollan las medidas preventivas adecuadas. Para el futuro se vislumbran mejoras con el conocimiento del “microbioma” oral, con el objetivo de mantener el equilibrio

bacteriano a favor de bacterias protectoras de la caries dental [22].

¿Cómo prevenir la caries dental en niños pequeños?

- No dejar que tu hijo se duerma tomándose la leche o el jugo en un biberón o vasito con boquilla.
- Si le das algo de beber a tu niño antes de que se duerma o para ayudarlo a que se duerma, elige siempre agua.
- Seguir las recomendaciones de la Asociación Americana para el desarrollo-AAPD: los niños deben tomar la leche o bebidas azucaradas rápidamente, para reducir el tiempo de exposición.
- Asegúrate de lavarle los dientes a tu niño y usar hilo dental diariamente.
- -Evitar los alimentos azucarados, alimentos con niveles altos de ácido, como las frutas cítricas, para no debilitar el esmalte dentario.
- Llevar al infante a consultar con el dentista por primera cuando sale su primer diente.
- Debes lavar los dientes de tu niño
- pequeño con un cepillo dental de cerdas suaves al menos dos veces al día y después de que tu niño coma dulces.
- No debes usar una crema dental fluorada hasta que el pequeño tenga al menos dos años de edad o cuando pueda escupir la crema dental y no tragársela.
- Esto significa que debes comenzar los buenos hábitos de forma temprana con los buenos hábitos de salud oral para que tu niño conservará los hábitos que adquiriera durante toda su vida [22].

NIÑOS DE 01 A 04 AÑOS: Primera etapa de vida desde el primer año hasta los cinco años. Éstas son algunas cosas que los niños de dos a cuatro años pueden realizar.

Niños 1 a 2 años: niño pequeño que quiere explorar el mundo que lo rodea. Puede girar perillas, apretar botones, abrir cajones y armarios

De 2 a 3 años: Caminar bien, corren, se detienen, suben escalones y sentarse en cuclillas. Agarrar la cuchara y la taza sin ayuda. Nombrar entre 5 y 6 partes de su cuerpo. Responder preguntas sencillas de tipo “¿qué es?” y “¿qué hace?”. Señalar o nombrar objetos cuando se le indica para qué se usan (“¿Con qué tomas agua?”). Usar oraciones de 2 a 3 palabras con frecuencia

De 3 a 4 años: Saltan, corren, lanzan objetos y trepan con estabilidad. Utilizan juguetes y otros materiales para simular un juego. Hacen muchas preguntas con “por qué” y “qué”. Esperan su turno una que otra vez. Comprenden palabras que indican dónde están las cosas (detrás, debajo, dentro, sobre). Dibujan círculos, líneas y cruces con un lápiz de color [22].

Control de crecimiento y desarrollo (CRED): Estrategia sanitaria del Ministerio de salud (MINSa), está referido al conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de los niños a fin de detectar de manera precoz riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades como la caries dental de inicio temprano, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna³ [23].

1.3 Definición de términos básicos

1.3.1 Factores de riesgo

Factores: Elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos, además, contribuyen a que se obtengan determinados resultados.

Riesgo: probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas de acuerdo a sus componentes que son:

- Amenaza: fenómeno, sustancia, actividad humana o condición peligrosa que puede ocasionar la muerte.
- Vulnerabilidad: características y las circunstancias que hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza¹.

Factores de riesgo: característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud.

Factores de riesgo predisponentes: inducen al riesgo de presentar o activar la caries dental

Factores de riesgo determinantes: establecen el riesgo de presentar caries dental.

Factores de riesgo epidemiológicos: son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado.

Factores en la aparición de la caries dental infantil: Según el artículo de revisión de Caballero dental clinic-gracia Baudona [21] hace referencia a 7 factores:

1. **Higiene oral.** – factor protector importantísimo para prevención de la caries dental en los infantes.
2. **Dieta altamente cardiogénica.** – consumo frecuente de carbohidratos entre comidas (leche chocolatada, galletas, zumos industriales, gaseosas, medicamentos líquidos).

3. **Transmisión bacteriana.** - a través de la saliva de los padres o cuidadores: compartir utensilios, dar besos en la boca, soplar la comida, limpiar el chupete del bebe con la boca.
4. **Alimentación nocturna.** – alimentación antes de ir a dormir o dejar que se duerman con el biberón después de la erupción del primer diente.
5. **Visitas tardías al dentista.** – control periódico de Salud bucal.
6. **Insuficiencia del uso del flúor.** - eficaz para evitar el ataque de las bacterias.
7. **Defectos en el esmalte.** – fosa y fisuras profundas en los molares, y cingulos profundos de los dientes anteriores.

1.3.2 Caries dental en niños de 01 a 04 años

Caries Dental Infantil: La caries dental infantil es el daño que le ocurre a temprana edad causado por bacterias cariogenicas que se encuentran en la boca del infante.

Niños de 1 a 4 años: según la OMS es la primera etapa de vida infantil que se caracteriza por desarrollo neurológico, del lenguaje, mantener conversaciones con su entorno, preguntas y respuestas, y repetir frases de 3 a 4 palabras y muy vulnerable.

CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del Problema

La Salud bucodental es la ausencia de enfermedad que favorece un estado de bienestar físico y psíquico. El infante con una boca sana no presenta dolor, desarrolla sus funciones orales perfectamente: masticación, deglución y fonación; y le permite un desarrollo adecuado físico, psíquico y social. La función de la masticación, es permitir un desarrollo armónico de los maxilares, mantener espacios para los dientes permanentes y permitir un adecuado desarrollo del lenguaje y estética dental.

Cuando se altera la salud bucal por la presencia de dolor e infección por caries dental que evoluciona rápidamente, destruyen la estructura del diente, interfieren en la correcta masticación, producen dolor y pueden generar focos infecciosos moderados o severos. Esto perturba al niño y afecta la dinámica de la familia cuando se pierden horas de escuela y trabajo para atender las urgencias por dolor o infección de una enfermedad altamente prevenible.

Los niños de familias con menores ingresos o con poca educación en salud oral presentan más lesiones. Además de una dieta alta en azúcares. las otras condiciones necesarias asociadas son: la ausencia de higiene oral, la escasa frecuencia o el inicio tardío del cepillado, así como también la salud oral de los padres [25].

El diagnóstico en infantes es casi siempre es tardío, los padres lo llevan cuando el niño tiene dolor y habitualmente presenta múltiples caries. En estas situaciones es necesario el tratamiento por el odontólogo especializado u odontopediatra. Cuanto más corta es la edad del niño, es más difícil el tratamiento, siendo el único recurso el

procedimiento con anestesia general, tratamiento complejo y costoso; por lo que nos planteamos la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con la caries dental en infantes de 01 a 04 años en controles de crecimiento y desarrollo-IPRESS I-4 Moronacocha. 2022?

2.2 Formulación del Problema

2.2.1 Problema General

¿Cuáles son factores de riesgo relacionados con la caries dental en niños de 01 a 4 años en controles de crecimiento y desarrollo. IPRESS I-4 Moronacocha. 2022?

2.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuál es el índice de caries dental en niños de 1 a 5 años en controles CRED IPRESS I-4 Moronacocha 2022?
2. ¿Cuáles son los hábitos de higiene bucal en niños de 1 a 5 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022?
3. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de azúcares en niños de 1 a 4 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022?
4. ¿Cuáles son los hábitos de transmisión bacteriana de los padres o tutores a los niños de 1 a 5 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022?
5. ¿Con que frecuencia los niños de 01 a 4 años en controles CRED van con sus padres a Odontología? IPRESS I-4 Moronacocha 2022?
6. ¿Con que frecuencia toman medicamentos líquidos los niños de 01 a 5 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022?

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo relacionados con la caries dental en infantes de 01 a 05 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha. 2022.

2.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar el índice de caries dental en niños de 1 a 5 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.
2. Establecer los hábitos de higiene bucal en niños de 1 a 5 años en controles CRED, según sus. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.
3. Establecer la frecuencia de consumo de azúcares en niños de 1 a 5 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.
4. Identificar los hábitos de transmisión bacteriana de los padres o tutores con niños de 1 a 5 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.
5. Determinar con qué frecuencia los padres llevan a sus hijos a Odontología. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.
6. Determinar con qué frecuencia los infantes de 01 a 05 años toman medicamentos líquidos. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.

2.4 Hipótesis

H₀: Existe relación estadísticamente significativa de algunos factores de riesgo con la caries dental en niños de 01 a 05 años. IPRESS I-4 Moronacocha. 2022

H₁: No existe relación estadísticamente significativa de algunos factores de riesgo con la caries dental en niños de 01 a 05 años. IPRESS I-4 Moronacocha. 2022

2.5 Variables

2.5.1 Identificación de las variables

Variable independiente. - factores de riesgo

Variable dependiente. – caries dental en niños de 1 a 5 años.

2.5.2 Definición Conceptual y operacional de las variables

1. Definición conceptual de las variables

Variable independiente: Factores de riesgo:

características detectables que se relacionan con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso patológico de cavidad bucal.

Variable dependiente: Caries dental en niños de 1 a 4 años. Enfermedad dental multifactorial causado por bacterias cariogénicas y por diversos factores de riesgo en la etapa de vida infantil.

2. Definición operacional de variables

Variable independiente.

Factores de riesgo: características detectables, determinantes o predisponentes relacionadas con la caries dental infantil.

Indicadores e índices:

a). Higiene Bucal: se valora como, óptimo, regular, malo y muy malo.

- b). Frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos al día: valorado como ninguna vez, una vez, dos veces, tres veces, más de tres veces al día
- c). Transmisión bacteriana de padres a hijos: besos en la boca, comparte cubiertos, soplan la comida.
- d). Frecuencia de visitas al Odontólogo: 2 veces-año, 1 vez-año, Cuando se enferma, nunca.
- e). Antecedentes médicos: se enferma y toma con frecuencia jarabes.
- f). Grado de instrucción de los padres: primaria, secundaria, Superior.

Variable dependiente:

Caries dental niños de 1 a 5 años: Evaluación Clínica odontológica a niños de 01 a 05 años en control CRED de sexo masculino y femenino.

Índice Ceo-d: piezas dentarias primarias: careadas, perdidas y obturadas con el (Muy Bajo, Bajo, Moderado, Alto, Muy alto)

TABLA N°01

2.5.3 Distribución de la Operacionalización de las variables

VARIABLES	INDICADORES	ÍNDICES	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPENDIENTE (x) Caries dental en niños de 01 a 05 años	-Índice de caries dental para dientes primarios -Edades -Sexo	Índice Ceo-d -Muy Bajo: -Bajo: -Moderado -Alto -Muy alto 01 año 02 años 03 años 04 años Femenino masculino	-00-0.1 (0) -1.2-2.6 (1) -2.7-4.4 (2) -4.5-6.5 (3) -Más de 6.6 (4) (0) (1) (2) (3) (0) (1)	Nominal
INDEPENDIENTE (y) Factores de Riesgo	-Higiene bucal -Frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos al día -Transmisión bacteriana cariogénica de los padres a los bebés -Visitas al odontólogo -Antecedentes médicos Grado de instrucción de los padres	Optima Regular Mala Muy mala Ninguna vez Una vez Dos veces Tres veces Mas-Tres V. -Besa en la boca -Comparte cubiertos -Soplan la comida 2 veces-año 1 vez-año Cuando se enferma Nunca Toma con frecuencia Jarabes Primaria Secundaria Superior	-00-0.1 (0) -1.1-2.0 (1) -2.1-3.0 (2) -Más de 3.0 (3) Sin riesgo (0) Bajo riesgo (1) Mediano R. (2) Alto riesgo (3) Muy alto R. (4) Si (0) No (1) (0) (1) (2) (3) Si (0) No (1) (0) (1) (2)	Nominal

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

3.1.1 Tipo de investigación: cuantitativo

3.1.2 Diseño de investigación: No experimental y correlacional.

Descriptivo: se definirán, clasificarán, analizarán la relación de los datos obtenidos.

Observacional y analítico: después de la obtención de los datos clínicos bucodentales, y el acopio de la información de los factores de riesgo relacionados con la caries dental se hará un análisis estadístico de los mismos.

Prospectivo: se investigará a un grupo de menores de 05 años y se registrarán la información obtenida para obtener el análisis estadístico.

Transversal: implica el recojo de los datos en un momento específico y durante un periodo limitado de recolección de datos.

El esquema es el siguiente:

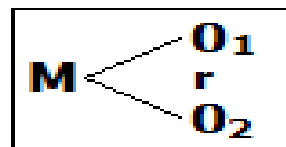
Donde:

M : Muestra

r : Relación entre variables

O₁ : Factores de riesgo

O₂ : Caries dental en niños/niñas de 01 a 04 años.



3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población: La población estará constituida por 2935 infantes de 01 a 04 años programados para control CRED. De un año (714), dos años (729), tres años (741), cuatro años (751).

3.2.2 Muestra: se empleará la fórmula de proporciones para poblaciones finita.

FORMULA:

$$n = (Z^2 p \cdot q \cdot N) / (e^2 N + z^2 p \cdot q)$$

N (Población de escolares) 2935

Nivel de confianza Z (95%) 1.96

Frecuencia esperada 0.5

q = (1-p) 0.5

Margen de error (e) 0.05

N (muestra) ¿?

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 2935}{0.05^2 \cdot 2935 - 1 + 1.96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 2819/8.2954 = 339.82 = \mathbf{340}$$

La muestra será estratificada de acuerdo a la edad de lo infantes y obtenida con la fórmula de proporciones finitas del total de la población y debe ser representativa.

3.2.3 criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Niños y niñas de 01 a 04 años programados para control CRED-IPRESS I-4 Moronacocha.

-Niños y niñas de 01 a 04 años que acuden con sus padres o tutores a su control CRED en la IPRESS I-4 Moronacocha.

-Padres de familia que aceptaron participar en el estudio con sus Niños o niñas de 01 a 04 años y firmaron el asentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Niños y niñas de 01 a 04 años no programados para control CRED- IPRESS I-4 Moronacocha.

-Niños y niñas de 01 a 04 años que no acuden con sus padres o tutores a su control CRED en la IPRESS I-4 Moronacocha.

-Padres de familia que no acepten participar en el estudio con sus Niños o niñas de 01 a 05 años y no firmen el consentimiento informado.

3.3 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.3.1 Técnicas. - Las técnicas para la recolección de datos son las siguientes:

La observación: Esta técnica se realizó mediante un examen clínico a los niños de 01 a 04 años en control CRED, por lo general en un ambiente con luz natural del día y con instrumental de examen bucal: espejos bucales, pinzas para algodón y exploradores en buenas condiciones.

Exámenes clínicos estomatológicos: fueron realizados por los tesistas, de forma paralela para examinar, escribir los datos y acopiar información en el Odontograma de cada infante. También se consolidó el Índice Ceo-d y se obtendrá la prevalencia de caries dental de cada niño/niña.

Entrevista: se aplicó a los padres de familia a través de un cuestionario elaborado expresamente para la presente investigación.

3.3.2 Instrumentos: Se aplicó un instrumento expresamente elaborado para dicha investigación, validado por juicio de expertos. Consta de dos partes: 1.- Presentación, 2.- Ficha de evaluación de los factores de riesgo relacionados con la caries dental. Previo al examen clínico se les explicó el propósito del estudio, especificando el anonimato y firmaron la hoja de consentimiento informado.

3.3.3 Procedimientos de recolección de datos. - Para la recolección de datos se tendrá en cuenta el siguiente procedimiento:

1. Se solicitó la autorización a la Gerencia Regional de Salud
2. Se pidió la autorización al Gerente del establecimiento de salud IPRESS I.4. Moronacochoa.
3. Se elaboró los instrumentos de recolección de datos.
4. Se examinó a los/las niños/niñas seleccionadas para el estudio.
5. Posteriormente se entrevistó a los padres de familia para la aplicación del cuestionario de preguntas, se les explicó el propósito del estudio y aplicación de la Hoja de consentimiento y asentimiento informado,
6. Luego se consolidó el índice Ceo-d, los cuales fueron realizados por los tesisistas.
7. Durante la recolección de datos se utilizó los principios éticos y bioéticos.
8. La duración de la recolección de datos fue en un tiempo de 4 semanas.

La validez de los instrumentos se hará mediante el juicio de expertos.

La confiabilidad se obtendrá con el apoyo de los asesores del estudio y el estadístico.

3.4 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se realizará mediante el paquete estadístico SPSS Versión 25.0 para Windows Vista, el que permitirá la aplicación de pruebas estadísticas y la realización del análisis de la información tanto univariado: en el Análisis Univariado se van a obtener las frecuencias y porcentajes, así como las medidas de tendencia central como la media, la mediana, la moda, la varianza, entre otros. como Análisis bivariado: en el Análisis Bivariado se realizará la prueba estadística inferencial no paramétrica denominada Chi Cuadrada con un nivel de confianza del 95% y un alfa = 0.05. Finalmente se construirán las tablas y gráficos respectivos.

3.5 Protección de los derechos humanos

Se respetará los Derechos Humanos de las gestantes participantes en la investigación, teniendo en cuenta su deseo libre y voluntario de participar en este estudio.

Los instrumentos de recolección de datos serán confidenciales los cuales serán utilizados para fines de la presente investigación.

CAPITULO IV RESULTADOS

Posterior a la recolección de datos se procedió a sistematizar la información según los objetivos de nuestra investigación.

La tabla 01 muestra que, el 25,6% fueron niños de 1 año, el 24,4% niños de 2 años, el 25,3% niños de 3 años y el 24,7% niños de 4 años.

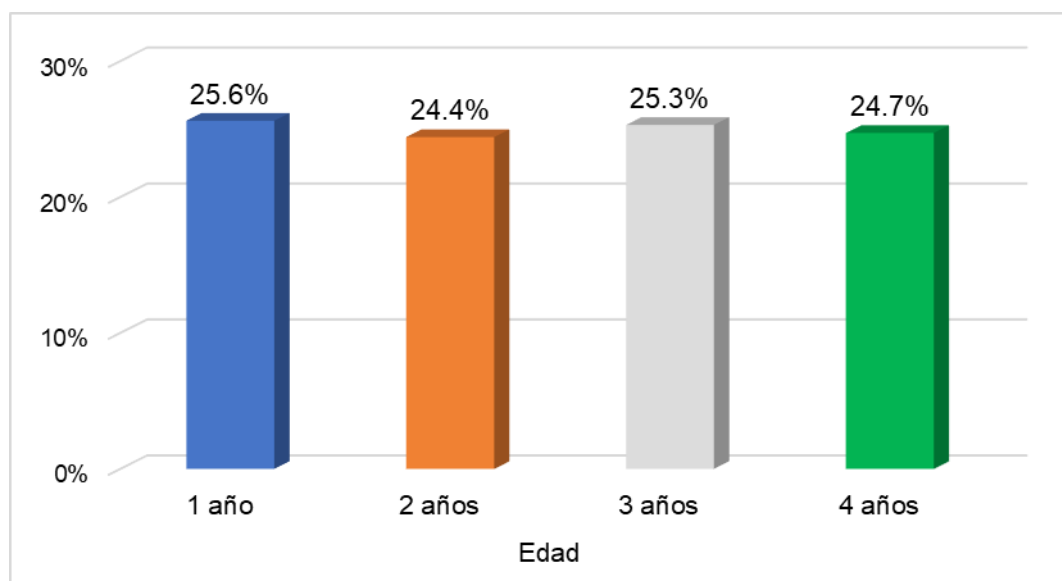
Tabla 01. Distribución de niños según edad, Iquitos 2022.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
1 año	87	25,6
2 años	83	24,4
3 años	86	25,3
4 años	84	24,7
Total	340	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 01.

Distribución de niños según edad, Iquitos 2022.



La **tabla 02** muestra que, el 51,2% fueron de sexo masculino y el 48,8% fueron sexo femenino.

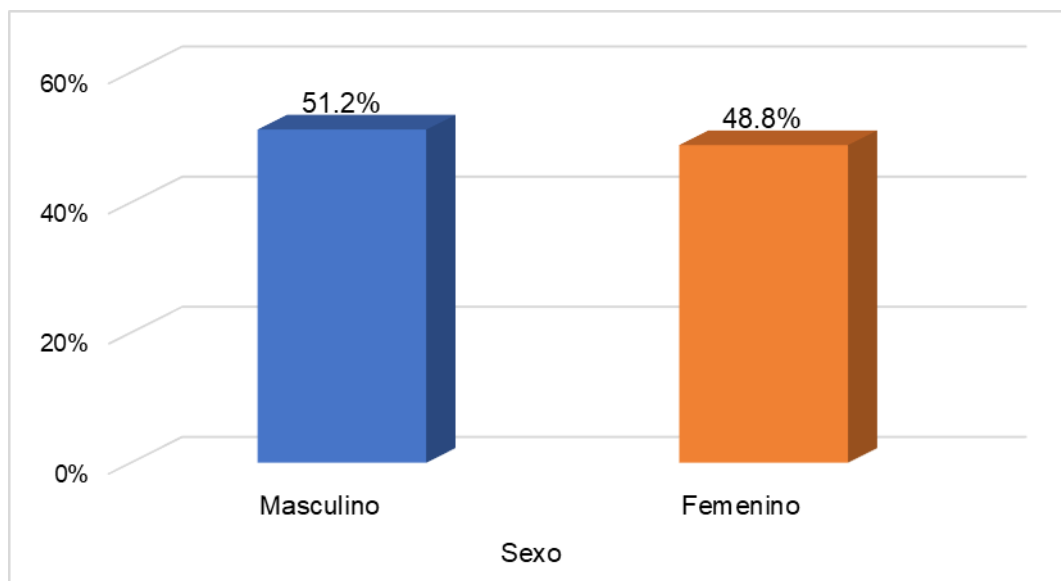
Tabla 02. Distribución de niños según sexo, Iquitos 2022.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	174	51,2
Femenino	166	48,8
Total	340	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 02.

Distribución de niños según sexo, Iquitos 2022.



La tabla 03 muestra que, la prevalencia de caries de niños de 1 a 4 años fue del 35,9% y el 64,1% no presentó caries. En niños de 1 año la prevalencia de caries fue del 5,7%, en niños de 2 años fue del 27,7%, en niños de 3 años fue del 61,6% y en niños de 4 años fue del 48,8%.

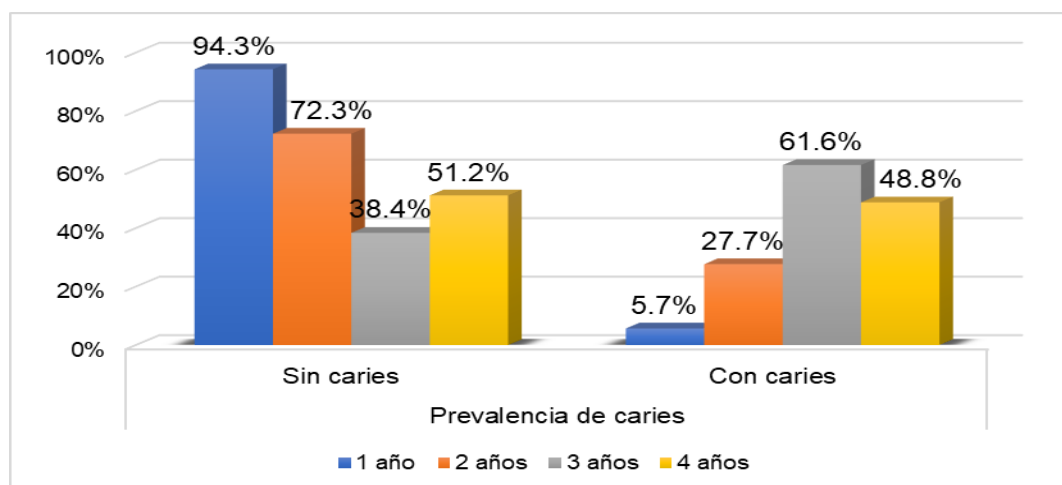
Tabla 03. Prevalencia de caries dental en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.

Prevalencia de caries		Edad				Total
		1 año	2 años	3 años	4 años	
Sin caries	N°	82	60	33	43	218
	%	94,3%	72,3%	38,4%	51,2%	64,1%
Con caries	N°	5	23	53	41	122
	%	5,7%	27,7%	61,6%	48,8%	35,9%
Total	N°	87	83	86	84	340
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 03.

Prevalencia de caries dental en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.



La tabla 04 muestra que, el índice Ceod de niños de 1 a 4 años es de 1.45. En el sexo masculino el índice Ceod fue de 1.56; y en el sexo femenino fue de 1.33.

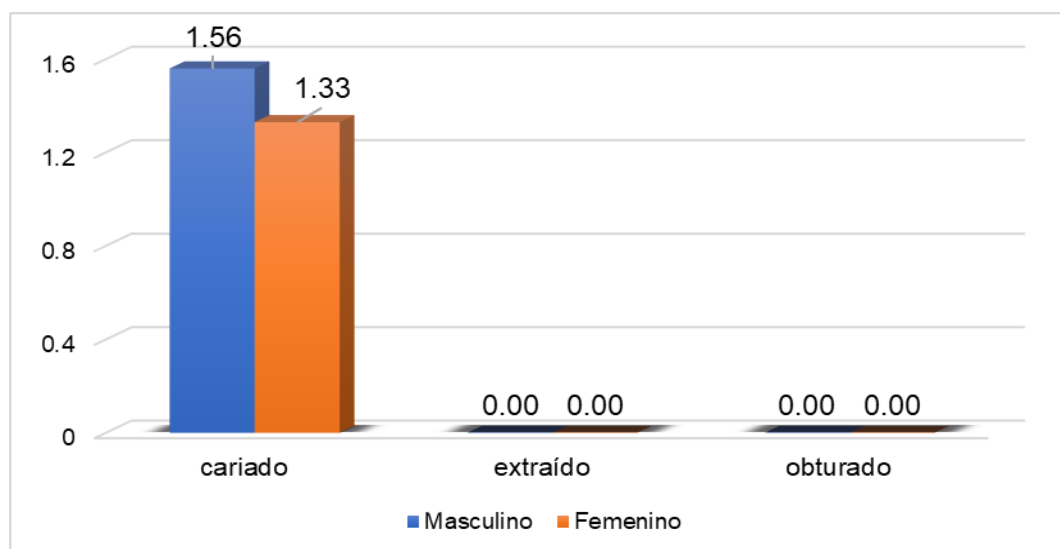
Tabla 04. Componentes del Índice ceo-d según sexo.

Sexo	cariado	extraído	obturado	Índice ceo-d
Masculino	1.56	0.00	0.00	1.56
Femenino	1.33	0.00	0.00	1.33
Total	1.45	0.00	0.00	1.45

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 04.

Componentes del Índice ceo-d según sexo.



La tabla 05 muestra que, el índice ceod de niños de 1 año fue de 0.17, en niños de 2 años fue de 0.83, en niños de 3 años fue de 2.40, y en niños de 4 años fue de 2.42.

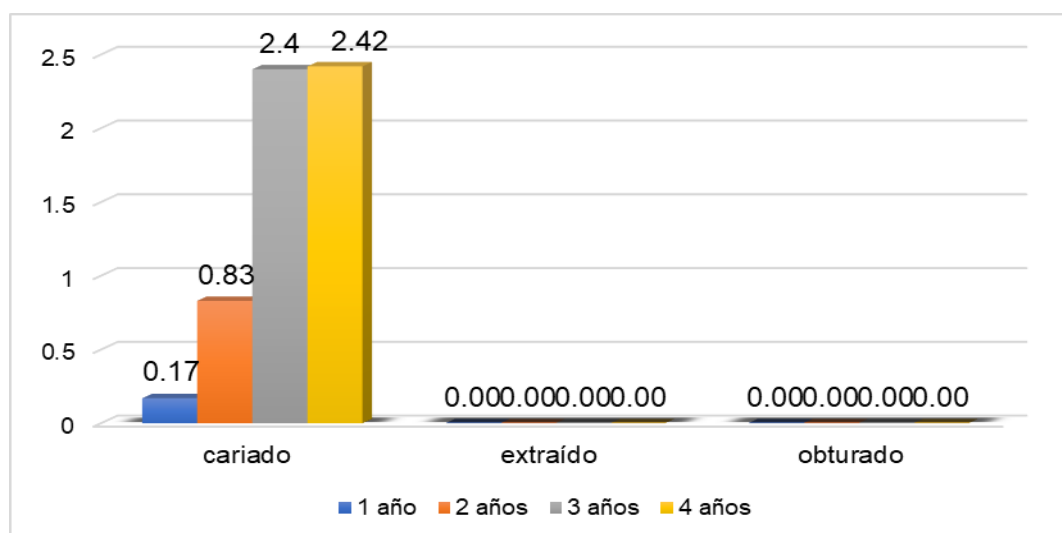
Tabla 05. Componentes del Índice ceo-d según grupo edad.

Edad	cariado	extraído	obturado	Índice ceo-d
1 año	0.17	0.00	0.00	0.17
2 años	0.83	0.00	0.00	0.83
3 años	2.40	0.00	0.00	2.40
4 años	2.42	0.00	0.00	2.42
Total	1.45	0.00	0.00	1.45

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 05.

Componentes del Índice ceo-d según grupo edad.



La tabla 06 muestra que, el 69,4% de niños presentó un índice Ceod muy bajo, el 8,2% tuvo un índice Ceod bajo, el 3,3% tuvo un índice Ceod moderado, el 11,5% tuvo un índice Ceod alto y el 7,6% tuvo un índice Ceod muy alto.

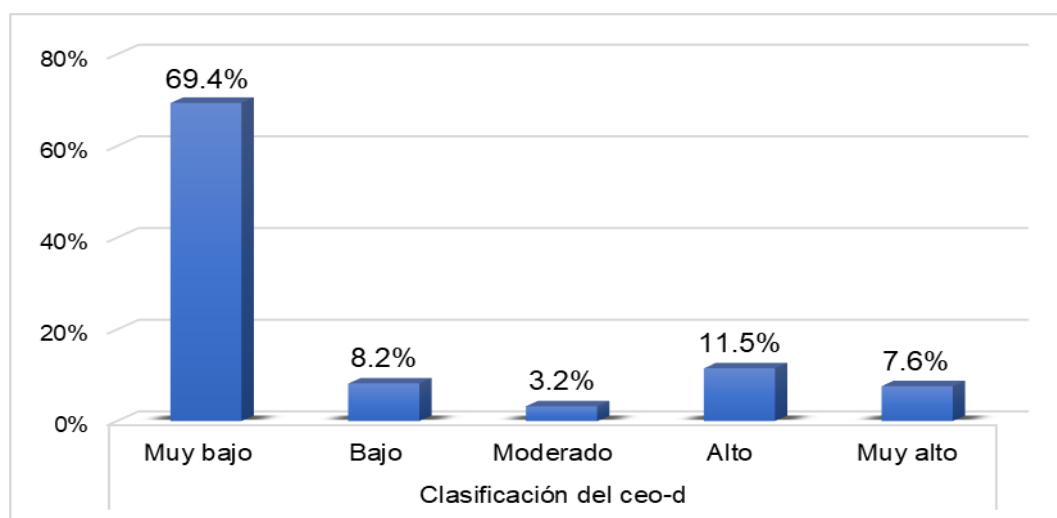
Tabla 06. Clasificación del Índice ceo-d de niños de 1 a 4 años.

Clasificación Ceo-d	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	236	69,4
Bajo	28	8,2
Moderado	11	3,3
Alto	39	11,5
Muy alto	26	7,6
Total	340	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 06.

Clasificación del Índice ceo-d de niños de 1 a 4 años.



La tabla 07 muestra que, 79,1% de niños presentó una higiene oral óptimo, el 15% presentó regular higiene oral, y el 5,9% presentó una higiene oral malo.

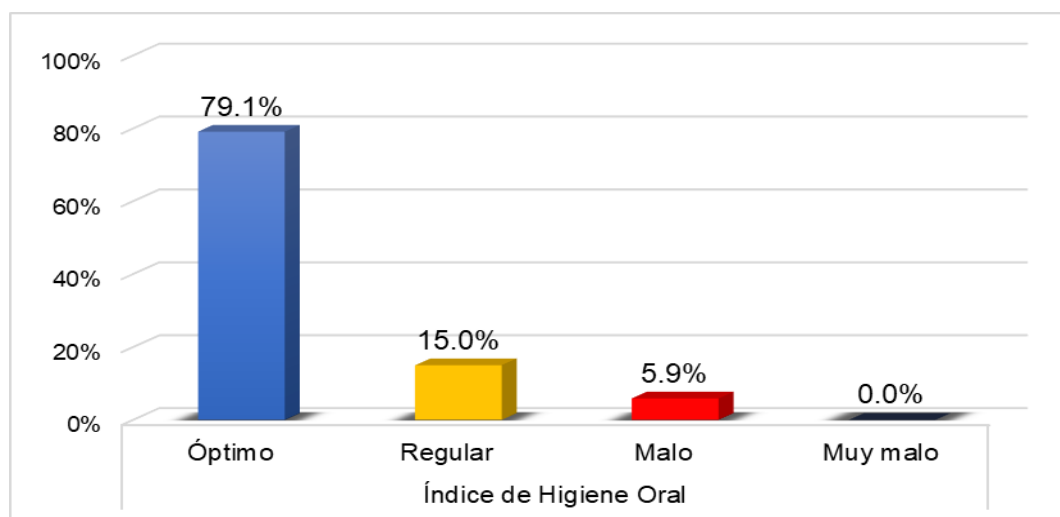
Tabla 07. Clasificación del Índice de Higiene Oral Simplificado en niños de 1 a 4 años.

IHOS	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	269	79,1
Regular	51	15,0
Malo	20	5,9
Muy malo	0	0,0
Total	340	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 07.

Clasificación del Índice de Higiene Oral Simplificado en niños de 1 a 4 años.



La tabla 08 muestra que, 2,1% tienen instrucción primaria, el 33,2% tienen instrucción secundaria y el 64,7% tienen instrucción superior.

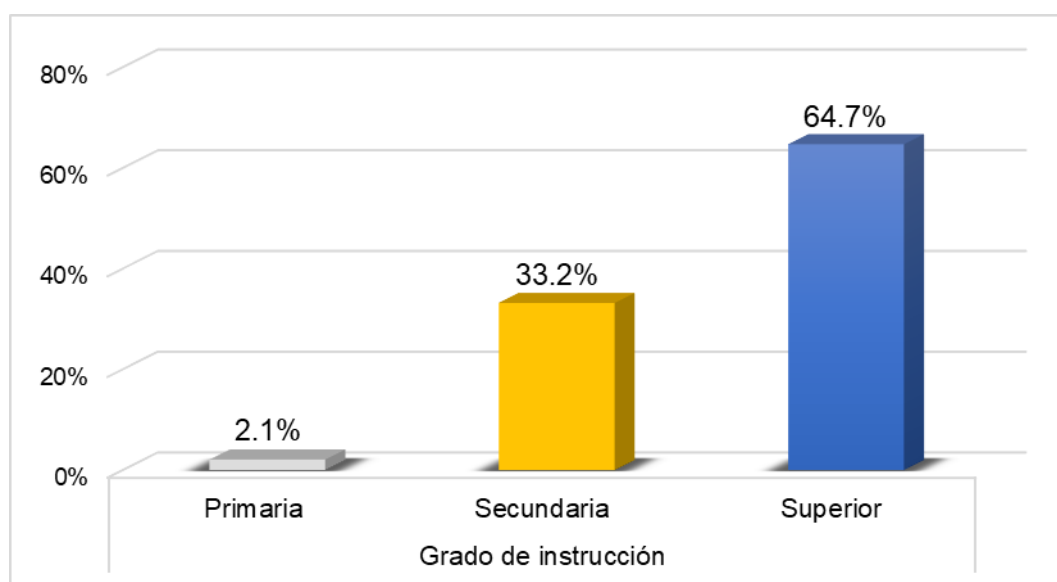
Tabla 08. Distribución de padres de niños de 1 a 4 años, según grado de instrucción.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	7	2,1
Secundaria	113	33,2
Superior	220	64,7
Total	340	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 08.

Distribución de padres de niños de 1 a 4 años según grado de instrucción.



La tabla 09 muestra que, el 7,6% de niños no presentó riesgo cariogénico, el 87,1% presentó bajo riesgo cariogénico, y el 5,3% presentó mediano riesgo cariogénico.

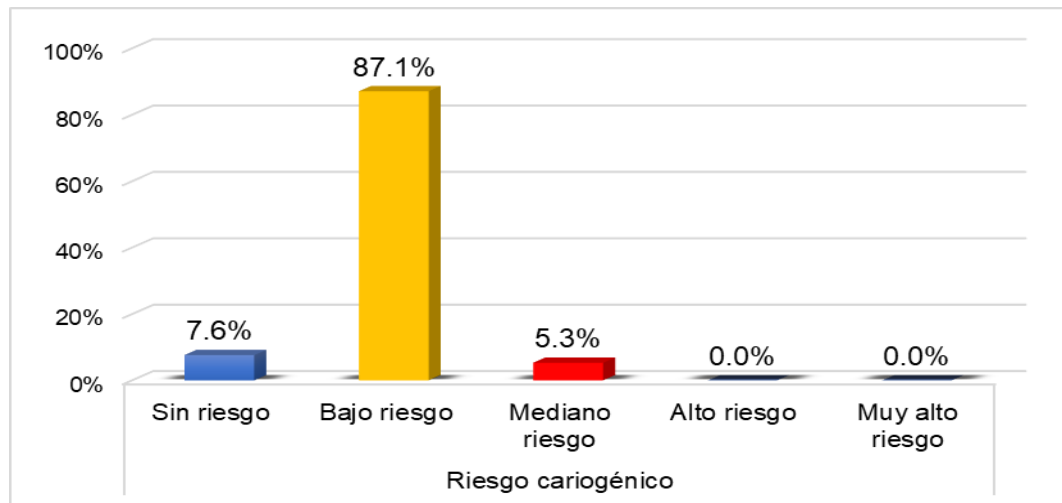
Tabla 09. Clasificación de riesgo cariogénico en niños de 1 a 4 años.

Riesgo cariogénico	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	26	7,6
Bajo riesgo	296	87,1
Mediano riesgo	18	5,3
Alto riesgo	0	0,0
Muy alto riesgo	0	0,0
Total	340	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 09.

Clasificación de riesgo cariogénico en niños de 1 a 4 años.



La tabla 10 muestra que, el 75% de padres refieren no besar en la boca al bebe, el 80,3% refieren enfriar la comida sin soplar, el 80,3% refieren no probar la comida del bebe, y el 91,8% refieren no comer con la cuchara del bebe.

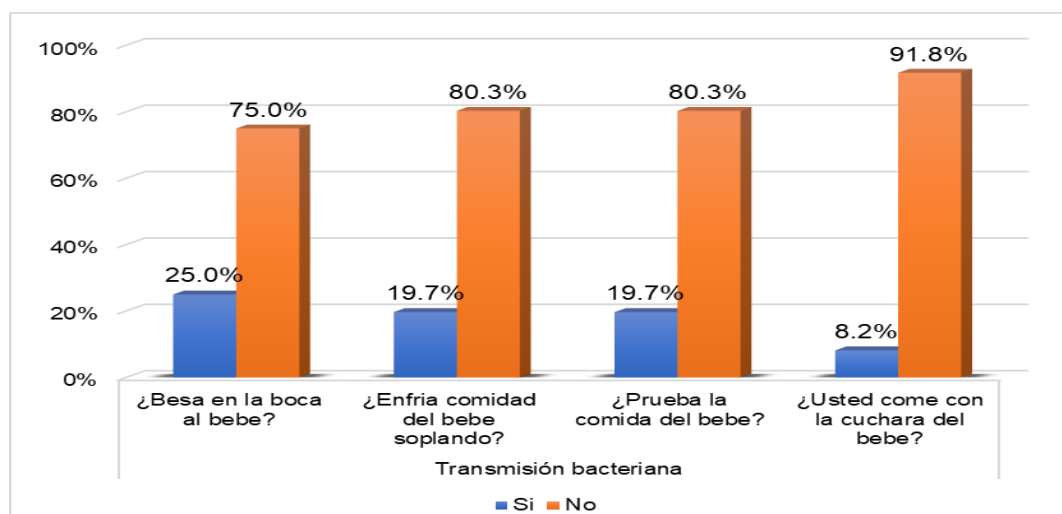
Tabla 10. Distribución de respuestas sobre transmisión bacteriana de padres o tutores de niños de 1 a 4 años.

Ítem sobre transmisión bacteriana		Respuesta	
		Si	No
¿Besa en la boca al bebe?	Nº	85	255
	%	25,0%	75,0%
¿Enfría comida del bebe soplando?	Nº	67	273
	%	19,7%	80,3%
¿Prueba la comida del bebe?	Nº	67	273
	%	19,7%	80,3%
¿Usted come con la cuchara del bebe?	Nº	28	312
	%	8,2%	91,8%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 10.

Distribución de respuestas sobre transmisión bacteriana de padres o tutores de niños de 1 a 4 años.



La **tabla 11** muestra que, el 55,6% de padres sus niños se enferman frecuentemente, el 96,2% refieren dar medicamentos líquidos a sus niños, el 95% refieren que sus niños toman medicamentos para la anemia.

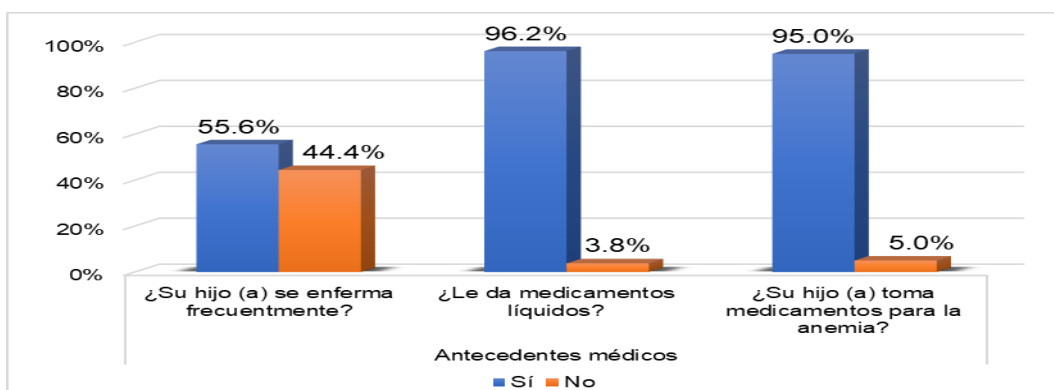
Tabla 11. Distribución de respuestas sobre antecedentes médicos de niños (as) de 1 a 4 años.

Ítem sobre antecedentes médicos		Respuesta	
		Si	No
¿Su hijo (a) se enferma frecuentemente?	N°	189	151
	%	55,6%	44,4%
¿Cuándo su hijo (a) se enferma, le da medicamentos líquidos?	N°	327	13
	%	96,2%	3,8%
¿Su hijo (a) toma medicamentos para la anemia?	N°	323	17
	%	95,0%	5,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 11.

Distribución de respuestas sobre antecedentes médicos de niños (as) de 1 a 4 años.



La tabla 12 muestra que, el 56,8% de padres ha llevado al dentista a su hijo, el 53,8% refieren que sus niños han recibido tratamiento odontológico y el 78,8% refieren que la familia recibe tratamiento odontológico.

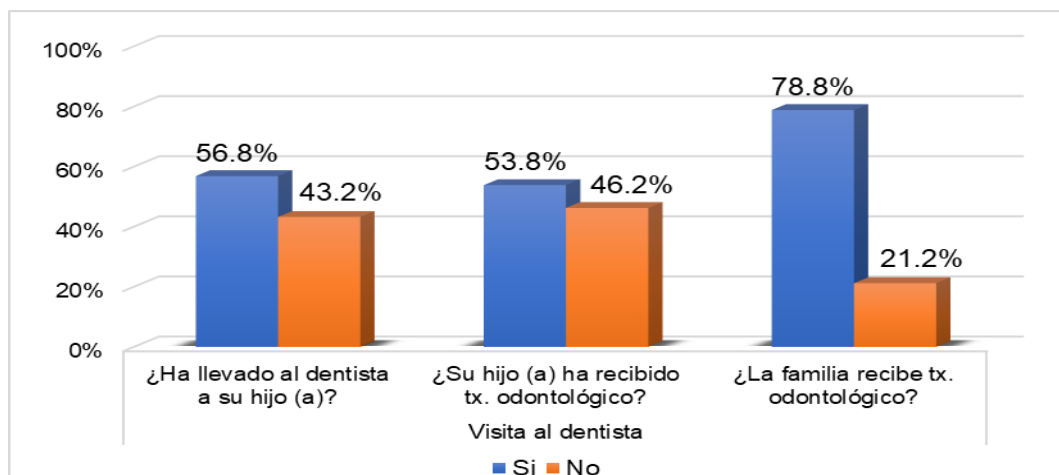
Tabla 12. Distribución de respuestas sobre visita al dentista de niños (as) de 1 a 4 años.

Ítem sobre visita al dentista		Respuesta	
		Si	No
¿Ha llevado al dentista a su hijo (a)?	N°	193	147
	%	56,8%	43,2%
¿Su hijo (a) ha recibido tratamiento odontológico?	N°	183	157
	%	53,8%	46,2%
¿La familia recibe tratamiento odontológico?	N°	268	72
	%	78,8%	21,2%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 12.

Distribución de respuestas sobre visita al dentista de niños (as) de 1 a 4 años.



La tabla 13 muestra que, del total de padres que refieren llevar al dentista a sus niños, el 19,7% refieren llevar al niño 1 vez al mes, el 24,4% refieren 1 vez al año, el 26,4% refieren 2 veces al año y el 29,5% refieren solo cuando hay dolor.

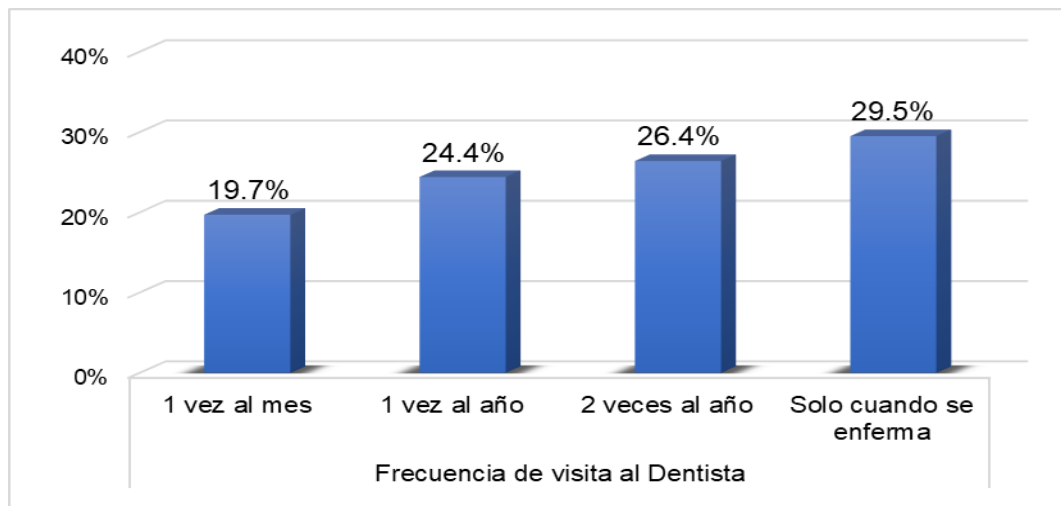
Tabla 13. Frecuencia de visita al dentista en niños de 1 a 4 años.

Frecuencia de visita	Frecuencia	Porcentaje
1 vez al mes	38	19,7
1 vez al año	47	24,4
2 veces al año	51	26,4
Solo cuando se enferma	57	29,5
Total	193	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 13.

Frecuencia de visita al dentista en niños de 1 a 4 años.



La tabla 14 muestra que, el 2,2% de padres refieren no lavar los dientes a sus niños, el 14,2% refieren lavar los dientes 1 vez al día, el 32,4% refieren lavar los dientes 2 veces al día, el 50,9% refieren lavar los dientes 3 veces al día y el 0,3% refiere lavar los dientes más de 3 veces al día.

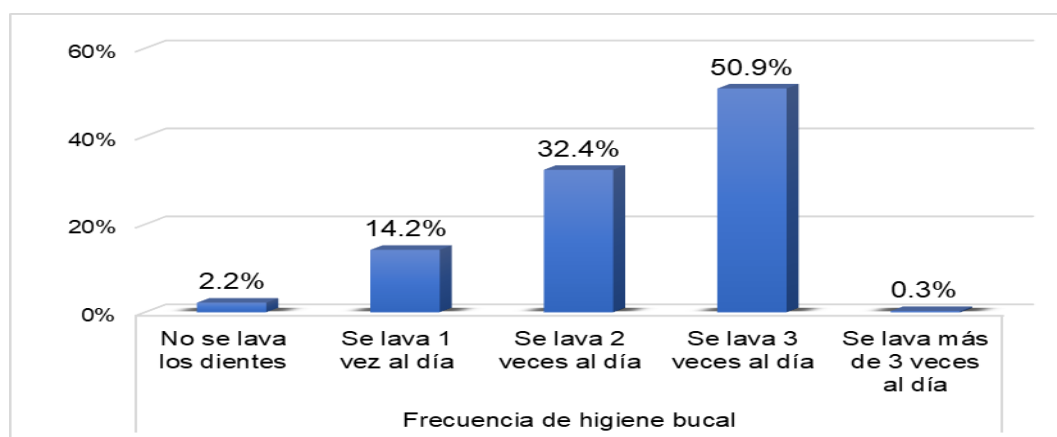
Tabla 14. Frecuencia de higiene bucal de niños y niñas durante el día.

Frecuencia de higiene bucal	Frecuencia	Porcentaje
No se lava los dientes	7	2,2
Se lava los dientes 1 vez al día	46	14,2
Se lava los dientes 2 veces al día	105	32,4
Se lava los dientes 3 veces al día	165	50,9
Se lava los dientes más de 3 veces al día	1	0,3
Total	324	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 14.

Frecuencia de higiene bucal de niños y niñas durante el día.



La **tabla 15** muestra que, el 15,3% refieren no consumir azúcar en el alimento de sus niños, el 81,8% refieren consumo de azúcar 1 vez al día, y el 2,9% refieren consumo de azúcar 2 veces al día.

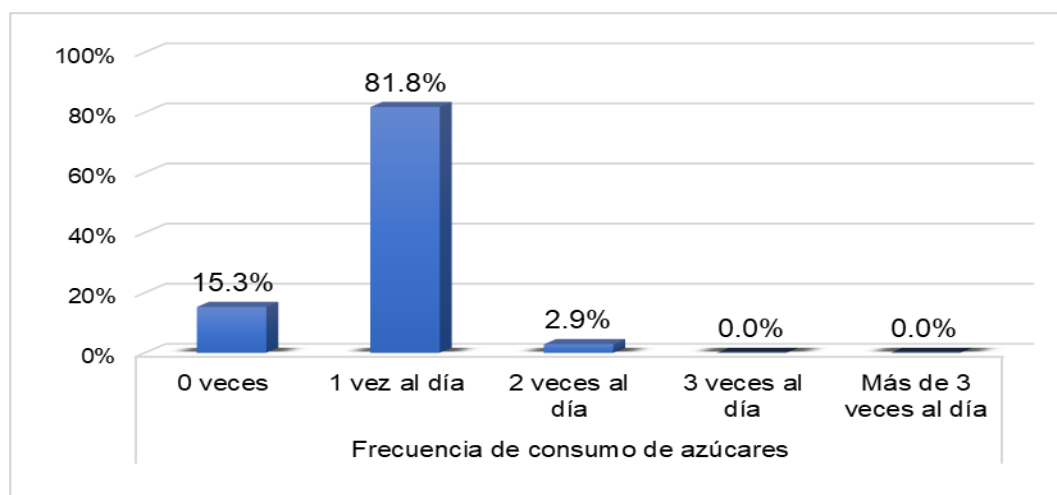
Tabla 15. Frecuencia de consumo de azúcares en niños de 1 a 4 años.

Frecuencia de consumo de azucares	Frecuencia	Porcentaje
0 vez	52	15,3
1 vez al día	278	81,8
2 veces al día	10	2,9
3 veces al día	0	0,0
Más de 3 veces al día	0	0,0
Total	324	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 15.

Frecuencia de consumo de azúcares en niños de 1 a 4 años.



La tabla 16 muestra que, en niños con índice de higiene oral óptimo, el 65,6% tuvo un Ceod muy bajo, el 5,3% tuvo un Ceod bajo, el 2,4% un Ceod moderado, el 5,6% tuvo un Ceod alto y el 0,3% un Ceod muy alto. En niños con índice de higiene oral regular, el 3,8% tuvo un Ceod muy bajo, el 2,6% tuvo un Ceod bajo, el 0,9% un Ceod moderado, el 4,1% tuvo un Ceod alto y el 3,5% tuvo un Ceod muy alto. En niños con índice de higiene oral malo, el 0,3% tuvieron un Ceod bajo, el 1,8% tuvieron un Ceod alto, y el 3,8% tuvieron Ceod muy alto.

Se encontró relación estadística significativa ($p_{\text{valor}} = 0.000 < 0.05$) entre las variables índice Ceod e índice de higiene oral.

Tabla 16. Relación del índice Ceod y el índice de higiene oral en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.

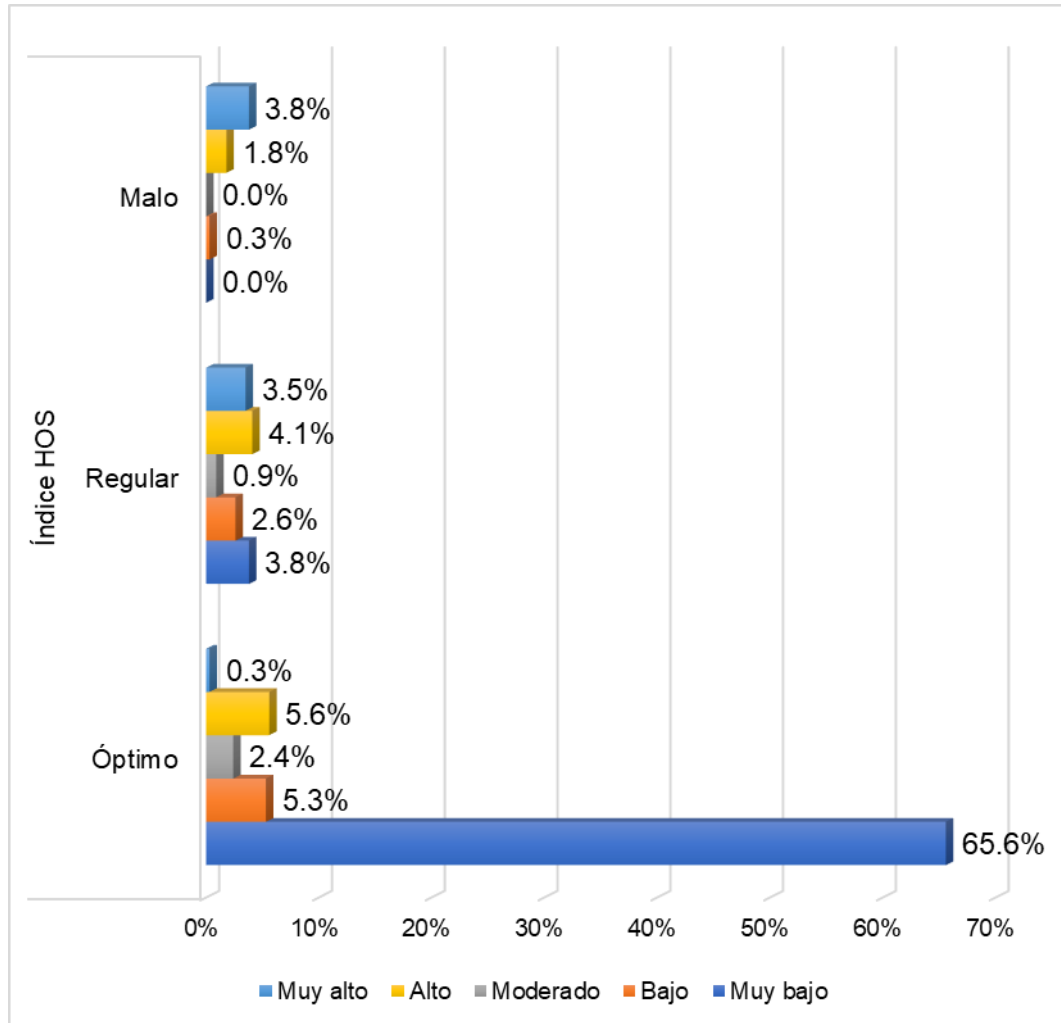
Índice ceod		Índice HOS			Total
		Óptimo	Regular	Malo	
Muy bajo	N°	223	13	0	236
	%	65.6%	3.8%	0.0%	69.4%
Bajo	N°	18	9	1	28
	%	5.3%	2.6%	0.3%	8.2%
Moderado	N°	8	3	0	11
	%	2.4%	0.9%	0.0%	3.3%
Alto	N°	19	14	6	39
	%	5.6%	4.1%	1.8%	11.5%
Muy alto	N°	1	12	13	26
	%	0.3%	3.5%	3.8%	7.6%
Total	N°	269	51	20	340
	%	79.2%	14.9%	5.9%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

χ^2_c : 186,801; df: 8; α : 0,000

Gráfico 16.

Relación del índice ceo-d y el índice de higiene oral en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.



La tabla 17 muestra que, en niños sin riesgo cariogénico, el 7% presentó un Ceod muy bajo, y el 0,6% un Ceod alto. En niños con bajo riesgo cariogénico, el 60,3% tuvo un Ceod muy bajo, el 7% tuvo un Ceod bajo, el 3,3% un Ceod moderado, el 10,3% tuvo un Ceod alto y el 6,1% tuvo un Ceod muy alto. En niños con mediano riesgo cariogénico, el 2,1% tuvo un Ceod muy bajo, el 1,2% un Ceod bajo, el 0,6% un Ceod alto y el 1,5% tuvo un Ceod muy alto.

Se encontró relación estadística significativa ($p_{\text{valor}} = 0.002 < 0.05$) entre las variables índice Ceod y riesgo cariogénico.

Tabla 17. Relación del índice Ceod y riesgo cariogénico en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.

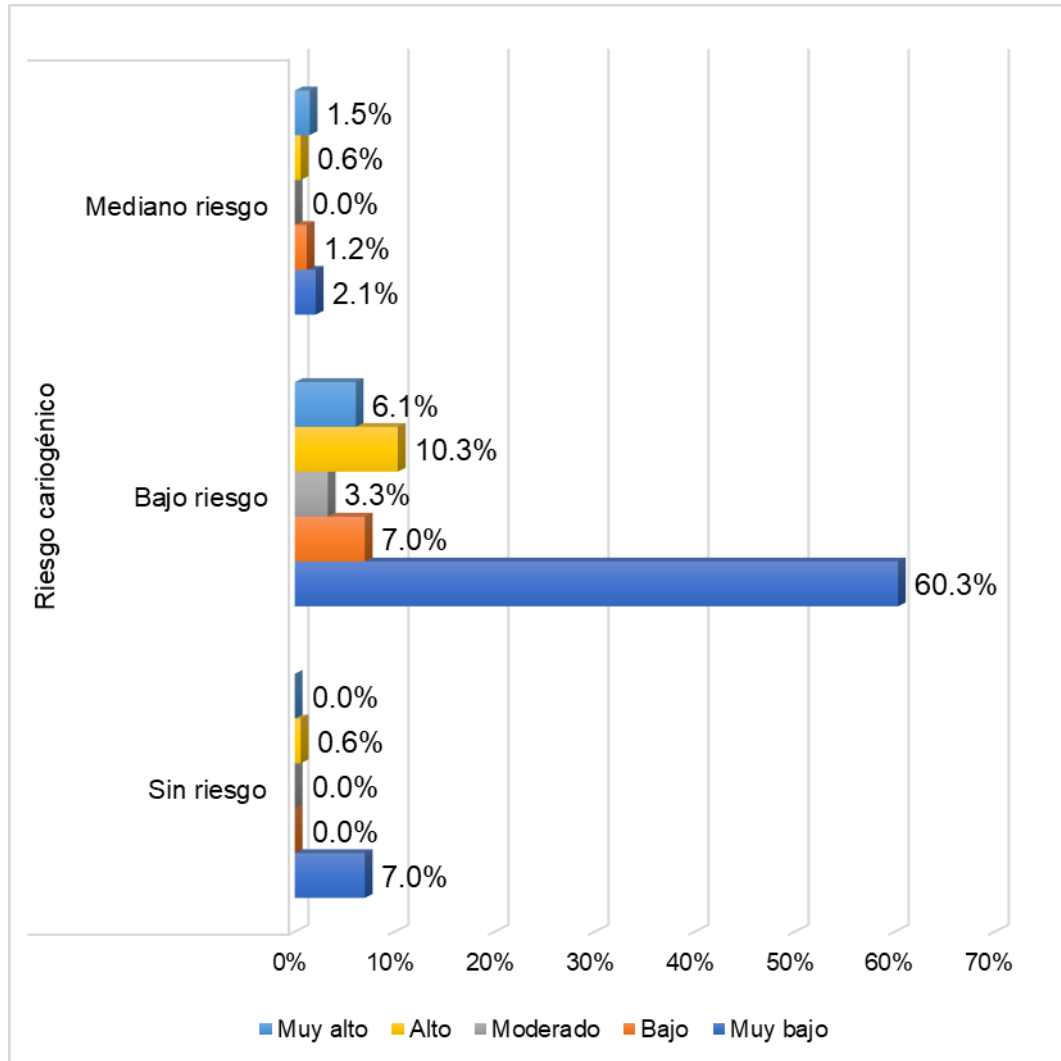
Índice ceod		Riesgo cariogénico			Total
		Sin riesgo	Bajo riesgo	Mediano riesgo	
Muy bajo	N°	24	205	7	236
	%	7.0%	60.3%	2.1%	69.4%
Bajo	N°	0	24	4	28
	%	0.0%	7.0%	1.2%	8.2%
Moderado	N°	0	11	0	11
	%	0.0%	3.3%	0.0%	3.3%
Alto	N°	2	35	2	39
	%	0.6%	10.3%	0.6%	11.5%
Muy alto	N°	0	21	5	26
	%	0.0%	6.1%	1.5%	7.6%
Total	N°	26	296	18	340
	%	7.6%	87.0%	5.4%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c: 24,442; df: 8; \alpha: 0,002$

Gráfico 17.

Relación del índice ceod y riesgo cariogénico en niños de 1 a 4 años, Iquitos 2022.



La tabla 18 muestra que, en padres con instrucción primaria, el 0,6% de niños presentó un Ceod muy bajo, bajo y alto respectivamente, y el 0,3% un Ceod moderado. En padres con instrucción secundaria, el 21,5% de niños tuvo un Ceod muy bajo, el 2,1% tuvo un Ceod bajo, el 1,5% un Ceod moderado, el 4,7% tuvo un Ceod alto y el 3,5% tuvo un Ceod muy alto. En padres con instrucción superior, el 47,3% de niños tuvo un Ceod muy bajo, el 5,5% un Ceod bajo, el 1,5% un Ceod moderado, el 6,2% un Ceod alto y el 4,1% tuvo un Ceod muy alto.

Se encontró relación estadística significativa ($p_{\text{valor}} = 0.043 < 0.05$) entre las variables índice Ceod de niños y grado de instrucción de padres.

Tabla 18. Relación del índice Ceod de niños y grado de instrucción de padres, Iquitos 2022.

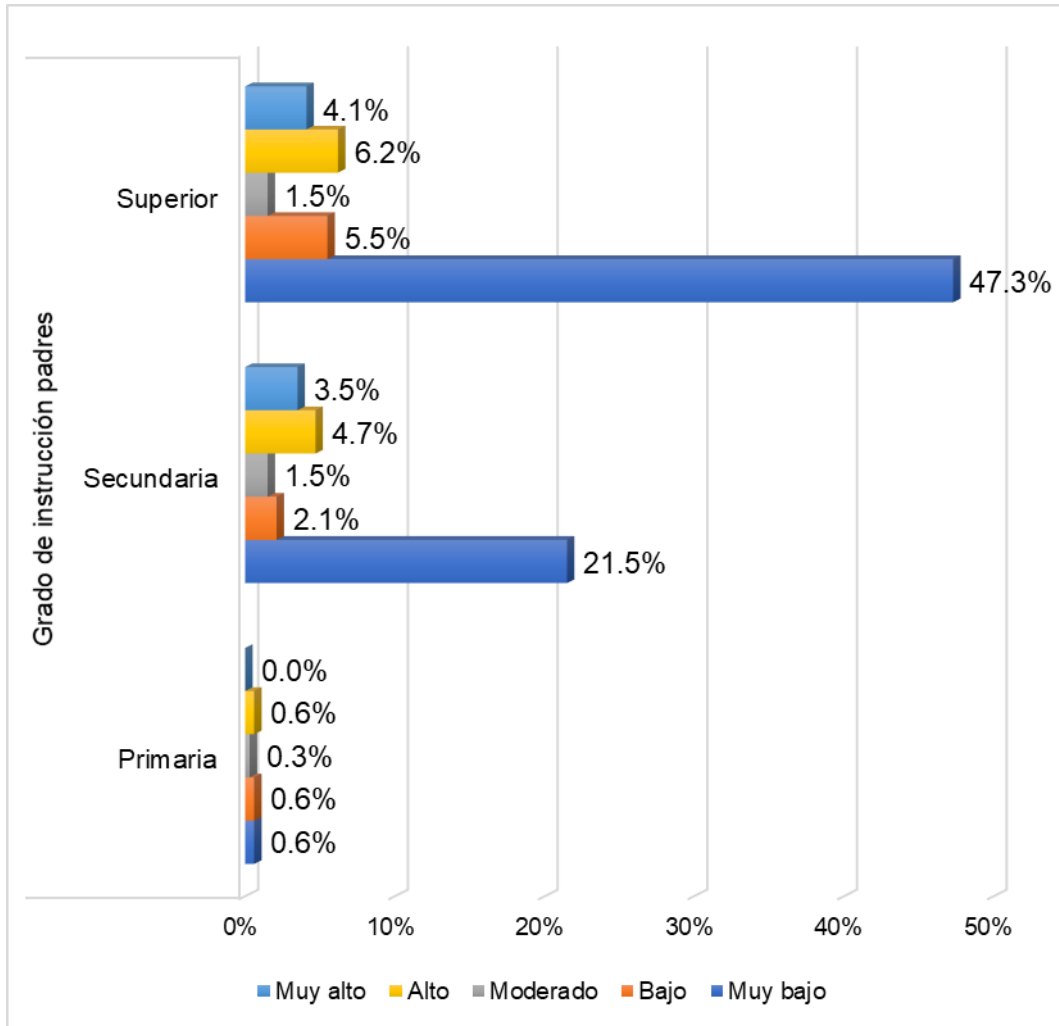
Índice Ceod		Grado de instrucción de padres			Total
		Primaria	Secundaria	Superior	
Muy bajo	N°	2	73	161	236
	%	0.6%	21.5%	47.3%	69.4%
Bajo	N°	2	7	19	28
	%	0.6%	2.1%	5.5%	8.2%
Moderado	N°	1	5	5	11
	%	0.3%	1.5%	1.5%	3.3%
Alto	N°	2	16	21	39
	%	0.6%	4.7%	6.2%	11.5%
Muy alto	N°	0	12	14	26
	%	0.0%	3.5%	4.1%	7.6%
Total	N°	7	113	220	340
	%	2.1%	33.3%	64.6%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

χ^2_c : 15,927; df: 8; α : 0,043

Gráfico 18.

Relación del índice ceod de niños y grado de instrucción de padres,
Iquitos 2022.



La tabla 19 muestra que, en niños con visita de 1 vez al mes, el 15,6% presentó un Ceod muy bajo, el 1% un Ceod bajo, el 2,1% un Ceod alto y el 1% un Ceod muy alto. En niños con visita de 1 vez al año, el 17,2% presentó un Ceod muy bajo, el 2,6% un Ceod bajo, el 0,5% un Ceod moderado, el 3,1% un Ceod alto y el 1% un Ceod muy alto. En niños con visita de 2 veces al año, el 20,7% presentó un Ceod muy bajo, el 2,6% un Ceod bajo, el 0,5% un Ceod moderado, el 1% un Ceod alto y el 1,6% un Ceod muy alto. En niños que visitan al dentista solo cuando se enferman, el 24,4% presentó un Ceod muy bajo, el 1% un Ceod bajo y moderado respectivamente, el 2,1% un Ceod alto y el 1% un Ceod muy alto.

No se encontró relación estadística significativa ($p_{\text{valor}} = 0.830 > 0.05$) entre las variables índice Ceod y frecuencia de visita al dentista.

Tabla 19. Relación del índice ceod y frecuencia de visita al dentista, Iquitos 2022.

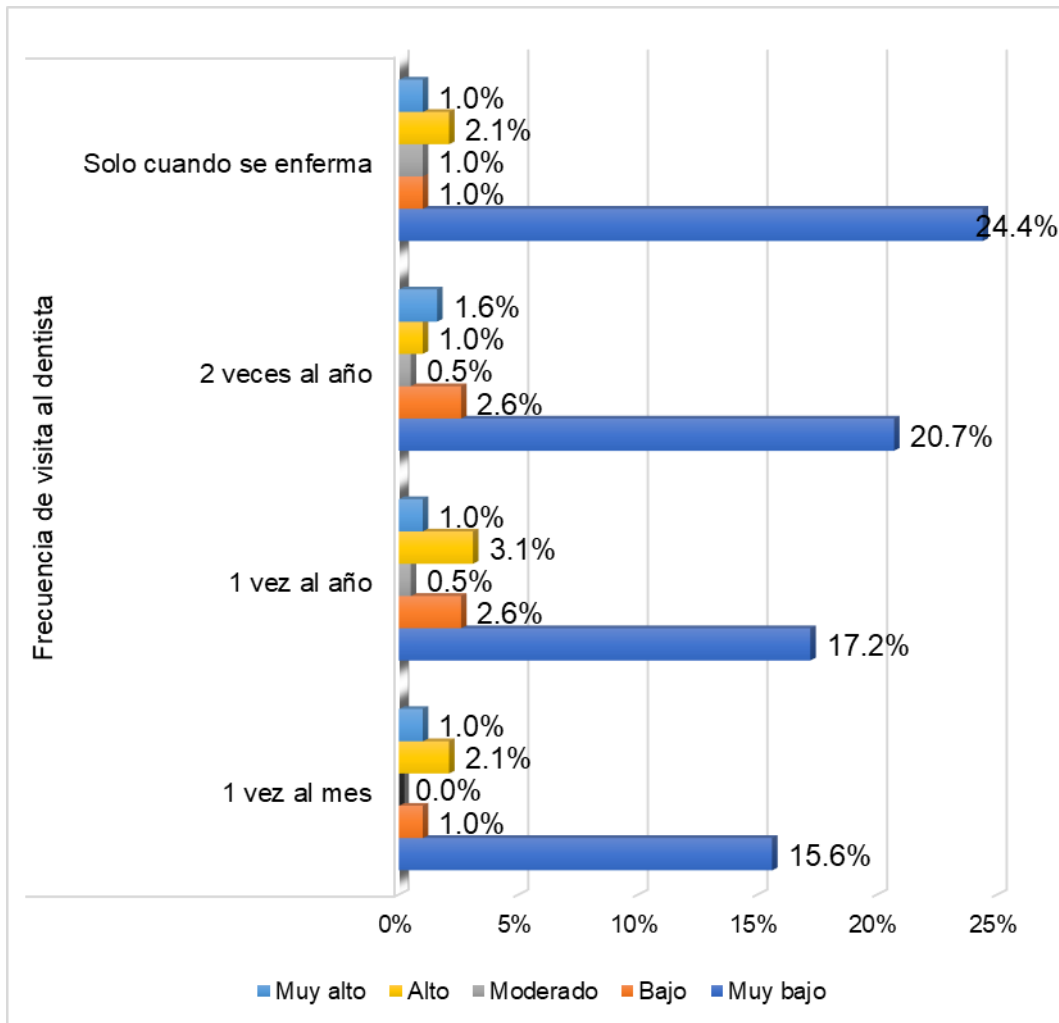
Índice Ceod	Frecuencia de visita				Total	
	1 vez al mes	1 vez al año	2 veces al año	Solo cuando se enferma		
Muy bajo	N°	30	33	40	47	150
	%	15.6%	17.2%	20.7%	24.4%	77.9%
Bajo	N°	2	5	5	2	14
	%	1.0%	2.6%	2.6%	1.0%	7.2%
Moderado	N°	0	1	1	2	4
	%	0.0%	0.5%	0.5%	1.0%	2.0%
Alto	N°	4	6	2	4	16
	%	2.1%	3.1%	1.0%	2.1%	8.3%
Muy alto	N°	2	2	3	2	9
	%	1.0%	1.0%	1.6%	1.0%	4.6%
Total	N°	38	47	51	57	193
	%	19.7%	24.4%	26.4%	29.5%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c: 7,406; df: 12; \alpha: 0,830$

Gráfico 19.

Relación del índice Ceod y frecuencia de visita al dentista, Iquitos 2022.



La tabla 20 muestra que, en niños con antecedente de enfermedad, el 38,8% presentó un Ceod muy bajo, el 4,1% un Ceod bajo, el 0.9% un Ceod moderado, el 6,5% un Ceod alto y el 5,2% un Ceod muy alto. En niños sin antecedente de enfermedad, el 30,6% presentó un Ceod muy bajo, el 4,1% un Ceod bajo, el 5% un Ceod alto y el 2,4% un Ceod moderado y muy alto respectivamente.

No se encontró relación estadística significativa ($p_valor = 0.206 > 0.05$) entre las variables índice Ceod y antecedente de enfermedad.

Tabla 20. Relación del índice Ceod y antecedente de enfermedad, Iquitos 2022.

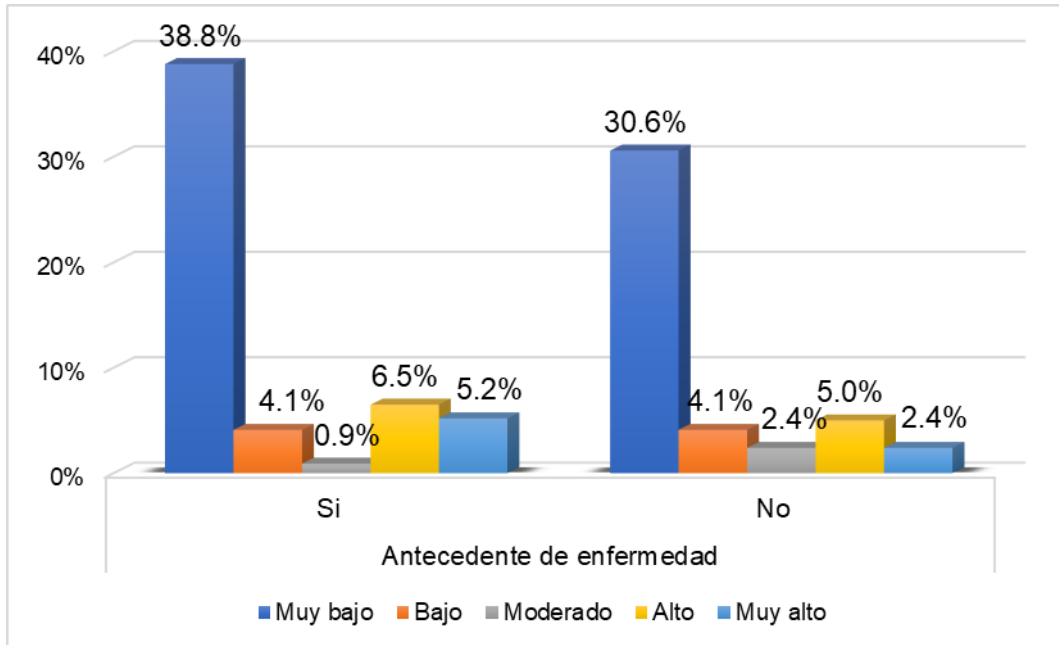
Índice Ceod		Antecedentes de enfermedad		Total
		Si	No	
Muy bajo	N°	132	104	236
	%	38.8%	30.6%	69.4%
Bajo	N°	14	14	28
	%	4.1%	4.1%	8.2%
Moderado	N°	3	8	11
	%	0.9%	2.4%	3.3%
Alto	N°	22	17	39
	%	6.5%	5.0%	11.5%
Muy alto	N°	18	8	26
	%	5.2%	2.4%	7.6%
Total	N°	189	151	340
	%	55.5%	44.5%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c: 5,909; df: 4; \alpha: 0,206$

Gráfico 20.

Relación del índice Ceod y antecedente de enfermedad, Iquitos 2022.



La tabla 21 muestra que, en niños que consumen medicamentos, el 65,6% presentó un Ceod muy bajo, el 7,6% un Ceod bajo, el 3% un Ceod moderado, el 11,2% un Ceod alto y el 7,6% un Ceod muy alto. En niños que no consumen medicamentos, el 3,8% presentó un Ceod muy bajo, el 0,6% un Ceod bajo, y el 0,3% un Ceod moderado y alto respectivamente.

No se encontró relación estadística significativa ($p_valor = 0.619 > 0.05$) entre las variables índice Ceod y consumo de medicamentos.

Tabla 21. Relación del índice Ceod y consumo de medicamentos, Iquitos 2022.

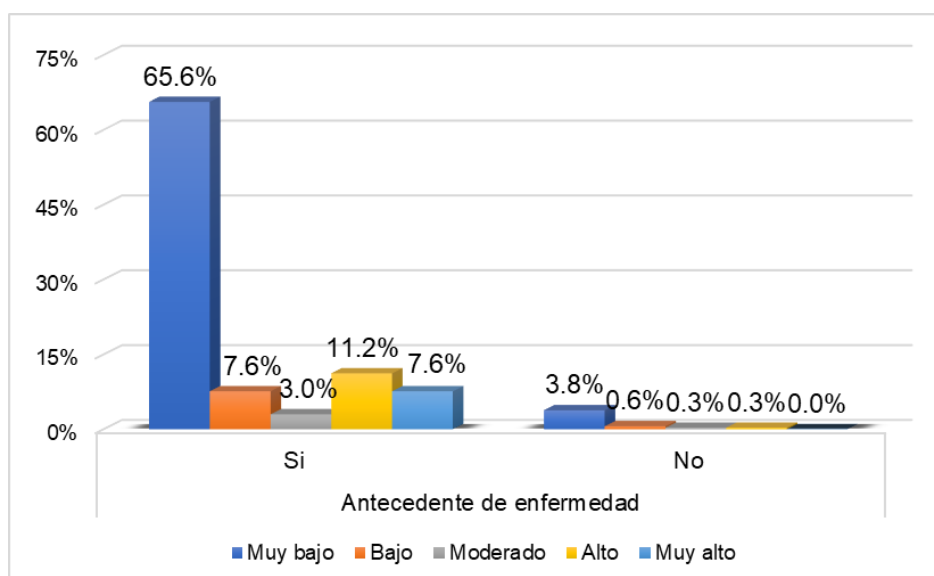
Índice Ceod		Consumo medicamento		Total
		Si	No	
Muy bajo	N°	223	13	236
	%	65.6%	3.8%	69.4%
Bajo	N°	26	2	28
	%	7.6%	0.6%	8.2%
Moderado	N°	10	1	11
	%	3.0%	0.3%	3.3%
Alto	N°	38	1	39
	%	11.2%	0.3%	11.5%
Muy alto	N°	26	0	26
	%	7.6%	0.0%	7.6%
Total	N°	323	17	340
	%	95.0%	5.0%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c: 2,642; df: 4; \alpha: 0,619$

Gráfico 21.

Relación del índice Ceod y consumo de medicamentos, Iquitos 2022.



CAPITULO V

DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 DISCUSION

La presente investigación se realizó con una población infantil de 01 a 04 años en la IPRESS I-4 Moronacocha del distrito de Iquitos, el cual nos permitió estimar la relación existente entre los factores de riesgo con la caries dental infantil, obteniendo datos epidemiológicos actualizados y constituirá un aporte para otros trabajos de investigación similares en la región Loreto.

1. Predominaron los de 01 año con 25.6% (87) y en el sexo fue el masculino con el 51,2% (151 niños).
2. En la instrucción de los padres, fue la secundaria con 220 (64,7%), se discrepa con Cabrera et al (2018)²; quien encontró que el 81,1 % de los padres o representantes poseía un bajo nivel de escolaridad y un 80,2 % conocimientos no adecuados sobre salud bucal.
3. La prevalencia de caries dental fue: 122 niños (35,9%) y la mayoría 218 (64,1%) No presentaron caries dental. En lo referente a las edades hubo predominio de caries dental en los niños de 3 años, 86 (61,6%); Hay discrepancia con Cabrera et al (2018)²; los niños más afectados fueron los de 5 años, (49,0 %) y a prevalencia de caries dental fue alta con un discreto incremento en el sexo masculino; se difiere con Arango et al. (2017)³; quienes hallaron una prevalencia de CIT de 29,3%, siendo predominante en el estrato socioeconómico bajo y fue mayor de la reportada para Cali en el ENSAB III a los 5 años.

4. El ICeo-d fue de 1.45, con predominio en el sexo masculino con 1.56 seguido del femenino con 1.33. De acuerdo a la edad predominaron los niños de 4 años con 2.42. El 69,4% de niños presentó un ICeo-d muy bajo, seguido del alto con 11.5%. Contrastando con Cabrera et al (2018)²; quienes obtuvieron un ICeo-d de 2,5, en los niños de 5 años.
5. La mayoría de infantes presentaron un IHO-S de 269 (79,1%) optima; Diferiendo con Arango et al. (2017)³; quienes encontraron una asociación significativa con no cepillar al niño antes de dormir.
6. En cuanto a la frecuencia de higiene bucal durante el día refieren que: 165 (50.9%) infantes lo hacía tres veces al día y el 14,2% no lavan los dientes a sus niños. Ramírez et al. (2022)⁶; mencionan que presentar una mala higiene oral fue el factor predominante de la caries dental.
7. En nuestra investigación la mayoría de niños presento bajo riesgo cariogenico con 87,1%; se discrepa con Cabrera et al (2018)²; donde la dieta cariogénica alcanzó el mayor porcentaje (92,4 %). El 81,1 % de los padres o representantes poseía un bajo nivel de escolaridad; Arango et al. (2017)³; encontraron una asociación significativa con no cepillar al niño antes de dormir. Ramírez et al. (2022)⁶; dice que entre los principales riesgos de la CIT es el factor socioeconómico, una dieta rica en carbohidratos, consumo de bebidas azucaradas por las noches, el biberón después de un año de vida y mala higiene oral.
8. En la transmisión Bacteriana: el 75% de padres refieren no besar en la boca al bebe, el 80,3% enfrían la comida sin soplar, el 80,3% no prueban la comida del bebe, y el 91,8% no comen con la cuchara del bebe. Según los resultados **no es significativo**. Discrepando con UCHIMA et al. (2021)⁷; quienes demuestran

que la mala higiene bucal, compartir cubiertos y tener hermanos mayores con caries aumentaron el riesgo de caries.

9. En los antecedentes médicos de los infantes, el 55,6% se enferman frecuentemente; el 96,2% refieren dar medicamentos líquidos a sus niños; el 95% refieren que sus niños toman medicamentos para la anemia. Los resultados refutan algunos estudios que mencionan que es un factor de riesgo.
10. En las visitas al dentista hubo predominio de 193 padres (56,8%) han llevado su hijo al dentista; y 183 (53,8%); el 46,2% (157) NO recibió tratamiento odontológico y el 78,8% refieren que la familia recibe tratamiento odontológico. En la frecuencia de visitas al dentista de los infantes, en su mayoría el 29,5% refiere hacerlo solamente cuando hay dolor.
11. En la frecuencia de consumo de azúcar en los infantes vemos que lo hacen una vez al día 278 (81.8%), seguido de los que no consumen azúcar 52 (15.3%).
12. La relación del índice Ceod-d y el IHO-S muestra que, en niños con índice de higiene oral óptimo, el 65,6% tuvo un Ceod muy bajo. En niños con índice de higiene oral regular, el 3,8% tuvo un Ceod muy bajo, el 2,6% tuvo un Ceod bajo, el 0,9% un Ceod moderado, el 4,1% tuvo un Ceod alto y el 3,5% tuvo un Ceod muy alto. En niños con índice de higiene oral malo, el 0,3% tuvieron un Ceod bajo, el 1,8% tuvieron un Ceod alto, y el 3,8% tuvieron Ceod muy alto. Se encontró **relación estadística significativa** ($p_valor = 0.000 < 0.05$) entre las variables índice Ceod e índice de higiene oral.
13. La relación del índice Ceod y riesgo cariogenico, nos muestra que, en niños sin riesgo cariogénico, el 7% presentó un Ceod muy bajo, y el 0,6% un Ceod alto. En niños con bajo riesgo

cariogénico, el 60,3% tuvo un Ceod muy bajo, el 7% tuvo un Ceod bajo, el 3,3% un Ceod moderado, el 10,3% tuvo un Ceod alto y el 6,1% tuvo un Ceod muy alto. En niños con mediano riesgo cariogénico, el 2,1% tuvo un Ceod muy bajo, el 1,2% un Ceod bajo, el 0,6% un Ceod alto y el 1,5% tuvo un Ceod muy alto. **Se encontró relación estadística significativa** ($p_{\text{valor}} = 0.002 < 0.05$) entre las variables índice Ceod y riesgo cariogénico.

14. La relación del ICeo-d e instrucción de los padres que predominó la instrucción superior: 47,3% con ICeo-d muy bajo. Se encontró **relación estadística significativa** ($p_{\text{valor}} = 0.043 < 0.05$) entre las variables índice Ceod de niños y grado de instrucción de padres.
15. En la relación del ICeo-d y frecuencia de visita al dentista: con visita de 1 vez al mes, el 15,6% presentó un ICeo-d muy bajo. Con 1 vez al año, el 17,2% presentó un ICeo-d muy bajo. En 2 veces al año, el 20,7% presentó un ICeo-d muy bajo. En niños que visitan al dentista solo cuando se enferman, el 24,4% presentó un ICeo-d muy bajo. **No se encontró relación estadística significativa** ($p_{\text{valor}} = 0.830 > 0.05$) entre las variables índice ICeo-d y frecuencia de visita al dentista.
16. La relación del ICeo-d y antecedentes de enfermedad: el 38,8% presentó un ICeo-d muy bajo; niños sin antecedente de enfermedad, el 30,6% presentó un ICeo-d muy bajo, **No se encontró relación estadística significativa** ($p_{\text{valor}} = 0.206 > 0.05$) entre las variables índice ceod y antecedente de enfermedad.
17. De la relación del ICeo-d y el consumo de medicamentos: el 65,6% presentó un ICeo-d muy bajo, el 7,6% un ICeo-d bajo, el 3% un ICeo-d moderado, el 11,2% un ICeo-d alto y el 7,6% un

ICeo-d muy alto. En niños que No consumen medicamentos, el 3,8% presentó un ICeo-d muy bajo. **No se encontró relación estadística significativa** ($p_{\text{valor}} = 0.619 > 0.05$) entre las variables índice ICeo-d y consumo de medicamentos. Uchima et al. (2021)⁷; en sus conclusiones refieren que las infecciones urinarias maternas durante el embarazo y una higiene bucal inadecuada son factores fuertemente predisponentes para la caries de infancia temprana en niños de 2 a 5 años.

5.2 CONCLUSIONES

1. En lo concerniente a la edad, hubo predominio de 01 año con 25.6% (87); el sexo fue el masculino con el 51,2% (151 niños) y se encontró que la secundaria prevaleció con 220 (64,7%), puesto que los conocimientos adecuados sobre salud bucal están directamente relacionados con el nivel de escolaridad.
2. De 340 niños muestreados, se alcanzó una prevalencia del 35% (122 niños) y la mayoría 218 (64,1%) No presentaron caries dental. En lo referente a las edades, hubo predominio de caries dental en los niños de 3 años, de 86 (61,6%).
3. De acuerdo al sexo el ICeo-d predominó en el masculino, fue de 1.56 seguido del sexo femenino con 1.33 y con respecto a la edad el índice Ceod de niños de 1 a 4 años, en los de 4 años predominó con 2.42.
4. En el índice Ceo-d porcentual, el 69,4% de niños presentó un índice Ceod muy bajo, seguido del ICeo-d alto.
5. El 79,1% de niños presentó un índice de higiene oral óptimo, seguido del IHOS regular con el 15% y el 5,9% malo.

6. Referente al riesgo cariogénico, el 7,6% de niños NO presentó riesgo cariogénico, el 87,1% **bajo riesgo** y el 5,3% mediano riesgo.
7. Sobre la transmisión bacteriana, el 75% de padres refieren no besar en la boca al bebe, el 80,3% refieren enfriar la comida sin soplar, el 80,3% refieren no probar la comida del bebe, y el 91,8% refieren no comer con la cuchara del bebe.
8. En lo concerniente a los antecedentes médicos, el 55,6% de padres sus niños se enferman frecuentemente, el 96,2% refieren dar medicamentos líquidos a sus niños, el 95% refieren que sus niños toman medicamentos para la anemia.
9. En cuanto a las vistas al dentista, el 56,8% de padres ha llevado al dentista a su hijo, el 53,8% refieren que sus niños han recibido tratamiento odontológico y el 78,8% refieren que la familia recibe tratamiento odontológico.
10. Del total de padres que describen llevar al dentista a sus niños, el 29,5% refieren que solamente lo hace cuando hay dolor, el 19,7% lo hace 1 vez al mes, el 24,4% 1 vez al año, el 26,4% 2 veces al año.
11. Del 4,3% de niños con Ceod bajo, el 1,4% tuvo un valor cariogénico bajo y el 2,9% fue medio. Del 2,8% de niños con Ceod moderado, el 1,4% tuvo un valor cariogénico bajo y medio respectivamente. Del 27,1% de niños con Ceod alto, el 5,7% tuvo un alto valor cariogénico, el 21,4% fue medio. Del 61,5% de niños con Ceod muy alto, el 55,8% tuvo un valor cariogénico medio y el 5,7% fue alto.
12. Referente a la higiene bucal, el 2,2% de padres refieren no lavar los dientes a sus niños, el 14,2% refieren lavar los dientes 1 vez

al día, el 32,4% refieren lavar los dientes 2 veces al día, el 50,9% refieren lavar los dientes 3 veces al día y el 0,3% refiere lavar los dientes más de 3 veces al día.

13. Sobre la frecuencia de consumo de azúcar, el 15,3% refieren no consumir azúcar en el alimento de sus niños, el 81,8% refieren consumo de azúcar 1 vez al día, y el 2,9% refieren consumo de azúcar 2 veces al día.
14. Se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables caries dental e índice de higiene oral ($X^2=186,801$; $p_valor= 0,000 <0,05$).
15. Se halló relación estadísticamente significativa entre las variables caries dental y riesgo cariogénico ($X^2_c= 24,442$; $p_valor= 0,002 <0,05$).
16. Se obtuvo relación estadísticamente significativa entre las variables caries dental y grado de instrucción de los padres ($X^2_c= 15,927$; $p_valor= 0,043 <0,05$).
17. No se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables caries dental y frecuencia de visita a dentista ($X^2_c= 7,406$; $p_valor= 0,830 >0,05$).
18. No se obtuvo relación estadísticamente significativa entre las variables caries dental y antecedente de enfermedad ($X^2_c= 5,909$; $p_valor= 0,206 >0,05$).
19. No se halló relación estadísticamente significativa entre las variables caries dental y consumo de medicamentos ($X^2_c= 2,642$; $p_valor= 0,619 >0,05$).

4.3 RECOMENDACIONES

1. A los padres de familia continuar preocupándose por la higiene bucal de sus niños, seguir cuidando y visitando al dentista para que los infantes puedan recibir tratamiento odontológico preventivo o restaurativo.
2. La higiene bucal es vital en la primera infancia, para evitar las lesiones cariosas, por tanto, los padres deben higienizar a sus hijos cuando toman medicamentos líquidos, alimentos cariogénicos, porque estos poseen alto contenido de azúcar.
3. Se sugiere a los responsables del cuidado de los infantes, evitar la transmisión bacteriana a través de los besos en la boca, comer con la cuchara de los niños, y enfriar la comida soplando.
4. Al personal de salud responsable del programa de Control de Crecimiento y Desarrollo derivar desde los 6 meses al servicio de Odontología para su control de Salud Bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jáuregui Díaz Luis Alejandro-Vera Galvis Andrés Felipe Tesis: Factores de Riesgo Asociados a Caries Dental en Niños de 6 A 12 Años. Revisión de la Literatura. Universidad Antonio Nariño-Facultad de Odontología San José de Cúcuta- Colombia 2021. <http://repositorio.uan.edu.co › bitstream › 1PDF>
2. Cabrera Escobar, Deyanira-López; García, Félix- Ferrer Hurtado, Orquídea-Tellería Castellanos, Ana María-Cala Domínguez, Tony. Artículo: Factores de riesgo de caries dental en niños de la infancia temprana. Paulo VI. Venezuela. 2012. Rev. Med. Electrón. vol.40 no.4 Matanzas jul.-ago. 2018. <http://scielo.sld.cu › scielo>
3. Arango MC, Jaramillo A, Cruz CA, Echeverry, CA. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados en niños de 1 a 5 años en la ciudad de Santiago de Cali 2017. Rv. USTA SALUD <https://doi.org/10.15332/us.v12i2.1214>
4. Pardo Herrera Ivanoba, Cortes Cáceres Angie, Mosquera Mena Astrid Carolina, Vergara Zarate Astrid. Artículo: Factores de riesgo para caries en niños que asistieron a la clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cali-Colombia 2019. Rev.: AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Volumen 38, número 4, 2019 www.revistaavft.com/ <https://www.revistaavft.com> ›
5. Sherezade Kariem Noelia-Siquero Vera KNS-Mattos Vela MA. Artículo: Factores de riesgo asociados a Caries de Infancia Temprana Severa. Kiru. 2018; 15(3): 146-153. <https://www.usmp.edu.pe> › 1406-4675-1-PB. <https://doi.org/10.24265/kiru.2018.v15n>
6. Ballesteros Ramírez Sofía -Manzano Saldarriaga Salomé-Emilsen Pabón Gloria. Artículo: Factores de riesgo causantes de la caries de la infancia temprana (CIT) en niños, entre el nacimiento y los 5 años

de edad, de Latinoamérica en los últimos 10 años. Tacna-Perú.
Revista odontológica basadrina DOI:
<https://doi.org/10.33326/26644649.2022.6.1.1269>

7. Uchima Koecklin, Karin Harumi- Barahona Hernández, Mayra Belén Pereda Santos Gary- Bruno Luyo Julio César,-Sánchez Sotomayor Julio César- Rojas Apaza, Zenaida-Castañeda Sarmiento Sara Arieta Miranda, Jessica- Chein Villacampa, Sylvia Antonieta-Díaz Soriano, Ana María-Torres Ramos Gilmer-Ruiz Yasuda Catherine. Artículo: Factores de riesgo de caries en niños pre escolares de la Amazonía Peruana. Sociedad Peruana de Odontopediatría. La Paz 434 Of. 401 - Miraflores. Código postal 15048. Lima-Perú. Contactos: spodontopediatria@gmail.com
<https://doi.org/10.33738/spo.v20i2.178>
8. Saldarriaga Puelles, Joe José. Tesis: Factores de riesgo asociados a caries dental en escolares de nivel primaria, Institución Educativa San Martín de Tours - Reque – Pimentel, Chiclayo Perú, 2017 Universidad Señor de Sipán- Facultad de Ciencias de la Salud-Escuela Académico Profesional de Estomatología. <https://repositorio.uss.edu.pe>
9. Del Águila Zagaceta, Andrea Silvana- Isuiza Vargas, Miluska, Juan José Alí Tesis: Factores de riesgo asociados a la caries dental en niños de 3 a 5 años de la IEI N°318 del distrito de San Juan Bautista-Maynas 2017. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana- Facultad de Odontología.
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5220>
10. Arévalo Córdova, Wagner Eduardo-Rodríguez Ruiz, Danitza Tesis: Contenido de la lonchera escolar y caries dental en niños de una institución educativa inicial, Loreto – 2018 Universidad científica del Perú-facultad de ciencias de la salud-Escuela de Estomatología. Iquitos-Perú 2018. <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/616>

11. Canelo Suarez, Jesús Israel-García Céspedes, Percyjoe Tesis: Relación entre estado nutricional y Caries Dental en Niños de 2 A 5 Años Atendidos En La IPRESS I-2 Porvenir, Iquitos 2020. Universidad Científica del Perú-Facultad de Ciencias de La Salud-Escuela de Estomatología. <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1422>
12. Definición de factores
<https://www.definicionabc.com>general>factores>
13. Autor: web factores determinantes y predisponentes
<https://www.caballerodentalclinic.com>
14. Autor: 220 caballero dental clinic-gracia Baudona: 7 factores de en la aparición de la caries dental infantil
<https://www.caballerodentalclinic.com>
15. Autor: M.^a V. Mateos-Moreno et al. "Valoración de riesgo de caries dental en el paciente infantil". Revista de odontología pediátrica-Madrid Vol. 26 N°3pp193-203,2018 SEOP Y ARAN EDICIONES, SL.
<https://www.odontologia pediatria.com>
16. Castillo Mercado, Ramon, Et Al; Factores de riesgo de caries dental. (adaptado por Anderson, M 2002). Estomatología Pediátrica, pg. 112. Editorial RIPANO SA 2011. España-Madrid.
Faros Sant, Joan de Déu- Artículo: La caries infantil, un problema de salud bucal infantil muy común y fácilmente prevenible Fuente: Barcelona
<https://faros.hsjdbcn.org › articulo › caries-infantil-prob>
17. García-Castro, Laura-Tello-Guerrero, Gianina- Álvaro Ordoñez; Luciano- Perona-Miguel de Priego, Guido Artículo: Caries Dental y Microbiota. Revisión Libro: Caries dental - libro de cariología.
<https://www.studocu.com>
18. Artículo: Tipos de caries según el tejido afectado Y Clasificación de Black. Bienvenid@ al blog de ILERNA
19. COLGATE. Artículo: Caries dental en niños pequeños y cómo Prevenirla.
20. Artículo: Desarrollo Infantil. Folleto Mírame y ayúdame a crecer (1 1/2-3 años). Rev. PARENTHelp 123

<http://parenthelp123.org> › child-development

21. Gonzales Achuy Elena, et al. Artículo: “Factores asociados al cumplimiento del Control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud Amazonas, Loreto y Pasco”.

Copyright© 2016. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. Lima-Perú 2016

ANEXOS

1. Matriz de Consistencia
2. Consentimiento y asentimiento Informado
3. Instrumentos de recolección de datos
4. Validación de instrumento
5. Valoración de los Ítems
6. Evidencias fotográficas

ANEXO N°01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: "Factores de riesgo relacionados con la caries dental en niños de 01 a 04 años de control de crecimiento y desarrollo. IPRESS I-4 Moronacocha 2022".

Problema general y específicos	Objetivo general y específicos	Hipótesis	Variables e indicadores	Diseño de investigación	Método y técs. de investigac.	Población y muestra.
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son factores de riesgo relacionados con la caries dental en niños de 01 a 04 años de controles de crecimiento y desarrollo. IPRESS I-4 Moronacocha. 2022?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>a). ¿Cuál es el índice de caries dental en niños de 1 a 4 años de controles CRED IPRESS I-4 Moronacocha 2022?</p> <p>b). ¿Cuáles son los hábitos de higiene bucal en niños de 1 a 4 años de controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022?</p> <p>c). ¿Cuál es la frecuencia de consumo de azúcares en niños de 1 a 4 años de controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022?</p> <p>d). ¿Cuáles son los hábitos de transmisión bacteriana de los padres o tutores a los niños de 1 a 4 años de controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022?</p> <p>e). ¿Con qué frecuencia los niños de 01 a 4 años de controles CRED van con sus padres a Odontología. IPRESS I-4 Moronacocha 2022?</p> <p>f). ¿Con qué frecuencia toman medicamentos líquidos los niños de 01 a 4 años de controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los factores de riesgo relacionados con la caries dental en niños de 01 a 04 años de controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha. 2022.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</p> <p>a). Determinar el índice de caries dental en niños de 1 a 4 años de controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.</p> <p>b). Establecer los hábitos de higiene bucal en niños de 1 a 4 años de controles CRED, según sus. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.</p> <p>c). Establecer la frecuencia de consumo de azúcares en niños de 1 a 4 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.</p> <p>d). Identificar los hábitos de transmisión bacteriana de los padres o tutores con niños de 1 a 4 años en controles CRED. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.</p> <p>e). Determinar con qué frecuencia los padres llevan a sus hijos a Odontología. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.</p> <p>f). Determinar con qué frecuencia los niños de 01 a 04 años toman medicamentos líquidos. IPRESS I-4 Moronacocha 2022.</p>	<p>H₁: Existe relación estadísticamente significativa de algunos factores de riesgo con la caries dental en niños de 01 a 04 años. IPRESS I-4 Moronacocha. 2022</p> <p>H₀: No existe relación estadísticamente significativa de algunos factores de riesgo con la caries dental en niños de 01 a 04 años. IPRESS I-4 Moronacocha. 2022</p>	<p>Variable independiente: Factores de riesgo</p> <p>Variable dependiente: Caries dental en niños de 1 a 4 años</p>	<p>Tipo cuantitativo</p> <p>Diseño Descriptivo, correlacional observacional prospectivo y transversal</p>	<p>Método: Observacional y entrevista</p> <p>Técnica: examen clínico estomatológico a los niños Encuesta a los padres de familia</p>	<p>Población: 2,935 niños/niñas de 01 a 04 años programadas para control CRED</p> <p>Muestra estimada: 340 niños/niñas de 01 a 04 años en control CRED.</p>



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTOMATOLOGIA

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 01 A 04 AÑOS EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. IPRESS I-4 MORONACocha 2022”.

Buenos días, somos Lisbeth Rosa Victoria Marcca Silva y Jordan Dapena Morales; Bachilleres de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Estomatología-Universidad Científica del Perú, les invitamos ustedes como padres de familia con sus niños y niñas a participar voluntariamente en la presente investigación, con la debida autorización de ustedes en el presente estudio.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene como Objetivo: Identificar los Factores de riesgo relacionados con la caries dental en infantes de 01 a 04 años con control de crecimiento y desarrollo. IPRESS I-4 Moronacocha 2022, que tiene como propósito obtener resultados epidemiológicos que podrán ser usados en la atención de los pacientes infantes.

DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente estudio es de diseño descriptivo, de corte prospectivo y observacional-analítico, porque se observarán las estructuras buco-dentales de su menor hijo o hija y se hará una encuesta a los padres.

PARTICIPANTES

Los participantes al estudio son los **padres con** niños y niñas del establecimiento de salud que acuden al control CRED. Los padres o tutores leerán detenidamente el presente consentimiento informado para aclarar sus dudas y permitan que sus niños/niñas y ustedes participen en el estudio, durante el procedimiento clínico y la encuesta los padres de los estudiantes pueden negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.

PROCEDIMIENTO

Si usted acepta a participar en este estudio sucederá lo siguiente:

1. Los investigadores iniciaran el examen clínico realizando preguntas sobre su edad, sexo, grado y otros ítems relacionados con la salud bucal de sus menores hijos.
2. Posteriormente se procederá a realizar el examen clínico de las estructuras dentales.
3. El tiempo de participación en el examen será de 15 a 30 minutos.

CONFIDENCIABILIDAD

La encuesta, así como lo exámenes serán anónimos, se registran nombres en la odontograma; la información solo se utilizará para los fines del estudio, no existe ningún riesgo y al finalizar el estudio las evaluaciones serán eliminadas.

DERECHO DEL PARTICIPANTE

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

DECLARACION JURADA DE LOS PADRES.

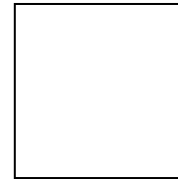
He leído y tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene la participación de mi menor hijo para su beneficio y de la comunidad estudiantil; por lo que acepto voluntariamente que participe en el presente estudio.

Me queda claro que puedo decidir que mi menor hijo (a) no participe y que puedo retirarlo del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Fecha de aplicación:

Firma del padre o apoderado
N° de DNI

Huella digital



ASENTIMIENTO INFORMADO:

NOMBRE DEL ESTUDIO: "Factores de Riesgo Relacionados con la Caries Dental en niños de 01 A 04 años en Control de Crecimiento y Desarrollo. IPRESS I-4 Moronacocha 2022".

UNIVERSIDAD/ESCUELA/FACULTAD: Universidad Científica del Perú-Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Estomatología.,

Buenos días, somos Lisbeth Rosa Victoria Marcca Silva y Jordán Dapena Morales; Bachilleres en Estomatología, queremos invitarte a una investigación con tus padres a participar voluntariamente en la presente investigación.

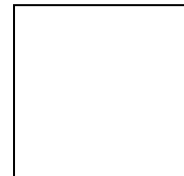
Nuestra investigación busca explicar el objetivo de la investigación en términos claros, sencillos y precisos. Para eso necesitamos ayudes en la evaluación de tus estructuras bucodentales, abriendo tu boquita. Con tu participación podremos Identificar los Factores de riesgo relacionados con la caries dental en infantes de 01 a 04 años y obtener resultados epidemiológicos que podrán ser usados en la atención de los pacientes infantes. Esta ayuda que te pedimos es voluntaria, por lo que si tus padres autorizaron tu participación y tu no quieres puedes decirnos con toda confianza, no hay problema en ello. Si decides participar y luego no quieres hacerlo también es posible.

El examen de tu boca será breve y no te lastimará, quedará entre tú y nosotros, los atos serán anónimos, se registran nombres en la odontograma; la información solo se utilizará para los fines del estudio, y al finalizar la investigación las evaluaciones serán eliminadas. Si decides no participar en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento. sin perjuicio alguno.

Quieres participar'. Debes marcar con un X en donde dice si y escribir tu nombre y si no decides participar dejas en blanco.

Fecha de aplicación:

SI----- NOMBRE -----



Huella
digital



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTOMATOLOGIA

ANEXO N° 03

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

I. PRESENTACIÓN:

El presente instrumento es parte de un estudio de investigación para optar el título de Cirujano Dentista que tiene como finalidad: Identificar los **Factores de riesgo relacionados con la caries dental en niños de 01 a 04 años en control de crecimiento y desarrollo. IPRESS I-4 Moronacocha 2022**, dirigido a los padres de familia o tutores que realizan el control de crecimiento y desarrollo de sus niños/niñas. Con el instrumento que presentamos a continuación recolectaremos información confiable y precisa. La información que obtengamos será recolectada y procesada en forma anónima y voluntaria, lo cual se utiliza de manera confidencial por los investigadores responsables del estudio, En ningún momento se difundirá la información individual; si tiene alguna duda puede solicitar su aclaración.

Agradeceremos su participación y brindarnos la información verdadera.

ATTE. Los tesisistas.

II. EVALUACION DE LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON LA CARIES DENTAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 01 A 04 AÑOS. IPRESS 1.4 MORONACOCHA.

2.1 FICHA DE EVALUACION CLINICA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

N° de código

1. DATOS GENERALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS:

1. Fecha de nacimiento: -----/-----/-----

2. Edad: ----- Sexo: -----

2. ANEXO: GRÁFICO DEL ODONTOGRAMA

NTS Nº 188 -Minsa/DGIESP-2022
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL USO DEL
ODONTOGRAMA

FECHA.....

3.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Especificaciones: _____

Observaciones: _____

INDICE DE CARIES DENTAL "Ceo-d". (Colocar la cantidad de dientes careados, obturados, dientes extraídos o indicados para extracción (RR)

PIEZAS DENTARIAS CAREADAS, OBTURADAS Y PERDIDAS	C	e	o	Ceo-d
N° DE DIENTES CARIADOS				
N° DE DIENTES EXTRAIDOS O POR EXTRAER				
N° DE DIENTES OBTURADOS				
SUMA TOTAL				

4 INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

M.S.D.	I.S.	M.S.I.	M.I.D.	I.I.	M.I.I.	TOTAL INCISIVOS	TOTAL MOLARES	IHO-S

2.2 CUESTIONARIO DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA CARIES DENTAL DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA

1. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES OTUTORES (marcar

con X)

- 1) Primaria-----
- 2) Secundaria-----
- 3) Superior-----

2. TRANSMISION BACTERIANA DE PADRES OTUTORES (Marcar con X la respuesta adecuada)

- 1) Besa en la boca al bebe? (SI)...
(NO)
- 2) Enfria comida del bebe soplando? (SI)...
(NO)
- 3) Prueba la comida del bebe? (SI)...
(NO)
- 4) Usted come con la cuchara del bebe? (SI)...
(NO)

3. ANTECEDENTES MEDICOS DE LOS NIÑOS/NIÑAS

- 1) Su hijo/hija se enferma frecuentemente?
(SI)...(NO)

- 2) Cuando su hijo/hija se enferma le da medicamentos liquidos?
(SI)...(NO)
- 3) Su hijo/hija tomo medicamentos para la anemia?
(SI)...(NO)

4. VISITA A ODONTOLOGIA DE LOS NIÑOS/NIÑAS (control de salud bucal).

- 1) Ha llevado al dentista a su hijo/hija? (SI)...
(NO)
- 2) Motivo de consulta: orientacion? (SI)...
(NO)
- 3) Su hijo/hija ha recibido tratamiento odontológico? (SI)...
(NO)
- 4) La familia recibe tratamiento odontológico (SI)...
(NO)

5. FRECUENCIA DE HIGIENE BUCAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DURANTE EL DIA (marcar con X)

- 1). No se lava los dientes
- 2). Se lava los dientes una vez al día
- 3). Se lava los dientes dos veces al día
- 4). Se lava los dientes tres veces al día
- 5). Se lava los dientes mas de tres s veces al día

2.3. EVALUACION DE LA DIETA CARIOGENICA

ALIMENTOS CARIOGENICOS	FRECUENCIA DE CONSUMO				
	0 Veces	1 Vez	2 Veces	3 Veces	Mas de 3 Veces
BEBIDAS AZUCARA DAS					
Jugos de sobre azucarados					
Jugos de fruta (con 2 o mas cucharadas de azucar)					
Te (con 2 o mas cucharadas de azucar)					
Leche (con 2 o mas cucharadas de azucar)					
Gaseosas					
Refrescos (con 2 o mas cucharadas de azucar)					
Toma de medicamentos liquidos (al enfermarse)					
CARAMELOS-GOLOSINAS					
Chicles					
Caramelos					
Helados					

Mermeladas					
Chocolates					
MASAS/PRODUCTOS AZUCARADOS					
Pasteles					
Turrón					
Dulces					
Galletas de soda					
Cereales azucarados					
Pan					
COMIDAS					
Arroz + frejol + platano + tallarin+ guiso					
Arroz chaufa+ frijol+platano+tallarin					
Guiso con papas + arroz + frijol + platano					
Juane + platano + frijol					
Comidas chatarra (hamburguesa, salchipapa, pollo broster, pizza)					

ANEXO N° 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

CONSOLIDADO DE INFORMES DE OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO:

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- 1.1. **Nombre del Instrumento:** EVALUACION DE LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON LA CARIES DENTAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 01 A 04 AÑOS. IPRESS 1.4 MORONACOCHA
- 1.2. **Título de la Investigación:** “Factores de riesgo relacionados con la caries dental en infantes de 01 a 04 años con control de crecimiento y desarrollo. IPRESS I-4 Moronacocha 2022”.
- 1.3. **Autor (es) del instrumento:**
Bach. Marca Silva, Lizbeth Rosa Victoria
Bach. Dapena Morales, Jordan

II. ASPECTOS DE VALIDACION E INFORMANTES:

INDICADORES	CRITERIOS	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	Promedio de % de puntuación por indicadores
		Alexander Rengifo	Karina Juarez	Claudia Espinoza	Roger López	Jacobo Díaz	Tomas Huaman	Mayra Chávez	Richard Sandi	Jairo Vidaurre	César Quispe	
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.	80	60	80	80	80	60	80	60	20	80	68.0
2.OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.	80	60	80	80	80	60	70	60	40	80	69.0

3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	80	60	80	80	80	60	70	60	40	80	69.0
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.	80	40	80	80	80	80	80	40	40	80	68.0
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad	80	60	80	80	80	80	80	60	40	80	72.0
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias	80	40	80	80	80	80	80	60	40	80	70.0
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos	80	60	80	80	80	80	90	60	40	80	73.0
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.	80	60	80	80	80	80	70	40	60	80	71.0
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico	80	60	80	80	80	90	80	60	40	80	73.0
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación	80	40	80	80	80	80	80	60	60	80	72.0
												$\Sigma = 705.0$

III. VALIDEZ (% final del Instrumento) = 70,5%

IV. CONCLUSION FINAL DE LA EVALUACION

Validez:.....70,5%.....

Interpretación: De acuerdo a los instrumentos revisados por juicio de expertos se obtuvo una validez del 70,5%; encontrándose dentro del intervalo del parámetro establecido; considerándose como validez **ACEPTABLE**.

V. INSTRUCCIONES:

- La Validez viene a ser el % final del instrumento y se obtendrá de la siguiente manera:

$$\text{Validez} = \frac{\sum DE \%}{\text{TOTAL DE ITEMS DE EXPERTOS}}$$

EVALUACION DE LA VALIDEZ:

VALOR (%)	INTERPRETACION DE LA VALIDEZ
0-24	Muy Baja
25-49	Baja
50-69	Regular
70-80	Aceptable
90-100	Elevada

ANEXO N° 05

IV. CRITERIOS DE VALORACION DE LOS ITEMS

VALORACIÓN DEL INDICE Ceo-d

Descripción	Valoración	Puntajes
Ausente	0.0 ptos	0
Muy bajo	0.0 a 1.1 ptos	1
Bajo	1.2 a 2.6 ptos	2
Moderado	2.7 a 4.4 ptos	3
Alto	4.5 a 6.5 ptos	4
Muy alto	>6.6 ptos	5

VALORACION DE INDICE DE HIGIENE ORAL

DESCRIPCION	VALORACION	PUNTAJES
Optimo	0.0 - 1.0	0
Regular	1.1 - 2.0	1
Malo	2.1 - 3.0	2
Muy malo	Más de 3	3

VALORACION DEL CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGENICOS

FRECUENCIA DECONSUMO	NIVEL DE RIESGO
0 VECES	SIN RIEGO
1 VEZ	BAJO RIESGO
2 VECES	MEDIANO RIESGO
3 VECES	ALTO RIESGO
MAS DE 3 VECES	MUY ALTORIESGO