



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL Y CARIES DENTAL EN PREESCOLARES DE LA
IEP SANTA MÓNICA, 2023

**Línea de investigación:
Salud pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Autora

Quezada Cárdenas, Enza Lorella Mara

ORCID: 0009-0006-1242-7628

Asesora

Meneses Gómez, Nadia Carolina

ORCID: 0000-0003-4017-0170

Jurado

Chiong Lam, Lucy del Pilar

Peltroche Adrianzen, Nimia Olimpia

Del Águila Gastelu, Elca Rocio

Lima - Perú

2025



HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL Y CARIES DENTAL EN PREESCOLARES DE LA IEP SANTA MÓNICA, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
3	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	1%
4	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
6	repository.ucc.edu.co Fuente de Internet	1%
7	www.scielosp.org Fuente de Internet	1%
8	revistas.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL Y CARIES DENTAL EN PREESCOLARES DE LA IEP

SANTA MÓNICA, 2023

Línea de Investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Autora

Quezada Cárdenas, Enza Lorella Mara

ORCID: 0009-0006-1242-7628

Asesora

Meneses Gómez, Nadia Carolina

ORCID: 0000-0003-4017-0170

Jurado

Chiong Lam, Lucy del Pilar

Peltroche Adrianzen, Nimia Olimpia

Del Águila Gastelu, Elca Rocio

Lima - Perú

2025

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia, por ser mi inspiración constante y por brindarme su amor, apoyo y paciencia en cada paso de este camino.

A mis padres, quienes me enseñaron la importancia del esfuerzo y la perseverancia, y siempre me impulsaron a alcanzar mis metas con integridad y dedicación.

A mis amigos y seres queridos, por su comprensión, ánimos y por hacerme recordar que no estaba solo en este desafío. A todos ustedes, les debo este logro y, es a su cariño y respaldo a quienes ofrezco con humildad y gratitud este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis asesores y docentes, quienes compartieron su conocimiento y dedicaron su tiempo para guiarme en cada etapa de este trabajo.

A mi madre María Cárdenas, a mi hermano Salvatore, a mi amado hijo Gianluca y un beso hasta el cielo a mi amado padre Percy Quezada, sé que me observa orgulloso por el final de este proceso. Gracias por creer en mí y apoyarme incondicionalmente. Finalmente, agradezco a mi querida facultad de Odontología de la UNFV y personas que facilitaron los recursos y permitieron el acceso a la información necesaria para la elaboración de esta investigación. Sin su colaboración y compromiso, este proyecto no habría sido posible. A todos, mi gratitud y aprecio más profundo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción y formulación del problema	2
1.2. Antecedentes	3
1.3. Objetivos	8
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	8
1.3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	8
1.4. Justificación	8
1.5. Hipótesis	9
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	10
2.1.1. <i>Caries Dental</i>	10
2.1.2. <i>Cepillado Dental</i>	13
2.1.3. <i>Índices de Salud Oral</i>	15
III. MÉTODO	17
3.1. Tipo de investigación.....	17
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	17
3.3. Variables.....	17
3.3.1. <i>Operacionalización de las variables</i>	17
3.4. Población y muestra.....	19
3.5. Instrumentos.....	19
3.6. Procedimientos.....	19
3.7. Análisis de Datos	20

3.8. Consideraciones éticas.....	20
IV. RESULTADOS.....	21
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	36
VI. CONCLUSIONES.....	42
VII. RECOMENDACIONES	44
VIII. REFERENCIAS.....	46
IX. ANEXOS.....	54
9.1. Anexo A.....	54
9.1.1. <i>Ficha de datos</i>	54
9.2. Anexo B.....	55
9.2.1. <i>Ficha de recolección de datos</i>	55
9.2.2. <i>Caries</i>	55
9.2.3. <i>Índice de caries ceo-d</i>	56
9.3. Anexo C.....	58
9.3.1. <i>Carta de consentimiento informado</i>	58
9.4. Anexo D.....	59
9.4.1. <i>Ficha técnica de instrumento a utilizar</i>	59
9.4.1.1. <i>Índice ceo-d</i>	59
9.5. Anexo E.....	64
9.5.1. <i>Matriz de consistencia</i>	64
9.6. Anexo F.....	65
9.6.1. <i>Carta de presentación dirigida a la IEP Santa Mónica</i>	66
9.7. Anexo G.....	67
9.7.1. <i>Fotografías</i>	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Severidad de caries y edad cronológica en preescolares de IEP Santa Mónica.....	21
Tabla 2 Hábitos higiene bucal según grupo etario en preescolares de IEP Santa Mónica.....	23
Tabla 3 Hábitos dietéticos sobre consumo de azúcares y severidad de caries en grupos de preescolares.....	25
Tabla 4 Hábitos dietéticos sobre ingesta de bebidas azucaradas y severidad de caries en grupos de preescolares.....	27
Tabla 5 Hábitos dietéticos sobre dulces varios, tipo de lactancia materna y severidad de caries en grupos de preescolares	30
Tabla 6 Hábitos dietéticos sobre tipo de alimentación con biberón y severidad de caries en grupos de preescolares.....	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Severidad de caries y edad cronológica en preescolares de IEP Santa Mónica	22
Figura 2 Hábitos higiene bucal según grupo etario en preescolares de IEP Santa Mónica	24
Figura 3 Hábitos dietéticos sobre consumo de azúcares y severidad de caries en grupos de preescolares.....	26
Figura 4 Hábitos dietéticos sobre ingesta de bebidas azucaradas y severidad de caries en grupos de preescolares.....	29
Figura 5 Hábitos dietéticos sobre dulces varios, tipo de lactancia materna y severidad de caries en grupos de preescolares.....	32
Figura 6 Hábitos dietéticos sobre tipo de alimentación con biberón y severidad de caries en grupos de preescolares.....	35

RESUMEN

Objetivo: Determinar hábitos de higiene bucal y caries dental en preescolares de la IEP Santa Mónica, 2022. **Método:** Estudio descriptivo, transversal y observacional en 30 preescolares. Con consentimiento informado, se utilizó un cuestionario para identificar hábitos dietéticos y de higiene bucal, y el índice de caries de la OMS mediante observación directa. **Resultados:** La severidad de caries fue muy baja (40,0%), moderada (23,3%) y muy alta (16,7%). A los 4 y 5 años, el 36,7% presentó caries. Los padres realizaban la higiene dental de niños de 4 años (30,0%) usando cepillo (36,7%), mientras que los niños de 5 años se cepillaban dos veces al día (20,0%), antes de dormir (30,0% en cada grupo). No hubo significancia estadística ($p>0,005$). El consumo de dulces varias veces al día en niños de 3 años se asoció con caries moderada y, en los de 4 y 5 años, con caries muy alta. Las bebidas azucaradas y el consumo de jugo natural en niños de 5 años mostraron asociaciones significativas ($p=0,041$). **Conclusiones:** Los preescolares que consumen jugo natural tienen mayor probabilidad de estar libres de caries, mientras que el consumo de alimentos azucarados se asocia con una alta severidad de caries.

Palabras clave: caries dental, preescolares, hábitos dietéticos, hábitos de higiene bucal.

ABSTRACT

Objective: To determine oral hygiene habits and dental caries in preschool children at IEP Santa Mónica, 2022. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional, observational study was conducted with 30 preschoolers, with informed consent. A questionnaire was used to identify dietary and oral hygiene habits, and the WHO caries index was applied through direct observation. **Results:** Caries severity was very low (40.0%), moderate (23.3%), and very high (16.7%). At ages 4 and 5, 36.7% had caries. Parents often performed dental hygiene for 4-year-olds (30.0%) using a toothbrush (36.7%), while 5-year-olds brushed twice daily (20.0%), mostly before bedtime (30.0% for each group). There was no statistical significance ($p>0.005$). Daily consumption of sweets in 3-year-olds was associated with moderate caries and, in 4- and 5-year-olds, with very high caries. Sugary drinks and natural juice consumption in 5-year-olds showed significant associations ($p=0.041$). **Conclusions:** Preschoolers who consume natural juice are more likely to be caries-free, while the consumption of sugary foods is associated with high caries severity.

Keywords: dental caries, preschoolers, dietary habits, oral hygiene habits.

I. INTRODUCCIÓN

La caries dental (CD) es uno de los padecimientos más prevalentes y representa uno de los desafíos más significativos para salud pública a escala global. (Cerón, 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Corvetto et al., 2016). Es la patología más frecuentemente tratada en consultas dentales y se considera la principal razón de visita al odontólogo, independientemente de la edad (Cerón, 2015; OMS, 2018). La caries es más prevalente en la niñez, con una incidencia especialmente alta en preescolares (Casals y García, 2014; Hernández, 2019; González et al., 2013).

La CD constituye un padecimiento que surge de la convergencia de tres actores cardinales: la alimentación (sustrato), los microorganismos dentro de nuestra boca (microbiota) y el huésped, que incluye las particularidades dentarias, la composición salival y las prácticas de aseo bucal. Esta sinergia conduce a la merma de minerales en las estructuras rígidas de las piezas dentales (OMS, 2018; Hernández, 2019; González et al., 2013).

Los hábitos de HB no son fáciles de mantener. La falta de supervisión y la escasa educación dental son factores que afectan la salud bucal, generando percepciones inadecuadas que perjudican a los niños y sus familias. Por ello, es importante desarrollar habilidades y ofrecer recomendaciones para futuros tratamientos en esta área de estudio (Sánchez-Vílchez y Sihuay-Torres, 2019).

La CD representa un problema de S.P. con un alto nivel de morbilidad y una prevalencia prominente en países en vías de desarrollo, a diferencia de los países desarrollados, donde la prevalencia ha disminuido considerablemente, reduciendo el número de superficies dentales afectadas y aumentando el de niños libres de caries (Dumas et al., 2013).

Para optimizar la salud bucal en la puericia, es imperativo replantear los programas y políticas de atención odontológica, encarrilar hacia servicios más accesibles y adecuados a las

necesidades específicas de la población objetiva. Dado que gran parte de los padecimientos bucales comparten factores de riesgo susceptibles de modificación, el cuidado bucal adquiere un rol fundamental en la promoción de la salud integral y el bienestar a lo largo de todas las etapas vitales. Estimar el grado de atención que la comunidad presta su higiene oral (HO) podría generar una repercusión significativa en la salud sistémica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

1.1 Descripción y formulación del problema

La caries de aparición temprana (CAT), se caracteriza por la existencia de una o más superficies dentales perjudicadas por caries (o no), restauradas o incluso perdidas debido a esta condición; en los dientes temporales de los niños con menos de 71 meses de vida. En el caso específico de los párvulos por debajo de 3 años alguna evidencia de CD en una zona llana es interpretada como un indicador de CAT (American Academy of Pediatric Dentistry, 2014).

Un estudio epidemiológico nacional llevado a cabo entre 2014 y 2017, reveló que la predominancia de CD y otros padecimientos del sistema estomatognático ascienden al 90.4%. Para fortalecer la salud bucal en la población pueril, es fundamental rediseñar las iniciativas y estrategias de la salud bucal, asegurando que faciliten la vía de entrada a servicios de mayor calidad, alineados con las necesidades específicas del público al que están destinados. Dado que la gran parte de los padecimientos orales coinciden con amenazas potenciales que pueden modificarse, el cuidado bucal se erige como un pilar esencial para mantener la salud y el confort a lo largo de la vida (OMS, 2018).

La CD afecta negativamente el bienestar de vida del pueril y su entorno familiar (Abanto et al., 2014) y es señalada un problema de salud pública. La etiología de la caries en la infancia está relacionada con la alimentación, hábitos (Leong et al., 2013; Azevedo et al.,

2014), cepillado dental irregular (Castilho et al., 2013; Corrêa-Faria et al., 2015) y factores socioeconómicos (Scarpelli et al., 2013).

En estos días, hay una escasez de trabajos de investigación acerca de las variables investigadas, por lo que este trabajo de investigación busca aclarar la siguiente incógnita ¿Cuál es el estado de los hábitos de HB y la CD en preescolares de la IEP Santa Mónica, 2023?

1.2 Antecedentes

Cubero et al. (2019) elaboró una investigación en España, en el cual señalaron que la CD es un padecimiento permanente con alto predominio en pueriles de nacionalidad española. Según los resultados de la evaluación del estado de salud, problemas frecuentes en la atención básica de salud se encuentra la insuficiente higiene, una dieta desequilibrada y las molestias asociadas al dolor dental. El objetivo del estudio fue examinar la frecuencia de CD en pueriles de 3 a 5 años en esa región a través de un estudio transversal de carácter descriptivo. Como parte del método, se llevó a cabo un examen bucodental realizada por un odontólogo y la recopilación de información estuvo a cargo de un especialista en higiene bucodental entre alumnos de 1er, 2do y 3er nivel de educación temprana. La variable clave correspondió a la detección de CD, y la información se consignó en registros individuales para su posterior análisis mediante software. El análisis reveló que, de un total de ciento cincuenta pueriles inscritos en educación temprana, se examinaron ciento veintiuno que acudieron al colegio el día de la evaluación, lo que representa un 80.7% de la muestra. En el primer nivel, el 46% de los pueriles presentó CD; en segundo nivel el 40.5%; mientras que el tercer nivel, el 77.3% mostró CD en dientes deciduos y el 20.8% en dientes de adultos. Los resultados manifiestan que el predominio de CD en esta área básica de salud es considerablemente elevado en comparación con las estadísticas nacionales. Asimismo, destacaron la urgencia de fortalecer las estrategias

preventivas durante la primera infancia, particularmente en comunidades con niveles socioeconómicos más bajos.

Morales y Gómez (2019) compusieron un trabajo investigativo en Perú, teniendo el propósito de identificar la existencia de CD y sus repercusiones en relación con la alteración en el bienestar de los pueriles del colegio N° 2051 "El Progreso" en 2018. Utilizaron un trabajo observacional y de tipo transversal. Realizaron una valoración observable a noventa y cinco pueriles de 3 a 5 años, describiendo la CD usando los técnica ceo-d y pufa. Para calcular el impacto en el bienestar de vida de los pueriles, su entorno familiar, se empleó el cuestionario ECOHIS dirigido a los tutores. Los análisis de carácter estadístico empleadas incluyeron U Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y t-Student, con una significancia de 0,05, y el coeficiente de Spearman a 0,01. Los resultados mostraron que la asiduidad de la CD fue del 98,84%, con un índ. ceo-d de $9,58 \pm 3,45$, equivalente a un grado de alteración extremadamente alto. Las repercusiones clínicas de CD no resuelta afectaron el 83,16%, con un índice pufa de $7,65 \pm 4,97$ y un radio pufa de 83,18%. El ECOHIS mostró un promedio de $23,41 \pm 11,82$, siendo las dimensiones, más afectadas la limitación funcional y los aspectos psicológicos, lo que refleja un impacto negativo en el bienestar de vida relacionada con la SB. El coeficiente de Spearman indicó una correlación directa positiva moderada significativa entre la existencia de CD ($r=0,630$) y sus consecuencias clínicas ($r=0,649$), con el impacto en el bienestar de vida ($p=0,000$). Los índices para los niños de sexo masculino fueron ceo-d $24,46 \pm 12,11$ y pufa $28,88 \pm 7,03$; y para el grupo de 5 años, ceo-d $29,71 \pm 6,30$ y pufa $29,71 \pm 6,30$. Concluyeron que la CD y sus consecuencias clínicas están vinculadas a un impacto negativo en la calidad de vida bucal de los preescolares, interfiriendo en sus actividades diarias.

Huamaní y Saavedra (2019) realizaron un estudio en Perú con el objetivo de identificar los saberes y costumbres de HO en pueriles de nueve a once años de edad pertenecientes al

colegio N° 006 Matilde Avalos de Herrera. La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y correlacional. La muestra estuvo compuesta por 53 niños, y la técnica utilizada fue la entrevista, mientras que el instrumento fue un cuestionario. Los resultados mostraron que el 42% de los estudiantes tenía altos conocimientos, el 32% bajos, y el 26% un nivel medio de conocimientos sobre HO. Con respecto a las prácticas de HO, se observó: deficientes costumbres en un 21%, el 34% buenas costumbres y en costumbres regulares un 45%. Un 25% de los evaluados tuvo un buen saber y buena costumbre de HO, mientras que el 17% presentó un alto nivel de conocimiento con hábitos regulares, y un 13% mostró un conocimiento y hábito de HO bajo y malo.

Du et al. (2018) realizaron un estudio en Alemania con la meta de registrar las causas relacionadas con la CD en pueriles de tres a cinco años de edad. Participaron 1,591 pueriles y sus cuidadores, utilizando un método de muestreo de conglomerados estratificados multietapa. Participaron una población de 40,360 pueriles con edades entre tres y cinco años. Los resultados mostraron que la incidencia de CD ascendió a 50,8% para los pueriles de tres años, 63,6% para los de cuatro años, y 71,9% para los de cinco años. Se concluyó que los pueriles con una dieta mixta mostraban una aumentada posibilidad de mantenerse exento de CD, en la otra mano aquellos consumían postres antes de dormir tenían mayor probabilidad de desarrollar CD.

Borda (2014) realizó un estudio en Perú para evaluar la posibilidad de desarrollo de CD en pueriles de cinco a doce años en el colegio N° 14477 de Canchaque, ubicado en el departamento Piura, y su vínculo con la amenaza potencial de CD. Evaluaron a 172 pueriles matriculados en 2014, empleando un registro epidemiológico, el instrumento de evaluación de dieta cariogénica desarrollado por Lipari y la desarrollada por Melgar. Los resultados mostraron una baja probabilidad de riesgo en un 9.3% de los pueriles, moderado en el 28.5%,

y alto en el 62.2%. Factores como la estabilidad en el hogar, la experiencia previa de caries, la dieta cariogénica, las lesiones cariosas cavitadas, las superficies retentivas y el índice de HO presentaron una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de caries. El coeficiente de contingencia más alto, 0.53, se obtuvo para las lesiones cariosas cavitadas y las superficies retentivas. Concluyeron que la población estudiada tiene un alto riesgo de caries.

Corrêa-Faria et al. (2016) concibieron un trabajo investigativo en Brasil con la meta de de estimar la incidencia de CD en la dentición temporal, identificar factores de riesgo y determinar la proporción de niños que reciben tratamiento odontológico mediante un seguimiento de dos años. Se evaluó a 381 pueriles de 1 a 5 años en centros de salud durante campañas de inmunización; 184 de ellos presentaban CD y 197 no tenían experiencia previa de CD. Dos años después, se reexaminó a 234 de los niños en una guardería o en casa, utilizando los mismos criterios dmft para el diagnóstico de CD. Se entrevistó a los padres sobre indicadores socioeconómicos, y se formuló una evaluación de Poisson descriptivo, bivariado y preciso. El estudio arrojó que la incidencia global de CD ascendió a 46,6%, siendo mayor en el grupo con experiencia previa de CD (61,1%). El 36,7% de los niños sin CD en el primer examen presentaron CD en el segundo. La mayoría de los pueriles (72,6%) no recibió tratamiento para las lesiones cariosas durante el intervalo de 2 años entre los exámenes. Los pueriles con CD previa, tenían un mayor riesgo de desarrollar nuevas lesiones. Concluyeron que la incidencia de CD es alta y la mayoría de los casos no se trata, destacando que la experiencia previa de caries es un factor de riesgo significativo para nuevas lesiones.

Molina-Frechero (2015) realizó un estudio en México donde señalaron que la CD representa un grave problema de SP en el país, destacando la escasez de investigaciones previas sobre su prevalencia en niños preescolares. El objetivo de su estudio fue determinar la prevalencia de caries en preescolares de una zona marginada del Estado de México y analizar

su relación con la higiene bucal. Para ello, se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo, observacional y analítico en pueriles de 4 y 5 años registrados en niveles pueriles. Los factores demográficos y sociales se consiguieron mediante un formulario, y la valoración clínica fue efectuada utilizando el indicador de CD para dientes deciduos (CPOD), siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). También se calculó el índice significativo de caries (SIC). La higiene bucal de los niños se evaluó aplicando los criterios del índice de O'Leary, logrando una calibración de $\kappa > 0.86$ para los índices. Los resultados revelaron que el 69.5% de los niños presentaron CD, con un índ. CPOD de 3.52 ± 3.7 ($c = 3.37 \pm 3.5$; $p = 0$; $o = 0.11 \pm 0.51$). El índ. SIC alcanzó un valor de 8.95 ± 0.39 ($c = 8.68 \pm 0.41$; $o = 0.26 \pm 0.13$). Además, se observó que el 98.2% de los pueriles con CD presentaban una HO deficiente, con un indicador CPOD que alcanzó el 4.91 en aquellos con buena higiene. Se encontró una asociación significativa entre la presencia de CD e HO: RM: 0.913 (IC 95%: 0.864-0.962; $p < 0.01$). En conclusión, la CD en preescolares estuvo fuertemente asociada a una mala higiene bucal, afectando principalmente la dentición temporal, lo que podría prever la aparición de CD en la dentición permanente, especialmente en contextos de privación social. Los autores recomendaron la implementación de programas preventivos desde etapas tempranas de la vida.

Por su parte, Tovar (2015) concretó un trabajo investigativo con la meta de determinar la prevalencia de CAT en pueriles de 3 a 5 años y 11 meses, así como su asociación con factores predisponentes en el Policlínico EsSalud Chincha durante el periodo de septiembre de 2012 a febrero de 2013. El estudio se basó en un diseño descriptivo, observacional y transversal, y se realizó en la oficina de archivos del Policlínico Chincha-EsSalud. La muestra estuvo compuesta por 300 historias clínicas de pueriles de 3 a 5 años atendidos en el policlínico durante el periodo de estudio. Las variables evaluadas incluyeron el género, la edad, el índice de HO (IHO), la localización de la lesión y la frecuencia de consumo de carbohidratos (FCCH). Los datos se

analizaron utilizando los programas estadísticos Stata® y Microsoft Excel, y se determinó la asociación de variables mediante la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$. Los resultados indicaron que la prevalencia de CAT fue del 67.33%. En cuanto al género, el 50.4% de los casos correspondió a niñas y el 49.6% a niños. El promedio de CD según la superficie dentaria fue mayor en la cara oclusal (2.29), seguida de la cara proximal (0.78) y la cara libre (0.55). Se observó que los pueriles de 4 años presentaron la mayor prevalencia de CAT (38.2%). Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de CAT y variables como la edad ($p=0.005$), la frecuencia de ingesta de azúcar ($p=0.000$) y el índ. de placa blanda ($p=0.000$).

1.3 Objetivos

1.3.1 *Objetivo general*

Determinar los hábitos de HO y CD en preescolares de la IEP Santa Mónica, 2023.

1.3.2 *Objetivos específicos*

Evaluar Severidad de CD y edad cronológica en preescolares de IEP Santa Mónica.

Describir Hábitos higiene bucal según grupo etario en preescolares de IEP Santa Mónica.

Evaluar Hábitos dietéticos sobre ingesta de azúcar y severidad de CD en grupos de preescolares.

Analizar Hábitos dietéticos sobre ingesta de bebidas azucaradas y severidad de caries en grupos de preescolares.

Interpretar Hábitos dietéticos sobre tipos de dulces, tipo de lactancia materna y severidad de CD en grupos de preescolares.

Evaluar Hábitos dietéticos sobre tipo de alimentación con biberón y severidad de CD en grupos de preescolares.

1.4 Justificación

Teórica: Los hallazgos de este trabajo investigativo brindaran nuevos saberes a la población científica en relación a los hábitos de HB y CD en preescolares, adicionalmente, propondrá investigaciones novedosas para todos los niveles académicos.

Social: Proveerá información sobre la relevancia de la salud oral y el impacto de la CD en los órganos dentarios, facilitando las políticas dirigidas a mejorar las costumbres de aseo bucal y prevenir la CD en pueriles preescolares.

Clínico – Práctico: Nos brindará herramientas para el diagnóstico correcto y manejo de los hábitos de HB en los preescolares.

1.5 Hipótesis

Los hábitos de HO están asociados a presencia de CD en preescolares de la IEP Santa Mónica, 2023.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 *Caries dental*

La CD, un padecimiento que tiene diversos factores, en dónde intervienen tres factores principales: el huésped, que incluye el órgano dentario, la HO y líquido salival; la flora microscópica, compuesta por bacterias y la dieta cariogénica. Estos factores son determinantes en el proceso de desmineralización de los tejidos dentales. Investigaciones recientes identifican al azúcar como un elemento clave en la progresión de la CD, ya que proporciona el sustrato necesario para que las bacterias presentes en la cavidad bucal, especialmente las cariogénicas, produzcan ácidos que desmineralizan el diente. La previsión de la CD puede lograrse mediante la reducción de la ingesta de azúcar, una óptima aplicación de flúor, y el mantenimiento de una buena HO (Cubero et al., 2019).

Con respecto a la salud oral, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha señalado que debido a la alta prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas el país enfrenta una situación crítica. La CD afecta al 90% de la población, la enfermedad periodontal al 85% y la maloclusión al 80%, lo que constituye un serio problema de salud pública (Rubén, 2014). En cuanto a la CD, el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) a los 12 años es de aproximadamente 6, lo que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ubica al Perú en un estado de emergencia. En este contexto, las directrices proporcionadas por el MINSA enfatizan la necesidad de impulsar actividades preventivas de la salud y promocionales de la salud con el objetivo de reducir los altos índ. de morbilidad en la población infantil (Rubén, 2014).

Una dieta alta en azúcares y un deficiente aseo dental fomentan la formación del tapiz bacteriano, que se adhiere firmemente al tejido adamantinado y favorece el crecimiento de

bacterias acidófilas. Los ácidos producidos por estos organismos impactan negativamente en los dientes, desmineralizando el esmalte dental, especialmente cuando el pH se mantiene por debajo de su nivel normal durante periodos prolongados. Este proceso genera la urgencia de efectuar procedimientos de obturación en los tejidos afectados de las piezas dentales (Sharma et al., 2019; Moreno Abello y Lara Hernández, 2020).

2.1.1.1 Etiología. La perspectiva contemporánea sobre el origen de la CD se basa en una diversidad de causas, siendo alguno de los principales agentes primordiales la ingesta de azúcar, la formación del tapiz bacteriano y el prolongado tiempo que estos elementos permanecen en la cavidad bucal, lo que logra ocasionar un daño en los dientes. Se demostró que el biofilm alberga una variedad de microorganismos, las cuales han sido identificadas colectivamente como biopelícula oral. La CD tiene su origen debido a una alteración ecológica en la biopelícula provocado principalmente por el consumo exagerado de azúcar combinada con una deficiente HO. Este desequilibrio genera una alteración en el ambiente oral, favoreciendo el predominio de microorganismos ácidos dentro de la biopelícula, lo que da lugar a una disbiosis. Esta disbiosis, a su vez, facilita la aparición y avance del daño de la CD, que es considerada como la manifestación inicial de esta enfermedad (Concha, 2019; Calle-Sánchez et al., 2018; Cevallos y Aguirre, 2015). En el interior de la placa bacteriana, la actividad metabólica es constante, lo que provoca numerosas fluctuaciones en el pH en la interfaz entre la superficie del diente y los depósitos microbianos. Cuando el pH disminuye, se produce una pérdida de minerales en el esmalte dental, un proceso que se revierte cuando el pH vuelve a aumentar. Sin embargo, este equilibrio es frágil y puede alterarse, llevando a una pérdida sostenida de minerales que finalmente causa la disolución del tejido duro del diente. Este proceso culmina en la formación de una secuela evidente: la lesión de caries (Aranceta, 2012).

2.1.1.2 Caries de Primera Infancia. Las CD en los pueriles son conocidas como CD de primera infancia, las cuales pueden desencadenar una serie de problemas como dolor, infecciones, una mayor amenaza de desarrollar nuevas CD, y dificultades en la dieta, entre otros signos. La Academia Estadounidense de Odontología ha descrito esta condición como denotación de una o más CD, ya sean careadas o sanas, la falta de dientes a causa de la CD, o la existencia de dientes primarios obturados. A nivel mundial, se estima que el 50% de los niños presentan al menos un diente decíduo con CD. Los dientes temporales desempeñan un papel crucial en la infancia, ya que facilitan la erupción de dientes permanentes saludables, además de contribuir a una adecuada nutrición y mantener la estética dental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las caries son una enfermedad de alcance global, lo que subraya la importancia de identificar los factores que incrementan el riesgo de CD, con el fin de prevenir o controlar esta enfermedad (Kazeminia et al., 2020). La más grande asiduidad de CD se observa en órganos dentales posteriores en dentición temporal, la mayor frecuencia de CD se observa en las piezas posteriores, seguidas de las piezas anterosuperiores. Las CD en los dientes deciduos tienden a avanzar más rápidamente en comparación con los dientes permanentes, afectando principalmente las áreas oclusales y proximales (Álvarez, 2019). Este tipo de CD generalmente comienza como una mancha opaca en el diente, y a medida que progresa, la pieza dental puede llegar a observarse cavitada, con la posibilidad de que se destruya completamente en casos avanzados (Heredia, 2017).

2.1.1.3 Factores Productores de Caries. La CD es el resultado de la interacción simultánea de tres factores independientes: el huésped (que incluye tanto los dientes como la saliva), las bacterias presentes en la flora bucal, y la dieta consumida (OMS, 2014; Real, 2013).

Huésped: Dentro de las características morfológicas de los dientes, las malposiciones dentarias son particularmente relevantes, ya que propician el acopio de alimentos además la formación de salivas que contribuyen al desarrollo de CD (García, 2014).

2.1.2 Cepillado dental

El cepillado dental se debe efectuar aseando todas las superficies dentales, así como la lengua y las encías, con una frecuencia de al menos 2 veces al día. Es recomendable que una de estas veces sea antes de dormir o, idealmente, 30 minutos después de cada comida (Melo et al., 2017). Durante estos periodos críticos, los ácidos producidos por el metabolismo del biofilm pueden acelerar la desmineralización del esmalte dental, lo que con el tiempo podría manifestarse como una lesión clínicamente visible (Pitts et al., 2017).

2.1.2.1 Técnicas de cepillado. Existen diversas téc. de cepillado dental, siendo la más recomendada por los dentistas la "téc. de Bass modificada". Esta téc. se considera la más óptima. Consiste en colocar el cepillo dental con una inclinación de 45 grados respecto al eje longitudinal del diente, realizando movimientos vibratorios anteroposteriores sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Los movimientos deben ser muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes, pero sin que las puntas se desplacen de los puntos de apoyo. De esta manera, se logra desintegrar la placa dentobacteriana (PDB), la cual asciende por el penacho del cepillo, razón por la cual es necesario lavar bien el cepillo después de cada uso, ya que los penachos tienden a cargarse de PDB. Esta técnica es altamente recomendada tanto para adultos como para pueriles. Se debe cepillar de dos a tres dientes a la vez, repitiendo la acción de 10 a 15 veces en cada zona, hasta completar la limpieza de todos los dientes en la boca, lo cual puede llevar entre 10 a 15 minutos. En la superficie masticatoria de los dientes, se realizan movimientos de fregado rápido para eliminar todos los restos de alimentos (Negroni, 2004; Irigoyen et al., 2012).

Las cerdas de los cepillos dentales pueden ser naturales, como las hechas de pelos de cerdo o de jabalí, o sintéticas, generalmente fabricadas con nylon. En la actualidad, se recomienda el uso de cepillos con cerdas sintéticas, preferiblemente con un grado de dureza medio o blando. Existe una amplia variedad de cepillos dentales, y es fundamental seleccionar el que mejor se adapte a las necesidades específicas de cada paciente:

- Cepillo convencional: Este tipo de cepillo cuenta con 3 o 4 filas de cerdas y es el más comúnmente utilizado.

- Cepillo periodontal: También conocido como cepillo sulcular o crevicular, tiene dos filas de cerdas y se emplea en casos de inflamación gingival y en surcos periodontales profundos. Además, es recomendable para niños o jóvenes que usan ortodoncia fija.

- Cepillo eléctrico: Este tipo de cepillo ofrece tres tipos de movimientos: horizontal alternado, vertical arqueado o vibratorio. Es particularmente útil para personas con discapacidades físicas o mentales debido a la simplicidad de su uso, ya sea por el propio paciente o por la persona que lo asista.

- Cepillos interproximales: Consisten en un pequeño penacho de cerdas diseñado para limpiar los espacios interdentes.

La duración del cepillado dental es un aspecto que debe recibir mayor atención en la formación sobre salud oral, para asegurar su eficacia (Mourinho et al., 2013).

De acuerdo con la Asociación Dental Americana (ADA), el cepillo dental infantil es el más adecuado para los pueriles en edad escolar y preescolar. Además, la ADA recomienda que la cantidad de pasta dental utilizada durante el cepillado no sea mayor al tamaño de un chicharro (Damle et al., 2014).

Una higiene bucal inadecuada es un factor predictor de enfermedad periodontal, incrementando el riesgo entre dos a cinco veces en comparación con individuos que mantienen

una buena higiene bucal (Lertpimonchai et al., 2017). Los programas preventivos de salud bucal han sido relegados a iniciativas aisladas en comparación con los de salud general. Sin embargo, promover costumbres saludables desde edades tempranas puede ser una medida costo-efectiva, considerando que los padecimientos bucales en estadios avanzados representan el cuarto problema de salud más costoso de tratar (Listl et al., 2015; Petersen, 2003).

2.1.3 Índices de salud oral

Los índ. de salud oral (SO) son herramientas que buscan cuantificar de manera objetiva o subjetiva diversos fenómenos colectivos relacionados con la salud oral. Estas medidas permiten respaldar acciones, así como evaluar logros y metas alcanzadas (Curnow et al., 2010). De acuerdo con la OMS, los índices son "variables usados para medir los cambios en la salud oral" (OMS, 2016).

El índ. ceo-d fue desarrollado por Allen Gruebbel en 1944 como complemento del índ. CPO, que registra los dientes cariados, perdidos y obturados en la población adulta. Al crearlo, y para evitar confusión con las letras del CPO, propuso una nueva simbología específica para la población infantil (Gruebbel, 1994). Este índice codifica, mediante un proceso sistemático, los dientes deciduos que presentan lesiones de CD, clasificándolos como cariados, extraídos u obturados. Además, cuantifica la experiencia de la caries y determina el nivel de severidad según los siguientes intervalos: ceo-d (0 – 1,2) = muy bajo, (1,3 – 2,6) = bajo, (2,7 – 4,4) = moderado, (4,5 - 6,5) = alto y (>6,5) = muy alto (Duarte, 2012; World Health Organization, 2013).

El dolor es un factor frecuentemente reportado que afecta el rendimiento laboral, provoca frustración, estrés y ansiedad en adultos. En los niños, las consecuencias pueden ser aún más graves, generando depresión, aislamiento, ausentismo escolar, falta de concentración,

insomnio y cambios en el comportamiento (Duarte, 2012; OMS, 2004). Estas alteraciones vinculan la CD (CD) con otros problemas tanto orales como generales.

En los niños, las consecuencias de la caries pueden manifestarse en varios niveles: funcional (pérdida dental/dolor), estético (afectación en la sonrisa), psicológico (baja autoestima), entre otros. Estos impactos pueden repercutir negativamente en su entorno familiar, generando estrés, y en su desempeño escolar, causando ausentismo, lo que a su vez afecta negativamente su calidad de vida relacionada con la salud oral (Rocha et al., 2019).

La calidad de vida (CV) se define como un estado de satisfacción física y psicosocial, y no solo como la ausencia de padecimientos (Barnetche y Cornejo, 2016). Es un concepto multidimensional, multifactorial y evolutivo, que depende del contexto en el que se encuentra el individuo y de su percepción, la cual es subjetiva y única. Por lo tanto, la calidad de vida puede variar en cada ámbito de la vida de una persona y a lo largo del tiempo (Porto y Diaz, 2017). La calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) es conceptualizada por la OMS como la ausencia de dolor en la boca y cara, de cáncer oral y/o de orofaringe, de infecciones, heridas bucales, enfermedades periodontales, CD, pérdida de dientes, entre otros trastornos y síndromes (Duarte, 2012; OMS, 2018).

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

Transversal, prospectivo, descriptivo y observacional.

3.2 Ámbito temporal y espacial

La realización de este trabajo investigativo fue ejecutada en el periodo del año 2023 y concretamente en la IEP Santa Mónica.

3.3 Variables

Variable independiente: Hábitos de higiene bucal

Variable dependiente: Caries Dental

Variable Interviniente: Sexo, edad

3.3.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Variable Dependiente: Caries Dental	Existencia de 1 ó más órganos dentales (cariados o sanos), perdidos (por CD), u obturados en la dentición decidua. Además consideramos las manchas blancas como afectación cariosa	Dientes temporales	ceo-d de Gruebbel	Intervalo

			-Realiza	
			higiene bucal	
			del niño	
			-frecuencia de	
Variable	Es la limpieza de		higiene bucal	
Independiente:	forma habitual y	Infantes de 6 a 36	-implementos	Nominal
Hábitos de higiene	meticuloso desde	meses	de higiene	
bucal	temprana edad para		bucal que usa.	
	evitar la aparición de		-Realiza la	
	CD y otros		limpieza bucal	
	padecimientos		nocturna	
	periodontales			
			Meses:	
			-6 a 12 meses	
Variable			-13 a 18 meses	
Interviniente:	Periodo desde el	Infantes de 6 a 36	-19 a 24meses	Razón/
Edad	nacimiento del sujeto	meses	-25 a 30 meses	Continua
			-30 a 36 meses	
	Son los características			Nominal
	sexuales de los			1=Femeni
Sexo	pueriles, anotados	Pueriles de 6 a 36	Género	no
	como femenino y	meses		2=
	masculino			Masculino

3.4 Población y muestra

Población: La totalidad del alumnado de la IEP Santa Mónica, 2023.

Tipo de población: Por ser alumnos de género masculino y femenino, además de diversas edades se clasifica en heterogénea.

Muestra: Preescolares de la IEP Santa Mónica

Tipo de muestra: Por conveniencia de acuerdo con criterios de selección es no probabilístico.

Tamaño de muestreo: 30 alumnos.

3.5 Instrumentos

Consentimiento informado, ficha de recolección de datos, observación clínica.

3.6 Procedimientos

Se presentará un archivo (carta de presentación respaldado por la FO) destinado a la directora Madeleine Barrantes Soplopucó.

Tras la aprobación de la solicitud para la ejecución del trabajo investigativo se realizará las disposiciones con la IEP Santa Mónica para trazar el día y horarios en la cual se podrá elaborar la recopilación de los datos necesitados.

Para la recopilación de la información, se argüirá a los progenitores o apoderado legal que vive con el pueril, la envergadura del trabajo investigativo y se le requerirá su asentimiento.

El pariente que esté con el niño deberá responder una encuesta que consta de 10 preguntas en su mayoría cerradas, con el propósito de identificar los hábitos dietéticos y hábitos de higiene bucal en los niños.

Para la evaluación directa, el pueril se deberá sentar en las piernas del progenitor y la cabeza deberá ser reclinada en las piernas del bachiller.

En primer lugar, se hará un secado en las superficies dentales para optimizar la visibilidad y facilitar el diagnóstico.

El origen de luz usada para el examen clínica será de carácter artificial, la observación intraoral se hará visualmente con el apoyo de un explorador y el espejo bucal.

La observación intraoral será efectuada por solo un evaluador y la data resultante del diagnóstico de CD de los pueriles se anotará en una ficha de odontograma según las pautas y criterios dictaminados por la OMS.

3.7 Análisis de datos

Posterior a la obtención de la data, se procesarán en el software Excel usando un procesador de tipo Intel Core i5 y el software estadístico SPSS v 25,0. Se empleará tanto estadística descriptiva como inferencial, usando pruebas no paramétricas. Los resultados obtenidos serán presentados en forma de figuras y tablas.

3.8 Consideraciones éticas

Este trabajo investigativo tiene la conformidad y permiso de la oficina de grados y títulos de la FO de la UNFV con la meta de impedir similitudes, adicionalmente se elaboró bajo las consideraciones éticas declaradas en la Declaración de Helsinki, preservando el anonimato de los investigados y el material humano, respetando la propiedad intelectual de las diversas herramientas usadas de imagen, libros, etc., además con carta de aprobación del IEP Santa Mónica.

IV. RESULTADOS

Este estudio se realizó en 30 preescolares de la IEP Santa Mónica, San Juan de Lurigancho-Lima. El objetivo del estudio fue determinar los hábitos de higiene bucal y la CD en preescolares. Los hallazgos de este estudio presentan en figuras y tablas.

Tabla 1

Severidad de caries y edad cronológica en preescolares de IEP Santa Mónica

		n	%	% acumulado
Severidad de caries	muy bajo	12	40,0	40,0
	Bajo	3	10,0	50,0
	Moderado	7	23,3	73,3
	Alto	3	10,0	83,3
	muy alto	5	16,7	100,0
Edad cronológica	3 años	8	26,7	26,7
	4 años	11	36,7	63,3
	5 años	11	36,7	100,0

Nota. Se observa que los preescolares evaluados presentan severidad de caries muy bajo (40,0%) seguido de moderado (23,3%) y muy alto (16,7%). En edad cronológica mayoritariamente se encuentra distribuido en 4 y 5 años (36,7% c/grupo).

Figura 1

Severidad de caries y edad cronológica en preescolares de IEP Santa Mónica

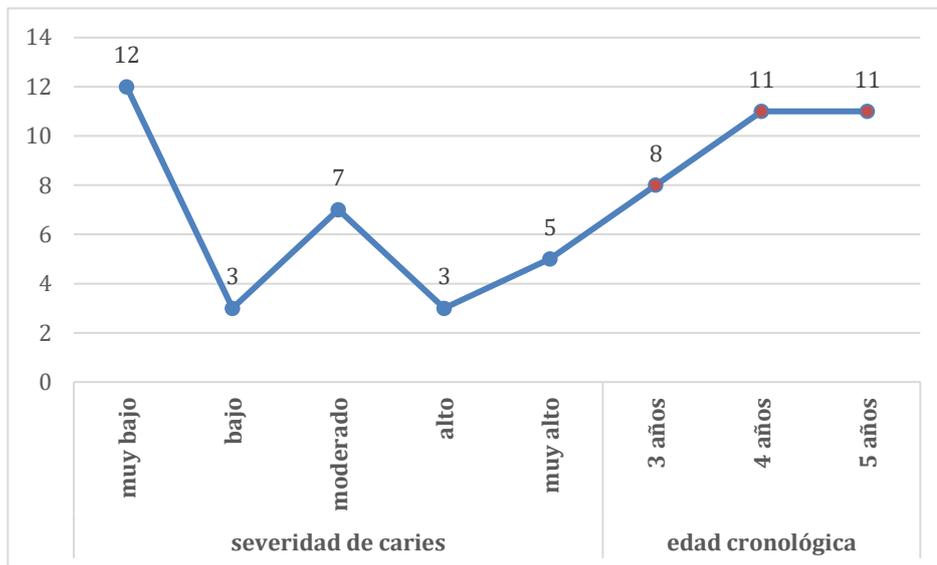


Tabla 2

Hábitos higiene bucal según grupo etario en preescolares de IEP Santa Mónica

Hábitos Higiene Bucal	Grupos			*sig.	
	3 años	4 años	5 años		
¿Realiza la higiene de los dientes de su niño?	si n (%)	5 (16,7%)	9 (30,0%)	6 (20,0%)	,382
	a veces n (%)	3 (10,0%)	2 (6,7%)	5 (16,7%)	
¿Con que realiza la higiene de los dientes de su niño?	cepillo n (%)	8 (26,7%)	11 (36,7%)	11 (36,7%)	
¿Cuántas veces al día cepilla los dientes a su niño?	uno n (%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)	,983
	dos n (%)	4 (13,3%)	5 (16,7%)	6 (20,0%)	
	tres n (%)	3 (10,0%)	4 (13,3%)	3 (10,0%)	
¿Cepilla los dientes de su niño antes de dormir en la noche?	si n (%)	6 (20,0%)	9 (30,0%)	9 (30,0%)	,805
	no n (%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	
	a veces n (%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	

Nota. En la tabla 2, podemos apreciar que los padres realizan el aseo de los dientes de su niño frecuentemente cuando tienen 4 años (30,0%), con cepillo dental (36,7%). A la edad de 5 años le cepilla los dientes 2 veces al día (20,0%) y, lo hacen antes de dormir cuando tienen 4 y 5 años (30,0% c/grupo). Pero, no tiene significancia estadística ($p>0,005$).

Figura 2

Hábitos higiene bucal según grupo etario en preescolares de IEP Santa Mónica

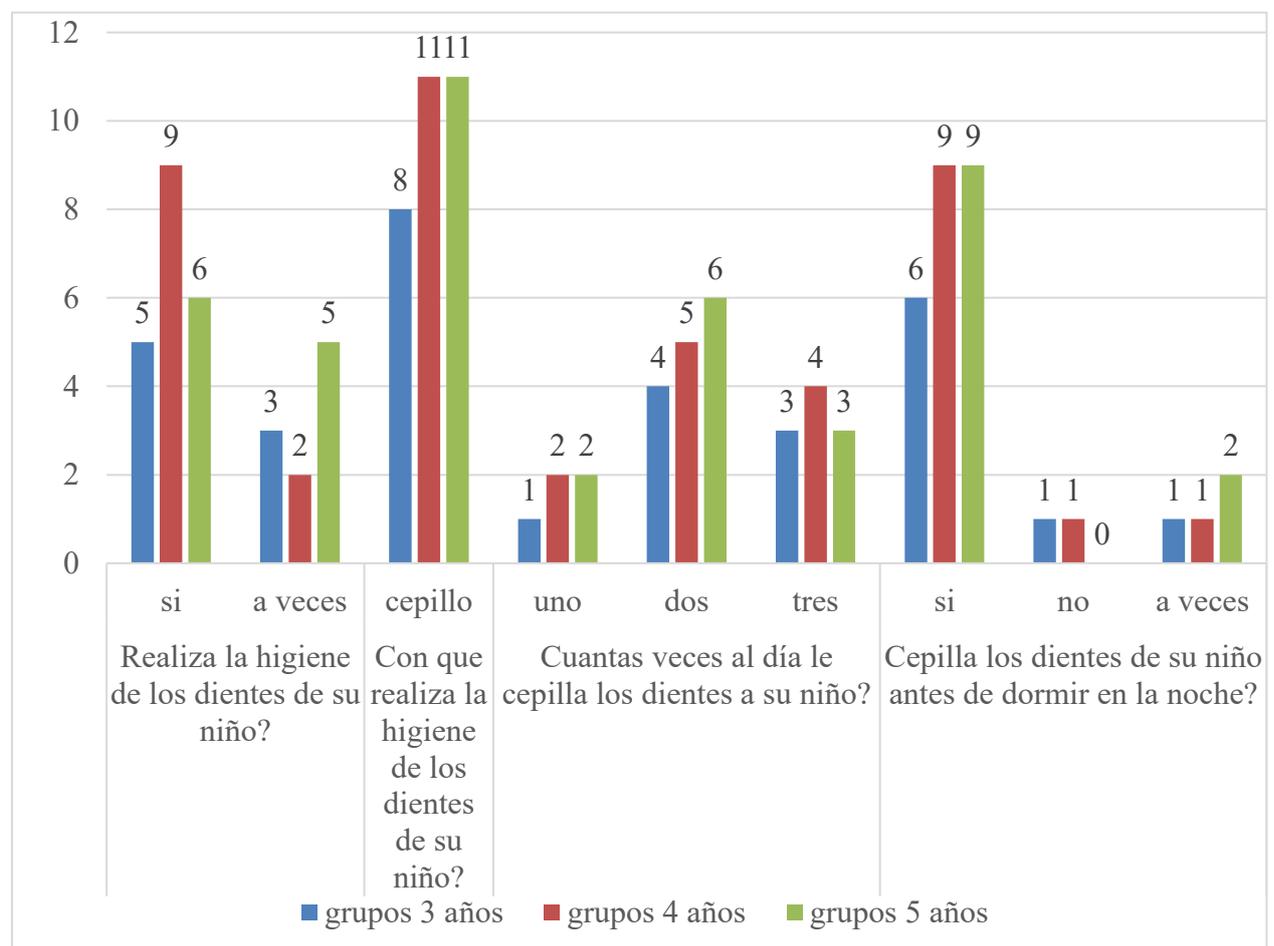


Tabla 3

Hábitos dietéticos sobre ingesta de azúcar y severidad de CD en grupos de preescolares

Hábitos dietéticos		Grupos		Severidad caries					*sig
				muy bajo	Bajo	moderado	alto	muy alto	
Su niño come azúcares en los alimentos	3 años	si	n (%)	4 (50,0%)	1(12,5%)	2 (25,0%)			,710
		no	n (%)	1(12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)			
¿Cuántas veces por día come azúcares en los alimentos	4 años	si	n (%)	4 (36,4%)		1 (9,1%)	1(9,1%)	2(18,2%)	,588
		no	n (%)	1 (9,1%)		1 (9,1%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	
diarios?	5 años	si	n (%)	2 (18,2%)	2(18,2%)	3 (27,3%)	1(9,1%)	3(27,3%)	
		no	n (%)	3 (37,5%)	1(12,5%)	0 (0,0%)			
¿Cuántas veces por día come azúcares en los alimentos	3 años	1	n (%)	2 (25,0%)	0 (0,0%)	1 (12,5%)			,281
		2	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (12,5%)			
diarios?	4 años	1	n (%)	2 (18,2%)		0 (0,0%)	1(9,1%)	1(9,1%)	,408
		2	n (%)	1 (9,1%)		2 (18,2%)	0(0,0%)	1(9,1%)	
diarios?	5 años	2	n (%)	2 (18,2%)		0 (0,0%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	,575
		3	n (%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0(0,0%)	1 (9,1%)	
		3	n (%)	1 (9,1%)	2(18,2%)	3 (27,3%)	1(9,1%)	1 (9,1%)	
		3	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0(0,0%)	1 (9,1%)	

Nota. En la tabla 3, observamos que cuando consumen azúcares en los alimentos diarios, los preescolares de 3 años presentan caries de muy bajo a moderado; 4 y 5 años presentan caries muy alto. Y, cuando consumen de uno a tres veces por día los preescolares de 3 años presentan caries moderada y, los de 4 y 5 años presentan caries muy alto. No representando significancia estadística ($p > 0,005$).

Figura 3

Hábitos dietéticos sobre consumo de azúcares y severidad de caries en grupos de preescolares

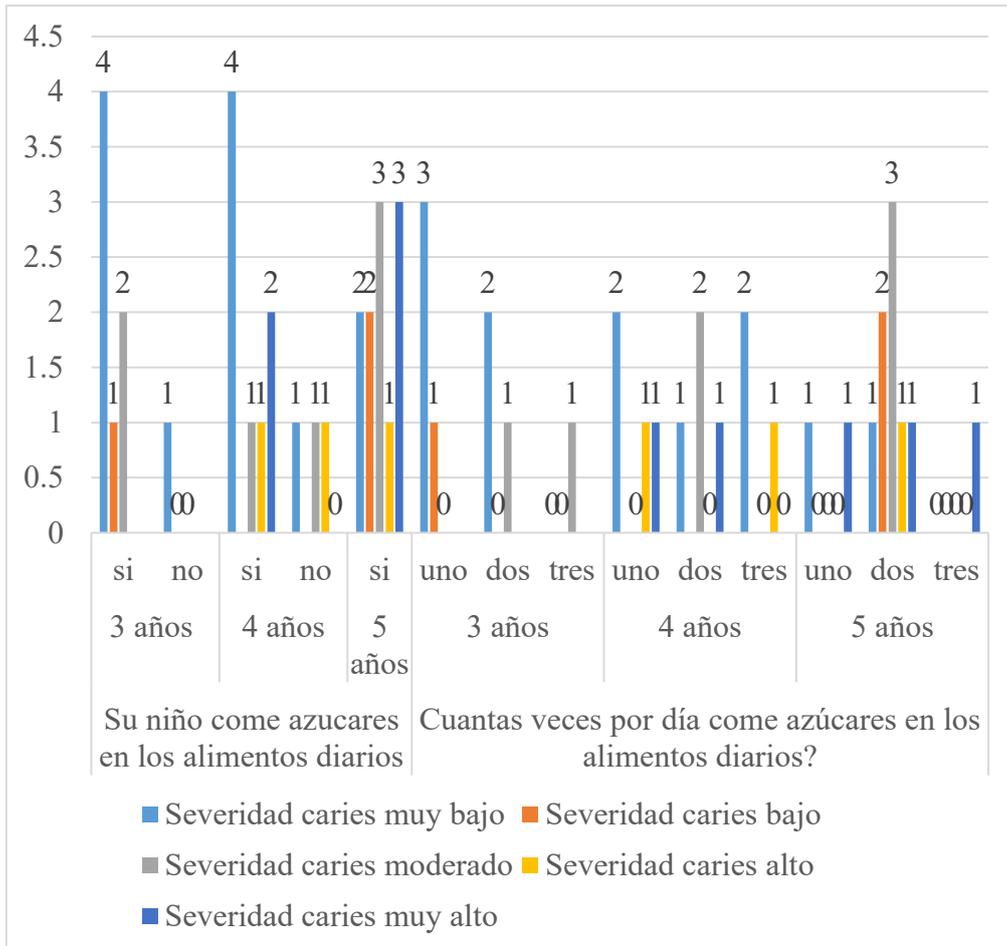


Tabla 4

Hábitos dietéticos sobre ingesta de bebidas azucaradas y severidad de caries en grupos de preescolares

Hábitos dietéticos Grupos				Severidad caries					*sig.		
				muy bajo	bajo	moderado	alto	muy alto			
Ingesta de bebidas azucaradas	3 años	ninguno	n (%)	0 (0,0%)	1(12,5%)	1(12,5%)			,446		
		1 vez	n (%)	1(12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)					
	4 años	2veces	n (%)	3(37,5%)	0 (0,0%)	1(12,5%)					
		3veces	n (%)	1(12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)					
	5 años	1 vez	n (%)	2(18,2%)		1(9,1%)	1(9,1%)	1(9,1%)		,991	
		2veces	n (%)	3(27,3%)		1(9,1%)	1(9,1%)	1(9,1%)			
	Ingesta de3 bebidas azucaradas	4 años	ninguno	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		1(9,1%)	,789
			1 vez	n (%)	1(9,1%)	1(9,1%)	2(18,2%)	1(9,1%)		1(9,1%)	
		5 años	2veces	n (%)	1(9,1%)	1(9,1%)	1(9,1%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	
			más	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		1(9,1%)	
Jugo natural	3 años	ninguno	n (%)	1(12,5%)	0 (0,0%)	1(12,5%)			,525		
		1 vez	n (%)	3(37,5%)	1(12,5%)	0 (0,0%)					
	4 años	2veces	n (%)	1(12,5%)	0 (0,0%)	1(12,5%)					
		ninguno	n (%)	0 (0,0%)		1(9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)			
	5 años	1 vez	n (%)	4(36,4%)		1(9,1%)	2(18,2)	2(18,2)		,411	
		2veces	n (%)	1(9,1%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)			
5 años	ninguno	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	,041			

	años	1 vez	n (%)	2(18,2%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	2(18,2%)	
		2 veces	n (%)	0 (0,0%)	2(18,2%)	2(18,2%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	
	3	ninguno	n (%)	2(25,0%)	1(12,5%)	0 (0,0%)			
	años	1 vez	n (%)	2(25,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)			,209
		2 veces	n (%)	1(12,5%)	0 (0,0%)	2(25,0%)			
Ingesta de	4	ninguno	n (%)	1(9,1%)		1(9,1%)	1(9,1%)	2(18,2%)	,139
bebidas	años	1 vez	n (%)	4(36,4%)		1(9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
azucarad		2 veces	n (%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	
as	5	ninguno	n (%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	,135
Jugo	años	1 vez	n (%)	1(9,1%)	2(18,2%)	3(27,3%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	
artificial		2 veces	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	
		3 veces	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	0(0,0%)	

Nota. En la tabla 4, observamos que los preescolares que ingieren bebidas azucaradas en leche y jugo artificial presentan caries de muy bajo a muy alto, pero sin significancia estadística ($p > 0,005$). Sin embargo, los preescolares de 5 años que ingieren bebidas azucaradas en jugo natural uno o 2 veces presentan caries de muy bajo a bajo ($p = 0,041$), siendo estadísticamente significativo.

Figura 4

Hábitos dietéticos sobre ingesta de bebidas azucaradas y severidad de caries en grupos de preescolares

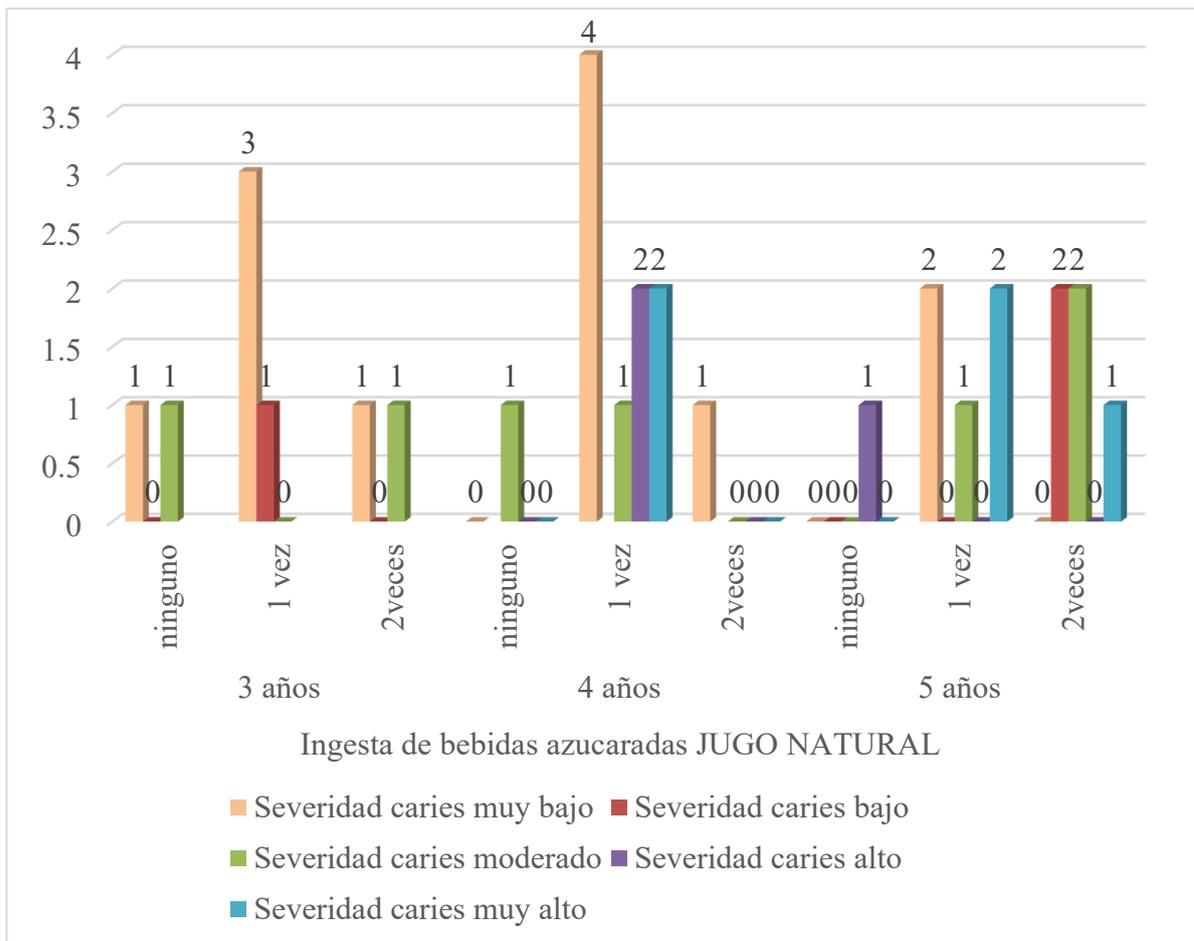


Tabla 5

Hábitos dietéticos sobre dulces varios, tipo de lactancia materna y severidad de caries en grupos de preescolares

Hábitos dietéticos				Severidad caries					*sig
				muy bajo	bajo	moderado	alto	muy alto	
3 años	Su niño hace consumo de	Dulces caseros	n (%)	0 (0,0%)	1(12,5%)	0 (0,0%)			,089
		Chocolates	n (%)	3(37,5%)	0 (0,0%)	1(12,5%)			
		galletas	n (%)	2(25,0%)	0 (0,0%)	1(12,5%)			
4 años	Su niño hace consumo de	Chocolates	n (%)	2(18,2%)		0 (0,0%)	1(9,1%)	1(9,1%)	,684
		galletas	n (%)	3(27,3%)		2(18,2%)	1(9,1%)	1(9,1%)	
		Dulces caseros	n (%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
5 años	Su niño hace consumo de	Chocolates	n (%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	2(18,2%)	1(9,1%)	1(9,1%)	,299
		galletas	n (%)	0 (0,0%)	2(18,2%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	2(18,2%)	
		Ninguno	n (%)	5(62,5%)	1(12,5%)	2(25,0%)			
3 años	Su niño se alimenta con	Ninguno	n (%)	5(62,5%)	1(12,5%)	2(25,0%)			--

lactancia	4	Ninguno	n (%)	5(45,5%)		1(9,1%)	2(18,2%)	2(18,2%)	
materna	años	una vez	n (%)	0 (0,0%)		1(9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	,175
diurna	5	Ninguno	n (%)	2(18,2%)	2(18,2%)	3(27,3%)	1(9,1%)	3(27,3%)	--
	años								
Su niño se3		Ninguno	n (%)	5(62,5%)	1(12,5%)	2(25,0%)			--
alimenta	con años								
lactancia	4	Ninguno	n (%)	5(45,5%)		2(18,2%)	2(18,2%)	1(9,1%)	
materna	años	una vez	n (%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	,175
nocturna	5	Ninguno	n (%)	2(18,2%)	2(18,2%)	3(27,3%)	1(9,1%)	3(27,3%)	--
	años								

Nota. Los preescolares que consumen dulces caseros tienen caries de muy bajo a bajo, pero no tiene significancia estadística ($p > 0,005$). Y, los que se hayan alimentado con leche materna diurna o nocturna tienen CD de muy bajo a muy alto, no siendo estadísticamente significativo ($p > 0,005$).

Figura 5

Hábitos dietéticos sobre dulces varios, tipo de lactancia materna y severidad de caries en grupos de preescolares

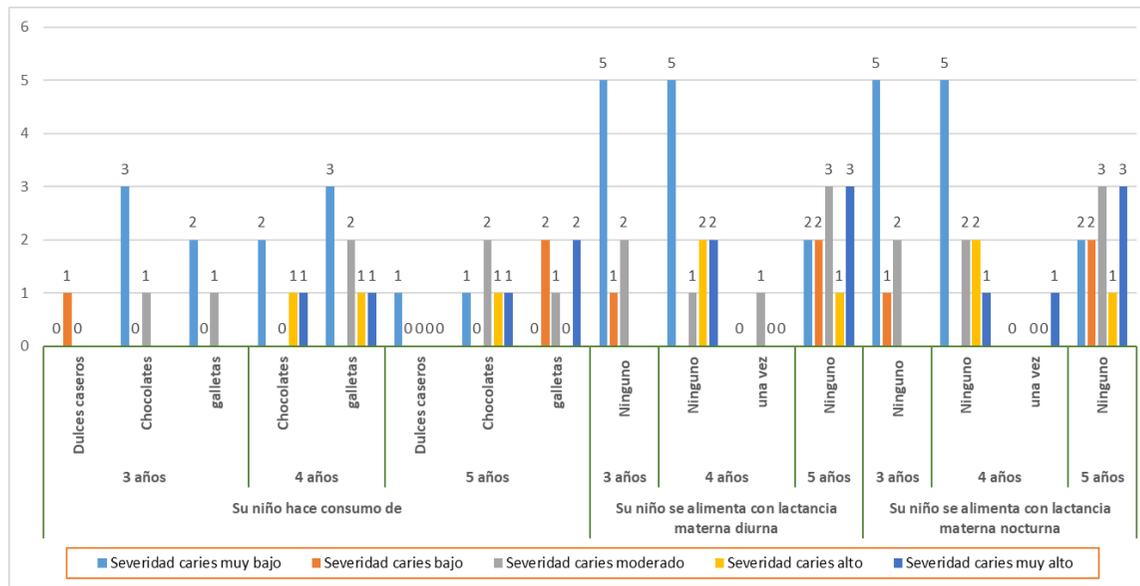


Tabla 6*Hábitos dietéticos sobre tipo de alimentación con biberón y severidad de caries en grupos de preescolares*

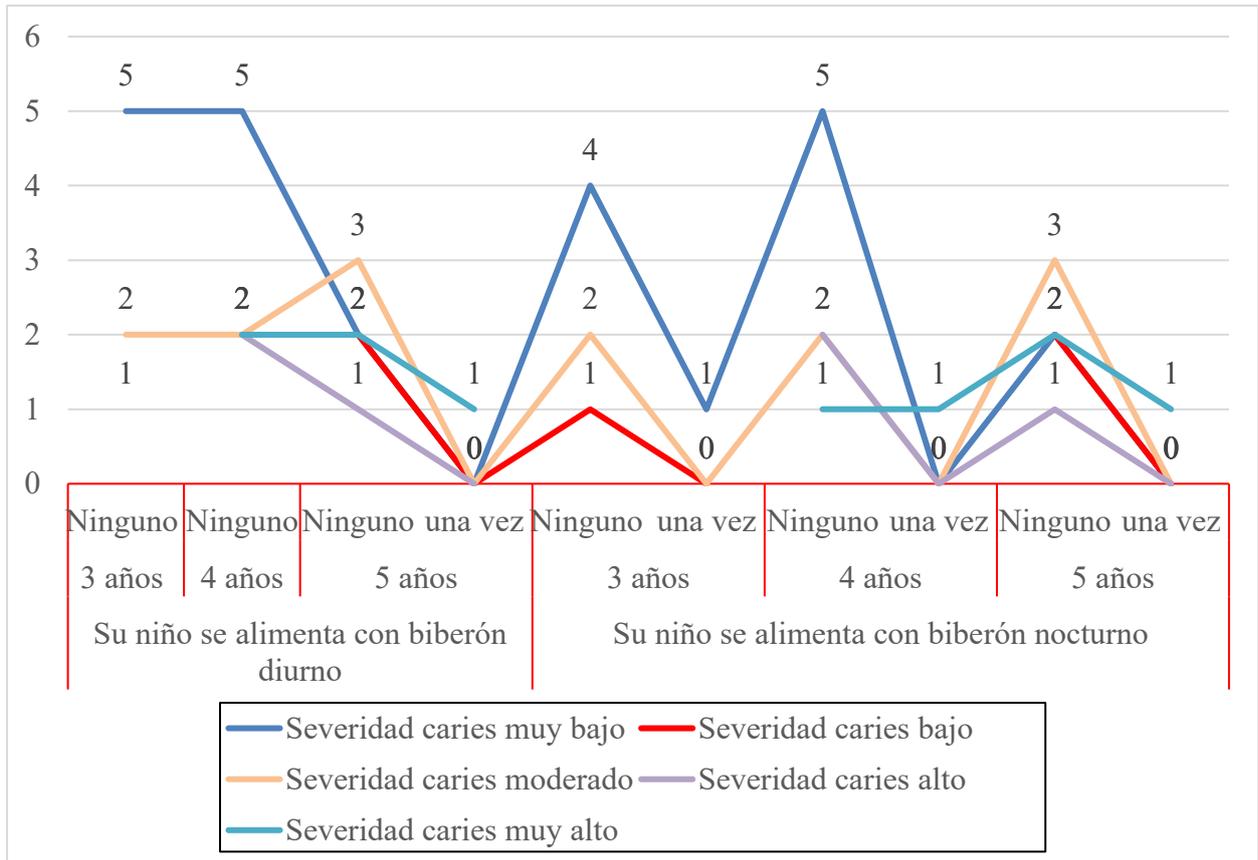
Hábitos dietéticos	Grupos	Severidad caries			*sig.			
		muy bajo	bajo	moderado alto		muy alto		
Su niño se alimenta con biberón diurno	3 años Ninguno	n (%)	5(62,5%)	1(12,5%)	2(25,0%)	--		
	4 años Ninguno	n (%)	5(45,5%)		2(18,2%)	2(18,2%)	2(18,2%)	--
	5 años Ninguno	n (%)	2(18,2%)	2(18,2%)	3(27,3%)	1(9,1%)	2(18,2%)	,569
	una vez	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	
	Su niño se alimenta con biberón nocturno	3 años Ninguno	n (%)	4(50,0%)	1(12,5%)	2(25,0%)		,710
		una vez	n (%)	1(12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
4 años Ninguno		n (%)	5(45,5%)		2(18,2%)	2(18,2%)	1(9,1%)	,175
una vez		n (%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	
5 años Ninguno		n (%)	2(18,2%)	2(18,2%)	3(27,3%)	1(9,1%)	2(18,2%)	,569
una vez		n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	

	Ninguno	n (%)	4(50,0%)	0 (0,0%)	2 (25,0%)				
3 años	Para dormir	n (%)	1(12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	,074			
	No usa biberón	n (%)	0 (0,0%)	1(12,5%)	0 (0,0%)				
	Ninguno	n (%)	3(27,3%)	2(18,2%)	0 (0,0%)	1(9,1%)			
Si su niño toma biberón mientras duerme, cuándo lo hace	4 años	Para dormir	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	,121	
	No usa biberón	n (%)	2(18,2%)	0 (0,0%)	2(18,2%)	0 (0,0%)			
	Ninguno	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3(27,3%)	0 (0,0%)	1(9,1%)		
	5 años	Para dormir	n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	,534
	No usa biberón	n (%)	1(9,1%)	1(9,1%)	0 (0,0%)	1(9,1%)	1(9,1%)		

Nota. Observamos que los preescolares de 3 años que se alimentan con biberón diurno o nocturno y si lo hacen mientras duermen presentan caries de muy bajo a moderado en relación a los pueriles de 4 y 5 años, pero sin significancia estadística ($p > 0,005$).

Figura 6

Hábitos dietéticos sobre tipo de alimentación con biberón y severidad de caries en grupos de preescolares



V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio de Cubero et al. (2019) revela que el 46% de los niños de primer grado, el 40,5% de segundo y el 77,3% de tercero presentan caries en dientes temporales, y un 20,8% de los niños de tercer grado tienen caries en dientes permanentes. Estas cifras son notablemente superiores a las obtenidas en nuestro estudio, donde el 40,0% de los preescolares presenta una severidad de caries muy baja, el 23,3% una severidad moderada y el 16,7% una severidad muy alta. A pesar de estas diferencias, ambos estudios coinciden en la necesidad imperante de mejorar los hábitos de higiene bucal y alimentación en los niños.

En nuestra investigación, se observó que el 30,0% de los padres realizan el aseo bucal de los pueriles de 4 años, empleando principalmente el cepillo dental (36,7%). Además, se identificó una relación entre el consumo de azúcares y la severidad de la caries, destacando que el 27,3% de los niños de 5 años que consumen jugo artificial dos veces al día presentan caries de severidad muy alta. De manera interesante, se encontró una relación significativa entre el consumo de jugo natural una o dos veces al día en niños de 5 años y la severidad de la caries ($p=0,041$).

Ambos estudios subrayan la importancia de abordar la CD en la infancia mediante la mejora de los hábitos de higiene y alimentación. Mientras que el estudio de Cubero et al. (2019) resalta la alta prevalencia de caries en su área de estudio, nuestro estudio detalla la correlación específica entre los hábitos alimenticios y la severidad de la caries en preescolares.

El estudio realizado por Morales y Gómez (2019) en Perú reveló una alta prevalencia de CD en preescolares, con un índ. ceo-d de $9,58 \pm 3,45$, clasificado como de severidad muy alta. Este hallazgo contrasta notablemente con los resultados obtenidos en nuestro estudio, donde se observó que el 40,0% de los preescolares presenta una severidad de caries muy baja, el 23,3% una severidad moderada y el 16,7% una severidad muy alta. Mientras que Morales y

Gómez (2019) documentaron una constante de CD que asciende al 98,84%, en nuestra investigación esta frecuencia es considerablemente menor, lo que sugiere una distribución más equilibrada de la severidad de la caries en la muestra estudiada. Además, Morales y Gómez subrayaron una alteración nociva en el bienestar vinculado con la salud bucal. Por el contrario, nuestros resultados muestran que el 30,0% de los padres se encargan del aseo bucal de los pueriles de 4 años de edad, utilizando principalmente el cepillo dental (36,7%). Asimismo, identificamos una relación significativa entre el consumo de jugo natural una o dos veces al día en niños de 5 años y la severidad de la caries ($p=0,041$), aspecto que no fue abordado en el estudio de Morales y Gómez. En resumen, aunque ambos estudios destacan la vinculación entre la CD y el bienestar en preescolares, existen diferencias notables en los índices de caries y en las prácticas de higiene y alimentación observadas entre los preescolares de la institución peruana y los de nuestra muestra.

Por otro lado, el estudio de Huamaní y Saavedra (2019) en Perú se enfocó en los saberes y costumbres de HO en pueriles de nueve a once años. Estos investigadores encontraron que el 42% de los estudiantes posee conocimientos altos, el 32% conocimientos bajos y el 26% conocimientos medios. En nuestro estudio con preescolares, observamos una distribución diferente, donde el 40,0% presenta una severidad de caries muy baja, el 23,3% moderada y el 16,7% muy alta. En cuanto a los hábitos de HO, Huamaní y Saavedra reportaron que el 45% de los estudiantes tiene hábitos regulares, el 34% buenos y el 21% malos. En comparación, en nuestra muestra de preescolares, se observó que el 30,0% de los padres se encargan del aseo oral de los pueriles de 4 años, utilizando principalmente el cepillo dental (36,7%). Aunque ambos estudios abordan la importancia de la HO en diferentes grupos de edad, existen diferencias significativas en los hallazgos y enfoques de cada investigación. Mientras Huamaní

y Saavedra se centraron en los conocimientos y hábitos de niños mayores, nuestro estudio se enfocó en la prevalencia de caries y los factores asociados en preescolares.

El estudio realizado por Du et al. (2018) en Alemania se centró en identificar los factores asociados con las caries en pueriles de tres a cinco años. Los hallazgos revelaron una alta incidencia de CD, con un 50,8% en los niños de 3 años, 63,6% en los de 4 años, y 71,9% en los de 5 años. Estos resultados contrastan con los obtenidos en nuestro estudio, donde se observó que el 40,0% de los preescolares presenta una severidad de caries muy baja, el 23,3% una severidad moderada, y el 16,7% una severidad muy alta. Además, Du et al. reportaron valores de dmft (índice de dientes cariados, perdidos y obturados en dientes temporales) más elevados (2,28 a los 3 años, 3,40 a los 4 años, y 4,24 a los 5 años) en comparación con los valores registrados en nuestro estudio. Du et al. concluyeron que los niños con una dieta mixta tenían una mayor probabilidad de estar libres de caries, mientras que aquellos que consumían postres antes de dormir estaban asociados con una mayor probabilidad de desarrollar caries. En contraste, en nuestro estudio se observó que el 30,0% de los padres realiza el aseo oral de sus pueriles de 4 años, utilizando principalmente el cepillo dental (36,7%), y se identificó una relación significativa entre el consumo de jugo natural una o dos veces al día en niños de 5 años y la severidad de la caries ($p=0,041$). Estas diferencias evidencian variaciones en los factores asociados y en las prácticas de higiene y alimentación entre los preescolares en Alemania y los de nuestra muestra.

Por otro lado, el estudio de Borda (2014) en Perú se centró en determinar el riesgo de CD en pueriles de 5 a 12 años. Los resultados mostraron un riesgo bajo en el 9,3% de los casos, moderado en el 28,5% y alto en el 62,2%. Esta distribución difiere de la observada en nuestro estudio, donde el 40,0% de los preescolares presenta una severidad de caries muy baja, el 23,3% una severidad moderada, y el 16,7% una severidad muy alta. Además, Borda identificó

que la estabilidad en el hogar, la experiencia previa de caries, la dieta cariogénica, las lesiones cariosas cavitadas, las superficies retentivas y el índice de HO estaban significativamente asociados con el riesgo de caries, mientras que las condiciones socioeconómicas no mostraron una asociación significativa. Esta relación entre factores es diferente a la observada en nuestro estudio, donde se encontró que los preescolares que consumen jugo natural una o dos veces al día presentan caries de severidad muy baja a baja ($p=0,041$), lo que sugiere una influencia de la dieta en la CD en esta población. Aunque no se evaluó la estabilidad en el hogar en nuestra investigación, se observó que el 34% de los preescolares presenta buenos hábitos de HO, lo que podría influir en la aparición de caries. Estas diferencias sugieren variaciones en los factores de riesgo y en la prevalencia de caries entre los pueriles de tres a cinco años y los de 5 a 12 años en Perú.

El estudio realizado por Corrêa-Faria et al. (2016) en Brasil se centró en estimar la incidencia de CD en los pueriles de 1 a 5 años durante un período de dos años. Los resultados mostraron que la incidencia global de CD fue del 46,6%, con una mayor incidencia en niños con experiencia previa de caries (61,1%). Estos hallazgos contrastan con los obtenidos en nuestro estudio, donde se observó una frecuencia de CD del 98,84% en preescolares de 3 a 5 años, con un índ. ceo-d de $9,58\pm 3,45$, lo que indica un nivel de severidad muy alto. Además, el estudio de Corrêa-Faria et al. reveló que la mayoría de los niños (72,6%) no recibió tratamiento para las lesiones cariosas durante los dos años del estudio, mientras que en nuestra investigación se encontró que el 83,16% de los preescolares presentaba CD no tratada, con un índice pufa de $7,65\pm 4,97$. Estas diferencias destacan una brecha significativa en la atención odontológica entre las poblaciones estudiadas. No obstante, ambos estudios coinciden en señalar que la experiencia previa de CD es un factor de riesgo importante para el desarrollo de nuevas lesiones, aunque en el estudio de Corrêa-Faria et al. esta asociación fue más

pronunciada (RR: 1,52, IC 95%: 1,12-2,05) que, en nuestros resultados, donde se observó una correlación directa positiva moderada significativa ($p=0,000$). Las discrepancias observadas podrían atribuirse a las diferencias en las poblaciones y en las condiciones de salud bucal entre Brasil y Perú.

Por su parte, el estudio de Molina-Frechero et al. (2015) en México se enfocó en determinar la prevalencia de CD en preescolares de una zona marginada del Estado de México y su relación con la HO. Los investigadores encontraron que el 69,5% de los pueriles presentaban CD, con un índice cpod de $3,52 \pm 3,7$ y un índice SIC de $8,95 \pm 0,39$. Este hallazgo contrasta con nuestros resultados, donde la frecuencia de CD fue del 98,84% en preescolares de 3 a 5 años, con un índ. ceo-d de $9,58 \pm 3,45$, lo que indica un nivel de severidad muy alto. Sin embargo, ambos estudios coinciden en que la HO está fuertemente vinculado con la presencia de CD. Molina-Frechero et al. encontraron un 98,2% de los pueriles con CD presentaban una deficiente HO, mientras que, en nuestro estudio, el ECOHIS mostró un promedio de $23,41 \pm 11,82$ en preescolares, reflejando un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con su salud bucal, lo que sugiere problemas similares de higiene bucal. Ambos estudios subrayan la necesidad de implementar programas preventivos desde las etapas tempranas de la vida para abordar la CD y la mala HO en preescolares, especialmente en áreas marginadas o con deprivación social.

Por otro lado, el estudio realizado por Tovar (2015) en Perú se enfocó en determinar la prevalencia de CAT en pueriles de 3 a 5 años y 11 meses de edad, así como su asociación con factores predisponentes. Los hallazgos revelaron una predominancia de CAT del 67,33%, con una distribución similar entre géneros. En contraste, nuestro estudio reveló una frecuencia de CD del 98,84% en preescolares de 3 a 5 años, con un índ. ceo-d de $9,58 \pm 3,45$, lo que indica un nivel de severidad muy alto. Aunque ambos estudios destacan la relación entre la caries y

factores como la edad y la frecuencia de consumo de azúcares, existen diferencias en los hallazgos. Tovar identificó una mayor predominancia de CAT en pueriles de 4 años, mientras que en nuestro estudio no se observó una asociación significativa entre la edad y la caries. No obstante, ambos estudios coinciden en la importancia de la HO, ya que Tovar encontró una asociación estadísticamente significativa entre la CAT y el índ. de placa blanda, lo que sugiere problemas de HO similares a los observados en nuestro estudio, donde el ECOHIS reflejó una repercusión perjudicial en el bienestar vinculada en la salud bucal.

VI. CONCLUSIONES

6.1 Los preescolares que consumen jugo natural tienen una mayor probabilidad de mantenerse libres de caries, mientras que la ingesta de alimentos azucarados como chocolates y galletas se asocia con una severidad de caries muy alta.

6.2 Los preescolares presentan una severidad de caries que varía desde muy baja hasta muy alta, siendo más común la caries de severidad muy baja, seguida de la moderada y la muy alta. La mayoría de estos niños tienen 4 y 5 años de edad.

6.3 Los padres suelen encargarse de la higiene dental de sus hijos con mayor frecuencia cuando estos tienen 4 años, utilizando principalmente el cepillo dental. A los 5 años, los padres cepillan los dientes de sus hijos dos veces al día, con énfasis en el cepillado antes de dormir, hábito que se mantiene tanto a los 4 como a los 5 años.

6.4 Cuando los preescolares consumen azúcares en sus alimentos diarios, aquellos de 3 años suelen presentar caries de severidad que va de muy baja a moderada, mientras que los de 4 y 5 años muestran una severidad muy alta. Además, cuando consumen azúcar entre una y tres veces al día, los niños de 3 años desarrollan caries moderadas, mientras que los de 4 y 5 años tienen caries de severidad muy alta.

6.5 En cuanto al consumo de bebidas azucaradas, como leche y jugo artificial, los preescolares presentan caries que varían desde muy baja hasta muy alta, aunque esta relación no es estadísticamente significativa. No obstante, en los preescolares de 5 años que consumen jugo natural una o dos veces al día, se observa una severidad de caries que va de muy baja a baja, siendo este hallazgo estadísticamente significativo.

6.6 Los preescolares que consumen dulces caseros tienden a tener caries de muy baja a baja severidad, aunque esta relación no es estadísticamente significativa. De manera similar, aquellos que son alimentados con lactancia materna, ya sea durante el día o la noche,

presentan una severidad de caries que varía desde muy baja hasta muy alta, sin significancia estadística.

6.7 Los preescolares de 3 años que son alimentados con biberón durante el día o la noche, especialmente mientras duermen, desarrollan caries que van desde muy baja hasta moderada, en comparación con los niños de 4 y 5 años, pero sin una significancia estadística relevante ($p > 0,005$).

VII. RECOMENDACIONES

7.1 Se recomienda fomentar el consumo de agua en lugar de jugos y bebidas azucaradas, ya que el estudio muestra una asociación entre la ingesta de jugo natural y un menor riesgo de caries en los preescolares. Asimismo, es importante limitar el consumo de alimentos azucarados, chocolates y galletas, que se han asociado con una mayor severidad de caries.

7.2 Es crucial educar a los padres sobre la envergadura del aseo bucal desde las primeras etapas de la vida. Se recomienda que los padres cepillen los dientes de sus hijos 2 veces al día, especialmente antes de dormir, desde que tienen 4 años.

7.3 Se debe realizar un seguimiento de la ingesta de azúcares en los preescolares y promover una dieta equilibrada y baja en azúcares añadidos. Se observa que el consumo de azúcares está asociado con un mayor riesgo de CD, especialmente en pueriles de 4 y 5 años.

7.4 Es importante enseñar a los padres sobre la calidad de los alimentos consumidos por sus hijos. Se debe fomentar el consumo de alimentos nutritivos y caseros, evitando los alimentos procesados y azucarados en exceso.

7.5 Se debe desalentar el consumo de bebidas azucaradas, especialmente antes de dormir, ya que se ha observado una asociación entre el consumo de bebidas azucaradas en jugo natural y un mayor riesgo de caries en preescolares de 5 años.

7.6 Se recomienda promover la lactancia materna, ya que se ha observado que los pueriles alimentados con mamadera, especialmente durante las horas nocturnas, presentan un mayor riesgo de CD. Se debe informar a los padres sobre los riesgos asociados con el uso prolongado del biberón.

7.7 Se debe promover la visita regular al dentista desde una edad temprana para realizar controles preventivos y detectar posibles problemas dentales. La detección temprana y

el tratamiento adecuado pueden ayudar a prevenir la progresión de la caries y mejorar la salud bucal en general.

7.8 Exhortamos a los profesionales odontólogos como a los universitarios a incorporar los indicadores desarrollados en la historia clínica de cada paciente que asista a consulta.

VIII. REFERENCIAS

- Abanto, J., Tsokos, G., Paiva, S. M., Carvalho, T. S., Raggio, D. P., y Bönecker, M. (2014). Impact of dental caries and trauma on quality of life among 5- to 6-year-old children: perceptions of parents and children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 42(5), 385-394. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12099>
- Álvarez Zeballos, G. Y. (2019). *Comparación de los factores de riesgo para caries dental entre niños de 6 a 12 años de edad en un Colegio Nacional y otro Particular – Arequipa 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín]. Repositorio Institucional UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8567>
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2014). Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences and preventive strategies. *Pediatric Dent*, 25(7), 27-28.
- Aranceta, J. (2012). Salud bucal y alimentación: Papel de la nutrición en la salud bucodental. *Maquetación – Material Formativo*. [Internet]. Consultado el 22 de marzo de 2023. <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Documentos-Publica/2012-MAQUETACION-MATERIAL-FORMATIVO-Salud-bucal-alimentacion-Tema-2.pdf>
- Azevedo, M. S., Romano, A. R., Santos, I. S., y Cenci, M. S. (2014). Knowledge and beliefs concerning early childhood caries from mothers of children ages zero to 12 months. *Pediatric Dent*, 36(3), 95E-99E.
- Barnetche, M., y Cornejo, L. (2016). Experiencia de caries y calidad de vida de jóvenes en situación de encierro. *Revista Salud Pública*, 18(5), 816-826.
- Borda Guardia, V. A. (2014). *Factores de riesgo de caries dental en niños de una institución educativa primaria de Canchaque, Piura, 2014*. [Tesis de Cirujano Dentista, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

- Calle-Sánchez, M. J., Baldeón-Gutiérrez, R. E., Curto-Manrique, J., Céspedes Martínez, D. I., Góngora-León, I. A., Molina-Arredondo, K. E., et al. (2018). Teorías de caries dental y su evolución a través del tiempo: revisión de literatura. *Revista Científica Odontológica*, 6(1), 98-105.
<https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/426>
- Casals Peidró, E., y García Pereiro, M. A. (2014). Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. *RCOE*, 19, 189-248.
- Castilho, A. R., Mialhe, F. L., Barbosa, T. S., y Puppim-Rontani, R. M. (2013). Influence of family environment on children's oral health: A systematic review. *J Pediatr (Rio J)*, 89(2), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.03.014>
- Cerón Bastidas, X. A. (2015). El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. *CES Odontología*, 28, 100-109.
- Cevallos Zumarán, J. F., y Aguirre Aguilar, A. A. (2015). Método pronóstico de valoración de riesgo para caries dental por consumo de chocolate. *Revista Odontológica Mexicana*, 19(1), 27-32. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstractypid=S1870-199X2015000100004
- Concha Caira, K. X. (2019). *Factores de riesgo primarios: Biofilm y dieta en relación con los índices de caries dental CPO-D y ceo-d en niños de 10 a 12 años de la Institución Educativa Doreen Cabrera de Williams, Arequipa, 2019*. [Tesis profesional, Universidad Católica Santa María].
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8957>
- Corrêa-Faria, P., Paixão-Gonçalves, S., Paiva, S. M., y Pordeus, I. A. (2016). Incidence of dental caries in primary dentition and risk factors: A longitudinal study. *Brazilian Oral*

Research, 30(1), S1806-83242016000100254. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0059>

Corrêa-Faria, P., Martins-Júnior, P. A., Vieira-Andrade, R. G., Marques, L. S., y Ramos-Jorge, M. L. (2013). Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers. *Brazilian Oral Research*, 27(4), 356-362. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242013005000021>

Corrêa-Faria, P., Paixão-Gonçalves, S., Paiva, S. M., Pordeus, I. A., Marques, L. S., y Ramos-Jorge, M. L. (2015). Association between developmental defects of enamel and early childhood caries: A cross-sectional study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 25(2), 103-109. <https://doi.org/10.1111/ipd.12105>

Corvetto Martínez, R., Ortuzar Otxoa, L., Martínez Rodríguez, A., Fernández Alonso, J., y Escobar-Martínez, A. (2016). Valoración del riesgo de caries infantil en un servicio hospitalario de urgencias. *Enfermería Global*, 15, 1-9.

Cubero Santos, A., Lorigo Cano, I., González Huéscar, A., Ferrer García, M. Á., Zapata Carrasco, M. D., y Ambel Sánchez, J. L. (2019). Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. *Pediatría Atención Primaria*, 21(82), e47-e59. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200007

Curnow, M., Pine, C., Burnside, G., Nicholson, J., Chesters, R., y Huntington, E. (2010). A randomised controlled trial of the efficacy of supervised toothbrushing in high-caries-risk children. *Journal of Stomatology Oral and Maxillofacial Surgery*, 36(4), 294-300.

Damle, S. G., Patil, A., Jain, S., Damle, D., y Chopal, N. (2014). Effectiveness of supervised toothbrushing and oral health education in improving oral hygiene status and practices

- of urban and rural school children: A comparative study. *Journal of International Society of Preventive y Community Dentistry*, 4(3), 175-181.
- Dumas, S. A., Weaver, K. E., Park, S. Y., Polk, D. E., Weyant, R. J., y Bogen, D. L. (2013). Accuracy of visible plaque identification by pediatric clinicians during well-child care. *Clinical Pediatrics*, 52(7), 645-651.
- Du, M. Q., Li, Z., Jiang, H., Wang, X., Feng, X. P., Hu, D. Y., ... (2018). Dental caries status and its associated factors among 3- to 5-year-old children in China: A national survey. *Chinese Journal of Dental Research*, 21(3), 167-179.
- Duarte, I. (2012). *Análisis de salud oral y su impacto en la calidad de vida de la población preescolar del municipio de Cascais, Portugal, en 2012*. [Tesis doctoral, Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla].
- García, G. (2014). *Caries de infancia temprana en niños menores de 5 años de edad del distrito de Socos, departamento de Ayacucho-Perú, en el año 2014*. [Tesis de titulación, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- González Sanz, A. M., González Nieto, B. A., y González Nieto, E. (2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 64-71.
- Gruebbel, A. (1994). Measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. *Dental Research*, 23, 163-168.
- Hernández Juyol, M. (2019). Diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. En: Protocolo de la Sociedad Española de Odontopediatría [en línea]. [Consultado el 10 de junio de 2019]. http://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf

- Heredia Rivera, G. M. (2017). *Relación entre caries dental y factores de riesgo, con el estado nutricional en niños de 5 años del programa Galiwarmá Sullana 2016*. [Tesis, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio Institucional UNITRU. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/12601>
- Huamaní Ñahuin, R. K., y Saavedra Fuchs, L. K. (2019). *Conocimientos y hábitos de higiene oral en niños de 9 a 11 años, de la Institución Educativa N° 006 Matilde Avalos de Herrera, Tumbes 2019*. [Tesis para optar al título profesional de licenciada en enfermería, Universidad Nacional de Tumbes].
- Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. (2019). En: Organización Mundial de la Salud [en línea]. [Consultado el 10 de junio de 2019]. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- Irigoyen, M. E., Mejía-González, A., Zepeda-Zepeda, M. A., Betancourt-Linares, A., Lezana-Fernández, M. Á., y Álvarez-Lucas, C. H. (2012). Dental caries in Mexican schoolchildren: A comparison of 1988–1989 and 1998–2001 surveys. *Journal of Stomatology Oral and Maxillofacial Surgery*, 17(5), e825.
- Kazeminia, M., Abdi, A., Shohaimi, S., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., y Salari, N. (2020). Dental caries in primary and permanent teeth in children worldwide, 1995 to 2019: A systematic review and meta-analysis. *Head y Face Medicine*, 16(22). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7541284/>
- Lertpimonchai, A., Rattanasiri, S., Arj-Ong Vallibhakara, S., Attia, J., y Thakkinstian, A. (2017). The association between oral hygiene and periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *International Dental Journal*, 67(6), 332-343. <https://doi.org/10.1111/idj.12317>

- Leong, P. M., Gussy, M. G., Barrow, S.-Y., Silva-Sanigorski, A., y Waters, E. (2013). A systematic review of risk factors during the first year of life for early childhood caries. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23(4), 235-250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2012.01260.x>
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., y Marcenes, W. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10), 1355-1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
- Mourinho, V. C., Higgins, J. P., Logan, S., y Seaham, A. (2013). Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(4), 12-14.
- Melo, P., Marques, S., y Silva, O. M. (2017). Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *International Dental Journal*, 67(3), 139-147. <https://doi.org/10.1111/idj.12273>
- Moreno Abello, G. C., y Lara Hernández, L. C. (2020). Caries dental: de la placa ecológica a las decisiones clínicas. *Universitas Odontologica*, 39. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo39.cdpe>
- Morales Miranda, L., y Gómez Gonzáles, W. (2019). Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(1), 17-29. <https://dx.doi.org/10.20453/reh.v29i1.3491>
- Molina-Frecherro, N., Durán-Merino, D., Castañeda-Castaneira, E., y Juárez-López, M. L. A. (2015). La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 151, 485-490.

- Negroni, M. (2004). Microbiología estomatológica: Fundamentos y guía práctica. *Revista ADM*, 30(4), 42-43.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales, 2004.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La caries dental: una realidad actual. *Journal of International Society of Preventive y Community Dentistry*, 41(13), 8-20.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). ¿Cómo define la OMS la salud? Preguntas más frecuentes. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Alimentación sana. http://www.who.int/suggestions/alimentacion_sana/es/
- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century - The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(Suppl. 1), S3-S24. <https://doi.org/10.1046/j.2003.com122.x>
- Pitts, N. B., Zero, D. T., Marsh, P. D., Ekstrand, K., Weintraub, J. A., Ramos-Gomez, F., ... (2017). Dental caries. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 1-16. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30>
- Porto, I., y Díaz, S. (2017). Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. *Acta Odontológica Colombiana*, 7(2), 49-64.

- Real, C. (2013). *Hábitos de higiene bucal y caries dental en los adolescentes de la comunidad de Guachana del Cantón Guaranda, provincia de Bolívar durante el periodo de octubre-diciembre de 2013*. [Tesis de especialidad, Universidad Estatal de Bolívar].
- Rocha Lerzundi, J. M., Gómez Gonzales, W. E., y Bernardo Santiago, G. (2019). Índice ceo-d y su relación con la calidad de vida en la salud oral de preescolares de la I.E. Cesar Vallejo de Chorrillos, junio 2018. *Horizonte Médico* (Lima, 19(1), 37-45. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.07>
- Rubén, M. (2014). Dirección General de la Salud de las personas. [Sitio en internet]. Consultado el 8 de julio de 2014. <http://www.minsa.gob.pe/portada/estsan/saludbucal.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Salud bucodental. Nota informativa n° 318. [En línea]. Consultado el 10 de junio de 2019. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es>
- Sánchez-Vilchez, A., y Sihuay-Torres, K. (2019). Estrategias para el abordaje de caries dental en preescolares. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(3), 247-248. <https://doi.org/10.20453/reh.v29i3.3609>
- Scarpelli, A. C., Paiva, S. M., Viegas, C. M., Carvalho, A. C., Ferreira, F. M., y Pordeus, I. A. (2013). Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(4), 336-344. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12022>
- Sharma, M., Graham, J. Y., Walczak, P. A., Nguyen, R., Lee, L. K., y Carson, M. D. (2019). Optical pH measurement system using a single fluorescent dye for assessing susceptibility to dental caries. *Journal of Biomedical Optics*, 24(1), 017001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985695/>

9.2.3. Índice de Caries ceo-d

Cariado (c)	Extracción indicada (e)	Obturados (o)	ceo-d

Hábitos de higiene bucal

2.1.- ¿Realiza la higiene de los dientes de su niño?

1. Si 2. No 3. A veces

2.2.- ¿Con que realiza la higiene de los dientes de su niño?

1. Cepillo 2. Gasa 3. Ninguna de las anteriores

2.3.- ¿Cuántas veces al día le cepilla los dientes a su niño?

1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Más 5. Nunca

2.4.- ¿Cepilla los dientes de su niño antes de dormir en la noche?

1. Si 2. No 3. A veces

Hábitos dietéticos

3.1.- ¿Su niño come azúcares en los alimentos diarios?

1. Si 2. No

3.2.- ¿Cuántas veces por día come azúcares en los alimentos diarios?

1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Más 5. Otros

3.3.- ¿Cuántas veces al día su niño ingiere los siguientes alimentos? (Ingesta de bebidas azucaradas: Sí/no)

1. Leche una vez dos veces tres veces mas
2. Jugo natural una vez dos veces tres veces mas
3. Jugo artificial una vez dos veces tres veces mas
-

4. ninguno

3.4.- Su niño hace uso de: (Consumo de dulces: Sí/no)

1. Dulces caseros 2. Chocolates 3. Galletas
 4. Bocaditos 5. Ninguno

3.5.- Su niño se alimenta con:

1) Lactancia materna:

1. Si

2. No

- Diurno una vez dos veces tres veces más
 Nocturno una vez dos veces tres veces más

2) Biberón:

1. Si

2. No

- Diurno una vez dos veces tres veces más
 Nocturno una vez dos veces tres veces más

3.6 ¿Si su niño toma biberón mientras duerme, ¿cuándo lo hace?

1. Momentos antes de dormir y permanentemente durante la noche
 2. Para dormir, en seguida el biberón es retirado
 3. No usa el biberón para dormir

9.3. Anexo C

9.3.1. *Carta de consentimiento informado*

Yo, Enza Lorella Mara Quezada Cárdenas manifiesto que he sido informada sobre los beneficios del proyecto de investigación titulado: HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL Y CARIES DENTAL EN PREESCOLARES DE LA IEP SANTA MÓNICA, 2023, el cual supone el registro de los datos del estado de salud bucal de mi hijo(a) para cumplir con los objetivos de la investigación. He sido también informada(o) que mis datos personales no serán tomados en el registro de los datos.

Tomando ello en consideración. Otorgo mi consentimiento para que los datos de esta evaluación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Responsable del trabajo: Bachiller Enza Lorella Mara Quezada Cárdenas

Fecha de aplicación: 2024

9.4. Anexo D

9.4.1. Ficha técnica de instrumento a utilizar

9.4.1.1. Índice ceo-d. Es el Índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera, pero considerando sólo los 20 dientes temporales. Representa la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o).

La principal diferencia entre el índice COP y el ceo, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca el (e) son extracciones indicadas por caries solamente, no por otra causa.

$$\text{Índice ceo-d individual} = c + e + o$$

$$\text{Índice ceo-d comunitario o grupal} = \text{ceo-d total} / \text{Total de examinados.}$$

Criterios definidos por la Organización Mundial de la Salud OMS-OPS para cuantificar el índice de caries dental C.P.O. – c.e.o.

0.0 – 1.1	muy bajo
1.2 – 2.6	bajo
2.7 – 4.4	moderado
4.5 – 6.5	alto
6.6 >	muy alto

Criterios para la Codificación de Caries Dental

Se seguirán las definiciones y códigos de la OMS, los números para dentición permanente y las letras para dentición decidua⁵⁷:

1. Estado dental.

0 (A). Diente sano. Un diente se considera sano si no hay evidencia clínica de caries ya sea presente o tratada. Las lesiones pre-cavitarias al igual que otras condiciones similares a las etapas iniciales de caries son excluidas, ya que no es posible hacer un diagnóstico fidedigno. Así, los dientes con los siguientes defectos en ausencia de otro criterio positivo, son considerados sanos:

- Manchas blancas o lechosas.
- Zonas descoloridas o ásperas.
- Puntos o fisuras manchados que retienen la sonda, pero cuyo suelo o paredes no están reblandecidos ó el esmalte socavado.
- Áreas oscuras, brillantes, duras o punteadas del esmalte que muestran signos de fluorosis moderada o severa. Todas las lesiones dudosas se registran como sanas.

1 (B). Diente cariado. Se registra caries cuando una lesión en un punto o fisura o una superficie lisa presenta reblandecimiento del suelo o las paredes o socavamiento del esmalte. Los dientes con obturaciones temporales también se registran como cariados. En las superficies proximales, la sonda, ha de entrar claramente en la lesión. Cuando haya dudas no se registrará la presencia de caries.

2 (C). Diente obturado con caries. Se registra así el diente que teniendo una o más obturaciones tengan una o más zonas cariadas. No se hace distinción entre caries primaria o secundaria (independiente o contigua a la obturación).

3 (D). Diente obturado sin caries. Se registra así un diente con una o más obturaciones que no tenga caries secundarias (recurrente), ni caries primaria. Un diente con una corona (rehabilitación) indicada por caries se incluye en este código. Si el diente ha sido coronado por otra razón, por ejemplo, traumatismo, pilar de puente, etc., se registra como "pilar de puente o corona especial", código 7 o G.

4. Diente ausente debido a caries. Este código se usa para dientes permanentes que hayan sido extraídos por caries. Es importante resaltar que no se debe usar este código para dientes perdidos por otra causa que no sea la caries.

5. Diente permanente ausente por otras causas. Aquí se incluyen las ausencias congénitas, extracciones por razones ortodónticas, traumatismos, etc. Este código también se usa para dientes permanentes extraídos por enfermedad periodontal.

6 (F). Sellado. Se usa este código para los dientes que tengan un sellado oclusal o en los que se aprecie que el fondo del surco ha sido ensanchado con fresa redonda o en forma de llama y se ha colocado una resina compuesta. Si un diente con sellador de fisura tiene caries, se codifica como cariado.

7 (G). Pilar de puente o corona especial. Este código se usa para indicar que un diente forma parte de un puente, es decir, es un pilar de puente. Este código también se usa para coronas colocadas por causas distintas a caries. Los dientes ausentes que son reemplazados por el puente se codifican como 4 o 5, al igual que otro diente ausente.

8 (-). Diente sin erupcionar. Este código se restringe sólo a dientes permanentes ausentes por falta de erupción y en los que su espacio no lo ocupa el diente temporal. Un diente con este código es, lógicamente, excluido de cualquier cálculo a efectos de caries.

9. Diente excluido. Este código se usa para cualquier diente que no pueda ser explorado, por ejemplo, inaccesible, con bandas ortodónticas, fracturado, etc.

Necesidad de tratamiento. Los criterios para la necesidad de tratamiento son:

O. No necesita tratamiento. Se usará cuando el diente esté sano o cuando se estime que el diente no puede o no debe recibir ningún tipo de tratamiento, ni la extracción.

1. Agente carismático o sellador de fisura.

2. Obturación de una sola superficie.

3. Obturación de dos o más superficies.

Los códigos 1, 2 y 3 se deben usar cuando se requiera:

- Tratar una caries.

- Reparar daño por traumatismo.

- Tratar un diente decolorado, un compromiso pulpar o, defecto de desarrollo.

- Reemplazar obturaciones insatisfactorias.

Una obturación se considera insatisfactoria cuando se dan una o más de las condiciones siguientes:

- Margen desbordante de una restauración que produce irritación gingival evidente y que no puede ser eliminado mediante el contorneamiento de la restauración.

- Margen deficiente de la restauración que ha permitido o pueda permitir la filtración en la dentina. La decisión se basará en el juicio clínico del examinador, mediante la inserción de un explorador en el margen, o por la presencia de una importante tinción de la estructura dentaria.

- Obturación fracturada, que se pueda caer o permita la filtración a la dentina.

4. Corona o pilar de puente.

5. Póntico. La parte del puente que reemplaza al diente perdido.

6. Tratamiento pulpar. Se utilizará este código en un diente que probablemente necesita tratamiento pulpar, debido a la profundidad y tamaño de la caries o por traumatismo del diente,

antes de restaurarlo con una obturación o corona. En ningún caso se debe introducir la sonda en el fondo de la cavidad para comprobar una posible exposición pulpar.

7. Extracción. La indicación para extracción dependerá de las posibilidades de tratamiento y se hará cuando:

- La caries ha destruido de tal forma la corona que ésta no puede ser restaurada.
- La caries ha progresado tanto que hay exposición pulpar y no es posible restaurar el diente.
- Solo quedan restos radiculares.
- Debido a la enfermedad periodontal, el diente pierde su capacidad funcional y no puede ser tratado.
- Extracción indicada por necesidad protésica.
- Por razones ortodónticas, estéticas o por impactación.

8. y 9. Necesita otro tratamiento. El examinador deberá especificar que tratamiento llevarán los códigos 8 y 9.

9.5. Anexo E

9.5.1. Matriz de Consistencia

Título	HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL Y CARIES DENTAL EN PREESCOLARES DE LA IEP SANTA MÓNICA, 2023.	
Problema	¿Cuál es el estado de los hábitos de higiene bucal y la caries dental en preescolares de la IEP Santa Mónica, 2023?	
Objetivos	General	Determinar los hábitos de higiene bucal y caries dental en preescolares de la IEP Santa Mónica, 2023.
	Específicos	Evaluar Severidad de caries y edad cronológica en preescolares de IEP Santa Mónica.
		Describir Hábitos higiene bucal según grupo etario en preescolares de IEP Santa Mónica.
		Evaluar Hábitos dietéticos sobre consumo de azúcares y severidad de caries en grupos de preescolares.
		Analizar Hábitos dietéticos sobre ingesta de bebidas azucaradas y severidad de caries en grupos de preescolares.
		Interpretar Hábitos dietéticos sobre tipos de dulces, tipo de lactancia materna y severidad de caries en grupos de preescolares.
		Evaluar Hábitos dietéticos sobre tipo de alimentación con biberón y severidad de caries en grupos de preescolares
Marco teórico		
Hipótesis	Los hábitos de higiene bucal están asociados a presencia de caries dental en preescolares de la IEP Santa Mónica, 2023.	
Método	Transversal, prospectivo, descriptivo y observacional.	
Análisis de datos	Estadística descriptiva e inferencial utilizando pruebas no paramétricas	

9.6. Anexo F

9.6.1. Carta de presentación dirigida a la IEP Santa Mónica



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA**

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Pueblo Libre, 28 de noviembre de 2023

Sra.
MADELEINE EDITH BARRANTES SOPLOPUCO
DIRECTORA – I.E.P. SANTA MÓNICA
SAN JUAN DE LURIGANCHO
Presente.-

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de presentarle a la Bachiller en Odontología Srta. Enza Lorella Mara Quezada Cárdenas, quien se encuentra realizando el Plan de Tesis titulado:

**«HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL Y CARIES
DENTAL EN PREESCOLARES DE LA IEP SANTA MÓNICA, 2023»**

En tal virtud, mucho agradeceré le brinde las facilidades del caso a la Srta. Quezada quien realizará el siguiente trabajo:

- ✓ *Inicialmente, se realizará una charla informativa a los padres/tutores sobre el estudio a desarrollar, solicitando su consentimiento, asimismo, se les proporcionará un cuestionario de 10 preguntas.*
- ✓ *Para la recolección de datos, se realizará el examen intrabucal a los alumnos, los datos obtenidos se registrarán en un odontograma y registro de recolección de datos.*

Estas actividades, le permitirán al bachiller, desarrollar su trabajo de investigación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente



Mg. JULIA ELBIA MEDINA y MENDOZA
JEFA (e)
OFICINA DE GRADOS y GESTIÓN DEL EGRESADO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Se adjunta: Plan de Tesis
058-2023
NT: 081841 - 2023

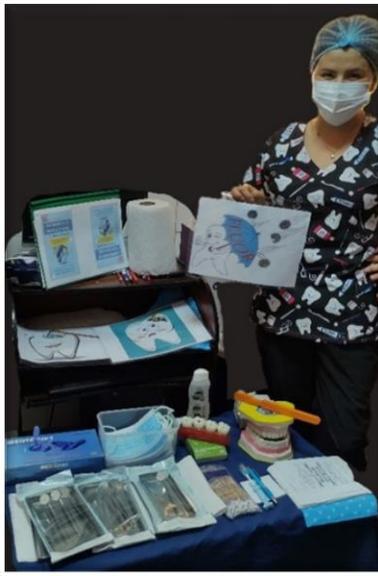
JEMM/Luz V.

Calle San Marcos N°351 – Pueblo Libre
e-mail: ogt.fo@unfv.edu.pe

Telef.: 7480888 - 8335

9.7. Anexo G

9.7.1. Fotografías



Mesa Clínica



Explicación de la importancia del consentimiento informado



Llenado de cuestionario



Observación clínica al preescolar – Examen Intraoral



