



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**“PREVALENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE 3-5 AÑOS DE EDAD  
EN RELACION A LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE  
LA I.E.I LOS LAURELES. LIMA, PERÚ 2017”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA**

Presentado por:

**Bachiller: PALACIOS NAVARRO BLANCA LUZ**

Asesor:

**Mg. CD GALVEZ RAMIREZ, CARLOS MICHELL.**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



## **Dedicatoria**

A Dios, por derramar sus bendiciones sobre mi persona, por estar conmigo guiarme en cada paso que doy, por darme fuerzas para alcanzar mi objetivo, iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi Madre Luz Navarro Javier y a mi padre Víctor Palacios Hospina, Por ser mis Amigos por todo lo que viene haciendo para hacer de mí una persona de bien, por enseñarme a ser una luchador a, y sobre todo por mostrarme y hacerme comprender que en esta vida nada se consigue sin esfuerzo y perseverancia.

A mis hermanos Janet y Enrique por su apoyo incondicional. Y gracias a la paciencia, amor, ternura, comprensión y su perseverancia en hacerme entender que con la ayuda de dios todo es posible.

A mis dos grandes amores que son mis hijos Djamel y Mahal la razón de mi lucha y constancia por enfrentarme a todo y lograr.

A todas aquellas personas que creyeron en mí y que hicieron posible la realización de este objetivo a través de su apoyo.

## **Agradecimientos**

A Dios por llenar mi vida de dicha que a diario me ayudan a ser mejor cada día. Por permitirme lograr alcanzar un desarrollo académico profesional, acompañarme y guiar mis pasos durante el largo trayecto por la Universidad; derramando bendiciones así en mi persona y en mi familia.

La Universidad Norbert Wiener porque me brindó los mejores años de nuestras vidas.

A mis padres y hermanos por ser un ejemplo a seguir y a todas las personas que contribuyeron en mi formación académico profesional. Al Realizar este trabajo de investigación he encontrado grandes satisfacciones en lo profesional y en lo personal; ha sido una oportunidad para conocer excelentes personas que han colaborado e incentivado desinteresadamente y dando lo mejor de sí, para el desarrollo del presente trabajo.

A mis maestros por su disposición y ayuda brindada por sus conocimientos para lograr una buena formación profesional.

Muestro un agradecimiento sincero a mi asesor Gálvez Ramírez, Carlos Michell, que en todo momento me guio e incentivo desinteresadamente y demostró invaluable colaboración en el desarrollo de la tesis.

A los Miembros del Jurado revisor de Tesis, por su acertada decisión; y profesionalismo, ayudándome en mejorar la investigación revisando hasta el último detalle; un agradecimiento sincero.

En general a todos y cada una de las personas que han formado o forman parte importante de mi vida, les agradezco por haberme brindado su apoyo y el ánimo para seguir adelante.

**Asesor de Tesis:**

**Mg. CD GALVEZ RAMIREZ, CARLOS MICHELL.**

**Jurado:**

1. Presidente :

Enna Garavito Chang

2. Secretaria:

Mariela Villacorta Molina

3. Vocal:

Cesarina Gomez Coronado

# ÍNDICE.

	<b>Pág.</b>
<b>1.       CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.</b>	<b>11</b>
1.1.     Planteamiento del problema.	11
1.2.     Formulación del problema.	12
1.3.     Justificación.	12
1.4.     Objetivo.	12
1.4.1     General.	12
1.4.2     Específicos	12
<b>2.       CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
2.1.     Antecedentes.	14
2.2.     Base teórica.	17
2.3.     Terminología básica.	25
2.4.     Variables.	26
<b>3.       CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>27</b>
3.1.     Tipo y nivel de investigación.	27
3.2.     Población y muestra.	27
3.3.     Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	27
3.4.     Procesamiento de datos y análisis estadístico.	28
3.5.     Aspectos éticos.	28
<b>4.       CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>29</b>
4.1.     Resultados.	29
4.2.     Discusión.	43
<b>5.       CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>45</b>
5.1.     Conclusiones.	45
5.2.     Recomendaciones.	46
REFERENCIAS	47
ANEXOS	51

## Índice Tablas/Gráficos.

	Pág.
TABLA N° 1: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017	29
GRÁFICO N° 1: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017	30
TABLA N° 2: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según edad. Lima, Perú 2017	31
GRÁFICO N° 2: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según edad. Lima, Perú 2017	32
TABLA N° 3: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según género. Lima, Perú 2017	33
GRÁFICO N° 3: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según género. Lima, Perú 2017	34
TABLA N° 4: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según visita al odontólogo. Lima, Perú 2017	35
GRÁFICO N° 4: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según visita al odontólogo. Lima, Perú 2017	36
TABLA N° 5: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según el estado civil de los padres. Lima, Perú 2017	37
GRÁFICO N° 5: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según el estado civil de los padres. Lima, Perú 2017	38
TABLA N° 6: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según responsabilidad del sustento familiar. Lima, Perú 2017	39
GRÁFICO N° 6: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según responsabilidad del sustento familiar. Lima, Perú 2017	40
TABLA N° 7: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según instrucción de los padres. Lima, Perú 2017	41
GRÁFICO N° 7: Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según instrucción de los padres. Lima, Perú 2017	42

## **Resumen.**

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo general determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad en relación a los factores sociodemográficos de la I.E.I. Los Laureles. Lima – Perú 2017. Siendo creado en el proceso un instrumento de evaluación. La muestra estuvo conformada por 178 niños de 3 a 5 años de edad de la I.E.I. Los laureles con al menos uno de sus padres a quienes se les realizó un cuestionario sobre características sociodemográficas. Los datos obtenidos fueron procesados por el programa estadístico SPSS versión 22 empleando la prueba estadística Chi cuadrado. Obteniendo como resultado que el 37.6% de los niños presentan una prevalencia de caries dental muy bajo, 10.7% una prevalencia baja, 13.5% una prevalencia moderada, 16.9% una prevalencia de caries dental alto y 21.3% una prevalencia muy alta. Que los niños de 5 años presentan más caries dental que los niños de 3 y 4 años de edad. Así también, que los niñas presentan más caries de los niños. Que el 64% de los niños con una prevalencia de caries dental muy bajo fueron a su última visita al odontólogo en menos de 6 meses, que el 71.4% de niños con una prevalencia de caries dental muy bajo tienen padres casados; y que niños con una prevalencia de caries dental muy bajo tienen un 61.5% padres con grado de instrucción primaria, 47.5% grado de instrucción secundaria y 35% grado de instrucción superior. Concluyendo que los niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles presentan en un 37.6% prevalencia de caries dental baja.

**Palabras Clave:** caries dental, socio demográfico, prevalencia de caries.

## Summary.

The present research aimed to determine the prevalence of caries in children 3-5 years of age in relation to the sociodemographic factors of I.E.I. Los Laureles. Lima - Peru 2017. Being created in the process an instrument of evaluation. The sample consisted of 178 children aged 3 to 5 years of the I.E.I. Laureles with at least one of their parents who were asked a questionnaire on sociodemographic factors. The data obtained were processed by the statistical program SPSS version 22 using the Chi square statistical test. As a result, 37.6% of the children had a very low prevalence of dental caries, 10.7% had a low prevalence, 13.5% had a moderate prevalence, 16.9% had a high prevalence of dental caries and a very high prevalence of 21.3%. That children of 5 years present more dental caries than children of 3 and 4 years of age. So too, that girls have more cavities of children. That 64% of children with a very low prevalence of dental caries were on their last visit to the dentist in less than 6 months, that 71.4% of children with a very low prevalence of dental caries have married parents; And that children with a very low prevalence of dental caries have 61.5% parents with primary education, 47.5% secondary education and 35% higher education. Concluding that the children of 3-5 years of EI Los Laureles present in a 37.6% prevalence of low dental caries.

**Keywords:** Dental caries, demographic partner, prevalence of caries.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.**

### **1.1. Planteamiento del Problema.**

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa, multifactorial, de carácter crónico, irreversible y la más prevalente en la cavidad bucal, cuyas consecuencias van desde la destrucción del tejido dentario, necrosis pulpar y posterior pérdida dental.

Su frecuencia ha disminuido en los países desarrollados pero ha aumentado en los países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la mayor prevalencia de caries se halla en América Latina, pues es aquí donde hay mayor población de niños y jóvenes, siendo estos los principalmente afectados. Mencionando además que la caries dental es una enfermedad multifactorial la cual esta interrelaciona con cuatro elementos importantes: el huésped, la microflora, el substrato y el tiempo, dejando muy de lado otros factores para el desarrollo de la caries dental, debido a que estos no causan directamente la enfermedad pero se relacionan con su frecuencia (edad, género, grado de instrucción, estrato socio económico, ocupación, convivencia familiar, sistema de salud y factores médicos generales).

Si bien estos factores no son los directamente relacionados con la caries dental, estos podrían estar influyendo en las dificultades que tienen los profesionales para poder disminuir la alta prevalencia de caries dental. Por ellos se deben ir considerar el analizar cada uno de estos factores con el fin de integrarlos para la evaluación del riesgo a caries.

## **1.2 Formulación del Problema.**

¿Cuál será la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad en relación al nivel sociodemográfico de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017?

## **1.3 Justificación.**

Si tomamos en cuenta que actualmente la prevalencia de caries dental sigue en índices alarmantes, hay que preguntarnos si realmente existe una relación entre los factores sociodemográficos de los padres y la presencia de caries dental de sus hijos.

Por ello, este estudio tiende a aclarar esta incógnita, ya que debido a esta podremos entender como ciertos factores familiares tienen alguna influencia en el estado bucal de los hijos.

Asimismo, este estudio brindará un marco conceptual de estos factores familiares que se deben considerar como predisponentes para conseguir una alta prevalencia de caries dental.

## **1.4 Objetivo.**

### **1.4.1 General.**

- Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad en relación a los factores sociodemográficos de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017.

#### **1.4.2 Específicos.**

1. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017
2. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según edad. Lima, Perú 2017
3. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según género. Lima, Perú 2017
4. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según visita al odontólogo. Lima, Perú 2017
5. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según el estado civil de los padres. Lima, Perú 2017
6. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según responsabilidad del sustento familiar. Lima, Perú 2017
7. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según instrucción de los padres. Lima, Perú 2017

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.**

### **2.1 Antecedentes:**

**Farias JF. (2015).** Realizó un estudio de tipo descriptivo con el fin de determinar el estado de salud oral de niños de 4 a 5 años de edad a través del índice ceod y nivel de conocimiento materno sobre salud bucal. Para ello la muestra estuvo conformada por 37 niños con sus respectivas madres, a quienes se les brindó a responder un cuestionario sobre salud bucal, mientras que sus menores hijos eran evaluados clínicamente. En los resultados se encontró que la prevalencia de caries dental de niños fue alta con un 56.8%, encontrando que los niños presentan caries en un 35.3% y las niñas presentan caries en un 43.2%. Por otro lado el nivel de conocimiento sobre caries dental de las madres fue regular con un 73%. Concluyendo que el nivel de conocimientos de las madres de niños de 4 y 5 años de edad, y su asociación con el índice ceod no muestra que un nivel alto en el índice ceod se asocie con un nivel regular en conocimientos de salud bucal de las madres (1).

**Díaz S. et al. (2015).** Realizaron un estudio para determinar la prevalencia de caries según la estructura familiar en niños escolares de la ciudad de Cartagena. Para ello realizaron un examen estomatológico a los niños escolares para determinar la existencia de caries relacionándolo con el estado conyugal, encontrando que el 72,7% de niños tienen padres separados y presentan una prevalencia de caries dental alta, mientras que el 27,3% restante de los niños tienen padres separados y presentan una prevalencia de caries dental moderada. Por otro lado, también relacionaron la prevalencia de caries dental con la existencia de control odontológico, encontrando que el 75,8% de los niños que no visitan al odontólogo tienen una prevalencia de caries alta. Concluyendo que la alta prevalencia de caries dental en los niños preescolares y escolares de la Institución Educativa Jhon F. Kennedy de la ciudad de Cartagena, revela la problemática social que nace desde la conformación familiar (2)

**Pineda DA, Rodríguez LM. (2015).** Realizaron un estudio descriptivo para determinar la relación entre la frecuencia de caries dental en escolares y el nivel de conocimiento de sus madres en salud bucal en la Unidad Educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015”. La población estudiada fue de 113 niños a quienes se les registro una ficha clínica para evaluar la frecuencia de caries. En los resultados se encontraron que 92,9% de los niños presentan caries dental y el 7,1% restante no la presentó. Siendo el 42.5% niños y 50.4% niñas quienes presentan caries dental, con lo que concluyeron que existe una relación entre la frecuencia de caries dental en escolares y el nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la Unidad Educativa Fe y Alegría (3).

**López M. (2014).** Clasificó las prácticas sobre la salud bucal en padres de niños del área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador. Para ello realizó un estudio descriptivo transversal a 80 padres de familia, durante el periodo de noviembre a diciembre del 2013. La recolección de datos se hizo mediante un cuestionario para evaluar las prácticas sobre salud bucal. Los resultados evidenciaron que el 21,3% de los padres no han llevado a sus hijos a su control odontológico en más de un año, mientras que el 85,9% si lo hicieron. Por otro lado, el 3,8% nunca llevaron a sus hijos con el odontólogo. Concluyendo que los resultados obtenidos sobre conocimientos en salud bucal y prácticas saludables, muestran que existe una diferencia estadísticamente significativa ( $P=0$ ), por lo que se afirma que el conocimiento si influye en las prácticas saludables (4).

**Arriagada V. et al. (2014).** Realizaron un estudio para determinar la relación entre la prevalencia de caries dental, índice de higiene oral y el estado nutricional en niños preescolares de 3 a 5 años de edad del sector Pedro del Rio, Concepción. Para ello, realizaron un estudio de tipo trasversal, tomando como muestra a 144 niños de ambos géneros. Encontraron que según género, el 43% de las mujeres presentaron tener caries dental, mientras que en el caso de los hombres solo lo presentaron el 32.7%. Por otro lado, tratándose de la prevalencia de la caries dental según la edad, los niños de 3 años presentaron tener caries en un 15.1%, mientras que los niños de 4 años presentaron caries

en un 23.4%. Por otro lado, los niños de 5 años presentaron caries en un 42.7%. Concluyendo que la mal nutrición por exceso no se asocia a la prevalencia de caries en preescolares (5).

**Tobler DC, Casique LD. (2014).** Realizaron un estudio descriptivo para determinar la relación entre la caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral del distrito de Iquitos, Maynas en el 2014. Para lo cual evaluaron a 246 madres de familia, a quienes se les entregó un cuestionario sobre salud bucal para medir su nivel de conocimiento, asimismo se realizó la ficha de ceod a los preescolares para determinar su prevalencia de caries, encontrando como resultado que el 51,6% de madres poseen un nivel de conocimiento moderado de salud bucal, 41,5% un nivel bajo y solo un 6,9% un nivel de conocimiento alto sobre salud bucal. Asimismo, encontraron que en los niños preescolares el 30,9% presenta un prevalencia de caries dental muy alta y 20,7% alta. Concluyendo que existe relación entre la caries dental en preescolares de la Institución educativa “Los honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal (6).

**Pisconte EG. (2010).** Realizó un estudio de tipo descriptivo cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de caries dental en preescolares de 3 a 5 años de edad. La muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares, siendo evaluada la prevalencia de caries dental por la ficha de ceod, encontrándose que el 53,4% presenta una prevalencia moderada a caries dental, seguida del 25% que presenta una prevalencia alta. Así también se encontró que el 60,3% y 50,4% de los preescolares de 3 y 4 años de edad sucesivamente presentaron una prevalencia de caries dental muy bajo. Por el contrario el 41,1% de los preescolares de 5 años presentaron una prevalencia de caries dental alto. Concluyendo que la prevalencia de caries dental fue de 60.7% en niños de 3 a 5 años de edad del distrito La Esperanza, Trujillo (7).

**Carrasco M. (2009).** Realizó un estudio para determinar la prevalencia de caries dental, prácticas en salud bucal y características sociodemográficas de escolares. La muestra estuvo conformada por 107 escolares de primaria y secundaria, a quienes les realizó un examen estomatológico para determinar la

prevalencia de caries dental, encontrando que el cpod promedio fue de  $2.39 \pm 2.52$  (Bajo) y que el nivel educativo de los padres y madres es de secundaria, siendo esta de 53,85% y 59,76% sucesivamente. Concluyendo que los escolares poseen escasos conocimientos en salud bucal y practicas inadecuadas (8).

## **2.2. BASE TEÓRICA.**

La cavidad bucal es una parte fundamental del cuerpo, tenerla sana es muy importante para poder masticar, hablar y lucir bien, pero su descuido, puede afectar a todo el organismo; por estas razones, la boca es una ventana que permite a un dentista hábil hacer una evaluación de la salud en general del paciente (9).

Por otro lado, las enfermedades bucodentales restringen actividades en la escuela, en el trabajo y en casa causando millones de pérdidas de horas productivas. Sus consecuencias a menudo disminuyen significativamente la calidad de vida futura (10).

### **2.2.1. Caries dental**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries constituye la enfermedad más prevalente del mundo. Esta corresponde a una enfermedad infecciosa y contagiosa que afecta no sólo la salud de las personas, sino también su calidad de vida (11).

La caries es el resultado de un proceso dinámico en el que los microorganismos, transmisibles o no, presentes en la placa dental pueden llevar a un disturbio del equilibrio entre la fase mineral del diente y el medio bucal circundante a través de la producción de ácidos por parte de la microbiota (12,13,14).

Se trata por lo tanto del producto directo de la variación continua del pH de la cavidad oral, resultado de sucesivos ciclos de desmineralización y de re

precipitación sobre la superficie dental de minerales presentes en la saliva, como el calcio y el fosfato (12).

Siendo producida además por la interacción de factores genéticos y medioambientales, en donde los componentes biológicos, sociales, conductuales y psicológicos se relacionan de forma altamente compleja (14,15). Produciendo entonces la pérdida del tejido dental, la que se inicia en el esmalte del diente lo que facilita la penetración de bacterias en la dentina, originando una cavidad (16).

Por ello, la caries dental es entonces una enfermedad crónica que consiste en la destrucción de la estructura dentaria, que lleva la pérdida de función masticatoria y a una apariencia antiestética de los dientes afectados (14). Esta se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial (15,17). La cual se da con mayor prevalencia en las primeras edades, provocando mayor morbilidad dentaria durante toda la vida de una persona, esta situación guarda relación directa con el menor nivel educativo, mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas, deficiencia en los hábitos higiénicos, falta de control odontológico, entre otras (18). Por esto, la susceptibilidad a la caries dental difiere significativamente entre grupos de edades, dientes individuales y superficies dentales. En los individuos muy jóvenes cuando las dietas son muy ricas en sacarosas y no se practica una prevención suficiente, las fositas y las fisuras de los primeros molares resultan frecuentemente afectadas por caries en los primeros tres años siguiente a la erupción (19).

### **a) Epidemiología de la caries dental**

Tan antigua como la humanidad, la caries dental es una enfermedad cuyo índice la ubica como una de más alta en frecuencia, al punto de constituirse como el más grave problema para los programas de salud oral en el mundo (20).

En la actualidad, su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos del ambiente y del comportamiento. Afecta entre el 60 % y 90 % de la población escolar según la OMS (17). En donde, el 5-10% de los niños en edad preescolar presentan caries de aparición temprana, este porcentaje se eleva al 20 % en los hijos de familias de bajos recursos económicos (14).

## **b) Etiología de la caries dental**

La etiología de la caries dental es multifactorial, con intervención de tres factores que deben actuar conjuntamente: por un lado, las características del huésped en general y, por tanto, del diente que debe ser susceptible a padecer caries; por otro, la presencia de una microflora específica (sobre todo estreptococo mutans) y, por último, la existencia de un sustrato constituido, básicamente por la presencia en la dieta de carbohidratos, en un periodo de tiempo determinado (12,14):

- **El Huésped: diente**

Es sobre la estructura dental que la dolencia se manifiesta. Se reconocen una serie de parámetros que afectan la resistencia o la susceptibilidad de los tejidos dentales al ataque ácido, que son los siguientes: composición del esmalte, localización, mal posición dentaria, anatomía, anomalías dentales y edad post-eruptiva (14,21).

La posición del diente, así como la composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa bacteriana. Los dientes posteriores, molares y premolares, son más susceptibles a las caries ya que su morfología es más anfractuosa (14).

- **Dieta:**

La dieta no solo es importante para la salud en general sino también para la salud oral, en este contexto si no se sigue una dieta adecuada, es más probable que el infante desarrolle caries dental (20,22).

La presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo los almidones no la producen. Pero es necesario aclarar que el metabolismo de los carbohidratos se produce por una enzima presente en la saliva denominada alfa amilasa salival o tialina, esta es capaz de degradar el almidón hasta maltosa y de acuerdo al tiempo que permanezca el bolo en la boca podría escindirlos hasta glucosa, esto produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte (14).

- **Bacterias:**

La cavidad bucal contiene una de las más variadas poblaciones microbianas del organismo. Se estima que en ella habitan más de mil especies, cada una de ellas representadas por una gran variedad de cepas. Entre las bacterias presentes en la boca se encuentran tres especies relacionadas con la caries dental. El *Streptococcus*, con las subespecies *S. mutans*; *Lactobacillus*, y los *Actinomyces* (20,23).

Son las que se adhieren a la película adquirida (compuestas por proteínas que se precipitan sobre la superficie del esmalte) y se congregan formando un "biofilm" (comunidad cooperativa) de esta manera subsisten evaden los sistemas de defensa del huésped que consiste principalmente en la remoción de bacterias saprofitas y/o patógenas no adheridas por la saliva siendo estas posteriormente deglutidas (14).

- **Tiempo:**

La placa bacteriana debe ser eliminada antes de que calcifique, y no se producirá caries (14).

### **c) Prevalencia de caries dental**

Debido a que la prevalencia de caries dental está asociada a una baja frecuencia de cepillado y elevado consumo de golosinas se sugiere que los principales objetivos de los programas de salud dental deben estar

dirigidos a lograr el cepillado dental diario, reducir el consumo de golosinas e incrementar los conocimientos sobre salud oral; siendo que principalmente estos programas deben estar dirigidos a población rural y de menor nivel sociocultural (24).

La caries es una enfermedad multifactorial que afecta a una gran cantidad de la población de acuerdo a los datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (25).

Esta se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente, la cual presenta una alta tasa de incidencia, de manera que es una de las enfermedades más frecuentes de la especie humana en la era de las civilizaciones modernas, siendo la principal causa de pérdida de dientes en la población joven (18).

El Perú, de acuerdo con reportes de la OMS, es uno de los países de Latinoamérica más afectados por las enfermedades bucales, como se demuestra al precisar que entre el 90% y el 95% de la población peruana (equivalente a 30 millones de habitantes según proyección 2013, del Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI) sufre de caries dental, además de tener uno de los índices más altos de caries en niños menores de 12 años (26).

Es por ello, que la experiencia de caries, por muchos años, ha sido investigada en estudios epidemiológicos por medio del tradicional índice de CPO (27).

#### **d) Clasificación de la caries dental**

Con respecto a la clasificación de la caries dental las más utilizadas por los profesionales en la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la Estomatología General Integral, es la siguiente (28):

Según localización:

- **Caries de fosas y fisuras:** Localizadas en las caras oclusales de premolares y molares, caras palatinas de dientes anteriores superiores y molares superiores y en las caras vestibulares de molares inferiores. Por su disposición en forma de ángulo agudo hacia el límite amelodentinario, proporcionan retención mecánica y un microambiente ecológico propicio para el desarrollo de la caries.
- **Caries de superficies lisas:** Localizadas en las caras proximales por debajo de la relación de contacto con el diente vecino y en el 1/3 cervical de las caras vestibulares y linguales o palatinas. Siempre están precedidas por la placa microbiana.
- **Caries radicular:** Se inicia por debajo de la unión amelo-cementaria, en aquellas superficies radiculares donde la cresta del margen gingival ha sufrido retracción, llevando a la exposición de la superficie cementaria, bajo la presencia de acúmulo de placa bacteriana, se diferencia de la erosión, la abrasión y la reabsorción idiopática, afecciones que también atacan a la raíz.

Según profundidad:

- **Caries en esmalte** Proceso de destrucción dentaria que afecta el esmalte sin o con ruptura de la superficie externa.
- **Caries en dentina superficial:** Proceso de destrucción dentaria que afecta el esmalte y capa superficial de la dentina con ruptura de la superficie externa.
- **Caries en dentina profunda:** Proceso de destrucción dentaria que afecta el esmalte y la dentina profunda.

Según avance de la lesión:

- Caries activa: Puede ser de avance rápido o lento.
- Caries detenida cuando las condiciones que dieron origen a la caries varían y se detiene el avance de la lesión.

### **e) Manifestaciones clínica de la caries dental**

La caries dental tiene un proceso secuencial, repercutiendo de la siguiente manera (5):

- Lesión inicial de caries en la superficie del esmalte

El estadio más temprano de caries implica la disolución del esmalte, con la apertura de las vías de difusión. En estos casos se produce un reblandecimiento de la superficie, cuando la desmineralización llega a la superficie, el porcentaje de pérdida de mineral se vuelve mayor en esta zona que en la superficie produciéndose la llamada “lesión superficial”. Se ha demostrado que la capa superficial del esmalte puede repararse por deposición del calcio y fosfatos disueltos desde la superficie del esmalte.

- Lesión inicial de caries en fosas y fisuras

Inicialmente la lesión no se forma en el fondo si no en las paredes de las fisuras, y tiene el aspecto de dos lesiones pequeñas similares a las de la superficie lisa. Esto se debe a la presencia de material orgánico en el fondo de la fisura, que actúa como un tapón amortiguador contra los residuos básicos de la placa, suavizando el ataque ácido en la base de la fisura durante la fase inicial de formación de caries.

- Caries en dentina

La dentina y el tejido pulpar son tejidos vitales íntimamente interconectados, y constituyen una unidad biológica capaz de reaccionar frente a una agresión mediante los siguientes mecanismos:

- a) Esclerosis tubular: Proceso por el que se deposita mineral en la luz de los túbulos destinatarios. Se suele observar justo en la periferia de las lesiones de caries que afectan a la dentina.
- b) Formación de la dentina reparadora: constituyen la creación de una capa de dentina irregular en la interface de la dentina y la pulpa. Es llamada también “dentina terciaria”, para diferenciarla de la dentina primaria.
- c) Formada antes de la erupción dentaria y de la “dentina secundaria” formada durante toda la vida.

#### **2.2.1.2. Índice CEOD**

A través del índice se reconoce la experiencia que una persona o una población ha tenido respecto de la caries dental, siendo lo ideal que el índice sea de cero (0), en la medida que se espera que las personas no hayan tenido enfermedad, idealmente por haber tenido acceso a información de cómo cuidar su estado de salud bucal y a servicios de promoción, prevención e incluso de atención odontológica oportuna previa a la presencia de caries. En la medida que el índice se aleja del valor 0, se hace evidente la presencia de antecedentes de caries, siendo por tanto importante reconocer cual es el componente que más aporta al índice (13).

La sigla (C) describe el número de dientes afectados por caries dental a nivel de lesión cavitada. (P) expresa el número de dientes perdidos (extraídos) como consecuencia de caries dental, y (O) el número de dientes restaurados u obturados como consecuencia de la caries dental (14).

Índice ceod. Se obtiene sumando la cantidad de piezas dentarias cariadas, obturadas o perdidas por caries dental. Para obtener el valor grupal se promediaron los índices individuales (11).

Cuantificación de la OMS para el Índice CPOD (14).

Muy bajo: 0.0 a 1.1

Bajo: 1.2 a 2.6

Moderado: 2.7 a 4.4

Alto: 4.5 a 6.5

Muy alto: 6.6 a +

### 2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

- **Hábito:** Modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetido de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas (29).
- **Ceo-d:** Representa la medida del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones (e) y obturaciones (o) (19).
- **Hábitos de higiene oral:** Es la actividad y comportamiento referente al cuidado dental y de cavidad oral, las cuales son aprendidas de estereotipos y modificadas constantemente (12,30).
- **Factores:** hablamos de cosas, de elementos reales, que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes (21,31).
- **Factores sociales:** son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren (20).
- **Factores demográficos:** son la estructura y distribución de una población en una sociedad (16,20).

## 2.4. VARIABLES

### CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	INDICADOR	ESCALA	VALORES
Prevalencia de caries dental	Categórica, cualitativa	ceod	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy bajo: 0.0 a 1.1</li> <li>• Bajo: 1.2 a 2.6</li> <li>• Moderado: 2.7 a 4.4</li> <li>• Alto: 4.5 a 6.5</li> <li>• Muy alto: 6.6 a +</li> </ul>
Edad	Categórica, cuantitativa	Años desde el nacimiento	Razón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 años</li> <li>• 4 años</li> <li>• 5 años</li> </ul>
Género	Categórica, cualitativa	Rasgos físicos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
Estado civil de los padres	Categórica, cualitativa	Estado conyugal de los padres	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres casados</li> <li>• Convivientes</li> <li>• Separados</li> </ul>
Visita al odontólogo	Categórica, cualitativa	Tiempo transcurrido desde la última vez que acudió a consulta	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 6 meses</li> <li>• Entre 6 a 12 meses</li> <li>• Más de un año</li> <li>• Nunca he ido</li> </ul>
Instrucción de los padres	Categórica, cualitativa	Instrucción de estudio de los padres	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>
Responsabilidad del sustento familiar	Categórica, cualitativa	Padre o padres que perciban ingresos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padre</li> <li>• Madre</li> <li>• Ambos</li> </ul>

## **CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO**

### **3.1. Tipo y nivel de investigación**

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

### **3.2. Población y muestra**

**Población:** Niños de 3 a 5 años de edad de la I.E.I. Los laureles.

**Muestra:** 178 niños de 3 a 5 años de edad de la I.E.I. Los laureles con al menos uno de sus padres.

- **Criterios de selección**
  - Niños de ambos géneros.
  - Niños que quieran participar en el estudio.
  - Padres que completen ficha de perfil sociodemográfico

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Con la finalidad de evaluar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad en relación a los factores sociodemográficos de la I.E.I. Los Laureles, se empleó el índice CPOD siendo registrado niño por niño. Asimismo, se les entregó a los padres una ficha sobre perfil sociodemográfico, la cual fue creada y validada por juicio de expertos **(ANEXO 1)**.

Para la ejecución del proyecto se solicitó previamente una carta de presentación al Director de la Escuela Académico Profesional de Odontología **(ANEXO 2)**, dirigida a la Directora Yvonne Cuadros Villena encargada de la I.E.I Los Laureles 137, del distrito de Ate Vitarte con el fin de aprobar y brindar las facilidades para la ejecución de esta investigación en dicha institución

educativa, el cual lleva por título “PREVALENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE 3-5 AÑOS DE EDAD EN RELACIÓN A LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA I.E.I. LOS LAURELES. LIMA, PERÚ 2017”.

Una vez aprobado el permiso de la directora, y ya en la Institución educativa, se entregó una hoja informativa a los padres (**ANEXO 3**) para comunicarles la finalidad de la investigación. Asimismo, se les requirió el permiso, mediante un consentimiento informado (**ANEXO 4**), para realizarles un examen estomatológico a sus hijos, registrando la prevalencia de caries (**ANEXO 5**), además se les brindó a los padres una ficha de recolección de datos sobre perfil sociodemográfico para que pueda ser completado por ellos (**ANEXO 6**).

### **3.4. Procesamiento de datos y análisis estadísticos**

Para el análisis de datos se utilizará el programa estadístico SPSS versión 22.0 empleando la prueba estadística Chi cuadrado y el programa Excel para la elaboración de gráficos.

### **3.5. Aspectos éticos**

- Solicitud de carta de presentación.
- Consentimiento informado
- Anonimato de los participantes

Se tomaron todas las medidas necesarias para resguardar la intimidad de los individuos y la confidencialidad de la información. Asimismo aclarar que este estudio no comprometió la integridad física o mental de padres de familia ni de sus hijos.

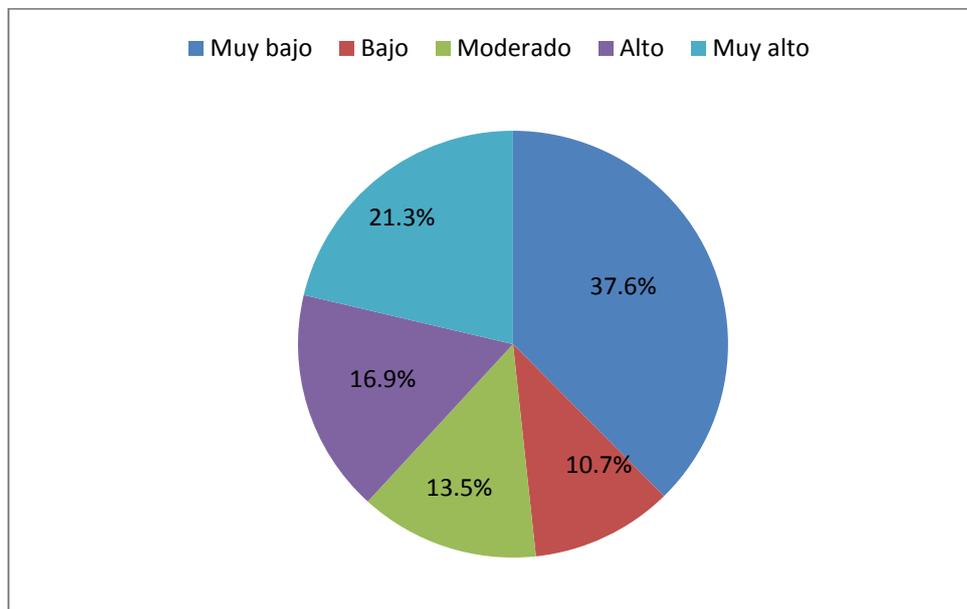
## CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Resultados

**TABLA N° 1:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017

<b>Prevalencia de Caries</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy bajo	67	37.6%
Bajo	19	10.7%
Moderado	24	13.5%
Alto	30	16.9%
Muy alto	38	21.3%
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO N° 1:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017



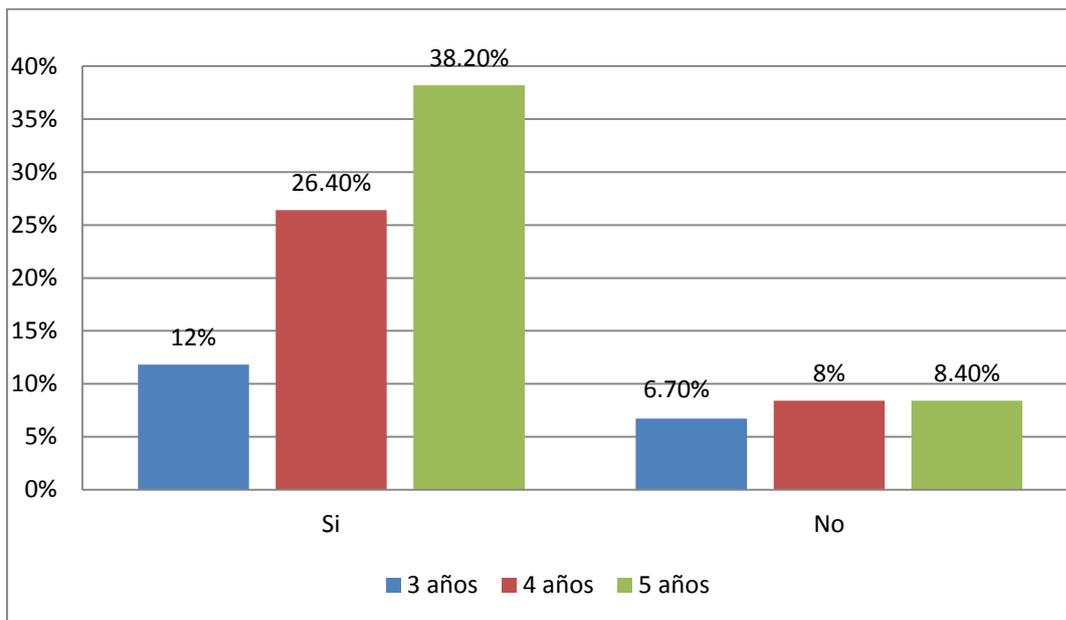
En el gráfico N°1 se aprecia que el 37.6% de los niños presentan una prevalencia de caries dental muy bajo, 10.7% una prevalencia baja, 13.5% una prevalencia moderada, 16.9% una prevalencia de caries dental alto y 21.3% una prevalencia muy alta.

**TABLA N° 2:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según edad. Lima, Perú 2017

Prevalencia de Caries	Edad de los niños		
	3 años	4 años	5 años
Si	21 (11.8%)	47 (26.4%)	68 (38.2%)
No	12 (6.7%)	15 (8.4%)	15 (8.4%)
Total	33 (18.5%)	62 (34.8%)	83 (46.6%)

Chi-cuadrado de Pearson:  $p=0.111 > 0.05$  por lo tanto no existe diferencias estadísticamente significativa.

**GRÁFICO N° 2:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según edad. Lima, Perú 2017



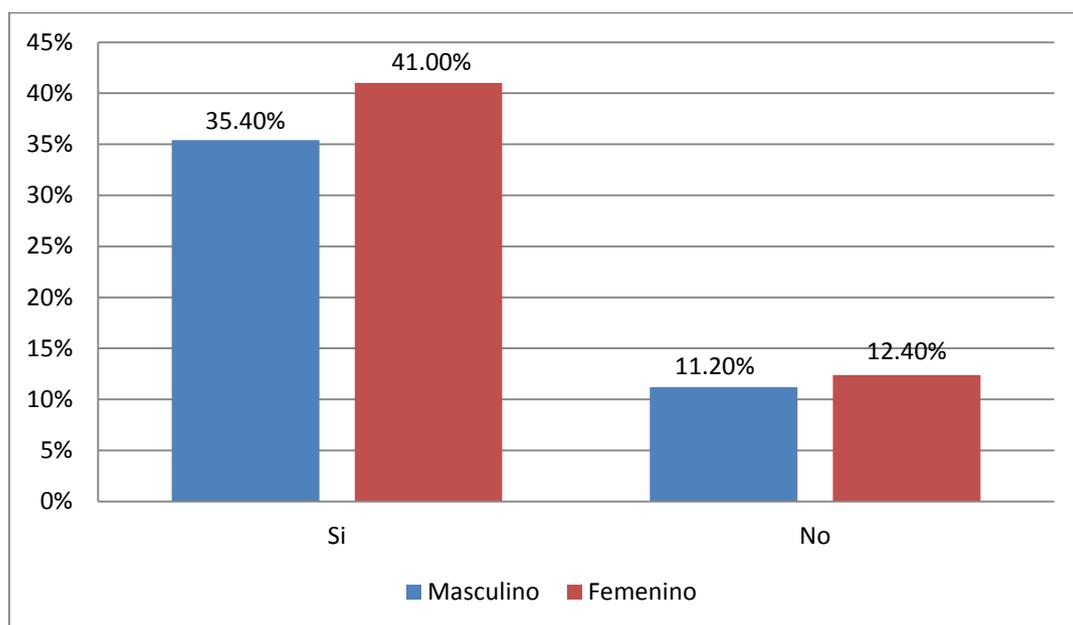
En el gráfico N°2 se aprecia que el 38.2% de los niños de 5 años de edad, 26.4% de los niños de 4 años y 11.8 % de los niños de 3 años presentan caries dental.

**TABLA N° 3:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según género. Lima, Perú 2017

<b>Prevalencia de Caries</b>	<b>Género</b>	
	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>
Si	63 (35.4%)	73 (41%)
No	20 (11.2%)	22 (12.4%)
Total	83 (46.6%)	95 (53.4%)

Chi-cuadrado de Pearson:  $p=0,883 > 0,05$  por lo tanto no existe diferencias estadísticamente significativa.

**GRÁFICO N° 3:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según género. Lima, Perú 2017



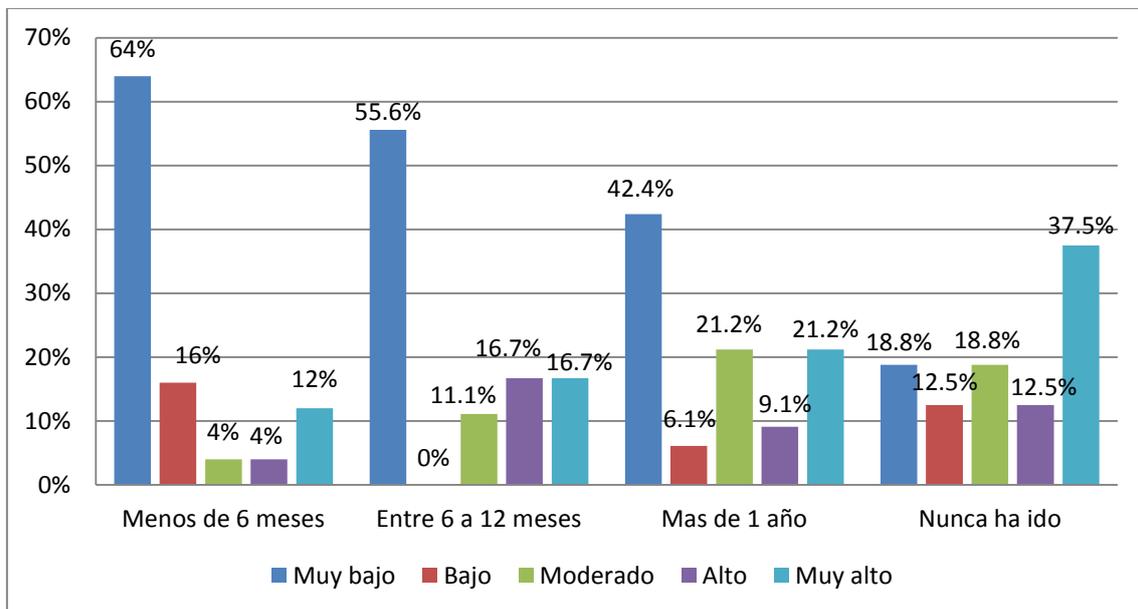
En el gráfico N°3 se aprecia que el 35.4% de los niños de género masculino y 41% de los niños de género femenino presentan caries dental.

**TABLA N° 4:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según visita al odontólogo. Lima, Perú 2017

Prevalencia de Caries	Última visita del niño al odontólogo			
	Menos de 6 meses	Entre 6 a 12 meses	Más de 1 año	Nunca ha ido
Muy bajo	16 (64%)	10 (55.6%)	14 (42.4%)	3 (18.8%)
Bajo	4 (16%)	0 (0%)	2 (6.1%)	2 (12.5%)
Moderado	1 (4%)	2 (11.1%)	7 (21.2%)	3 (18.8%)
Alto	1 (4%)	3 (16.7%)	3 (9.1%)	2 (12.5%)
Muy alto	3 (12%)	3 (16.7%)	7 (21.2%)	6 (37.5%)
Total	25 (100%)	18 (100%)	33 (100%)	16 (100%)

Chi-cuadrado de Pearson:  $p=0,158 > 0,05$  por lo tanto no existe diferencias estadísticamente significativa.

**GRÁFICO N° 4:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según visita al odontólogo. Lima, Perú 2017



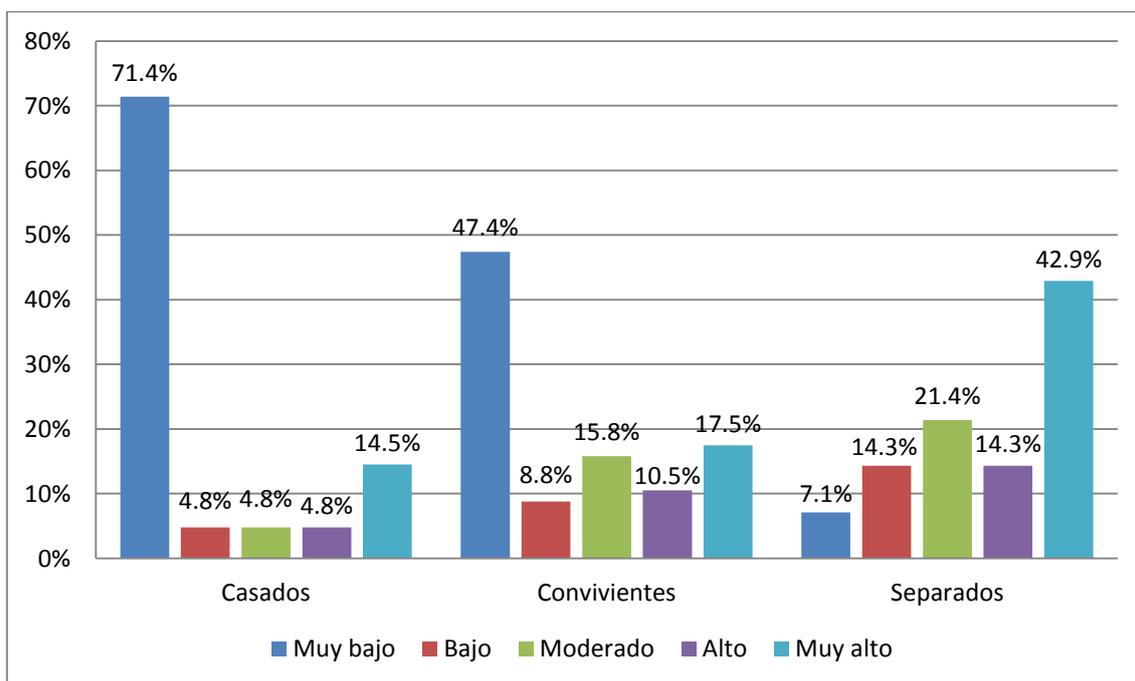
En el gráfico N°4 se aprecia que el 64% de los niños con una prevalencia de caries dental muy bajo fueron a su última visita al odontólogo en menos de 6 meses y que el 37.5% de los niños con una prevalencia de caries dental muy alto nunca han ido al odontólogo

**TABLA N° 5:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según el estado civil de los padres. Lima, Perú 2017

Prevalencia de Caries	Estado civil de los padres		
	Casados	Convivientes	Separados
Muy bajo	15 (71.4%)	27 (47.4%)	1 (7.1%)
Bajo	1 (4.8%)	5 (8.8%)	2 (14.3%)
Moderado	1 (4,8%)	9 (15.8%)	3 (21.4%)
Alto	1 (4,8%)	6 (10.5%)	2 (14.3%)
Muy alto	3 (14.5%)	10 (17.5%)	6 (42.9%)
Total	21 (100%)	57 (100%)	14 (100%)

Chi-cuadrado de Pearson:  $p=0,056 > 0,05$  por lo tanto no existe diferencias estadísticamente significativa.

**GRÁFICO N° 5:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según el estado civil de los padres. Lima, Perú 2017



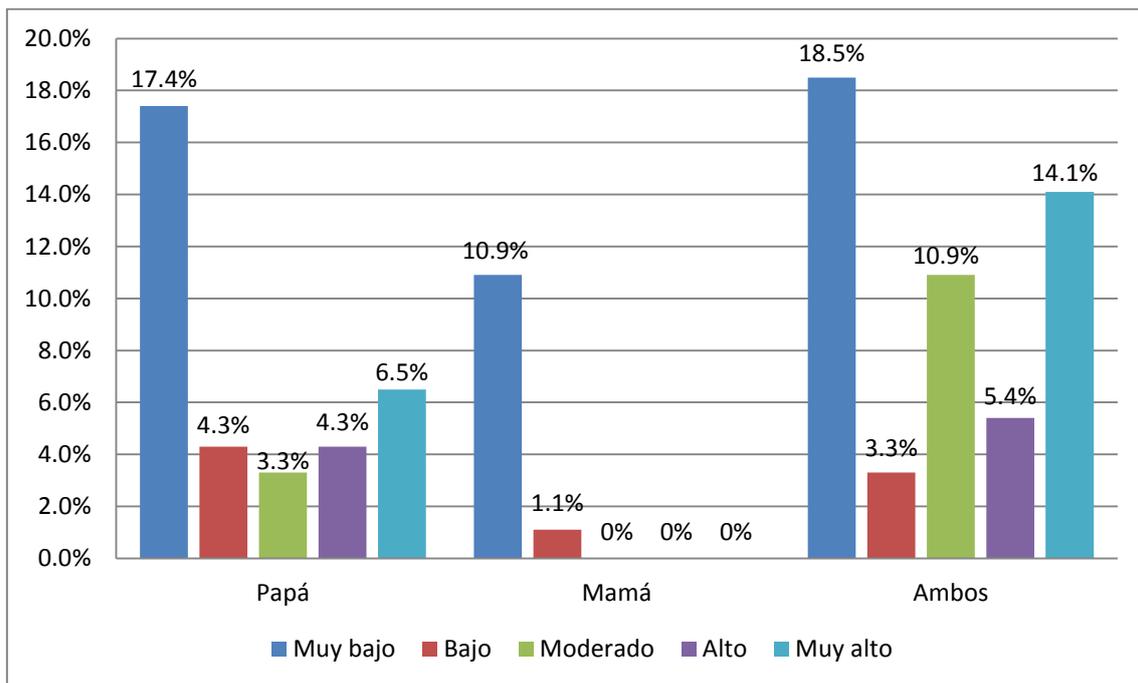
En el gráfico N°5 se aprecia que el 71.4% de niños con una prevalencia de caries dental muy bajo tienen padres casados, mientras que el 42.9% de niños con una prevalencia de caries dental muy alto tiene padres separados.

**TABLA N° 6:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según responsabilidad del sustento familiar. Lima, Perú 2017

Prevalencia de Caries	Responsabilidad del sustento familiar		
	Papá	Mamá	Ambos
Muy bajo	16 (17.4%)	10 (10.9%)	17 (18.5%)
Bajo	4 (4.3%)	1 (1.1%)	3 (3.3%)
Moderado	3 (3.3%)	0 (0%)	10 (10.9%)
Alto	4 (4.3%)	0 (0%)	5 (5.4%)
Muy alto	6 (6.5%)	0 (0%)	13 (14.1%)
Total	33 (35.9%)	11 (12%)	48 (52.2%)

Chi-cuadrado de Pearson:  $p=0,059 > 0,05$  por lo tanto no existe diferencias estadísticamente significativa.

**GRÁFICO N° 6:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según responsabilidad del sustento familiar. Lima, Perú 2017



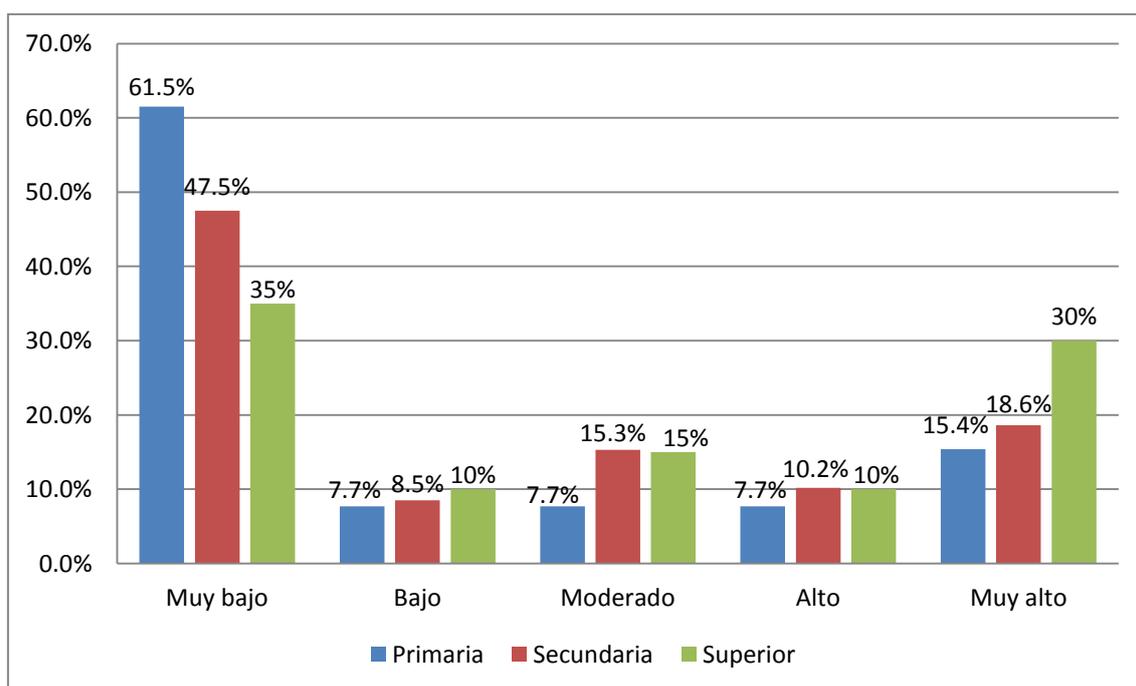
En el gráfico N°6 se aprecia el 17.4% de niños con una prevalencia de caries dental muy bajo provienen de una familia donde el papá es responsable del sustento familiar, mientras que el 10.9% de niños con una prevalencia muy baja de caries proviene de una familia donde la madre es la responsable del sustento familiar.

**TABLA N° 7:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según instrucción de los padres. Lima, Perú 2017

Prevalencia de Caries	Grado de instrucción de los padres		
	Primaria	Secundaria	Superior
Muy bajo	8 (61.5%)	28 (47.5%)	7 (35%)
Bajo	1 (7.7%)	5 (8.5%)	2 (10%)
Moderado	1 (7.7%)	9 (15.3%)	3 (15%)
Alto	1 (7.7%)	6 (10.2%)	2 (10%)
Muy alto	2 (15.4%)	11 (18.6%)	6 (30%)
Total	13 (100%)	59 (100%)	20 (100%)

Chi-cuadrado de Pearson:  $p=0,940 > 0,05$  por lo tanto no existe diferencias estadísticamente significativa.

**GRÁFICO N° 7:** Prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según instrucción de los padres. Lima, Perú 2017



En el gráfico N°7 se aprecia que de los niños con una prevalencia de caries dental muy bajo tienen un 61.5% padres con grado de instrucción primaria, 47.5% grado de instrucción secundaria y 35% grado de instrucción superior.

## 4.2. Discusión

En este estudio se determinó la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad en relación al nivel sociodemográfico de la I.E.I. Los Laureles. Encontrándose que al evaluar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad se halló que el 37.6% de los niños tienen una prevalencia de caries dental muy bajo, 10.7% una prevalencia de caries dental bajo, 13.5% una prevalencia moderada, 16.9% una prevalencia alta y 21.3% una prevalencia muy alta. Lo cual concuerda por lo encontrado por **Tobler DC, Casique LD. (2014)**, quienes encontraron que el 20.7% de escolares presentan una prevalencia de caries dental alta. Así también, coincide con lo hallado por **Pisconte EG. (2010)**, quien encontró que 25% de los escolares presentan una prevalencia de caries dental alta. Encontrando estas similitudes debido a que las poblaciones de estudios presentan las mismas edades. Por otro lado, este estudio discrepa de lo hallado por **Farias JF. (2015)**, quien encontró que 56.8% de los estudiantes presentan una prevalencia de caries alta, encontrándose posiblemente esta diferencia debido a que en el estudio de Farias JF, solo consideraron niños de 4 a 5 años de edad.

Asimismo, esta investigación dio a conocer que al evaluar la prevalencia de caries de los niños según su edad. Los niños de 3 años de edad mostraron poseer en un 11.8% caries dental, mientras los niños de 4 años un 26.4%. Por otro lado los niños de 5 años de edad mostraron tener en un 38.2% caries dental. Lo cual concuerda con los resultados de **Arriagada V. et al. (2014)**, quienes encontraron que los niños de 3 años presentan caries en un 15.1%, mientras que los niños de 4 años caries en un 23.4% y los niños de 5 años caries en un 42.7%. Encontrando estas similitudes posiblemente a que los niños de 5 años están más cerca al primer foco de infección que es cuando erupcionen los primeros molares permanentes.

Por otro lado, en este estudio se encontró que el 35.4% de los niños y 41% de las niñas presentan tener caries dental. Lo que coincide con lo hallado por **Pineda DA, Rodríguez LM. (2015)** quienes encontraron que el 42.5% de niños y 50.4% de niñas presentan caries dental, lo cual también se asemeja al resultado hallado por **Arriagada V. et al. (2014)**, quienes encontraron que según género, el 43% de las mujeres presentaron tener caries dental, mientras que en el caso de los hombres solo lo presentaron el 32.7%. Así también, el estos hallazgos son corroborados por **Farias JF. (2015)**, quien encontró que los niños presentan caries en un 35.3% y las niñas presentan caries en un 43.2%. Encontrando estos resultados posiblemente porque los niños realizan más frecuentemente sus higiene bucal.

Así también se encuentro por medio de este estudio que el 37.5% de niños que nunca han ido al odontólogo presentan un nivel de caries dental alto, lo que concuerda con el estudio de **Díaz S. et al. (2015)**, quienes encontraron que los niños que no visitan al odontólogo tienen una prevalencia de caries dental alta. Encontrándose estos resultados por la poca frecuencia de tratamiento preventivo para mantener la salud bucal de los niños lo cual tiende a repercutir en su salud bucal evidenciando con el tiempo la alta prevalencia de caries dental en sus bocas.

En este estudio se encontró que el 42.9% de niños con padres separados presentan una prevalencia de caries dental muy alto, lo que es corroborado por el estudio de **Díaz S. et al. (2015)**, quienes encontraron que el 72,7% de niños tienen padres separados y presentan una prevalencia de caries dental alta. Hallándose estos resultados posiblemente a la falta de tiempo de los padres por trabajo y problemas económicos para brindarles una adecuada higiene oral a sus hijos.

Por otro lado este estudio relacionó la prevalencia de caries dental según el grado de instrucción de los padres, hallándose que el 47.5% de los padres con un grado de instrucción secundaria tiene hijos con una prevalencia de caries muy bajo, lo que concuerda con los resultados de **Carrasco M. (2009)**, quien encontró que el 53.85% de los padres y 59.76% de las madres que tienen un

grado de instrucción nivel secundaria tiene hijos con una prevalencia de caries dental bajo. Encontrándose estos resultados posiblemente debido a que los padres desde un nivel de instrucción secundaria ya cuentan con un conocimiento de higiene oral y preocupación por mantener una adecuada salud general de sus hijos.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

1. Los niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles presentan una prevalencia de caries dental baja (37.6%).
2. Los niños de 5 años de edad (38.2%) de la I.E.I. Los Laureles presentan mayor caries que los niños de 3 y 4 años de edad (11.8% y 26.4% sucesivamente).
3. Los niños de género femenino (41%) de la I.E.I. Los Laureles presentan mayor caries que los niños de género masculino (35.4%).
4. Los niños de la I.E.I. Los Laureles con una prevalencia de caries dental muy bajo han acudido en menos de 6 meses al odontólogo (64%).
5. Los niños de la I.E.I. Los Laureles con una prevalencia de caries dental muy bajo presentan padres casados (71.4%), mientras que los niños con una prevalencia a caries dental muy alto presentan padres separados (42.9%).
6. Los niños de la I.E.I. Los Laureles con una prevalencia de caries dental bajo tienen como principal responsable del sustento familiar al papá, seguido por la mamá y finalizando por ambos padres (17.4%, 10.9% y 18.5%).
7. Los niños de la I.E.I. Los Laureles con una prevalencia de caries dental bajo presentan padres con un grado de instrucción secundaria (47.5%).

## **5.2. Recomendaciones**

1. Se recomienda dar charlas sobre salud bucal a los padres que lleven a sus hijos a la atención odontológica con el fin de que los padres puedan enseñar correctamente a sus hijos como mantener una buena salud bucal.
2. Se recomienda incorporar educación en salud bucal en los colegios, con colaboración de los profesores para realizar las acciones de educación en estos grupos estudiantiles
3. Se recomienda hacer estudios sobre nivel de conocimiento sobre salud bucal tanto en padres como en hijos y determinar si exista relación.
4. Se recomienda reforzar el conocimiento de hábitos saludables tanto para prevención de caries, enfermedad periodontal entre otros.
5. Se recomienda realizar estudios sobre nivel de conocimiento sobre salud bucal antes y después de sesiones educativas, para evidenciar los efectos que pueden tener la sesión educativa sobre salud bucal de las personas.

## REFERENCIAS

1. Farias JF. Estado de salud oral de niños de 4-5 años y nivel de conocimientos materno, Concepción 2015. [Tesis para optar el grado de Magíster en Ciencias Odontológicas]. Concepción: Universidad Andrés Bello; 2015.
2. Díaz S, Ramos K, Álvarez L, Ruiz M. Caries dental y estructura familiar en niños escolares y preescolares de una institución educativa de Cartagena de indias 2015. [Tesis para optar el título de Odontólogo]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2015.
3. Pineda DA, Rodríguez LM. Relación entre frecuencia de caries dental en escolares y nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la unidad educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015.
4. López M. Nivel de conocimientos y prácticas de salud bucal en padres/encargados de niños del área de odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad de El Salvador, noviembre - diciembre 2013. [Tesis para optar el título Cirujano dentista]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2014.
5. Arriagada V, Maldonado J, Aguilera C, Alarcón N. Relación entre prevalencia de caries dental, índice de higiene oral y estado nutricional en niños preescolares de 3 a 5 años 11 meses del sector Pedro Del Río, Concepción, VIII Región, Chile, 2014. [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista] Concepción: Universidad de Concepción. 2014.
6. Tobler DC, Casique LD. Relación entre la caries dental en preescolares de la I.E. “los honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.

7. Pisconte EG. "Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito la esperanza – Trujillo. 2010" [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. 2010.
8. Carrasco M. Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas. Revista Kiru. 2009; 6(2): 78-83.
9. Hechavarria B, Venzant S, Carbonell M, Carbonell C. Salud bucal en la adolescencia. Medisan. 2013; 17(1):117-125.
10. Sanchez Y, Sence R. Efectividad de un programa educativo preventivo para mejorar hábitos de higiene y condición de higiene oral en escolares. Kiru. 2012; 9(1): 21-33.
11. Fernández C, Núñez L, Díaz N. Determinantes de salud oral en población de 12 años. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2011; 4(3); 117-121.
12. Maqueta CR. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las instituciones educativas públicas del distrito de ciudad Nueva-Tacna, 2012. [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
13. Diaz S. Prevalencia y severidad de caries dental y factores familiares en niños de una institución educativa de la ciudad de Cartagena de Indias. [Tesis para obtener el grado de Magister en Salud Publica]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
14. Díaz MA. Prevalencia de caries en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo, Durante el 2013. [Tesis para obtener el título de especialista en odontopediatría]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015.
15. Morales J, Regalado JJ, Murrieta JF, De Jesús CJ, Fuentes MA, Guerrero AS. Frecuencia de caries dental en escolares de la primaria Rufino Tamayo de la delegación Iztapalapa del ciclo escolar 2013-2014. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2014; 17(1):17-21.

16. Chiguala CA. Prevalencia de caries dental en la primera molar permanente mandibular en niños de 6 a 12 años de edad en los centros de salud del distrito del porvenir, 2015. [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. 2015.
17. Díaz S, González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Rev. salud pública. 2010; 12 (5): 843-851.
18. Sánchez R, Maceo O, Fruto Y, Domínguez Y. Caries dental y gingivitis en estudiantes de segundo año de Estomatología con estrés académico. 2014; 18(2):1-14.
19. Fernández MM. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre higiene bucal y su relación con la higiene bucal de niños de 3 a 5 años de la IEP "Angelitos de Jesús", Lima 2015. [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2015.
20. Regalado LA. Nivel de conocimiento de pediatras y padres de familia sobre la caries dental de la infancia temprana en el hospital Carlos Andrade Marín y el centro de educación inicial República de Guatemala. [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2016.
21. Bosch R, Rubio M, García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Avances en Odontología. 2012; 28(1): 17-23.
22. Vera OE, Vera FM. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Rev. cuerpo méd. HNAAA. 2013; 6(1):41-45.
23. Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad de América Latina. CELADE. 2001;1(1):1-83.
24. Sánchez Y, Sence R. Efectividad de un programa educativo preventivo para mejorar hábitos de higiene y condición de higiene oral en escolares. Kiru. 2012; 9(1):21-33.
25. Quintero E, Machado R, Bisamon C, Blanchard M, Hernández M. Nivel de conocimiento de los padres sobre la salud bucal de escolares y su

- repercusión en la incidencia de caries dental. *Odous científica*. 2015; 16(2):31-38.
26. Chumpitaz R, Ghezzi L. Prevalencia e incidencia de caries a partir de vigilancia epidemiológica realizada a escolares en Chiclayo, Perú. *KIRU*. 2013; 10(2):107-15.
27. Rodríguez U, Olarte AP, Aguilar LA, Chávez P, Echevarría MM, Vela IK, Gómez RG. Estudio comparativo de tres métodos de diagnóstico para caries dental. *Conoc. amaz.* 2015; 6(1): 69-76.
28. Joaquina L. Caries dental y el primer molar permanente. *Rev. Gaceta Medica Espirituana*. 2015; 17(2):1-14.
29. Peña CA. Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral. [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista] Santiago de Chile: Universidad de Chile. 2014.
30. Núñez J, Moya P, Monsalves MJ, Landaeta S. Nivel de conocimiento de salud oral y utilización de GES odontológico en Puerperas atendidas en una clínica privada, Santiago, Chile. *Int. J. Odontostomat.* 2013; 7(1):39-46.
31. Cabello DA. Relación ente el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de os padres i la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2006.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **HOJA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO**

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *CD FRANCISCO SCHWAN SILVA*  
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *U. NORBERT WIENER*  
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación:  
 1.4 Autor(es) del Instrumento:  
 1.5 Título de la Investigación:

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. SUBJETIVIDAD	Está expresado en datos expresados por los sujetos.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.			✓		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos socio demográficos.				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología.			✓		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.			✓		
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

*DETALLAR y ORDENAR ALGUNAS PREGUNTAS*

\_\_\_ de \_\_\_ del 2017

*[Firma]*  
 Francisco Schwan Silva  
 U. NORBERT WIENER  
 con Firma y sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: INFANTES VARGAS, JORGE  
 1.2 Cargo e institución donde labora: UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIEGER  
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: CASET SOCIODENOMIÓFICAS DE LOS  
 1.4 Autor(es) del Instrumento: PALACIOS NEUBARD PROSES DE FAMILIA  
 1.5 Título de la Investigación: BUSCA LIPS.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. SUBJETIVIDAD	Está expresado en datos expresados por los sujetos.					✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos socio demográficos.					✓
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología.					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					✓
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación.					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					2	8
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x A) + (2x B) + (3x C) + (4x D) + (5x E)}{50} = \frac{0 + 0 + 0 + 8 + 16}{50} = 0,96$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 - 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 - 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 - 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Mayor detalle en los instrumentos.  
Quitar intervalos cada un punto.

\_\_\_ de \_\_\_ del 2017

  
 Mg. Esp. y Celso  
 C.O.P. 1224

Mg. Esp. Jorge Infantes Vargas  
 C.O.P. 1224 - DENTISTA  
 C.O.P. 1224

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Carmen Antuna  
 1.2 Cargo e Institución donde labora: UPNW  
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Fide.  
 1.4 Autor(es) del Instrumento:  
 1.5 Título de la Investigación:

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. SUBJETIVIDAD	Está expresado en datos expresados por los sujetos.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.		✓			
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos socio demográficos.				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos técnicos científicos de la tecnología.				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.		✓			
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación.		✓			
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x\text{A}) + (2x\text{B}) + (3x\text{C}) + (4x\text{D}) + (5x\text{E})}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

conforme de acuerdo a lo observado.

13 de junio del 2017

Dr. Carmen Antuna  
 UPNW  
 Firma y sello  
 COT. 3884

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Agilce Herencia, Angie Ruth*  
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Univ. Dr. Norbert Wiener*  
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación:  
 1.4 Autor(es) del Instrumento:  
 1.5 Título de la investigación:

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. SUBJETIVIDAD	Está expresado en datos expresados por los sujetos.			✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.			✓		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.			✓		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.			✓		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos socio demográficos.				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología.				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.			✓		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.			✓		
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *Podría enriquecerse más, allí en el cuestionario te dejó algunas sugerencias.*  
*13 de junio del 2017*

Firma y sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Dr. Mezzich Gálvez, Jorge Luis*  
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Docente Tiempo Completo*  
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación:  
 1.4 Autor(es) del Instrumento:  
 1.5 Título de la Investigación:

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					/
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					/
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					/
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					/
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					/
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.					/
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.					/
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				/	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					/
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				/	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						/
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x\text{A}) + (2x\text{B}) + (3x\text{C}) + (4x\text{D}) + (5x\text{E})}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con una X en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

\_\_\_\_\_

*8* de *Junio* del 2017

*JL*  
Firma y sello

Jorge L. Mezzich Gálvez  
Doctor en Salud Pública  
COP 10071 RNE 187

## **ANEXO 2**

### **SOLICITUD PARA CARTA DE PRESENTACION**

Yo, PALACIOS NAVARRO BLANCA LUZ, bachiller de la EAP de odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener con código de matrícula XXXX ante usted Dr. Carlos Gálvez, me presento y digo:

Que con la finalidad de dirigirme a la directora de la I.E.I. Los Laureles 137 del distrito de Ate Vitarte, solicito me expida una carta de presentación con la cual se pueda corroborar que soy estudiante de EAP de odontología de la UPNW. Y así mismo requerir autorización para ingresar a dicha institución educativa, para desarrollar mi trabajo de investigación, en la cual se relacionará la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad con el nivel sociodemográfico de la I.E.I. Los Laureles

Sin otro particular y agradeciendo anticipadamente la atención a la presente me despido de usted.

**Lima, 26 de mayo de 2017**

Atentamente

.....  
Palacios Navarro Blanca Luz

### **ANEXO 3**

#### **HOJA DE INFORMACION**

Mi nombre es PALACIOS NAVARRO BLANCA LUZ soy bachiller de odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener, y le hago llegar este presente informe, para hacerte participe a una investigación la cual tiene como finalidad determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad en relación al nivel sociodemográfico de la I.E.I. Los Laureles.

Para lo cual, se le realizará un examen estomatológico a su menor hijo y así evaluar su estado de salud bucal. Asimismo se le entregará una ficha para que usted pueda completar una ficha sobre perfil sociodemográfico de los padres.

Por este motivo quiero saber si le gustaría participar en este estudio, el cual no tendrá ninguna repercusión física ni mental en su hijo o en su persona.

## ANEXO 4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo .....he comprendido la información que se me ha proporcionado a través de la hoja informática. Asimismo se me ha resuelto cualquier duda que pudiese tener y decidí colaborar con dicha investigación en la cual se determinará la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad en relación al nivel sociodemográfico de la I.E.I. Los Laureles.

Así también doy la aprobación de que se realice el examen estomatológico a mi menor hijo para determinar su estado de salud bucal actual. Por consiguiente firmo este consentimiento dando mi aprobación.

.....

Firma del tutor/a legal

DNI: .....

## ANEXO 5

### FICHA DE PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS

Género:      Masculino.....      Femenino.....  
Edad:        3 años.....      4 años.....      5 años.....

**ODONTOGRAMA**

The diagram shows a dental chart with a central vertical line. Above the line, the teeth are numbered 10, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 on the left and 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 on the right. Below the line, the teeth are numbered 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 on the left and 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 on the right. There are empty boxes above and below the chart for recording data.

- c : Cariada
- e : Extraída (Extracción indicada)
- o : Obturada

$$\text{Índice ceod} = \frac{\text{Total de dientes cariados, perdidos y obturados}}{\text{Total de personas examinadas}}$$

- Muy bajo: 0.0 a 1.1
- Bajo: 1.2 a 2.6
- Moderado: 2.7 a 4.4 :
- Alto: 4.5 a 6.5
- Muy alto: 6.6 a +

## ANEXO 6

### **FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS** **(Cuestionario para el apoderado del niño)**

**Genero:**

Masculino \_\_\_\_\_

Femenino \_\_\_\_\_

**Edad**

18 a 30 años \_\_\_\_\_

31 a 45 años \_\_\_\_\_

46 a más años \_\_\_\_\_

**1. Estado civil de los padres**

- a) Padres casados
- b) Convivientes
- c) Separados

**2. Grado de instrucción de los padres**

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

**3. Responsabilidad del sustento familiar**

- a) Padre
- b) Madre
- c) Ambos

**4. Procedencia de los padres**

- a) Costa
- b) Sierra
- c) Selva

**5. Condición de propiedad**

- a) Propia totalmente pagada
- b) Propia pagándolo a plazos
- c) Alquilada
- d) Casa de los padres o suegros

**6. Número de hijos**

- a) 1
- b) 2
- c) 3 a más

**7. Accesibilidad a los servicios de salud.**

- a) Si.
- b) No.

**8. Si la pregunta anterior fue afirmativa. ¿Hace cuándo fue la última vez que llevo a su hijo al odontólogo?**

- a) Menos de 6 meses.
- b) Entre 6 a 12 meses.
- c) Más de un año.
- d) Nunca lo lleve.

## FOTOS



**Entrega de cuestionarios a los padres**



**Entrega de cuestionarios a los padres**



**Examen clínico a los niños**



**Examen clínico a los niños**



## Matriz de consistencia para Informe Final de Tesis

**Título: “PREVALENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE 3-5 AÑOS DE EDAD EN RELACION AL NIVEL SOCIODEMOGRAFICO DE LA I.E.I. LOS LAURELES. LIMA, PERÚ 2017”.**

PROBLEMA	OBJETIVOS: (Objetivo General)	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>¿Cuál será la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad en relación al nivel sociodemográfico de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017?</p>	<p>Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad en relación al nivel sociodemográfico de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017</p>	<p>El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal.</p>		

Problemas secundarios	Objetivos específicos:	Población y Muestra:		
1.-	1. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles. Lima, Perú 2017.	Población: Niños de 3 a 5 años de edad de la I.E.I. Los laureles.	1.- El 37.6% de los niños presentan una prevalencia de caries dental muy bajo, 10.7% una prevalencia baja, 13.5% una prevalencia moderada, 16.9% una prevalencia de caries dental alto y 21.3% una prevalencia muy alta.	1. Los niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles presentan una prevalencia de caries dental baja (37.6%).
2.-	2. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según edad. Lima, Perú 2017.	Muestra: 178 niños de 3 a 5 años de edad de la I.E.I. Los laureles con al menos uno de sus padres.	2.- El 38.2% de los niños de 5 años de edad, 26.4% de los niños de 4 años y 11.8 % de los niños de 3 años presentan caries dental.	2. Los niños de 5 años de edad (38.2%) de la I.E.I. Los Laureles presentan mayor caries que los niños de 3 y 4 años de edad (11.8% y 26.4% sucesivamente).

3.-	3. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según género. Lima, Perú 2017.		3.- El 35.4% de los niños de género masculino y 41% de los niños de género femenino presentan caries dental.	3. Los niños de género femenino (41%) de la I.E.I. Los Laureles presentan mayor caries que los niños de género masculino (35.4%).
4.-	4. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según visita al odontólogo. Lima, Perú 2017.		4.- El 64% de los niños con una prevalencia de caries dental muy bajo fueron a su última visita al odontólogo en menos de 6 meses y que el 37.5% de los niños con una prevalencia de caries dental muy alto nunca han ido al odontólogo.	4. Los niños de la I.E.I. Los Laureles con una prevalencia de caries dental muy bajo han acudido en menos de 6 meses al odontólogo (64%).
5.-	5. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según el estado civil de los padres. Lima, Perú 2017.		5.- El 71.4% de niños con una prevalencia de caries dental muy bajo tienen padres casados, mientras que el 42.9% de niños con una prevalencia de caries dental muy alto tiene padres separados.	5. Los niños de la I.E.I. Los Laureles con una prevalencia de caries dental muy bajo presentan padres casados (71.4%), mientras que los niños con una prevalencia a caries dental muy alto presentan padres separados (42.9%).

6.-	6. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según responsabilidad del sustento familiar. Lima, Perú 2017.		6.- El 17.4% de niños con una prevalencia de caries dental muy bajo provienen de una familia donde el papá es responsable del sustento familiar, mientras que el 10.9% de niños con una prevalencia muy baja de caries proviene de una familia donde la madre es la responsable del sustento familiar.	6. Los niños de la I.E.I. Los Laureles con una prevalencia de caries dental bajo tienen como principal responsable del sustento familiar al papá, seguido por la mamá y finalizando por ambos padres (17.4%, 10.9% y 18.5%).
7.-	7. Determinar la prevalencia de caries en niños de 3-5 años de edad de la I.E.I. Los Laureles según instrucción de los padres.		7.- Se aprecia que de los niños con una prevalencia de caries dental muy bajo tienen un 61.5% padres con grado de instrucción primaria, 47.5% grado de instrucción secundaria y 35% grado de instrucción superior.	7.- Los niños de la I.E.I. Los Laureles con una prevalencia de caries dental bajo presentan padres con un grado de instrucción secundaria (47.5%).