



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Estomatología

TESIS

**CULTURA PREVENTIVA DE LOS ALUMNOS CON RELACIÓN A
RIESGO DE CARIES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA NIÑO II
DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2019**

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

PRESENTADO POR:

Bach. ELIZABETH, CANALES DIAZ

ASESORA:

MG. GIULIANA MELISA, DEL PAZ AYALA

LIMA – PERÚ

2021

A Dios, en primer lugar, nunca me abandono y conseguí cumplir esta de ser profesional.

A mi madre siempre ha estado en los momentos más difíciles de mi vida, brindándome su apoyo, consejos, dedicación y amor.

A mi padre fallecido sé que está orgulloso de mi.

A mi asesora MG. CD. Del Paz Ayala, Giuliana
por guiarme en la elaboración del presente
estudio.

A Dios, por darme salud y fuerza para cumplir
la misión.

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	11
1.2. Formulación del problema	12
1.2.1. Problema principal	12
1.2.2. Problemas específicos	12
1.3. Objetivos de la investigación	12
1.3.1. Objetivo principal	12
1.3.2. Objetivos específicos	12
1.4. Justificación de la investigación	13
1.4.1. Importancia de la investigación	13
1.4.2. Viabilidad de la investigación	14
1.5. Limitaciones de estudio	14

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.1.1. Internacionales	15
2.1.2. Nacionales	16
2.2. Bases teóricas	17

2.3. Definición de términos básicos	35
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Formulación de hipótesis principales y específicas	37
3.2. Variables	37
3.2.1 Definición de las variables	37
3.2.2 Operacionalización de las variables	39
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. Diseño metodológico	40
4.2. Diseño muestral	40
4.3. Técnicas de recolección de datos	41
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	42
4.5. Aspectos éticos	42
CAPITULO V: RESULTADOS	
5.1. Análisis descriptivo	44
5.2. Análisis inferencial	48
5.3. Comprobación de hipótesis	48
5.4. Discusión	49
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	
ANEXO: 1 Consentimiento informado	
ANEXO: 2 Ficha de recolección de datos	
ANEXO: 3 Matriz de consistencia	
ANEXO: 4 Base de datos	

ÍNDICE DE TABLA

	Pág.
Tabla N° 1: Cultura preventiva de los alumnos de la clínica	44
Tabla N° 2: Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación a la experiencia de caries de la clínica estomatológica niño II	45
Tabla N° 3: Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al índice de higiene de la clínica estomatológica niño II	46
Tabla N° 4: Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación a el Riesgo de caries en la dieta de la clínica estomatológica niño II	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Cultura preventiva de los alumnos de la clínica	45
Gráfico N° 2: Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación a la experiencia de caries de la clínica estomatológica niño II	46
Gráfico N° 3: Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al índice de higiene de la clínica estomatológica niño II	47
Gráfico N° 4: Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al riesgo de caries en la dieta de la clínica estomatológica niño II	48

RESUMEN

El objetivo de la siguiente investigación fue determinar la cultura preventiva de los alumnos con relación a riesgo de caries de la clínica estomatológica niño de la universidad en el año 2019, este estudio fue de tipo observacional, analítico y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 36 alumnos entre hombre y mujeres de la clínica de niño II, donde se obtuvieron los siguientes resultados: la cultura preventiva de los alumnos con relación a riesgo de caries de la Clínica Estomatológica niño II es, malo con el mayor porcentaje (58.3%), seguido del criterio regular con un menor porcentaje (41,7), los criterios bueno y muy bueno obtuvieron el porcentaje mínimo (0%), en lo que corresponde de la cultura preventiva de los alumnos con relación a la experiencia de caries se obtuvo un mayor porcentaje en el criterio bueno con un 52.8% seguido en un menor porcentaje con el criterio malo (47.2%), la cultura preventiva de los alumnos con relación al índice de higiene un mayor porcentaje en el criterio malo con un 55.6% seguido en un menor porcentaje con el criterio bueno (44.4%), sobre la cultura preventiva de los alumnos con relación al riesgo de caries en la dieta se obtuvo un mayor porcentaje en el criterio malo con un 91.7% seguido en un menor porcentaje con el criterio bueno (8.3%). El análisis de coeficiente de correlación de Pearson indica que, si existe correlación directa y significativa, entre el nivel de cultura preventiva y el riesgo de caries ($p=0.033$), ya que el nivel de significancia fue mayor a 0,01 y se acepta la hipótesis como afirmativa.

Palabras claves: cultura preventiva, riesgo de caries, índice de higiene, riesgo de caries en la dieta.

ABSTRACT

The objective of the following research was to determine the preventive culture of the students in relation to caries risk at the stomatological clinic of the university child in 2019, this study was observational, analytical and prospective. The sample was made up of 36 students between men and women at the II boy clinic, where the following results were obtained: the preventive culture of the students in relation to caries risk at the Child II Dental Clinic is bad with the highest percentage (58.3%), followed by the regular criteria with a lower percentage (41.7), the good and very good criteria obtained the minimum percentage (0%), in what corresponds to the preventive culture of the students in relation to the experience of caries a higher percentage was obtained in the good criterion with 52.8% followed in a lower percentage with the bad criterion (47.2%), the preventive culture of the students in relation to the hygiene index a higher percentage in the bad criterion with a 55.6% followed in a lower percentage with the good criterion (44.4%), regarding the preventive culture of the students in relation to the risk of caries in the diet, a higher percentage was obtained in the bad criterion with 91.7% and in a lower percentage with good criteria (8.3%). Pearson's correlation coefficient analysis indicates that if there is a direct and significant correlation between the level of preventive culture and the risk of caries ($p = 0.033$), since the level of significance was greater than 0.01 and the hypothesis as affirmative.

Keywords: preventive culture, caries risk, hygiene index, caries risk in the diet.

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad de causa multifactorial de origen infeccioso, es de más incidencia en la salud bucal a nivel mundial sigue siendo el primer problema en la salud dental.

Diversos reportes actuales muestran que en nuestro país la salud bucal, esta manifestada por un nivel alto de incidencia en lesiones bucales, en especial la caries dental que conforma la segunda etiología de morbilidad, por lo cual es considerada como un problema de salud pública. El (HIS) del Minsa, Sistema de Información en Salud, en el 2018 nos indicaban que el 60% de los niños de edades de 2 a 5 años presentan caries dental, y en los adolescentes y escolares la cifra es a 70% y adultos a un 98%.

Esta enfermedad de caries dental está desarrollada por distintos factores, ya que no tiene un solo factor en su causa los factores de riesgo primarios son: microorganismos, huésped, dieta; y los factores de riesgo modulares como, grupo epidemiológico, nivel socio-económico, grado de instrucción, fluoruros, experiencia de caries, salud general, edad y tiempo.

En el campo de la odontología, hace falta la cultura en salud bucal, el conocimiento que se debería tener en cuenta tanto como en la práctica es por ella la alta incidencia de enfermedades bucales. Por lo cual es una necesidad de analizar la situación de la salud bucal y así mejorar la salud dental de la población en general, fomentando actividades.

En la presente investigación tuvo como finalidad determinar la cultura preventiva de los alumnos con relación a riesgo de caries, realizando las conductas de riesgo, el impacto de las enfermedades en nuestra población, la posición del estado, una revisión del concepto actual de salud bucal, y las universidades ante este gran desafío.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La caries dental tiene un alto índice a nivel nacional, en edades tempranas en niños(a) y muy pocas son las políticas de estrategias de prevención y coadyuvar para darle solución a la caries dental; por otro lado, en naciones con un elevado desarrollo estas enfermedades más prevalentes se acrecientan. Dadas las investigaciones referenciadas, se presenta un bajo nivel de conocimiento de prevención en salud bucal en el grueso de estudiantes de colegio como de instituciones superiores, relacionadas fehacientemente de hábitos dañinos para su salud.¹

Considerándose que, en todo el mundo, unos 486 millones de niños y 2400 millones de adultos sufren de enfermedad de caries en órganos permanentes y dientes de leche; a su vez también manifiestan enfermedades bucales en tejidos duros y blandos. Señalando como principal tratamiento eficaz a la prevención.¹

Para inducir a medidas de prevención de enfermedad bucodental es crucial hallar a los factores que las producen, el sistema de prevención se encaminara al factor que propicia la caries, posterior al examen estomatológico. Contribuyendo de esta forma a optimizar el estado bucal y a su vez sus hábitos de vida. Estar frente a encías, dientes y glándulas salivales saludables son signos de buena salud oral que las personas tienden a dar como afirmativas, cuando en la realidad del estado bucal del individuo es deficiente, debido a que se conjuga el no sentir dolor con estar libre de la enfermedad y proliferándose lesiones cariosas incipientes junto con unos controles periódicos y preventivos se podría dejar atrás a la caries dental.²

Los educadores tales como profesores y catedráticos toman un rol preponderante en el cuidado de la salud bucal de los alumnos, debido a que ellos en la mayoría están educando en los primeros grados, pero no todos tienden a predicar las técnicas de higiene adecuada, todos los conocimientos que en su mayoría de casos tienen son empíricos, ya que se da los casos que a ellos también fueron instruidos

de forma equivocada; en cuanto a los alumnos la facultad de odontología, el grueso ingresa con conocimientos mínimos sobre prevención de salud bucodental; conforme van pasando los semestres, dichos conocimientos son reforzados. Debido a ellos, los estudiantes son están empapados de actividades de recuperación y prevención en salud bucal.³

La presente investigación se realiza con el propósito de determinar la cultura preventiva con relación al riesgo de caries de los alumnos de la Clínica Estomatológica Niño II; de esta manera lograr un mayor interés social.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es el nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al riesgo de caries de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas?

1.2.2. Problemas secundarios

¿Cuál es el nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación a la experiencia de caries de la Clínica Estomatológica Niño II?

¿Cuál es el nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al Índice de Higiene de la Clínica Estomatológica Niño II?

¿Cuál es el nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al Riesgo de caries en la dieta de la Clínica Estomatológica Niño II?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo principal

Determinar el nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al riesgo de caries de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas.

1.3.2. Objetivos secundarios

Determinar el nivel de cultura preventiva de los alumnos relación a la experiencia de caries de la Clínica Estomatológica Niño II.

Determinar el nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al Índice de Higiene de la Clínica Estomatológica Niño II.

Determinar el nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al Riesgo de caries en la dieta de la Clínica Estomatológica Niño II.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

La investigación tiene una importancia educacional porque nos brinda la situación actual de los próximos profesionales de la salud oral en el ámbito de prevención, siendo las aulas y los profesores de donde ellos recibirán el conocimiento, para propalar y recalcar la variable de prevención de la caries dental en sus propios pacientes y de la gente en general promoviendo sus conocimientos.

La presente investigación presentó justificación práctica, ya que se logrará comprender el nivel de cultura preventiva de los alumnos de la clínica y como aportan a la realidad problemática de la atención de los pacientes en niños con riesgo de caries.

La presente investigación presentó justificación social, debido a que esta investigación contribuyó a la sociedad, de manera que cree conciencia respecto a la importancia de la prevención en la salud bucal. Además, se reconoce a la caries dental como una patología multifactorial que genera repercusiones en la calidad de vida del individuo, por tanto, resalta su importancia de investigación en la prevención y tratamiento oportuno.

El presente trabajo de investigación es de significación porque al determinar la cultura preventiva con relación al riesgo de caries de los alumnos de la Clínica estomatológica niño II, colaboraremos e incidiremos sobre la prevención de enfermedades orales tanto para que los alumnos tengan unas bases sólidas asimismo en las madres y niños pacientes que acuden al servicio de Odontopediatría.

El trabajo de investigación tiene valor teórico, porque permitió conocer cuáles son los factores que inciden en el riesgo de caries dental en los niños en el campo del

diagnóstico de las enfermedades orales, específicamente en la causa y epidemiología.

Tiene valor social porque de los resultados se realizó un plan de intervención con actividades de prevención y recuperación para el control de la enfermedad.

Es también de interés personal llevar a cabo esta investigación, debido a la actuación como estudiante de Odontología y futura profesional de salud; cooperar, documentar y fomentar a la prevención de caries dental.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Se trata de una investigación factible, puesto que los procedimientos son altamente ejecutables tanto en medios económicos, materiales y humanos, tanto como el compromiso de los alumnos de la Clínica estomatológica niño II de la Universidad Alas Peruanas.

1.5. Limitaciones de estudio

En cuanto las limitaciones del estudio se pueden mencionar que el estudio se llevará a cabo en la clínica estomatológica niño II de la Universidad Alas Peruanas, por lo cual el tiempo brindado podría ser insuficiente para completar la investigación que se quiere llevar a cabo. Además, la respuesta de la solicitud del director de clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas puede tardar más del tiempo determinado. La solicitud a la Universidad para lograr el permiso para dar el visto bueno para la investigación puede presentar dificultades por su tiempo de confirmación espera, ya sea por las diferentes circunstancias determinadas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Borges B. (2015) Brasil; realizó una investigación cuyo objetivo es “riesgos asociados a factores de caries en Brasil en los colegios de santa cruz del sur”; el estudio fue transversal, y la muestra de 623 estudiantes (masculino y femenino), en edades de 10 y 17 años. Se evaluó, realizando el índice de la OMS y CPOD. La educación materna se evaluó, utilizando criterios de la asociación empresas de investigación de Brasil. Los otros variables se hicieron de un cuestionario estructurado según la OMS, se concluyó; que el sur de Brasil presentaba caries en los estudiantes, la madre con bajo nivel educativo y asistencia a escuela pública. ²

Espinoza L. (2015) Chile; realizó una investigación nombrada como “Hábitos de Higiene Oral en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile” cuyo objetivo fue representar el número de alumnos de odontología en la Universidad de Chile que presenten una sólida limpieza oral; según su sexo, la situación financiera y los años que están en la carrera. El examen fue un corte transversal. 150 alumnos entre el primer y el cuarto año fueron elegidos por un examen de muestre probabilístico. Se aplicó una encuesta sobre la limpieza oral, que incorporó la utilización y recurrencia de cepillado, hilo dental y rubor oral, tiempo pasado desde la última visita al especialista dental, y factores sociodemográficos. Se reunió un registro de Hábitos de Higiene Bucal que incluía cepillado en cualquier caso dos veces al día, uso de hilo dental día a día y visitar al especialista dental en cualquier caso una vez por año. Los descubrimientos presentaron que los estudios dentales en la Universidad de Chile tienen alta recurrencia del cepillado dental y la mayor parte del tiempo van a consulta del especialista dental, en este caso, la utilización del hilo dental es baja. Los exámenes futuros deben tomar una mirada a diferentes factores asociados con mejores servicios médicos orales.⁴

Miranda E. (2019) Ecuador; realizó un estudio donde, esta investigación nos permite analizar la causa de la caries dental, en el cual no presenta influencia porque puede presentar en distintos niveles, sexo, edad, nivel social; objetivo fue analizar el riesgo cariogénico en dentición mixta en las clínicas odontopediatría UCSG. Los Métodos y Materiales; fue una investigación de tipo transversal descriptivo, analizando la epidemiología de la caries dental en dentición mixta, mediante la encuesta. Los Resultados: fueron 49.3% hombres, 50.7% mujeres en edades 6 a 8 años fueron 74.3% y 9 a 10 años 25.7%; la prevalencia de caries en dentición mixta dio como resultado un bajo riesgo;10.7% mediano riesgo 19.3% y alto riesgo 70% nivel de conocimiento de las madres fueron bajo un; 34.29%, medio; 57.14% y alto; 8,57%. El estado de higiene bucal en el cual se encuentra los niños es de 32.86% lo cual representa una incidencia de caries regular.⁵

2.1.2. Antecedentes nacionales

Torres L. (2016) Chiclayo; hizo un estudio donde evaluó el “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 - 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa en Chiclayo” con el propósito de definir el grado de información sobre las madres sobre el bienestar oral de los niños de 0 a 3 años que se enfocan en el bienestar del centro de salud de Santa Rosa, lo que servirá para ejecutar programas para el avance y la aversión del bienestar oral. El examen fue una investigación transversal. Después de los criterios de incorporación y evitación, un total de 136 mamás recibieron una encuesta que fue recientemente aprobada por juicio magistral. Esta encuesta constaba de dieciocho consultas, organizadas sobre información de bienestar bucal, que incluía patrones dietéticos, limpieza bucal y consideraciones dentales preventivas, lo que nos permitió inferir que el grado de información en madres de niños maduros de 0 a 3 años era regular con un 65,4%, después por el bueno con 30.9% y al final el nivel malo con 3.7%.⁶

Tobler D. (2015) Iquitos; hizo una investigación donde evaluó, “Relación Entre La Caries Dental En Preescolares De La Institucion Educativa. “Los Honguitos” Y El Nivel De Conocimiento De Las Madres Sobre Salud Oral. Iquitos – Maynas 2014”, cuyo motivo fue definir si existe una conexión entre la caries dental en la descendencia preescolar del I.E. "Los Honguitos" y el grado de información sobre las madres sobre el bienestar oral. Distrito de Iquitos, fue una investigación

correlacional y transversal; La prueba de examen compuesta por 246 preescolares maduró de 3 a 5, cada uno con su madre en particular; Se realizó un instrumento de nivel de información sobre el bienestar oral, aprobado por el procedimiento de juicio magistral; El final de la investigación fue que existe una conexión notable entre la comunidad de caries dental en pre-escolares y el grado de información sobre el bienestar oral de las madres.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento

Definición:

Es un cumulo de información aglomerada a través de lo vivido o el estudio. En otro sentido para definir el conocimiento, se trata del tener dominio de numerosos datos relacionados que, al ser acogido por sí solos, tienen un valor cualitativo disminuido. Para Platón (el filósofo), dice el conocimiento es todo aquello verídico y cierto (episteme). En cambio, el criterio subjetivo ignora toda lo real que nos rodea, siendo consideradas como parte de lo probable. El Conocimiento esta procedido por la comprensión, la razón de las cosas y por la percepción sensorial.

La formación del conocimiento implica: representación interna, objeto, sujeto y operación. La ciencia compromete que, para llegar hasta el conocimiento es preciso de tener un orden específico. Para el conocimiento científico no es suficiente ser veraz ni pragmático desde el punto de vista lógico, por el contrario, este tiene que ser evaluado a través del método científico. La capacidad de obtener el conocimiento, tiene dos fases: la indagación aplicada, en la que el conocimiento se encuentra aplicado y la indagación básica es obtener más teoría.¹

Su fin es llegar a la veracidad de las cosas, formación de lenguaje vinculado al aprendizaje de sensación, representación y percepción.³

Clases:

1. Conocimiento Vulgar:

Platón en su época diferenciaba objetivamente entre conocimiento científico (episteme) y el conocimiento vulgar (doxa). Característico de cada uno de los

hombres ya que se obtuvo debido a la experiencia. Es no sistemático, subjetivo, sensitivo, acrítico, superficial. Es exterior cuando se conforma con lo creíble, la primera percepción, se da a través de locuciones: “porque lo escuche”, “porque lo mencionaron por ahí”, “porque todos así lo hicieron”. Es propio porque la misma persona es la que se conforma con la verdad de su propia conciencia, sin verificar que si esto es verídico o no. Autocrítico porque, no pregunta ni se autocuestiona. Sensitivo, puesto que su forma de evidencia está dada en experiencias de su vida. No sistemático, dado porque su pensamiento no se entrelaza entre sus componentes ni son interdependientes. ²

2. Conocimiento Filosófico

El dispositivo que ello precisan y con el que se mide su entorno, está dado por el razonamiento. El trabajo filosófico es una actividad en que la labor racional cumple un rol muy circunstancial, ya que estas producen ideas novedosas, se produce después de tener que estudiar y juzgar tanto como sus apreciaciones y pensamientos. El conocimiento filosófico es un cúmulo de aprendizaje que se obtiene de los escritos propiamente dichos, para que el filósofo no solamente recepción datos escritos, también así los examina y plantea en la práctica diaria de cada individuo. Dos variantes que el filósofo presenta para ejercer y brindar conocimientos son el estudiar y otorgar su opinión de algo determinado. A través de una buena observación podemos tener en conocimiento la forma del desarrollo de los razonamientos. Esto nos abre paso a descubrir errores e incoherencias de las explicaciones. A través de la crítica rechazan dichas incoherencias y proponemos su correjimiento. Por las opiniones de los demás el filósofo pretende conocer en determinadas sociedades, convirtiendo una de las principales discrepancias entre el científico y el filósofo la forma de abarcar los fenómenos. El científico determina cada fenómeno para su estudio. Por su parte, el filósofo examina cada fenómeno por sí solo; pretende encontrar vínculos. ⁴

3. Conocimiento Científico

Se conceptualizo a la ciencia como el cúmulo de conocimiento verídico de las cosas por sus orígenes y variantes. Actualmente se conceptualiza a la ciencia explicando que es un cúmulo de sabiduría racional, verificable, objetiva, sistemática, general,

cierta o probable, homogénea, conseguida metódicamente, y que están dispuestos a mejorar, modificar y avanzar en ello.

2.2.2. Medidas preventivas en salud bucal

a). Higiene Bucal

La higiene bucal deficiente es uno de los factores más preponderantes en la aparición de la caries dental, ya que consiste en el acoplamiento de placa dentobacteriana, con tendencia a bajar el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos responsables de la fermentación, dando lugar al fenómeno de desmineralización y por consiguiente aumenta el riesgo de caries.⁸

Las referencias encontradas en la escritura terapéutica se muestran al avanzar un régimen de alimentación razonable es dominante para el bienestar general y oral.

La cariogenicidad de un alimento, no solo retratada por la medida del azúcar, tiene innumerables componentes entre los que se encuentran: cualidades físicas del alimento, solubilidad, mantenimiento, capacidad para animar la corriente salival, cambios compuestos de la saliva, así como la superficie, recurrencia, horario y tiempo en boca.⁸

b). Índices epidemiológicos en odontología

-Índice: (CPO)

Son cifras que nos brindaran el conocimiento de la enfermedad caries dental, el número de dientes con tratamientos, numero de dientes ya sometidos a tratamiento, total de dientes erupcionados en boca, cantidad de dientes de CPO por individuo o grupo de individuos y califique la pieza del CPO por individuo o población. La OMS utiliza la OACI (D) como un indicador para la correlación del estado de bienestar dental entre varias poblaciones y caracterizó el valor <3 como un objetivo a alcanzar en el año 2000.⁸

En los jóvenes de 12 años, la escala acompañante (CAOD) está construida para la gravedad de la caries:

1. 0 a 1.1 excepcionalmente baja

2. -1.2 a 2.6 baja

3. -2.7 a 4.4 moderada

4. -4.5 a 6.5 alta más notable que 6.6 alta.⁸

-Índice (ICAO)

El índice de caries, que falta, es el registro que resulta ser cada vez más importante y utilizado, ya que planea calcular el grado de predominio de la caries en una gran cantidad de población, por lo que se utilizan investigaciones transversales, considerando las molestias manchas de caries disminuyendo su pertinencia a medida que aumenta la edad de la población examinada, ya que no considera la pérdida de dientes debido a enfermedades periodontales.⁸

Índice de Higiene Oral

El índice de higiene oral es la cifra recolectada en la encuesta sobre hábitos de higiene oral, no considerándose muy fiable debido a que los encuestados responden sin seriedad, pero es una manera sencilla de ver los hábitos de higiene oral.⁸

En otros sitios, por ejemplo, en España, se observa que entre el 90% de los niños que cumplen entre de 12 a 14 dicen que se cepillan los dientes todos los días y utilizan hilo dental.

En la lista de limpieza oral mejorada (OHI-S) (Greene y bermellón) hay 2 segmentos:

El aumento de residuos delicados o lista de acumulación (IR) en la corona clínica y la expansión de la lista de análisis dentales o matemática supragingival (IC)

Para la evaluación, se analizan 6 piezas dentales:

órgano dentario molar inferior derecha (sector lingual), órgano dentario molar superior izquierda (sector lingual), incisivo inferior derecho (sector vestibular), órgano dentario molar superior izquierda (sector vestibular), órgano dentario molar

superior derecha (sector vestibular), incisivo central superior derecho (sector vestibular).

Los dos segmentos de la lista se evalúan de forma independiente, tanto el recuento como los depósitos delicados. Los criterios para evaluar cada segmento son los siguientes:

0-Sin acumulación ni manchas.

1-El desperdicio o la estimación no cubre más del 33% de la superficie dental.

2-Los residuos o el recuento se extienden más del 33% de la superficie, pero no múltiples tercios de la superficie dental descubierta.

3-Los residuos que se extienden en varios tercios de la superficie dental descubierta. Para adquirir el registro individual de la OHI-S por singular, es importante incluir el puntaje de las piezas inspeccionadas y dividirlos por la cantidad de piezas investigadas. Esta estrategia se logra para los dos segmentos, adquiriendo un resultado para cada segmento que en ese momento se incluirá entre ellos. Los parámetros de limpieza oral se comprenden como: (8.24) 15 Bueno: 0.0 - 1.2 Regular: 1.3 - 3.0 Malo: 3.1 - 6.0.⁸

Otro de los indicadores que cobra bastante relevancia en las investigaciones de la línea de preventiva es el índice de higiene oral que fue desarrollado en 1960 por Vermillon y Greene, reestructurado cuatro años después como el IHO la versión simplificada o corta que brinda la misma información que la versión anterior, realizándose en menor tiempo.

De uso extraordinario para estudios epidemiológicos en grandes poblaciones, pero cuando todo está dicho, su veracidad no es particularmente confiable; El estado de limpieza oral de un paciente individual, la OHI tiene dos segmentos de dentritos orales y el puntaje de estimación.⁸

El término restos flotantes orales incorpora placas de material alba y restos de alimento, en la OHI las reservas delicadas y duras se evalúan claramente en la superficie vestibular o lingual de seis dientes elegidos, estos son la superficie

vestibular de los incisivos focales superiores derecho e inferior izquierdo y superficies linguales de los principales molares inferiores.

Puede separar por la cantidad de superficies para calcular el puntaje normal de limpieza oral.⁸

c). Placa Bacteriana

La placa bacteriana es producida por la formación de una película salival que se incorpora a las piezas dentarias, donde inicia el proceso de proliferación bacteriana. Después de aproximadamente 24 horas, la placa se ve de apariencia como pasta blanquecina y las bacterias empiezan propalar unos ácidos lo cual descalcifican el esmalte dentario, así mismo afectando a las fibras del periodonto (periodontales), en los tejidos periodontales, pronto iniciara a reabsorberse el hueso que sujeta las piezas dentarias. Después de unos meses el paciente percibirá que sus dientes han perdido soporte y estos se mueven. Seguido a esto se mostrarán manchas en el esmalte que posteriormente llegarán a ser caries. Cuando la placa microbiana se pasa sobre la superficie dentaria, sin nada que la impida o resistencia, tiende a endurecerse y crear cálculos. Al ser la cara exterior de los depósitos calcificados de textura rugosa, ayuda a la cadena de la colonización bacteriana, y por lo tanto la aparición de cálculos impide el control y supresión de la placa.⁹

-Detección de la placa

Según su composición, la placa bacteriana difiere de acuerdo al lugar en donde esta se forma, la alimentación del individuo y su edad. Al principio imperceptible cuando no se les da limpieza a los órganos dentarios esta se espesa, originándose visiblemente por el aglomerado de restos de comida y a través de sustancias tinturantes como son la fuscina básica, la eritrosina, mercurcromo, verde malaquita, fluoresceína sódica y otros, que en forma de gotas o tabletas se colocan sobre los órganos dentarios y con ayuda de la lengua, van tinturando en donde la placa entra.⁹

-Remoción de la placa

El hábito de la limpieza a una edad temprana propicia psicológicamente a una práctica de higienización dental que se prolongara por los años. La ausencia de

enfermedad propiciara obviamente una plenitud a sus padres del niño por la salud bucal manifiesta allí.⁹

d). Cepillado Dental

La técnica de cepillado es de tipo en barrido, (horizontalmente) se recomienda más para niños pequeños, sin descuidar ninguna superficie, por adentro y por afuera, incluida la parte incisal y oclusal que estén en interacción con los alimentos. En los bebés de pocos meses no conviene utilizar la pasta dental, dado que complica la claridad de la visión de los papás al efectuar el cepillado, y del infante al no ser apto de escupirlo bien habiendo la posibilidad de ingerirlo. La infancia es la edad idónea para la instrucción del cepillado. Se necesita de un arduo trabajo para empapar del hábito de higiene al niño. Debe ser parte de un aseo diario para el niño.⁹

Normas de cepillado Generales:

La higiene empieza desde la erupción del primer diente dentario y continúa durante toda la vida. Obligatoria realizándola posterior de las comidas y muy importante antes de dormir.¹⁰

-Técnica de Bass Modificada

Es evaluado como el mejor en odontología. Las fibras se colocan en la encía en un borde de 45 grados. Deben de estar en contacto las fibras, con la encía y la superficie dental. Debe cepillar delicadamente la superficie del diente externo de 2 o 3 dientes con un desarrollo giratorio. Inmediatamente el cepillo inmediatamente a los 2 o 3 dientes que proceden y repiten la sucesión. Lograr un borde de 45° con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille delicadamente utilizando un movimiento indirecto mientras realiza un movimiento hacia adelante y hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes anteriores. Coloque el pincel sobre la superficie de mordida y realice un desarrollo suave de adelante hacia atrás. Cepille delicadamente la lengua de adelante hacia atrás para extraer organismos microscópicos que producen un aliento terrible.¹⁰

e). Hilo dental

La seda permite el retiro de detritos que el cepillado propiamente dicho no eliminara. Las investigaciones que conjugar el cepillo y el hilo dental aumentan un 26% el retiro de placa que solo al manipular el cepillo. La maniobra como desenvolverse con el hilo dental se considera una dinámica de coordinación entre ojos, manos y dedos. Los niños de inicial y de primeros grados son los que tienden a tener más problemas con su manipulación. Reflejando obviamente que el uso del hilo dental se aboca a sus progenitores.

Modo de empleo

El Hilo se corta alrededor de 60 cm y luego se tuerce en los dedos centrales de dos manos, por lo menos dejando unos 20 cm libres. La cadena de hilo ha pasado por los pulgares y los respectivos índices, manteniendo la tensión de 3 a 4 cm. El hilo se desliza entre cada uno de los dos dientes, presentándolo con delicadeza, sin esfuerzo, por medio del punto de contacto, intentando ajustar el hilo a la forma del diente. Esta actividad se vuelve a aplicar en los demás órganos dentarios, incluso en los más lejanos.

f). Flúor

Los fluoruros tienen un trabajo esencial en la acción contraria a la caries dental y sus instrumentos de actividad son algunos:

Inhibe la desmineralización y apoya la remineralización del esmalte.

Diferencia a la hidroxiapatita en fluorapatita que es considerablemente más impermeable a la desmineralización.

Tiene una potente actividad antibacteriana, particularmente contra lactobacilos y estreptococos mutantes.

El flúor debe estar disponible sin cesar en la condición oral para obtener sus beneficios citostáticos:

Método sistémico

Al tomar agua fluorada, interactúa con los dientes manifestándose en la cavidad dental a través de la saliva y del flujo gingival.

Método tópico

Su uso del flúor fosfato acidulado (FFA) y otros métodos tópicos como: pastas profilácticas, soluciones para enjuagues, dentífricos, aplicaciones de geles, entre otros.

2.2.3. Enfermedades bucales

1. Caries dental

La caries es una enfermedad infecciosa, sus tejidos calcificados van desintegramándose conforme esta se encuentra activa, se da por la implicancia de microorganismos hacia los carbohidratos fermentables recogidos de la alimentación. Después de eso se produce la desmineralización de la proporción mineral y la disgregación de su parte orgánica.

Etiología de la caries dental

Factores etiológicos primarios

Microorganismos

En la cavidad bucal donde es posible encontrar un sinnúmero de organismos bacteriológicos entre otros. Aproximadamente que en ella habitan entre 300 y 200 especies. Donde se encuentran tres especies relacionadas principalmente con la caries: Streptococcus con las sub-especies S. mutans y S. Sobrinus; Lactobacillus, Loris y los actinomyces, con israelis, las subespecies A, y A.naeslundii. Las principales bacterias que están en la formación de caries dental son: Streptococcus mutans, estos provocan grandes volúmenes de polisacáridos extracelulares fomentados una gran formación de placa, producen gran cantidad de ácido a bajos niveles de Ph. Lactobacillus manifestándose posterior a (ingesta de carbohidratos) Actinomyces que se encargan de lesiones cariosas radiculares, pocas veces provocan caries en esmalte, se encargan de desintegrar de forma más lenta.

Placa bacteriana

La placa bacteriana son amontonamientos de consistencia blanduzca de microorganismos, esta formación se va a fijar a la superficie dental, llamada también como (placa dental o Biofilm).

Etapas de la placa bacteriana:

Formación de película adquirida

Compuesto por proteínas que se originan a partir de la salivación y el líquido crevicular, estando situadas en el exterior del diente por una maravilla de retención. La película difiere entre 0.1 μm y 3 μm y tiene una alta sustancia de concentraciones de sulfato.

Colonización por microorganismos específicos

Son las siguientes:

Depósito: los microorganismos están cerca del exterior de la película.

Adhesión: estadio definitorio. Piezas con presencia de los microbios y el huésped, que unen los microorganismos a la película salival. Estas dos etapas iniciales ocurren durante las 4 horas iniciales.

Crecimiento y reproducción: establece una capa de intersección y desarrollo llamada placa. Esta etapa requiere entre 4 y 24 horas.

Dieta

Los carbohidratos fermentables están referenciados tanto en la aparición como propagación de la caries dental. Solamente cuando nos ceñimos a la sacarosa, constituido como el carbohidrato fermentable el potencial cariogénico más alto, a su vez en el papel del sustrato que da como resultado polisacáridos extracelulares (glucano y fructano) y polisacáridos insolubles de la matriz. Inclusive la sacarosa ayuda a la propagación de los microorganismos orales como la adhesividad de la placa, ayudándole a situarse de mejor forma sobre el diente.

Por lo tanto, la cantidad y las horas donde exista el consumo de los alimentos son muy relevante, referenciándose otros factores, una como la adherencia propia del alimento, que dilata el tiempo del que esta se mantenga en relación con el diente.

Por otro lado, consideramos a otros de diferente consistencia, tales como el maní y el queso, ambos poseen el poder de fabricar ácido a posterior de haber alimentado donde la sacarosa está presente.

Huésped

Saliva

La importancia de conocer la saliva tanto como de sus funciones ha sido extensamente estudiada, corroborándose al bajar el flujo salival se detectó la subida en los niveles de lesiones de caries. Pacientes que padecen xerostomía.

A menor flujo salival, mayor cantidad de microorganismos en la cavidad oral, por lo tanto, habrá mayor actividad acidogénica de los, (Streptococcus, Lactobacillus y Actinomyces). Funciones mencionadas por:

La dilución y lavado de los azúcares de la dieta diaria

Al expandir la medida de sacarosa en la boca, se superará el grado de inmersión del azúcar y la capacidad de la salivación para romperlo. El sabor del azúcar vigorizará una creación más notable de flujo salival, llegando a una medida máxima de 1.1 ml de volumen.

Así como diluye los azúcares, la saliva es capaz de diluir la concentración de microorganismos y de los ácidos hallados en la formación de la placa dental. Siendo dependiente de estas actividades el flujo salival y volumen de saliva antes y después de deglutir.

Diente

Existen particularidades anatómicas que aumentan las lesiones de caries.

Proclividad

La formación de la placa bacteriana, está relacionada con: textura superficial, anomalía de la superficie, factores de la naturaleza hereditaria y la alineación de dientes.

Existen anomalías del esmalte como: (fluorosis, hipoplasia, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta).

Permeabilidad adamantina

Son componentes del esmalte, determinan la resistencia mayor o menor del esmalte, y con ello la velocidad del avance de las lesiones.

Anatomía

Anomalías presentes en referencia a la anatomía de los dientes de acuerdo a su figura, textura, composición fomentan el desarrollo de caries dental.

Inmunización

Suficientes investigaciones demuestran que el sistema inmunitario está facultado para ir contra la microflora cariogénica, el cual produce respuesta humoral mediante anticuerpos del tipo Inmunoglobulina A salival e Inmunoglobulina G sérica.

Factores etiológicos modulares

Los factores moduladores, intervienen en su aparición y desarrollo de la caries dental.

El tiempo se convierte en un tema preponderante puesto los microorganismos causantes interactúan; durante más prolongado, habrá oportunidad para que ocurran los fenómenos de desmineralización.

La edad y la maduración del esmalte en los años iniciales de vida y de formación, confirman que la enfermedad tenga una edad etárea característica como la infantil-juvenil. La noción científica, el nivel de socio-económico y la experiencia de caries pasada son factores modulares.

Manifestaciones clínicas de la caries

Las características visibles de la enfermedad caries en principio son la descalcificación de los minerales gradualmente, pudiendo llegar hasta la disolución total de los tejidos dentarios. Bajo otro criterio ocurre la destrucción progresiva de los cristales de apatita e, produciendo un ensanchamiento de los espacios

interprismáticos, la lesión de caries es posible ser detectada desde el estadio de la mancha blanca.

De tal sentido, el esmalte es caracterizado por su forma opaca rugosa debido a la mayor cantidad de pérdida de minerales. Los espacios interprismáticos vacíos se ahogan de agua, modificando notablemente la refracción de luz sobre los mismos, incrementando así la disminución en la translucidez del esmalte. En ciertas ocasiones la lesión caries puede tomar una coloración castaña porque absorbe el material exógeno por el esmalte poroso. Toma bastante relevancia el saber en qué fase y/o estadio se encuentra la lesión cariosa para poder tener control su desarrollo o progresión. Mediante el tiempo va pasando, el tejido dentinario y hasta el tejido pulpar son dañados. La dentina desmineralizada está caracterizada por un ensanchamiento de estos túbulos, provocando una reacción de defensa en el órgano dentino- pulpar. Las manchas blancas, de coloración castaña clara y opacas, son señales de (lesiones activas). Manchas blancas lisas, brillantes o pigmentadas, así como dentina dura y oscurecida son señales de (lesiones inactivas).

Transmisión de la caries dental

El Streptococo mutans considerados como los precursores de la caries dental. Estas son transmisibles entre los individuos. El medio de transmisión es de manera directa de la saliva de los adultos cercanos al infante y de manera indirecta, mediante el uso de instrumentos accesorios que se llevan a la cavidad oral como mamaderas, chupones, cucharas contaminadas con esta flora bacteriana.

Transmisión horizontal del S. mutans

La transmisión horizontal es cuando el principal precursor de la enfermedad es el padre, también los hermanos y demás personas que estén cercanos al infante. Sucede por la transmisión de la saliva, la razón por la que los padres son tomados en cuenta en la transmisión horizontal y la mama no, es porque incluye el paso transplacentario y en la leche materna de anticuerpos contra Streptococo mutans, le otorga la misma similitud de su capacidad inmunitaria de las mucosas orales entre madres e hijos, otorgándole más facilidad en la transmisión a los microorganismos que colonizan a la madre.

Transmisión vertical del S. mutans

La etiología que el niño adquiriera la biota cariogénica antes de los diecinueve meses de edad, es el contacto frecuente de personas portadora de microorganismos cariogénicos y el consumo excesivo de ciertos alimentos azucarados, es cuando no se controla la infección en la madre durante el embarazo, se habla así de transmisión vertical. Lo recomendable es que la madre antes de estar en el periodo de gestación se realice sus controles de salud bucal con el odontólogo.

Caries de la infancia temprana

La (ADA) Asociación Dental Americana, el centro para la prevención y el (CDC) control de enfermedades y la Asociación de odontología pediátrica (AAPD) de EE.UU. Conceptualizan la caries de la primera infancia o de la primera infancia (ECC) en inglés aparece en niños recién nacidos menores de 6 años y caries extrema en la adolescencia o S-ECC cuando la lesión de caries comienza en los incisivos superiores.

Entre los elementos que claramente conjugan uno es la proyección de los malos hábitos, la placa bacteriana o la biopelícula dental, las propensiones de limpieza oral, la adquisición y colonización temprana de Streptococos mutans, el flujo y la naturaleza de la saliva del niño, el ejemplo erupción de los dientes, las modificaciones básicas de tejidos duros, la proximidad del flúor en la condición oral, tipo de admisión, discapacidad física y / o mental, nivel financiero, nivel instructivo, ausencia de información sobre la limpieza bucal, cuidado de tutores o figuras parentales del menor, entre otros.

La mínima importancia en la salud oral de los jóvenes son los que causarán la mayor cantidad de secuelas, por ejemplo, enfermedades, problemas de comodidad, una rutina de alimentación horrible, problemas de lenguaje y emergen de maloclusiones y propensiones orales, incluyendo condiciones restaurativas, entusiastas y monetarias. Tomado como componentes para futuras caries en dentición esencial y duradera.

Factores de riesgo de la caries

La formación de los dientes de acuerdo a la edad es un factor de riesgo de caries. En su etapa inicial de erupción, a la vez de presentarse más permeables a los cambios iónicos, brindan características propias para la aglomeración de placa bacteriana, tomándose como un verdadero potencial cariogénico. En las últimas etapas de erupción dentaria ya que las estructuras están con una formación casi completa dan mayores facilidades para que las estructuras adyacentes llámese lengua saliva pueden tener un rol importante en la autoclisis.

2. Enfermedad Periodontal

Las apariciones gingivoperiodontales son manifestaciones conectivas vasculares de la encía, producidas por un lugar común irritante, que se refieren a la rodaja bacteriana, sarro, etc. Para determinar de manera efectiva, deberá tener en claro la gama de color de encías, adonde su color sencillo es el rosa coral. Si esta contusión continúa, se produciría un parecer inflamatorio crónico hasta la inserción del periodonto, reemplazando la esencia con una exudación de leucocitos y nítido.¹¹

Alteraciones periodontales en niños

La gingivitis y la enfermedad periodontal en niños se conjugan con una sintomatología subjetiva, y debido a esto es que en las primeras etapas es un tanto difuso diagnosticarla con efectividad. Tanto como las afecciones gingivales tienden a llevar a una enfermedad periodontal grave, con pérdida de los órganos dentarios considerado como el caso más extremo, el diagnóstico precoz de estas enfermedades resulta sumamente importante.¹⁰

Aspectos Gingivales de la dentición decidua.

La encía del recién nacido que exhibe una dentición decidua total es naturalmente progresivamente rojiza y tiene una consistencia significativamente menos firme que la del adulto. Asimismo, el borde gingival mínimo muestra un aspecto progresivamente protrusivo y ajustado, lo que hace que sea práctico identificarse con la columna cervical tan articulada que tienen las coronas de los dientes de leche. El ajuste característico en las encías sonoras del adulto crea de manera relajada a partir de los 2 o 3 años, y normalmente se demuestra como un territorio

limitado en los principales tramos largos de la edad escolar. En los territorios de diastema entre dientes de leche, los tejidos interdentes tienen forma de asiento.

En las radiografías, el hueso alveolar que abarca los dientes de leche tiene una lámina dura ligera, aunque muy caracterizada, y una película periodontal relativamente ancha; Asimismo, no tiene muchas trabéculas y enormes espacios espaciales con una rica vascularización. El hormigón de raíz es adicionalmente fino y en su mayor parte tipo celular.¹⁰

Cuadro Clínico

La encía menor libre tiene un tono rojizo y una apariencia más marcada, y las papilas se proyectan desde los espacios interproximales. La superficie se muestra ensanchada y espléndida, y la exudación de los bordes es clínicamente clara, haciendo un peso sobre la encía libre. Con numerosos resultados concebibles de tener un drenaje mientras se controla la zona con su inspección; ahora estamos enfrentando una manifestación previamente acumulada. A medida que avanza la enfermedad, la agravación y el enrojecimiento pueden extenderse a la encía unida. La acumulación de placa se considera una de las variables más propensas a esta infección.

La gingivitis es el cuadro dominante en la infancia dado que hay una gran tendencia a que la lesión progrese a una lesión avanzada con pérdida de inserción del tejido conjuntivo y del hueso. No se considera una lesión de adolescencia sino más que todo de adultez, ya que en esta etapa se presentan aún más complicaciones.¹⁰

2.2.4. Hábitos Alimenticios

Dieta de la primera infancia:

La dieta y la edad son una conjugación realmente intrincada, ya que la etiología de la caries es multifactorial. De esta manera, la indefensión u obstrucción del diente a la enfermedad de caries depende de la edad del individuo. Las piezas dentales se suplantán en algún lugar en el rango de 6 y 12 años y es prácticamente seguro que los factores saludables o fundamentales se debilitan constantemente en la dentición perpetua, en cualquier caso, impactando los factores de soporte en la etapa materna.

Componentes determinantes de la alimentación:

1. Flúor

El fluoruro utilizado en sus diversas estructuras tiene propiedades útiles y preventivas en presencia de caries dental.

2. Azúcares

La contribución de los azúcares rápidamente ingeridos en la causa de la caries dental se archiva perfectamente.

3. Dieta y su relación con la caries dental

La estructura y la naturaleza de la rutina de alimentación, al igual que la recurrencia de la admisión, no solo tiene un impacto en los procedimientos metabólicos en el tracto digestivo y los líquidos corporales (fundamental), sino que además produce síntomas en la cavidad oral. Desde la perspectiva dental, estos síntomas son sustancialmente más significativos que el impacto fundamental de la rutina de alimentación, a pesar del hecho de que el mantenimiento de un régimen de alimentación y particularmente una admisión ideal de fluoruro también es enorme para el avance y el apoyo del bienestar dental. La capa de acabado defensivo de los dientes solo depende de los impactos fundamentales durante un par de largos tramos de su etapa de disposición, hasta que se produce la emisión de los dientes.

De manera similar, cuando el azúcar aparece en la cavidad oral para más, es cuando se crean más microorganismos, del mismo modo depende de la recurrencia en la que se ingiere el azúcar. La salivación tiene un trabajo frecuente en la disminución de la caries, tiene un instrumento deslizante que tiene consecuencias para la basura de la alimentación, los organismos microscópicos y sus elementos solubles.⁵

4. Dieta Cariogénica

Caracterizado por el alto nivel de almidones, particularmente azúcares fermentables, por ejemplo, sacarosa, seguido con poca protección contra la retención de las superficies de los dientes. Dado que la caries se configura como una enfermedad irresistible, el trabajo de la dieta diaria para asegurar la

contaminación y el avance de la infección es básico. Cualquiera que sea el alimento, esto también presentará que los almidones son posiblemente cariogénicos, causando el comienzo de una enfermedad de caries; no se considera como un signo inequívoco de que la infección emerge, a la luz del hecho de que la etiología de la caries es multifactorial. Por otra parte, existe el procedimiento de cariogeneidad de la alimentación donde el pH de ellos media. Evadiendo en todos los casos el pH ácido en el exterior de la laca dental, idealmente entre la recurrencia de la nutrición, con el objetivo de que el cuerpo tenga las ocasiones importantes al igual que los sistemas característicos de remineralización de la carilla.

Para situar perfectamente a cada una de las propiedades como las cariogénicas, cariostáticas y anticariogénicas de la dieta tomaremos a:

La consistencia del alimento, bien sea líquido y sólido.

El tiempo en que fueron consumidos en la ingesta de azúcares y otros carbohidratos fermentables.

Las propensiones obviamente muestran prácticas redundantes, cercanas a sentimientos conscientes; Por lo tanto, la propensión se mantiene siendo servicial, agradable y encantador, resultando ser principalmente de la vida, observa en su método de actuación, inclinaciones y decisiones. Los patrones dietéticos son la determinación y decisión de la cantidad, calidad e introducción de la alimentación que come un individuo, dependiendo de sus preferencias, contribuciones alimenticias, obtención de fuerza, costumbres familiares y sociales.²

En la conformación de los hábitos alimentarios están direccionados por tres pilares; entorno familiar, los medios de comunicación y el colegio.⁶ En el ámbito familia, el niño se deja influenciar por el apetito de sus padres o las personas que los rodean, demarcan en sus hábitos alimenticios.¹⁰ Los hábitos alimenticios son considerados como el factor indispensable en causar o prevenir la caries dental.

Alimentos con alto porcentaje de carbohidratos expulsan menos ácido cuando son digeridas dentro de un tiempo de comida (desayuno, almuerzo o cena) que cuando son ingeridas de manera única, porque la producción de saliva sube para contrarrestar la producción de ácido y facilitar la autoclisis de la cavidad oral.

La erosión dental es se da por alimentos y líquidos ácidos, tales como: frutos cítricos, comidas vinagrosas y bebidas carbonatadas. Asimismo, por pésimos hábitos alimenticios como energizantes o líquidos inusuales, por ejemplo, unas frutas en específico como el limón o quedarse con bebidas en la boca. Siendo el líquido uno de los más preponderantes de esta condición a diferencia de la cantidad de comida consumida.⁸

2.1. Definición de términos básicos

Caries:

Las caries es una manifestación de enfermedad bucodental multifactorial que daña a la superficie de los órganos dentarios donde producen fisuras o cavidades. Se produce por una conjugación de momentos y circunstancias como bacterias en la boca, ingesta frecuente azúcares, limpieza dental deficiente.¹²

Índice:

Los indicadores cifras que son utilizadas para delimitar y conocer como desarrolla un proceso en específico, en la salud, da conocimiento sobre lo que ocurre con la población en general, tenemos: esperanza de vida, mortalidad y natalidad, estadísticas de morbilidad (número de individuos que fallecen en un determinado tiempo y espacio) y dotan de conocimiento de políticas públicas que abordan la salud de la población.¹³

Multifactorial:

Conceptualizada por los diferentes factores para que una determinada situación sea producida.

El término "herencia multifactorial" se denomina así al tener a muchos factores que la producen. Tenemos a los factores genéticos y ambientales, la conexión entre estos coadyuva a la aparición de un trastorno.¹⁴

Transmisión:

Es una palabra que proviene del latín *transmissio* y centrado al efecto de dar una particularidad propia de un organismo a otro.¹⁴

Microorganismos:

Denominado también 'microbio', es un ser vivo, o un sistema biológico, verificado solamente con la ayuda de un microscopio. Son pequeños seres formado por una célula (unicelulares) que presentan, a diferencia de las plantas y los animales superiores, una organización biológica elemental. ¹⁴

Etiología:

La etiología (del griego: αἰτιολογία, «estudio de la causa») es la ciencia abocada en el estudio de las causas que llevan a la enfermedad. La etiología en el nuestro campo médico odontológico conlleva a saber cuáles son los factores de causan el trastorno o manifestación. ¹⁵

Huésped:

En biología, se llama huésped, hospedador, hospedante y hospedero a que se ciñe a otro en su interior o que está dentro de otro, ya sea en una simbiosis de parasitismo, comensalismo o mutualismo. ¹⁴

Placa bacteriana:

Es una película orgánica observada en la cavidad oral, consiste en proteínas salivales, microorganismo y otros subproductos. Se presenta en la superficie de la cavidad oral después de la formación de una película salival. ¹⁴

Periodonto:

Está conformado por los tejidos que soportan los dientes, como las encías, el cemento dental, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. ¹⁴

Flúor:

Elemento de la familia de los halógenos y el más reactivo de los metales, su número atómico es 9 y su peso atómico es 19. ¹⁴

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principales y derivadas

3.1.1. Hipótesis principal

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de cultura preventiva de los alumnos y el riesgo de caries de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas.

H0: No existe relación significativa entre el nivel de cultura preventiva de los alumnos y el riesgo de caries de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas.

3.2. Variables, definición conceptual y operacional

Cultura Preventiva

Es el conjunto de conocimientos preventivos y saberes sobre salud oral que tiene la persona en un determinado tiempo.

Riesgo de Caries

El riesgo es la probabilidad que tiene todo individuo de contraer una enfermedad.

Operacionalización de las variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Valor
Cultura preventiva con relación a riesgo de caries	Experiencia de caries	<p>Conocimiento sobre higiene bucal.</p> <p>Conocimiento sobre importancia de cepillado.</p> <p>Conocimiento sobre ingesta flúor.</p> <p>Conocimiento sobre prevención de caries.</p> <p>Ítems: 6, 7, 8, 14 y 15</p>	Ordinal	<p>Malo 0-2</p> <p>Bueno 3-5</p>
	Índice de higiene	<p>Conocimiento de placa bacteriana.</p> <p>Conocimiento sobre halitosis.</p> <p>Conocimiento sobre gingivitis.</p> <p>Conocimiento sobre enfermedad periodontal.</p> <p>Conocimiento sobre higiene oral.</p>	Ordinal	<p>Malo 0-2</p> <p>Bueno 3-5</p>

		Ítems: 9, 10, 11, 12 y 13		
	Riesgo de caries en la dieta	<p>Número de comidas diarias.</p> <p>Consumo de frutas.</p> <p>Ingiere algún líquido.</p> <p>Endulza los líquidos.</p> <p>Consume golosinas.</p> <p>Consumo de azúcares en los alimentos diarios.</p> <p>Veces por día que consume azúcares.</p> <p>Ítems: 1, 2, 3, 4 y 5</p>	Ordinal	<p>Malo 0-2</p> <p>Bueno 3-5</p>

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

El enfoque del presente estudio es cuantitativo, debido a que usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con la finalidad de establecer patrones de comportamiento y probar teorías.¹⁶

En referencia con el tipo de investigación fue descriptivo, según la finalidad de estudio, debido a que tiene no busca evaluar una presunta relación causa-efecto, sino que los datos serán utilizados con finalidades descriptivas.

Transversal, Según la secuencia temporal, debido a que los datos del resultado experimental serán recolectados en un momento de tiempo determinado.

No experimental- Observacional, Según el control de la asignación de los factores de estudio, ya que el factor de estudio no es controlado por los investigadores.

Prospectivo, Según el inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos, este estudio es anterior a los hechos que serán estudiados.¹⁷

En referencia al método de la investigación es deductivo, ya que se tiene como finalidad dar respuesta a la hipótesis de investigación, de manera busca determinar el nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al riesgo de caries.

4.2. Diseño muestral

Población

La población de estudio estuvo constituida por 87 estudiantes de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 36 estudiantes de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas. La muestra del estudio estuvo determinada por los criterios de selección, tanto inclusión como exclusión.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Alumnos que se encuentren cursando la Clínica Estomatológica Niño I de la Universidad Alas Peruanas.

Alumnos de ambos sexos.

Alumnos que tengan tiempo disponible para participar el estudio.

Alumnos que hayan autorizado con el consentimiento informado la participación de cada uno de ellos en la presente investigación.

Alumnos sin enfermedades sistémicas

Criterios de exclusión

Alumnos que hayan participado en un estudio previo, cuyo tema de investigación tenga una de las variables del presente estudio.

Alumnos que no puedan participar en el estudio por motivo de estudio, trabajo, personales o de salud.

Alumnos que se encuentren en tratamiento nutricional.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A. Técnica de recolección de datos

Se empleó la técnica de encuesta a los 36 alumnos de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas para verificar el nivel de cultura preventiva sobre salud bucal.

B. Procedimiento para la recolección de datos

Para la encuesta se utilizó un instrumento de tipo de cuestionario que fue aplicado a los alumnos de la clínica estomatológica de Universidad Alas Peruanas para obtener el nivel de cultura preventiva con relación a riesgo de caries de los alumnos de la Clínica Estomatológica Niño II.

Se solicitó permiso a la dirección de la Escuela Académica Profesional de Odontología para la ejecución del proyecto de investigación, y al mismo tiempo

también al director de la clínica estomatológica de Universidad Alas Peruanas para la autorización del estudio en sus alumnos.

Después se procedió a seleccionar a los alumnos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión para poder evaluarlos a través de cuestionarios con el fin de obtener los datos necesarios para llevar a cabo nuestra investigación.

La validación de contenido es un proceso utilizado con el objetivo de garantizar que un instrumento mida el área de contenido que se espera que mida.

La validez de contenido del presente cuestionario se realizó mediante un juicio de expertos en el tema de investigación.

La confiabilidad del instrumento se observa cuando produce resultados consistentes al ser aplicado en diferentes ocasiones.

La confiabilidad del presente cuestionario se efectuó mediante la prueba estadística de Alfa de Cronbach.

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Una vez obtenidos los datos a través del instrumento aplicado se procedió a analizarlo y conseguir respuestas.

Los datos se vaciaron en Microsoft Excel versión 2016.

Luego los resultados fueron transferidos al paquete estadístico Stata versión 16.

Después se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante tablas o gráficos mostrando frecuencias y porcentajes de cada una de las variables

Luego se procedió a medir y analizar los resultados, por medio de las fichas de observación.

Finalmente se interpretó la información, se redactaron las conclusiones y recomendaciones.

4.5. Aspectos éticos

Los aspectos a tomar en cuenta en la presente investigación fueron, solicitar un permiso de autorización a la dirección de la Escuela Académica Profesional de Odontología para la ejecución del proyecto de investigación, y al mismo tiempo

también al director de la Clínica estomatológica de Universidad Alas Peruanas, con los que obtuvieron los datos necesarios y requeridos. Ya que el trabajo solo tiene un fin investigativo, los datos que se obtuvieron sólo será información de exclusivo uso para la investigadora.^{18,19}

CAPITULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se evaluó un total de 36 estudiantes de pregrado para evaluar y determinar a través de una encuesta de 15 preguntas la cultura preventiva de los alumnos con relación a riesgo de caries de la Clínica Estomatológica niño II de la Universidad Alas Peruanas de Lima en el año 2019 en los cual se obtuvieron los siguientes resultados:

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos

Tabla N° 1
Cultura preventiva de los alumnos de la clínica

Cultura preventiva de los alumnos de la clínica		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bueno 13 - 15	0	0.0
Bueno 11 - 12	0	0.0
Regular 07 - 10	15	41,7
Malo 00 - 06	21	58,3
Total	36	100,0

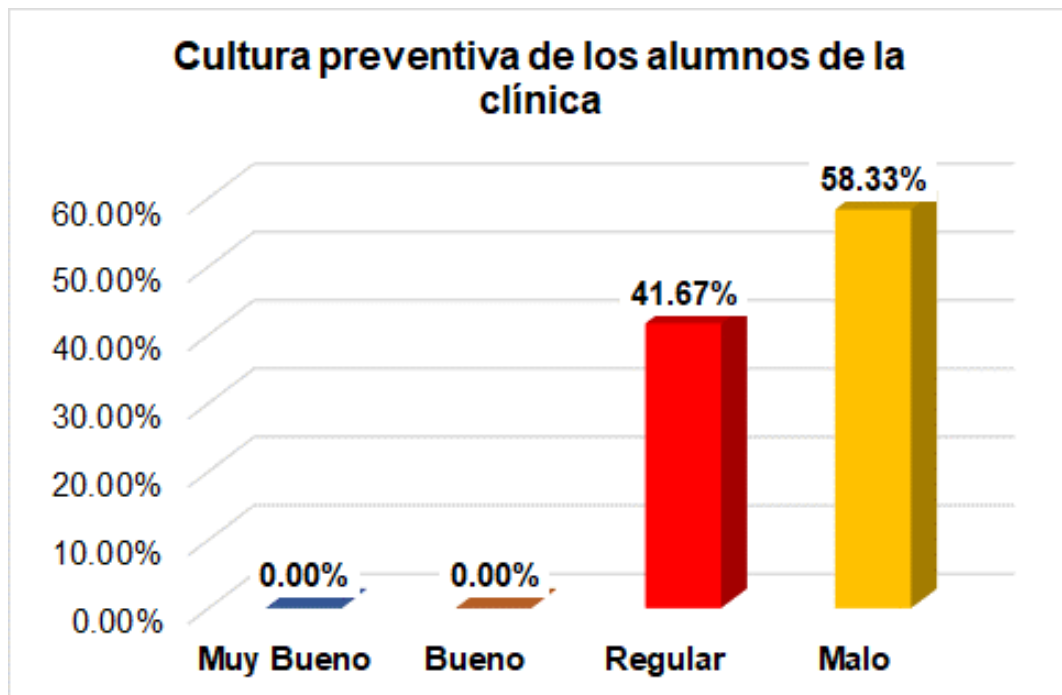
Fuente: propia del investigador

Interpretación:

En la tabla N° 1 se presenta la información de la distribución numérica y en porcentajes de la cultura preventiva de los alumnos con relación a riesgo de caries de la Clínica Estomatológica niño II. Como se observa, solo son visibles y válidos el criterio malo con el mayor porcentaje (58.3%), seguido del criterio regular con un menor porcentaje (41,7), los criterios bueno y muy bueno obtuvieron el porcentaje mínimo (0%).

Gráfico N° 1

Cultura preventiva de los alumnos de la clínica



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 2

Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación a la experiencia de caries

Experiencia de caries de los alumnos de la clínica		
	Frecuencia	Porcentaje
Malo 0-2	17	47.22%
Bueno 3-5	19	52.78%
Total	36	100.00%

Fuente: propia del investigador

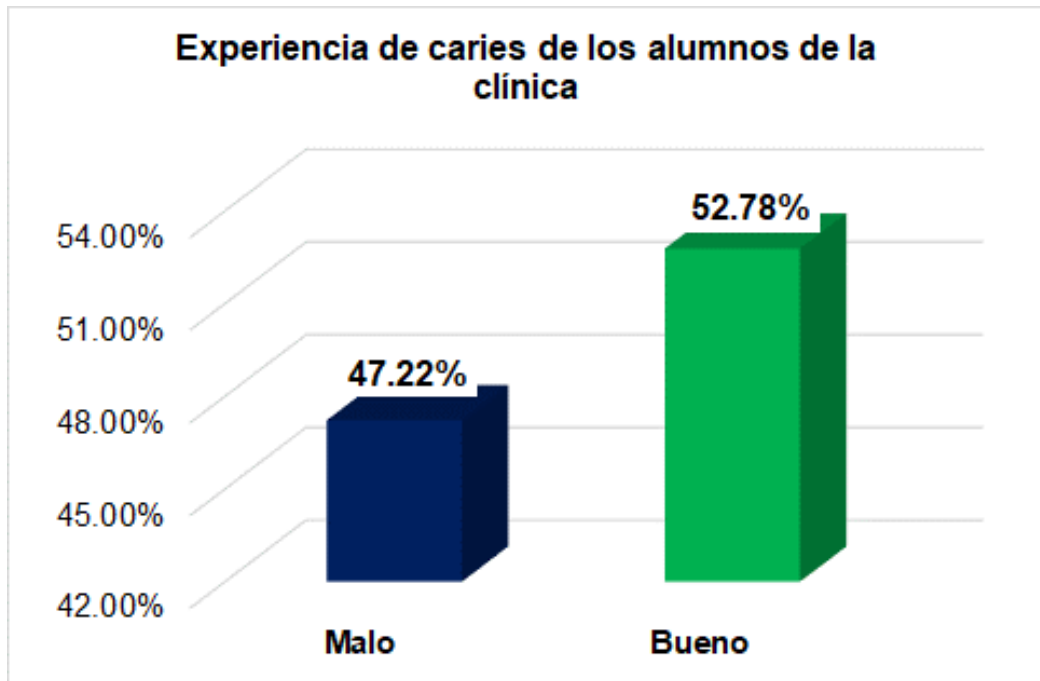
Interpretación:

En la tabla N° 2 se presenta la información de la distribución numérica y en porcentajes de la cultura preventiva de los alumnos con relación a la experiencia de caries de la Clínica Estomatológica niño II. Como se observa en la tabla se

obtuvo un mayor porcentaje en el criterio bueno con un 52.8% seguido en un menor porcentaje con el criterio malo (47.2%).

Gráfico N° 2

Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación a la experiencia de caries



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 3

Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al índice de higiene

Índice de higiene de los alumnos de la clínica		
	Frecuencia	Porcentaje
Malo 0-2	20	55.56%
Bueno 3-5	16	44.44%
Total	36	100.00%

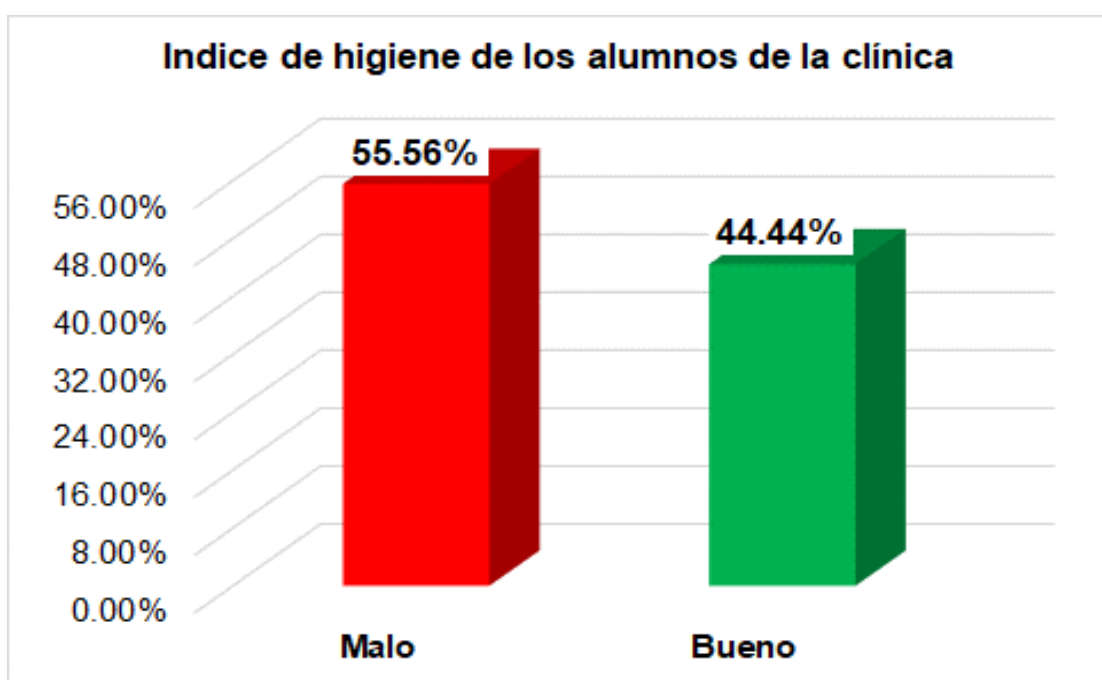
Fuente: propia del investigador

Interpretación:

En la tabla N° 3 se presenta la información de la distribución numérica y en porcentajes de la cultura preventiva de los alumnos con relación al índice de higiene de la Clínica Estomatológica niño II. Como se observa en la tabla se obtuvo un mayor porcentaje en el criterio malo con un 55.6% seguido en un menor porcentaje con el criterio bueno (44.4%).

Gráfico N° 3

Nivel de cultura preventiva de los alumnos con relación al índice de higiene



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 4

Nivel de riesgo de caries en la dieta de los alumnos de la clínica

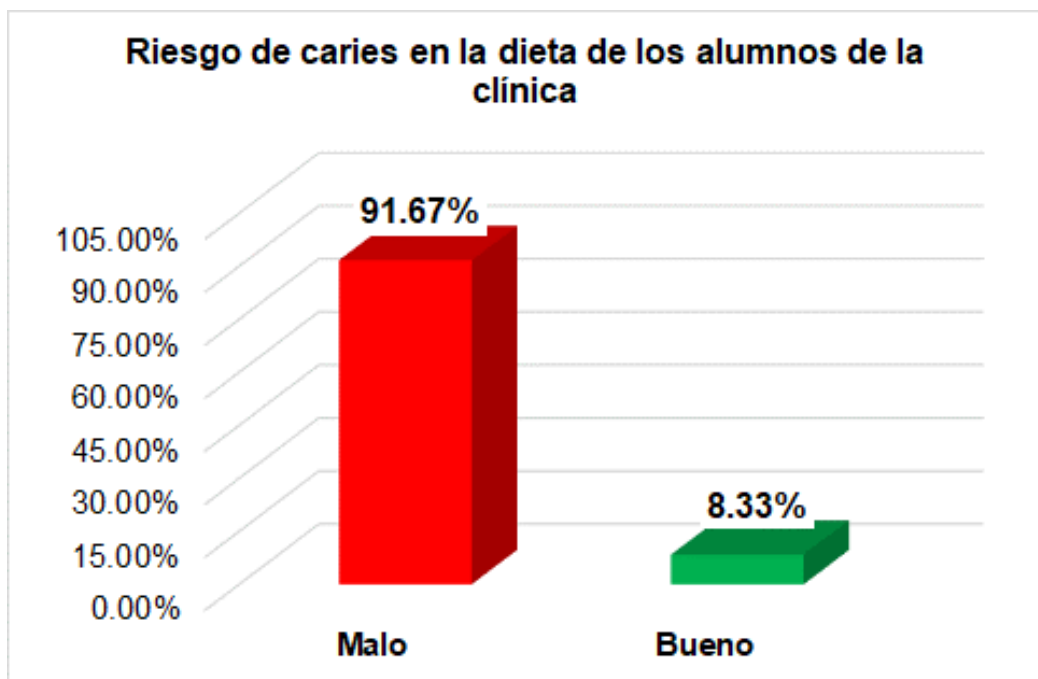
Riesgo de caries en la dieta de los alumnos de la clínica		
	Frecuencia	Porcentaje
Malo 0-2	33	91.67%
Bueno 3-5	3	8.33%
Total	36	100.00%

Interpretación:

En la tabla N° 4 se presenta la información de la distribución numérica y en porcentajes de la cultura preventiva de los alumnos con relación al riesgo de caries en la dieta de la Clínica Estomatológica niño II. Como se observa en la tabla se obtuvo un mayor porcentaje en el criterio malo con un 91.7% seguido en un menor porcentaje con el criterio bueno (8.3%).

Gráfico N° 4

Nivel de riesgo de caries en la dieta de los alumnos de la clínica



Fuente: propia del investigador

5.2. Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras.

5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.

Hi: Existe el nivel de cultura preventiva de los alumnos de la Clínica en relación al riesgo de caries de los pacientes de la clínica estomatológica niño II de la Universidad Alas Peruanas.

5.4. Discusión

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de cultura preventiva de los alumnos de la clínica estomatológica niño II de la Universidad Alas Peruanas en cuanto a Riesgo de caries.

Para lograr este objetivo se observó una muestra de 36 alumnos de pregrado entre hombres y mujeres varones en la clínica estomatológica niño II de la Universidad Alas Peruanas, a los cuales se les aplicó un índice creado para su respectiva evaluación, la cual paso por un juicio de experto el cual aprobó el cuestionario, este instrumento busca calcular el nivel de cultura preventiva de los alumnos clínica estomatológica niño II de la Universidad Alas Peruanas , a través de cada pregunta de evalúan tres dimensiones como la experiencia de caries en la dieta, índice de higiene y riesgo de caries en la dieta.

Con respecto al nivel de cultura preventiva de los alumnos de la Clínica de niño II se encontró que en los 36 alumnos encuestados lo resultados fueron: El criterio malo con el mayor porcentaje (58.3%), seguido del criterio regular con un menor porcentaje (41,7), los criterios bueno y muy bueno obtuvieron el porcentaje mínimo (0%). Estos resultados son similares a la investigación realizada por Solorzano en el año 2016, es te investigador también buscó el nivel de cultura preventiva de los alumnos de séptimo y octavo ciclo de la carrea de odontología el cual dio como resultados que si existe una relación significativa entre el nivel de cultura preventiva y el riesgo de caries.

También se encontró otro estudio que se diferencia al realizado en la Clínica de niño II de la Universidad Alas Peruanas, este estudio fue realizado por el autor Espinoza en el año 2017, donde realizo una muestra más amplia a diferencia del presente estudio, obteniendo resultados diferentes, donde el mayor porcentaje de los alumnos presento un buen conocimiento de cultura preventiva con relación al riesgo de caries a diferencia de nuestro estudio donde la minoría resultado con el porcentaje más alto en el conocimiento de nivel de cultura preventiva.

Por otro lado, el investigador Franco A en el 2018 realizó también una investigación donde evaluó el conocimiento de experiencia de caries a través de encuestas que también pasaron por un juicio de expertos al igual que la presente investigación, donde obtuvo como resultado que presentaban un conocimiento bueno en un 40%, al igual que nuestro estudio también los alumnos presentaron un conocimiento bueno en un 52.8%, a diferencia de nuestro estudio presentaron una muestra más amplia.

Torres realizó encuestas para determinar el nivel de conocimiento en el índice de higiene oral de los alumnos de odontología, Torres aplicó un instrumento validado por un juicio de expertos donde obtuvieron que la mayoría de alumnos presenta con conocimiento bueno en un 50% a diferencia de nuestro estudio donde la mayoría presentó un conocimiento malo en un 55.6%, cabe resaltar que el investigador Torres utilizó una muestra más amplia a diferencia de la muestra del presente estudio

El investigador Calizaya realizó un estudio para evaluar el nivel de conocimiento de cultura preventiva de alumnos de odontología en el cual también aplicó una encuesta, obteniendo como resultado de la mayoría de los alumnos presenta un nivel malo en lo que corresponde el nivel de cultura preventiva de los alumnos al igual que nuestro estudio la mayoría presentan un nivel de cultura preventiva bajo, cabe resaltar el investigador Calizaya hizo una muestra pequeña al igual de la presente investigación.

Con respecto a la experiencia de caries en la dieta, el autor Borda en el año 2017 presentó una tesis donde su instrumento de evaluación también fue validado por un juicio de expertos aplicado a una muestra amplia de 172 estudiantes a diferencia de la presente investigación, sin embargo obtuvieron resultados parecidos a nuestra investigación donde la mayoría de alumnos presenta un conocimiento bueno en relación con la experiencia de caries con un 50%, al igual que nuestro estudio la mayoría de alumnos presentó un conocimiento bueno en lo que corresponde la experiencia de caries en un 52.8%.

Como se observa en la discusión algunos autores coinciden con los resultados de la presente investigación aun teniendo muestras de población evaluada más amplias, sin embargo, al parecer eso no ha sido un factor relevante para obtener resultados parecidos.

CONCLUSIONES

El nivel de cultura preventiva que presentaron los alumnos de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas con relación al riesgo de caries fue malo.

El nivel de cultura preventiva que presentaron los alumnos de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas con relación a la experiencia de caries fue bueno.

Respecto al nivel de cultura preventiva con relación al índice de higiene la mayoría de los alumnos de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas presentaron un nivel de conocimiento malo.

Respecto al nivel de cultura preventiva con relación al riesgo de caries en la dieta de los alumnos de la Clínica Estomatológica Niño II de la Universidad Alas Peruanas presentaron un nivel de conocimiento malo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar capacitaciones respecto a la cultura preventiva con relación a riesgo de caries, de manera que se mejore el conocimiento en los estudiantes y en consecuencia en los pacientes de la Clínica de niño II de la Universidad Alas Peruanas.

Se sugiere realizar campañas preventivas promocionales respecto al nivel de cultura preventiva con relación al índice de higiene, con el propósito de crear conciencia de la prevención de caries dental mediante una adecuada higiene bucodental.

Se recomienda practicar hábitos de prevención de caries dental como Dietas Saludables, dirigidos a los alumnos de la Clínica de niño II de la Universidad Alas Peruanas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Spencer J, Abate D, Abate K, Abay S, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017. *Global Health Metrics*. 2018;2(1):1-70.
2. Solórzano A, Rocha N, Lepe Z. Salud oral en estudiantes de odontología de México. *Rev ADM*. 2007;64(5):187-91.
3. Rodríguez C. Conocimiento de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago. [Internet] [Tesis]. [Chile]: Universidad de Chile; 2005 [citado 14 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/110717>
4. Espinoza I, Muñoz C, Lara M, Uribe J. Hábitos de higiene oral en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. *Rev Clin Periodoncia Implant Rehabil Oral*. 2010;3(1):11-8.
5. Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *CES Odontol*. 2004;17(1):19-29.
6. Torres M. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa, Chiclayo” 2016. [Internet] [Tesis]. [Lambayeque- Perú]: Universidad Señor de Sipán; 2016 [citado 14 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4474>
7. Calizaya R. Cultura Preventiva de las Madres y su Relación con el Estado De Salud Bucal de los Preescolares de la Institucion Educativa 40009 San Martín De Porres – Paucarpata 2017. [Internet] [Tesis]. [Arequipa- Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2018 [citado 14 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7738>

8. Ramón R, Castañeda M, Corona M, Estrada G, Quinzán A. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. MEDISAN. 2016;20(5):604-10.
9. Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. [Internet]. 4ª edición. España: Elsevier Masson; 2013 [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/odontologia-preventiva-y-comunitaria/cuenca-sala/978-84-458-2203-6>
10. McDonald R, Avery D. Odontología Pediátrica y del adolescente. 6ta edición. España: Elsevier - Health Sciences Division; 1996. 1-848 p.
11. Veliz L, Castañeda L. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para nacimiento pretérmino. Odontol Sanmarquina. 2003;6(12):37-40.
12. Al-Halabi M, Salami A, Alnuaimi E, Kowash M, Hussein I. Assessment of paediatric dental guidelines and caries management alternatives in the post COVID-19 period. A critical review and clinical recommendations. Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent. 2020;34(2):1-14.
13. Mosby Diccionario de Odontología. [Internet]. 3ra ed. España: Elsevier; 2015. Disponible en: <https://www.laleo.com/mosby-diccionario-de-odontologia-p-6916.html>
14. Mosby Diccionario Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. [Internet]. 6ta edición. España: Elsevier; 2015 [citado 17 de julio de 2021]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diccionario-mosby-pocket-de-medicina-enfermeria-y-ciencias-de-la-salud-9788480866828.html>
15. Brooker C. Diccionario médico. 16th edición. México: Manual Moderno; 2010.
16. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
17. Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 5ta ed. España: Elsevier; 2019.

18. CONCYTEC. Guía práctica para la formulación y ejecución de proyectos de investigación y desarrollo. [Internet]. [citado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://portal.concytec.gob.pe/index.php/noticias/2395-concytec-publica-la-guia-practica-para-la-formulacion-y-ejecucion-de-proyectos-de-investigacion-y-desarrollo>
19. WMA - The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
20. GARIBAY, P. Nivel de Streptococcus del grupo Mutans en infantes de 0-24 meses que asistieron a la unidad del Bebe del Área de Odontopediatria del IESN. 2005. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/1725>
21. Villena, R. Caries de infancia temprana. Lima: Libro de resúmenes del congreso, 2006. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539363004>
22. García, M. El flúor, pros y contras. España: Gaceta Dental, 2011. Disponible en: <https://gacetadental.com/2011/09/el-flor-pros-y-contras-25531>
23. HENOSTROZA, G., HENOSTROZA, N. y IVAN, SU. Concepto, Teorías y Factores Etiológicos de la caries dental. Lima: Principios y procedimientos para el diagnóstico, 2007. Disponible en: <http://catalogosuba.sisbi.uba.ar/vufind/Record/201603170442294095/Details>
24. Castañeda, M. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para nacimiento pretérmino. s.l. : USMP, 2011. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3954>
25. Borda, Angela. Factores De Riesgo De Caries Dental En Niños De Una Institucion Educativa Primaria De Canchaque, Piura, 2014. Lima: s.n., 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/1366>

26. Mario E. Aplicación de la técnica del reloj del Dr. Mario Elías Podestá para determinar el nivel de riesgo de caries en pacientes de 3 a 6 años en la guardería Fundación compartir. Disponible en: <https://1library.co/document/zlg3r82y-aplicacion-tecnica-podesta-determinar-pacientes-guarderia-fundacion-compartir.html>
27. Lida G. Relación entre consumo de alimentos cariogénicos e Higiene bucal con caries dentales escolares. Disponible en: https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2012/Kiruv.9/Kiru_v.9_Art5.pdf
28. Jiménez M. Importancia del ph, flujo y viscosidad salival sobre el desarrollo de caries dental en mujeres gestantes del primer trimestre. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1731/Jimenez_mr.pdf?sequence=1
29. Tamayo, M. Metodología de la Investigación. s.l. : McGrawHill, 2015. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf
30. Huarachi, C. Prevalencia De Caries En Niños De 2 A 6 Años De La Institucion Educativa Inicial Particular Cuna Jardín De Essalud – Arequipa 2013. Arequipa: s.n., 2013. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6009>
31. JD Cameira Propuesta de un protocolo de diagnóstico y tratamiento de halitosis para uso en clínica odontologica. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/61578/2010cameipropu.pdf?sequence=1>
32. Ministerio de salud. Orientaciones técnicas para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/12/07.12.2016_OT-CEPILLADO-DE-DIENTES-FINAL-DIGITAL.pdf

33. De la cruz C. Ingesta de fluoruro a partir del uso de dentífricos en preescolares. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od131d.pdf>
34. JB Barbosa. La importancia de la dieta en la prevención de la caries. Disponible en: https://gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/181_CIENCIA_Dieta_prevenccion_caries.pdf
35. Cárdenas F. Asociación entre el estado nutricional y lesiones de caries evaluadas con el método ICDAS en niños de Ayacucho - Perú. Disponible en: <https://doi.org/10.21142/2523-2754-0101-2013-7-13>
36. Ciamponi, A. y Guedes, A. Diagnóstico de la caries dental. s.l. : Actualidades Médico Odontológicas, 2003. Disponible en: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_caries_dental.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 1: Consentimiento informado



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

Fecha: _____

Mediante este presente documento manifesté que he sido informado (a) por la Bachiller **Elizabeth Canales Díaz** de la Escuela Profesional de Estomatología, de la facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, de la Universidad Alas Peruanas, sobre el objetivo del estudio **“CULTURA PREVENTIVA DE LOS ALUMNOS CON RELACION A RIESGO DE CARIES DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA NIÑO II DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS -2019”** y además me ha informado sobre la veracidad de mis respuestas y la importancia del tema. Y también sobre el manejo de la información obtenida con un carácter de confidencialidad y su no uso para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento expreso, así como de la posibilidad que tengo para revocar la participación cuando así lo decida.

En caso requiere más información, sobre este estudio puede contactarse por teléfono al número 961270252.

Ante lo expuesto, yo, de manera consciente y voluntaria, a continuación, acepté en señal de conformidad.

Si acepto ()

No acepto ()



Pueblo Libre, 29 de noviembre del 2019

CARTA DE PRESENTACION

DRA. MYRIAM OCAMPO GUABLOCHE.

DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

De mi consideracion:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarme. Bachiller ELIZABETH CANALES DIAZ con DNI 45349486 Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología – Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud – Universidad Alas Peruanas, donde necesito recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TITULO: “CULTURA PREVENTIVA DE LOS ALUMNOS CON RELACION A RIESGO DE CARIES DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA NIÑO II DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, LIMA-2019”

Le anticipo a usted mi profundo agradecimiento.

Atentamente:

ELIZABETH CANALES DIAZ

ANEXO N° 2: Ficha de recolección de datos



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

CUESTIONARIO DE CULTURA PREVENTIVA

FECHA: _____

A. Datos Generales del Alumno:

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

Grado y Sección _____

B. Según su criterio marque la respuesta correcta con una equis (x)

1. ¿Según la técnica educativa del reloj del autor Mario Elías Podestá de odontopediatría ¿Cuál es el máximo de horas que puede permanecer un niño con la boca sucia?

- a) 4 horas
- b) 3 horas
- c) 8 horas
- d) 2 horas
- e) 6 horas

2. ¿Qué alimentos cree usted que son Cariogénicos?

- a) gaseosas, verduras, hidratos de carbono.
- b) galletas, frutas, lactosa.
- c) dulces y golosinas con azúcar, hidratos de carbono refinados con almidón, refrescos carbonatados, zumos de frutas, frutos cítricos y otros alimentos ácidos.
- d) a y b.

e) ninguno.

3. ¿Flujo saliva, teniendo en cuenta su importancia para la salud de la cavidad oral propiamente dicha? Un flujo salival reducido permanentemente, propicia la aparición de enfermedad caries. ¿Qué factores minimizaran la cantidad de saliva?

- a) Medicamentos, sacarosa.
- b) lactosa y fructuosa.
- c) ninguno.
- d) a y b.
- e) Medicamentos, radioterapias y enfermedad sistémicas.

4. ¿La cantidad de azúcar en la dieta, el consumo de azúcar durante el día depende de la cantidad de cucharaditas consumidas? ¿Cuál es la cantidad de azúcar recomendable en la dieta?

- a) niño de 6 años / 6 cucharaditas/ azúcar en gramos 30 gr.
- b) niño de 6 años / 8 cucharaditas / 40 gr.
- c) niño de 6 años / 10 cucharaditas / 50 gr.
- d) ninguno
- e) niño de 6 años / 3 cucharaditas / 15 gr.

5. ¿Frecuencia de consumo de azúcar? ¿Más de 6 consumos de hidrato de carbono al día, que nivel de riesgo de caries presentaría?

- a) Bajo
- b) Ninguno
- c) Medio
- d) Alto
- e) Regular

6. ¿Cuánto de flúor ppm en la pasta dental se debe utilizar en niños de 1 a 3 años de edad?

- a) 500 y 600 ppm.
- b) 1000 y 1450 ppm.
- c) 2000 y 2500 ppm.

- d) 5000 ppm.
- e) 1450 y 2000 ppm.

7. ¿Marque la respuesta incorrecta, Técnicas de cepillados:

- a) De las numeras técnicas de cepillado dental, tres enfatizan el cepillado del surco gingival.
- b) El método de Stillman enfatiza la acción de las cerdas en las partes interproximales, en tanto que el método de Charters proporciona mejor estimulación de la encía.
- c) El acceso interproximal de las cerdas probablemente sea mayor si se utiliza la técnica de golpe con vuelta y presión, o la técnica de Leonard que la de Fones, o la técnica de masaje horizontal.
- d) La técnica de Bass es la única entre los mencionados que resulta de un surco gingival limpiado mecánicamente.
- e) Todos los métodos modificados de cepillado involucran el método original, más el golpe con vuelta bajo presión.

8. ¿A qué edad se recomienda la higiene en la boca?

- a) Desde el nacimiento.
- b) Cuando aparece el primer diente.
- c) Cuando el niño empieza a ir al jardín.
- d) Cuando tiene sus dientes de adulto.
- e) No sabe.

9. ¿Qué es el Índice CAOD y cuál es la fórmula para hallar el índice?

C: _____

A: _____

O: _____

10. ¿Qué es el índice COD y cuál es la fórmula para hallar el índice?

C: _____

O: _____

11. ¿Qué pieza de dientes y que caras se utilizan para hacer el índice de higiene Oral simplificado?

12. Marque la (s) respuesta (s) correcta, higiene oral:

- a) La profilaxis y la clorhexidina tienen alta eficacia para el control de la caries y la gingivitis.
- b) Aun cuando se adhirió el sarro a los dientes, se puede retirar a través de buenos programas domésticos de control de placa.
- c) El control de la placa en el hogar requiere de los dos dispositivos fundamentales, cepillo e hilo dental.
- d) La aplicación tópica de fluoruro debe ser hecha por un profesional de la salud o un higienista oral.
- e) Los sellantes son altamente efectivos en la prevención de la caries de la superficie lisa, en tanto que el fluoruro la tiene en la prevención de la caries en las cavidades y fisuras oclusales profundas.

13. Indique la respuesta incorrecta; sobre Halitosis:

- a) En el sinnúmero de aparición, la causa de la halitosis se encuentra en la cavidad oral.
- b) El consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol incrementa la incidencia de halitosis.
- c) Entre las medidas para combatir la halitosis podemos incluir el empleo de enjuagues o la limpieza mecánica de la lengua con un limpiador lingual.

- d) El principal problema que presentan los limpiadores linguales es la aparición de nauseas con su empleo.
- e) El mal olor se da por la formación de productos nitrogenados derivados del metabolismo bacteriano.

14. Indique la respuesta incorrecta, en Placa dental:

- a) Aporta importantes ventajas a los microorganismos que la componen.
- b) Es la principal responsable de la caries y las enfermedades periodontales.
- c) La placa supragingival tiene diferente composición bacteriana que la placa infragingival.
- d) Está constituida exclusivamente por bacterias.
- e) En caso de no eliminarse, comienza a ser visible inicialmente en los espacios interdetales de los premolares y molares inferiores.

15. ¿Cuál es el tamaño que indicaría usted durante una consulta odontológica a sus pacientes? Con respecto al modo de empleo del hilo dental. Marque la respuesta correcta:

- a) 15 centímetros.
- b) 20 centímetros.
- c) 35 centímetros.
- d) 45 centímetros.
- e) 60 centímetros.

“Gracias por su colaboración”

DIMENSIONES	ÍTEMS
Experiencia de caries	6, 7, 8, 14 y 15
Índice de higiene	9, 10, 11, 12 y 13
Riesgo de caries en la dieta	1, 2, 3, 4 y 5



Autora: Canales Díaz, Elizabeth



Autora: Canales Díaz, Elizabeth



Autora: Canales Diaz, Elizabeth

Prueba de confiabilidad

La confiabilidad es entendida como reproducibilidad de una medida, cuando se emplea cuestionarios se evalúa mediante la consistencia interna. Se calculó Alfa de Cronbach para las preguntas 1 a la 15 debido a que las respuestas fueron policotómicas (5 opciones de respuesta); exceptuando la pregunta 9, 10 y 11, esto debido a que estas preguntas fueron dicotómicas (2 opciones de respuesta).

- **Alfa de Cronbach**

Test scale = mean(unstandardized items)	
Reversed items: pregunta1 - pregunta15	
Average interitem covariance:	.3014565
Number of items in the scale:	12
Scale reliability coefficient:	0.7051

Se obtuvo un valor de coeficiente Alfa de Cronbach de 0.7051, esto indica que el presente instrumento presenta consistencia interna (confiabilidad).

- **Coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richardson (KR20)**

Para las preguntas 9, 10 y 11.

-Number of items in the scale = 3

-Number of complete observations = 36

		Item	Item	Item-rest
Item	Obs	difficulty	variance	correlation
Pregunta9	36	0.3611	0.2307	0.6927
Pregunta10	36	0.3056	0.2122	0.6853
Pregunta11	36	0.3889	0.2377	0.2257
Test		0.3519		0.5345

KR20 coefficient is 0.7214

Se obtuvo un valor de Coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richardson (KR20) de 0.7214, lo que señala que se presenta una adecuada consistencia interna (confiabilidad) para estas preguntas.

Conclusión: El cuestionario presenta consistencia interna (confiabilidad), para las preguntas politómicas y dicotómicas.

ANEXO Nº 3: Base de datos

	C	D	E
	NOMBRE	EDAD	DNI
1	HAYDE CARHUAMACA FERRER	30	43778748
2	JORGE ANTONIO BONZANO CAMPOS	28	47419225
3	ANTHONY MENDOZA BELLIDO	27	47614908
4	MARISOL TORPOCO HUAMAN	21	75695316
5	MARIBEL LLANOS LEZAMETA	23	75410123
6	VERONICA HUAYANEY ASTO	24	76814213
7	ELOY SALAZM GAMOR	28	45541607
8	CALLASA ZAA MARILIN REGINA	47	9687969
9	CARLOS MUÑOZ YORDY	26	73613820
10	CARLA TARPOCO HUAMAN	21	75645316
11	YEISON TORRES RAYMONDI	23	48000059
12	HUGO MAMANI SALAS	40	43475853
13	SULLY SHARON SILVERIO QUISPE	32	44380133
14	LUIGI ANDRES CASTILLO ZAPATA	22	76615376
15	CRISTHIAN SELVA BARRIOS	27	47183580
16	JEAN PAUL GONZALES SICHA	23	74824257
17	KATHERINE CASTRO GUTIERREZ	26	48187451
18	MARIA PEREZ LOZA	36	40542030
19	JESSICA PONTE LOPEZ	26	72308330
20	CINDY KARINA VEGA NUÑEZ	26	47427796
21	ELOY BARZOLA YANOSQUI	29	46564672

22	JOSEPN VELASQUEZ REYES	35	42682782
23	TOMY ZAPATA CASTILLO	23	75069866
24	ANGELA PEREZ RODRIGUEZ	25	72708924
25	RAFAEL ALEXANDER LUYO ORE	30	42737921
26	MARIA LOPEZ CHANG	24	75929100
27	NAZZAR YUNIS SIPAN	27	70500485
28	LUIS ROJAS HUANCOY	26	47482923
29	JORGE YEISON CONCHA BOZA	24	48503165
30	ELMER PORRA PRADO	34	41964219
31	YARITZA RAMOS	23	25524133
32	CRISTHIAN RODRIGUEZ SANMARTIN	23	72698336
33	JESSICA CHOQUE PAULLO	28	46708419
34	MAXIMILIANO ASTETE MACAHUACHI	27	47558550
35	CAROLINA CORRALES SANCHEZ	28	84145678
36	LIDIA SALAZAR CASUSOL	28	47198950