



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Impacto de la Calidad de Vida relacionado a Salud Bucal en pacientes de 3 a 5 años de edad del Jardín de Infantes Nro. 910 “Miguel Cané” de Lanús

Alumno: Acosta, Gerardo Ariel

Director: Dr. Grandinetti, José Alberto

Tutora: Dra. García de Valente, María Shirley

TRABAJO FINAL PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

Año 2021

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa y mis dos hijos, ellos son mi pilar fundamental y apoyo incondicional, siempre están para alentarme y llenar de motivación. Tengo la fortuna de que me acompañen para lograr todo lo que me propuse durante este largo y maravilloso camino.

A mi tutora, la Dra. Shirley García de Valente que me oriento desde el principio con la realización del trabajo y elección del tema. Estoy agradecido por su apoyo, colaboración y predisposición para dirigir este trabajo.

Al Dr. Alberto Grandinetti, que siempre me incentivó y lleno de motivación a lo largo de la carrera.

A la Universidad Abierta Interamericana y todo su cuerpo docente, por los conocimientos y experiencias adquiridas durante todos los años como alumno.

ÍNDICE

RESUMEN.....	04
ABSTRACT.....	05
INTRODUCCIÓN.....	06
OBJETIVOS.....	17
MATERIAL Y MÉTODO.....	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIÓN.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	39

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades bucales son las más comunes entre las enfermedades crónicas, y son un importante problema de salud pública debido a su prevalencia y al impacto que tienen sobre las personas y la sociedad.

OBJETIVOS: Evaluar e identificar el impacto que la salud bucal tiene en la calidad de vida de niños de 3 a 5 años que asisten al Jardín de Infantes Nro. 910 “Miguel Cané” de Lanús. Evaluado por sus padres o responsables y relacionado con su nivel de educación.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio con metodología observacional descriptiva, de corte transversal.

Para determinar los efectos directos e indirectos de los problemas de salud bucal en la calidad de vida, se ha utilizado el cuestionario llamado Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Diseñado para evaluar el impacto de los problemas dentales y/o experiencias de tratamientos odontológicos sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los niños menores de 5 años y sus familias.

RESULTADOS: De la totalidad de padres que conforman la población de alumnos del Jardín, respondió la encuesta el 86.5%. La muestra quedó constituida por 45 cuestionarios respondidos de manera correcta, de un total de 52.

Obteniendo un promedio de respuestas: Nunca/Casi nunca del 72%. Ocasionalmente/A menudo/Muy a menudo del 27% y No sabe/No contesta del 1%.

CONCLUSIÓN: La caries dental puede generar un impacto negativo en la calidad de vida y afectar las diversas actividades de los niños, su familia y su entorno.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, caries dental, salud, padres, ECOHIS.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Oral diseases are the most common among chronic diseases, and represent a major public health problem due to their prevalence and the impact they have on people and society.

OBJECTIVES: To evaluate and identify the impact that oral health has on the quality of life of children from 3 to 5 years old who attend Kindergarten No. 910 "Miguel Cané" in Lanús. Evaluated by their parents or guardians and related to their level of education.

MATERIAL AND METHOD: A cross-sectional, descriptive observational study.

To determine the direct and indirect effects of oral health problems on quality of life, the questionnaire called Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) has been used. Which has been designed to evaluate the impact of dental problems and / or dental treatment experiences on the quality of life related to oral health of children under 5 years of age and their families.

RESULTS: Of the totality of parents that make up the population of students in the Garden, 86.5% answered the survey. The sample consisted of 45 questionnaires answered correctly, out of a total of 52.

Obtaining an average of responses Never/Almost never of 72%, Occasionally/Often/Very often of 27% and Don't know/No answer of 1%.

CONCLUSION: Tooth decay can have a negative impact on the quality of life and affect the various activities of children, their family and their environment.

KEYWORDS: Quality of life, dental caries, health, parents, ECOHIS.

INTRODUCCIÓN

CALIDAD DE VIDA

Para algunos autores, el concepto de Calidad de Vida se origina con el fin de obtener resultados relevantes para la investigación en salud.

Desde sus inicios ha estado vinculado a variables psicológicas que buscan medir el bienestar de las personas, esto ha posibilitado que muchos investigadores no sean claros al abordar el concepto de Calidad de Vida utilizado en sus estudios.

Muchos términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, estado de salud, salud mental, felicidad, estado funcional y valores vitales son usados para describir el concepto de Calidad de Vida, lo que introduce confusión en su definición.¹⁻²⁻³

Actualmente la evaluación de la calidad de vida ha cobrado una mayor importancia al analizar el comportamiento y el desempeño psicosocial de un niño, puesto que si el menor tiene una buena calidad de vida lograra un desarrollo adecuado en armonía con su núcleo familiar.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida como la percepción del individuo de su lugar en la vida, en el contexto de su cultura, valores, metas, objetivos, expectativas y preocupaciones.⁵

Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. ¹

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) , “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este concepto ha evolucionado gracias a las contribuciones de diferentes investigadores.

Hoy en día, se reconoce la salud como un proceso individual relacionado con factores genéticos, hábitos personales y modelos sociales. En la medida en la que la

salud es un proceso complejo que puede llegar a afectar la calidad de vida de una persona.⁴

CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A SALUD BUCAL (CVRSB)

En los últimos años, han aparecido diversos estudios sobre la calidad de vida vinculada con la salud, específicamente en el ámbito odontológico, dando origen al término "Calidad de vida relacionada a la salud bucal" (CVRSB).⁶

El cuidado de la salud bucal, desde la niñez hasta la adultez, tiene un impacto significativo en la salud física y mental del individuo. Gozar de una adecuada salud bucodental en cualquier etapa de la vida es fundamental para un correcto desempeño de las actividades rutinarias.³

Es así, que se define como la percepción que tiene cada persona sobre el grado de disfrute de su cavidad bucal, involucrando tanto a los tejidos duros como blandos, a lo largo de sus labores diarias, considerando los tratamientos odontológicos pasados y actuales, sus intereses, complacencia con la atención, historia del dolor dental y el malestar.

Autores como Schwartzman y Nuñez reconocen que la calidad de vida y la salud bucal están relacionados con el estado de bienestar físico, psicosocial y espiritual dependiendo en gran parte del entorno social, las creencias y el contexto cultural e histórico personal debido a que la salud bucal es una parte integral en la salud general del niño.⁶

PERCEPCIÓN DE NIÑOS Y PADRES SOBRE CVRSB

Se debe tener conciencia de que pacientes muy jóvenes no tienen un cuidado adecuado de su salud debido a limitaciones cognitivas y reducida capacidad de comunicación, no poseen patrones psicosométricos de validez y seguridad en relatos en cuanto a su salud y calidad de vida. En este caso, la responsabilidad y la toma de decisiones en relación a la salud de los niños es del adulto.

Es muy importante estar al tanto del nivel de conocimiento de los padres sobre etiología y prevención, asimismo de las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma. ⁷

Los adultos desempeñan un papel crucial en el soporte emocional y la necesidad de adaptación de comportamiento frente a enfermedades o tratamientos. Ya que cuando las condiciones bucales no son las ideales, no solo tiene impacto directo en los niños, sino también un efecto indirecto en los padres y miembros de la familia. De tal manera que los cuadros de caries resultan en pérdidas de días laborables de los padres que tienen que quedarse en casa para cuidar a sus hijos o gastar tiempo y dinero en el acceso a los cuidados dentarios.⁸⁻⁹

La literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y en consecuencia también receptiva a entender el valor de la salud bucal, así la prevención iniciada precozmente se torna más efectiva y fácil de realizar. Por ese motivo, es importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud.⁹

Por otra parte, se evidencia que no todos los adultos están preparados correctamente, la mayoría de padres de familia transmite a sus hijos lo que a ellos les inculcaron en casa, y muchas veces imitando malos hábitos que perjudican la salud bucal del menor.

El conocimiento de los padres, es uno de los principales factores de riesgo para la salud bucal del niño, con relación directa en la salud general. Esta falta de conocimiento de salud bucal, hace que los padres de familia ignoren la importancia que tienen los dientes primarios o deciduos, y por lo tanto sus hijos se ven afectados al no visitar al odontólogo a su debido momento, aumentando en ellos el peligro de contraer afecciones que dañarían su cavidad bucal, y que en un principio pudieron ser evitadas con un buen sistema de prevención.¹⁰

IMPACTO DE LA CARIES DENTAL

La salud bucal forma parte de la salud general, siendo un componente en la calidad de vida definida por la OMS en 1997.⁵

Cuando no hay condiciones óptimas de salud bucal, tenemos que hablar de caries dental, alteración del equilibrio y proporción entre las diferentes especies de microorganismos de la flora bucal. Disolución química localizada de la superficie dentaria como resultado de diferentes eventos metabólicos asociada a factores, como la falta de higiene bucal, alimentación inadecuada, insuficiente información sobre medidas preventivas y falta de acceso a los servicios de salud.³⁻¹¹

La caries dental, es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en las personas y problema agudo de salud pública en el mundo, según la OMS, afecta entre el 60% y 90% de la población escolar. Hasta hoy, es la enfermedad crónica más común en la infancia afectando principalmente a niños de bajo nivel socioeconómico.

9-12

CARIES DE INFANCIA TEMPRANA (CIT)

Es una enfermedad que no distingue, sexo, nivel social o cultural. En las primeras etapas de vida del ser humano, los dientes generalmente están libres de la enfermedad, pero a lo largo de su vida pueden adquirirla por diversos factores de orden biológico, estilos de vida, factor social y medio ambiental.

Para la OMS, la caries dental es el primer motivo de atención entre las enfermedades bucales. En lo que respecta a la población infantil, la Asociación Dental Americana (ADA), el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los EEUU (CDC), la Asociación de Odontopediatría (AAPD) definen a la caries de infancia temprana (CIT) como cualquier tipo de lesión de caries presente en niños menores de 6 años y a la caries severa en la infancia cuando la lesión de caries se inicia en los incisivos primarios superiores.¹³⁻¹⁴⁻¹⁵

Se amplía esta definición, a la detección en niños menores de 3 años de cualquier signo de superficie reblandecida. Se detalla además que para niños entre 3 y

5 años se considera caries de la infancia temprana a la presencia de uno o más elementos dentarios anteriores cariados, perdidos u obturados, o bien:

- ❖ índice ceos de valor 4 a la edad de 3 años
- ❖ índice ceos con valor 5 a la edad de 4 años
- ❖ índice ceos con valor 6 a la edad de 5 años.

Representa actualmente un problema de salud pública con causas no sólo biológicas sino además sociales.¹⁴

La prevalencia de la caries de infancia temprana es un tema muy discutido, y está relacionada a características sociales, culturales y económicas de las poblaciones.

Entre los factores de riesgo asociados se encuentran:

- ❖ Uso de biberón y lactancia materna.

El primero a veces preparado con líquido endulzado, ya sea leche o jugo durante el sueño del niño, lo cual aumenta el riesgo de caries debido al prolongado contacto entre las bacterias productoras de caries presentes en las superficies dentales y el azúcar que contienen las bebidas del biberón.

Por otro lado, las tomas repetidas de leche en biberón y lactancia materna, son factores desencadenantes de caries, aun cuando los niños alimentados con leche materna tienen menor tendencia a presentar caries. La duración del contacto nocturno con el pecho o el biberón, utilizado por muchos padres para calmar al niño durante la noche, produce una exposición prolongada de los dientes ya erupcionados a los carbohidratos fermentables. Y a esto se agrega la ausencia de medidas apropiadas de higiene oral, factores que predisponen la aparición de la caries dental.¹⁶

- ❖ Placa bacteriana o biofilm dental.

La placa bacteriana o biofilm dental ha sido definida como una comunidad microbiana que se encuentra sobre la superficie dental, formando una biopelícula embebida en una matriz de polímero de origen bacteriano. De este conglomerado bacteriano, el *Streptococcus Mutans* es el microorganismo más asociado al proceso de caries dental, ya que pueden metabolizar los hidratos de carbono de la dieta,

generando ácidos que desmineralizan el esmalte y la dentina. Su capacidad para sintetizar glucanos extracelulares, le brinda además una gran virulencia ya que aglutina a las bacterias de la placa, promueve la colonización en la superficie dental y cambia las propiedades de difusión de la matriz de la placa, siendo su presencia clave para entender esta patología en niños preescolares.¹⁵

❖ Hábitos de higiene bucal.

La falta de hábitos de higiene, o la utilización incorrecta de los mismos, brindan un ambiente altamente cariogénico y son un excelente medio de cultivo para los microorganismos patógenos en la cavidad bucal, siendo la zona del contorno gingival la más involucrada con la retención de placa bacteriana.

❖ Temprana adquisición y colonización de *Streptococcus Mutans*.

Se ha relacionado con mayor riesgo para futuras lesiones de caries.²⁰

❖ Flujo y calidad de la saliva del niño.

Sobre todo si se tiene en cuenta que su fluido disminuye durante el sueño, situación que puede dar lugar a un ambiente altamente cariogénico si no se maneja una buena higiene al momento de dormir.

❖ Patrón de erupción de los dientes.

Teniendo en cuenta que el patrón de calcificación de los dientes deciduos establece que, cuando un diente erupciona escasamente contiene 69% de contenido mineral y que cuando entra en contacto con la saliva recibe un continuo aporte de calcio y fosfato que le permite adquirir a plenitud sus características físicas (96% de materia inorgánica) en un período relativamente breve, que tiene un carácter de adaptación y que favorece el aumento de la resistencia del diente a la disolución ácida.²¹

❖ Alteraciones estructurales de los tejidos duros.

El riesgo de caries también puede ser determinado por defectos del desarrollo del esmalte preexistentes llamados hipoplasias. Diversos estudios han

demostrado que las hipoplasias predisponen al diente a la colonización temprana del patógeno causante de la caries dental: el *Streptococcus Mutans*.¹⁵

❖ Presencia de Flúor en el medio oral.

Los elementos estructurales del esmalte se encuentran en constante adaptación y consolidación por efecto de las influencias externas. El ion F⁻ es liberado al momento de presentarse desmineralización del esmalte durante períodos de producción ácida, entrando en contacto con la biomasa bacteriana eleva el pH promueve la remineralización del esmalte generando de este modo una acción cariostática.²⁰

❖ Patrones de alimentación inapropiados y altos niveles de consumo de carbohidratos.

Los hidratos de carbono, en especial la sacarosa, están contenidos en una gran variedad de alimentos consumidos diariamente, los cuales poseen gran potencial cariogénico. Los hidratos de carbono participan entre otras cosas en la constitución de peptidoglicanos, que son sustancias que conforman las paredes celulares bacterianas, favoreciendo el desarrollo del biofilm.¹⁷

❖ Presencia de hipoplasias relacionadas a malnutrición.

❖ Transmisión bacteriana a través de la ventana de infectividad.

Comprende el periodo de 19 a 31 meses de edad. Es el pasaje de la flora microbiana desde los primeros días de vida, en forma directa, a través del pezón materno, durante la interacción de besos, utensilios del bebe y a través de las manos de quienes conforman el núcleo familiar, creándose de esta manera potenciales circuitos de infectividad. Demostrando que la caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible.¹⁸

❖ Discapacidad física y/o intelectual

Este tipo de pacientes presenta condiciones que limitan sus posibilidades para desarrollar la vida cotidiana. Por consiguiente, requieren de una atención de salud integral; sin embargo se considera que a nivel mundial la mayoría de esta población no recibe atención bucodental acorde a sus requerimientos.

❖ Nivel socioeconómico y nivel educativo.

El bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel educativo están asociados con un menor acceso a los servicios dentales y productos de higiene bucal, el pobre conocimiento con respecto a la salud y la higiene bucal, desencadena una mayor frecuencia y gravedad de la caries dental.

❖ Desconocimiento sobre cuidados en higiene oral de padres o personal a cargo del niño.

Las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores, para la cual deben adquirir información y desarrollo de habilidades. Muchas veces no poseen toda la información necesaria sobre los cuidados para mantener la salud bucal de los niños en edad preescolar.¹⁹

A diferencia de la caries en dientes permanentes, la CIT afecta por lo general a los dientes superiores primarios. Hace años se le conocía como caries de biberón, ya que se le asociaba a la utilización de éste; sin embargo, se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón, ya que puede aparecer con la presencia de cualquier líquido azucarado sea natural o artificial, como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos. Se sabe también que la alimentación a libre demanda del seno materno y la utilización de tazas y de chupetes endulzados pueden causar estas lesiones de caries.²⁰

La CIT muestra un patrón característico relacionado a dos factores:

❖ El primero, a la secuencia de erupción de los dientes.

Por esto afecta principalmente a los dientes anteriores superiores

❖ El segundo, a la posición de la lengua durante la alimentación.

La cual protege a los dientes inferiores de los líquidos durante la alimentación, por lo que generalmente estos dientes no están afectados.

Dependiendo del tiempo activo del proceso, los primeros molares primarios generalmente están involucrados, seguidos de los segundos molares y los caninos y, en casos severos, inclusive los dientes inferiores.

La CIT no sólo afecta los dientes, también tiene implicaciones en el estado general de la salud de los niños, ya que crecen a un menor ritmo que los niños libres de caries. Algunos niños pueden estar por debajo de su peso debido a problemas asociados a la ingesta de alimentos, entre ellos, al dolor.

También la CIT, ha sido asociada por algunos investigadores a deficiencias de hierro por malnutrición. Incluso, existe el riesgo de desarrollar nuevas lesiones cariosas, tanto en la dentición primaria como en la permanente, así como sufrir una hospitalización de emergencia, lo cual aumenta los costos y tiempos de tratamiento, ya que se puede requerir de técnicas de sedación o anestesia general. Existe en estos pacientes un desarrollo físico insuficiente con respecto a la altura/peso, pérdida de días escolares y aumento de días con actividad restringida, dificultad en el aprendizaje y disminución de calidad de vida relacionada con la salud bucal.

También se ha reportado que una vez tratada la caries dental y eliminado el dolor que esta produce, hay recuperación y aumento de peso y talla, al igual que mejoras en la calidad de vida¹⁵⁻²⁰⁻²²

MICROBIOTA INTESTINAL Y LACTANCIA MATERNA

El intestino humano es considerado un órgano complejo por sus funciones, en el que se destaca el número de géneros bacterianos y especies que existen en su interior. Ya que tiene la más abundante y diversa población de bacterias del cuerpo humano y tiene un significativo impacto en la homeostasis, la inmunidad intestinal y en distintos estados patológicos.²⁶

El microbioma gastrointestinal humano representa un agregado genómico que reside dentro del intestino. De este contexto, surge el concepto de ecosistema intestinal, teniendo en cuenta la actividad de la microbiota y las interacciones a las que está sometida por los microorganismos que conviven en ella, los sustratos digestivos, el epitelio de la mucosa intestinal y el sistema inmunológico.²⁷

La microbiota desarrolla un rol nutritivo, metabólico, inmunológico y de protección. El mismo se establece a partir del parto, la lactancia materna y posteriormente por factores externos.

Su desarrollo depende de diferentes circunstancias, como modo de parto, edad gestacional, alimentación, condiciones de salud y estilos de vida. Modificaciones en la misma, puede desempeñar un papel importante en la susceptibilidad a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes, alergias, asma, autoinmunidad y caries dental.

Es decir, el tipo de alimentación influye directamente en la composición de la microbiota intestinal. Por lo tanto, esto tiene consecuencias a futuro, ya que la adquirida en la infancia temprana es crítica para determinar la respuesta inmune y la tolerancia; las alteraciones del ambiente intestinal son responsables de la inflamación de la mucosa, de la patología autoinmune y de desórdenes alérgicos en niños y adultos.

En relación a lo anterior, podemos mencionar la importancia de los 1000 primeros días del bebé. Son fundamentales para alcanzar una buena salud bucal y general durante todo el ciclo de la vida. Abarca el período comprendido desde la concepción y final del embarazo (270 días) hasta los 2 años de vida (730 días).²⁸

La nutrición durante este proceso tiene impacto en el desarrollo normal del cerebro del niño, en el riesgo de obesidad y de la prevalencia de caries dental.

Desde el punto de vista odontológico, la lactancia materna favorece el crecimiento y el avance de la mandíbula, estabiliza la relación entre las bases óseas, interviene en el proceso de erupción dentaria, ejercita el movimiento de la ATM, previene la respiración bucal, además de representar la primera etapa para el desarrollo del proceso masticatorio.²⁸

AFECCIONES BUCALES EVALUADAS EN LA CALIDAD DE VIDA

La caries dental tiene un impacto negativo en los niños, ya que causa dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño, irritabilidad, baja autoestima y disminución del rendimiento escolar.

En lo que respecta a la maloclusión, su impacto en la calidad de vida está relacionado principalmente con el ámbito psicosocial, en el cual los niños presentan dificultad para sonreír debido a la posición de sus dientes.

La calidad de vida se ve afectada en los niños que han sufrido traumatismos dentales graves, debido a la presencia de dolor e incapacidad, así como cambios de coloración en los órganos dentales afectados. Estas alteraciones son limitantes para realizar sus actividades diarias de manera normal.

La Fluorosis dental causa afecciones en la apariencia de los órganos dentales, lo cual trae una alteración en la autopercepción, el bienestar social y emocional de los niños, generando sensaciones de incomodidad, así como dificultades para sonreír e interactuar con otros individuos.¹²⁻²¹

La evaluación de las condiciones de salud bucal de la población y determinación en el impacto en la CVRSB son importantes, ya que a partir de los datos recolectados es posible verificar la demanda y la distribución de las necesidades de tratamiento dentro de la población estudiada y establecer programas educativos, apuntando a la prevención de estos problemas de salud bucal.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar e identificar el impacto que la salud bucal tiene en la calidad de vida de niños de 3 a 5 años que asisten al Jardín de Infantes Nro. 910 “Miguel Cané” de Lanús. Evaluado por sus padres o responsables y relacionado con su nivel de educación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la eficacia con la que el grupo familiar afronta las necesidades básicas del cuidado oral de sus hijos.
- Determinar factores de riesgo de caries dental relacionados a la salud general.
- Conocer la frecuencia en la que los niños han tenido que atravesar consecuencias de problemas odontológicos.
- Verificar la importancia de los controles periódicos en el Odontólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación fue un estudio con metodología observacional descriptiva que nos permitió conocer la situación de los niños de 3 a 5 años que concurren al Jardín de Infantes Nro. 910 “ Miguel Cané” de Lanús.

Se realizó un estudio de corte transversal.

Para determinar los efectos directos e indirectos de los problemas de salud bucal en la calidad de vida, se ha desarrollado un instrumento en forma de cuestionario, llamado Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS. El cual ha sido diseñado para evaluar el impacto de los problemas dentales y/o experiencias de tratamientos odontológicos sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los niños menores de 5 años y sus familias, adaptado y validado en diferentes países.

Se compone de 13 preguntas, distribuidas en 2 segmentos; el primero sobre el impacto en el niño, que evalúa los síntomas bucales, limitaciones funcionales, aspectos psicológicos, autoimagen/interacción social; y el segundo, el impacto sobre la familia, que evalúa la angustia de los padres y función familiar.

El formulario fue confeccionado en la plataforma digital “Google Forms”, distribuido a través del WhatsApp de los padres y mail Institucional del Jardín como vía de acceso secundaria.

En todos los casos se envió un mensaje que contenía un enlace con la encuesta para un acceso rápido, sencillo y dinámico. Además, se pidió colaboración a docentes de las diferentes salas para que lo puedan enviar por medio de los canales que utilizan a menudo para comunicarse con los padres. Estas vías, tuvieron como objetivo reforzar la llegada a todos los padres por los distintos canales.

El cuestionario permaneció abierto durante los meses de noviembre y diciembre del año 2020.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Padres de niños de ambos sexos, de 3 a 5 años que asisten al Jardín de Infantes Nro. 910 “Miguel Cané” de Lanús que deseaban participar del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluyeron de este estudio todos los alumnos cuyos padres no quisieron responder el cuestionario.

RESULTADOS

De la totalidad de padres que conforman la población de alumnos del Jardín, respondió la encuesta el 86.5%. La muestra quedó constituida por 45 cuestionarios respondidos de manera correcta, de un total de 52.

Los datos obtenidos se tabularon en una planilla tipo Excel para su análisis y se representaron los resultados a través de gráficos. Con respecto a los resultados obtenidos, fueron expresados en frecuencia porcentual.

A continuación, se exponen gráficos estadísticos realizados en Excel a partir de las respuestas obtenidas. Donde de 52 familias, 45 han respondido la encuesta ECOHIS.

GRÁFICO NRO 1: Edad de los niños

De 3 años: 17 alumnos (37,8 %), de 4 años: 12 alumnos (26,7 %) y de 5 años: 16 alumnos (35,6%).

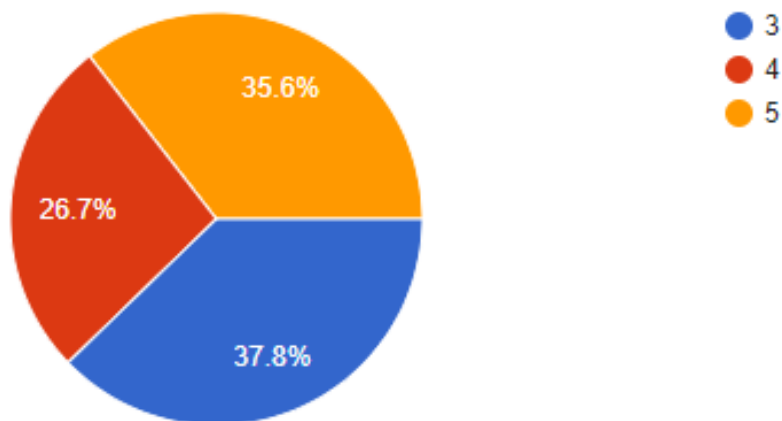


GRÁFICO NRO 2: Sexo de los niños

En cuanto a la proporción de los niños, 20 corresponden al sexo masculino (44,4 %), mientras que 25 al femenino (55,6 %).

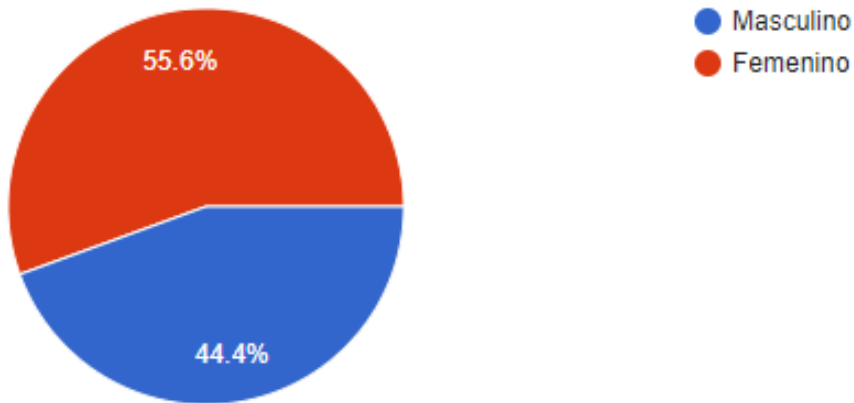


GRÁFICO NRO 3: ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dolor en los dientes, boca o mandíbula?

Los resultados arrojaron que 15 personas (33,3 %) ha respondido Casi nunca; 14 personas (31,1 %) Nunca; 12 personas (26,7 %) Ocasionalmente; 3 personas (6,7 %) A menudo y solo 1 persona (2,2 %) Muy a menudo.

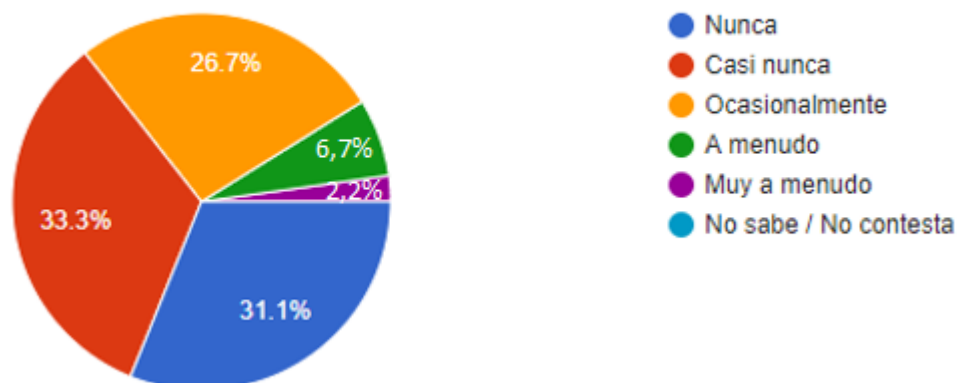


GRÁFICO NRO 4: ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para beber bebidas calientes o frías, debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Acerca de la frecuencia de las dificultades de sus hijos al beber, 16 personas (35,6 %) ha respondido Nunca; 12 personas (28,9%) Casi nunca; 9 personas (20%) Ocasionalmente; 4 personas (8,9%) A menudo y 3 personas (6,7%) Muy a menudo.

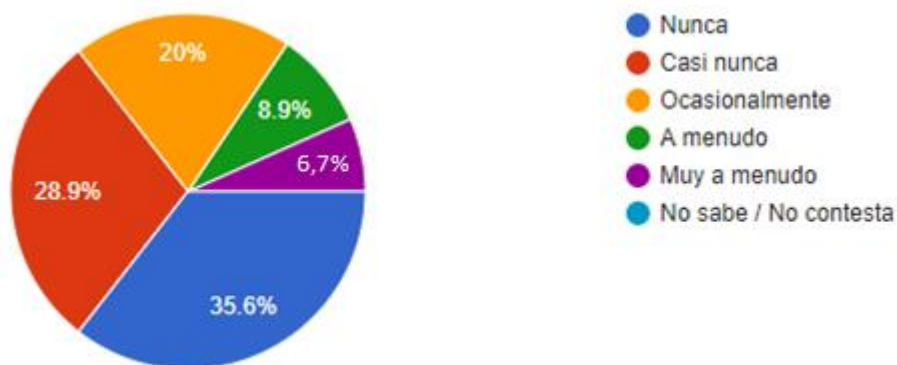


GRÁFICO NRO 5: ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para comer algunos alimentos a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Las familias con respecto a la frecuencia de las dificultades al comer respondieron que 15 niños (33,3 %) Casi nunca; 13 niños (28,9 %) Nunca; 12 niños (26,7 %) Ocasionalmente y 5 niños (11,1 %) A menudo.

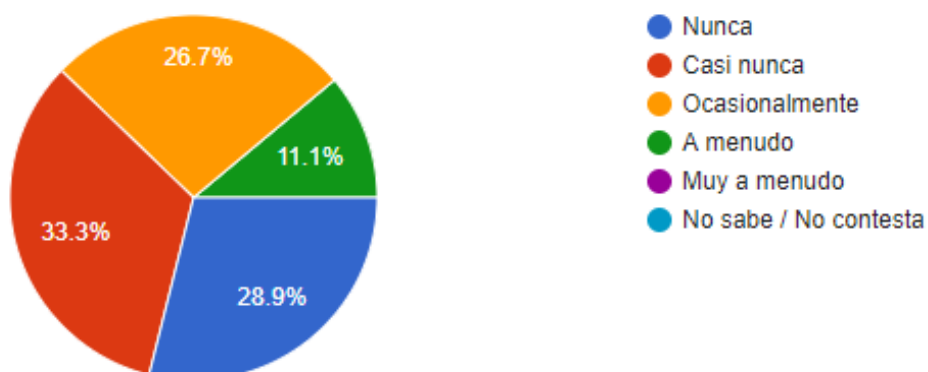


GRÁFICO NRO 6: ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para pronunciar algunas palabras, por problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Los responsables respondieron que 22 niños (48,9 %) Nunca; 15 niños (33,3 %) Casi nunca y 8 niños (17,8 %) Ocasionalmente.

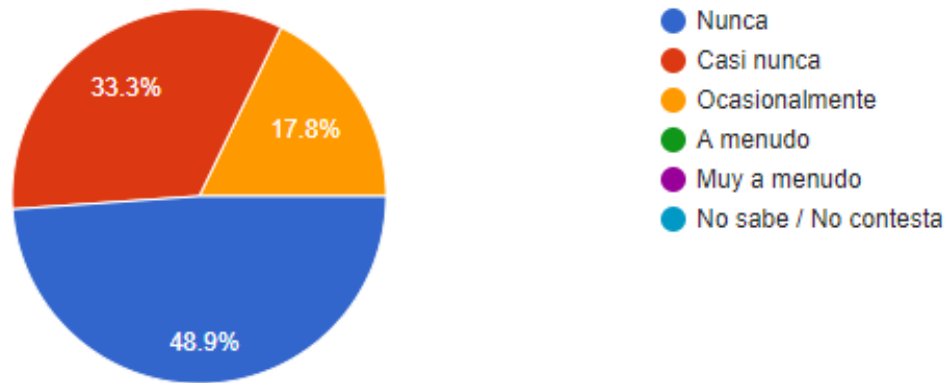


GRÁFICO NRO 7: ¿Con qué frecuencia su hijo ha perdido días de asistencia a su actividad preescolar, de guardería o escuela por problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Los padres respondieron que 19 niños (42,2 %) Casi nunca, 17 niños (37,8 %) Nunca, 8 niños (17,8) Ocasionalmente y 1 niño (2,2 %) respondió no sabe/no contesta.

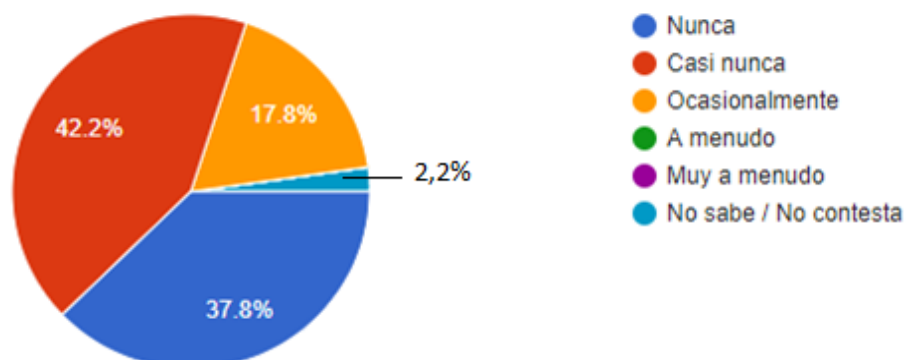


GRÁFICO NRO 8: ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido problemas para dormir debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Respondieron que 19 niños (42,2 %) Casi nunca, 18 niños (40 %) Nunca, 6 niños (13,3 %) Ocasionalmente, 1 niño (2,2 %) A menudo y 1 niño (2,2 %) no sabe/no contesta.

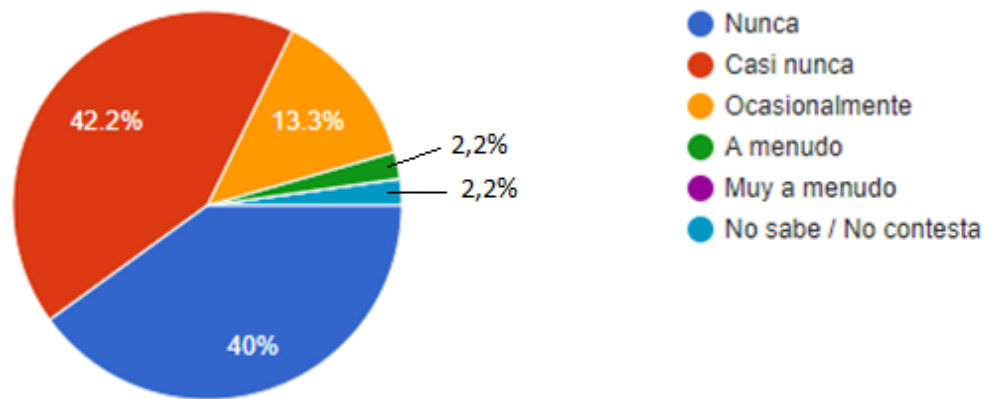


GRÁFICO NRO 9: ¿Con qué frecuencia su hijo se ha manifestado enojado o frustrado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?

17 niños (37,8 %) Nunca, 13 niños (28,9 %) Casi nunca, 13 niños (28,9 %) Ocasionalmente, 1 niño (2,2 %) A menudo y 1 niño (2,2 %) no sabe/no contesta.

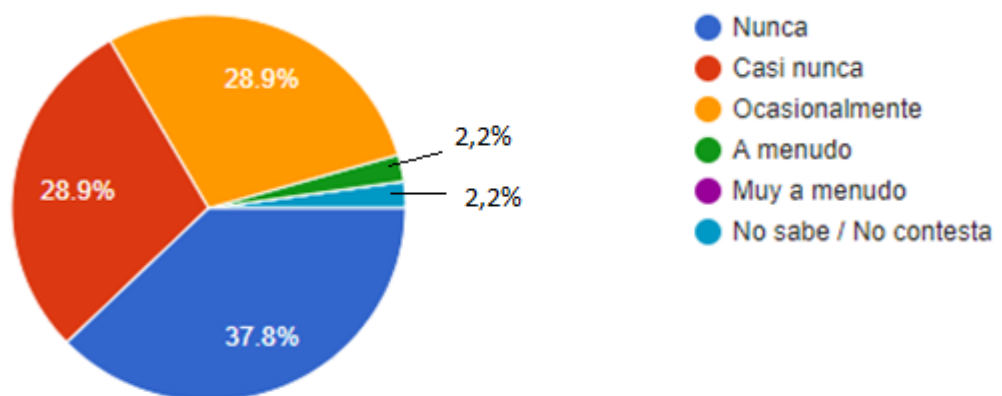


GRÁFICO NRO 10: ¿Con qué frecuencia su hijo ha evitado la sonrisa por problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Los padres respondieron que 21 niños (46,7 %) Nunca, 12 niños (26,7 %) Casi nunca, 5 niños (11,1 %) Ocasionamente, 5 niños (11,1 %) A menudo, 1 niño (2,2 %) Muy a menudo y 1 niño (2,2 %) no sabe/no contesta.

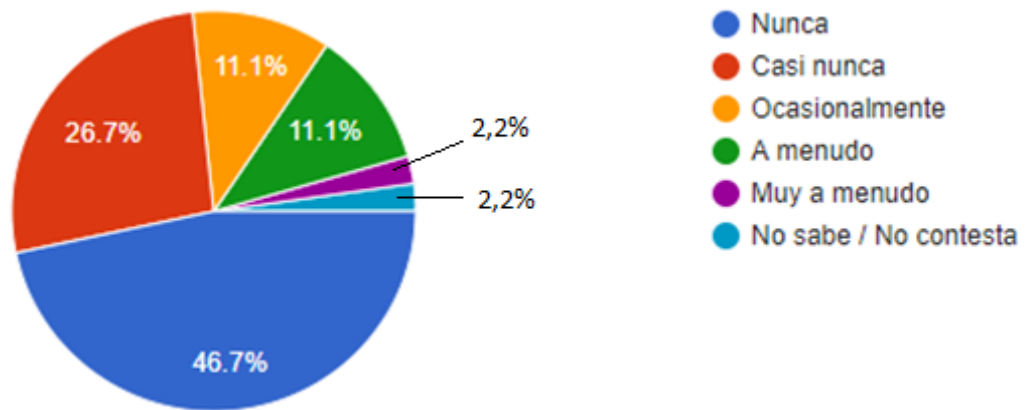


GRÁFICO NRO 11: ¿Con qué frecuencia su hijo ha evitado hablar debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

22 niños (48,9 %) Nunca, 12 niños (26,7 %) Casi nunca, 5 niños (11,1 %) Ocasionamente, 3 niños (6,7 %) A menudo, 1 niño (2,2%) Muy a menudo y 2 niños (4,4) no sabe/no contesta.

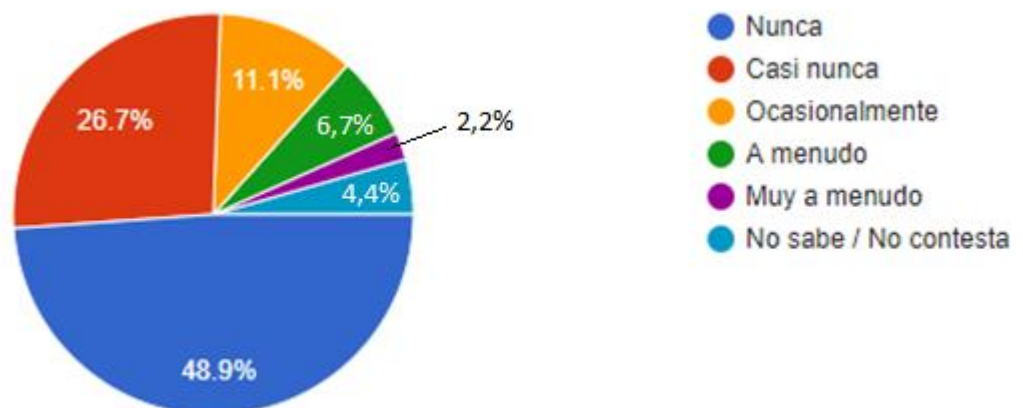


GRÁFICO NRO 12: ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha sido alterado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?

19 personas (42,2 %) han respondido Casi nunca, 17 personas (37,8 %) Nunca, 5 personas (11,1 %) Ocasionalmente, 2 personas (4,4 %) A menudo, 1 persona (2,2 %) Muy a menudo y 1 persona (2,2 %) no sabe/no contesta.

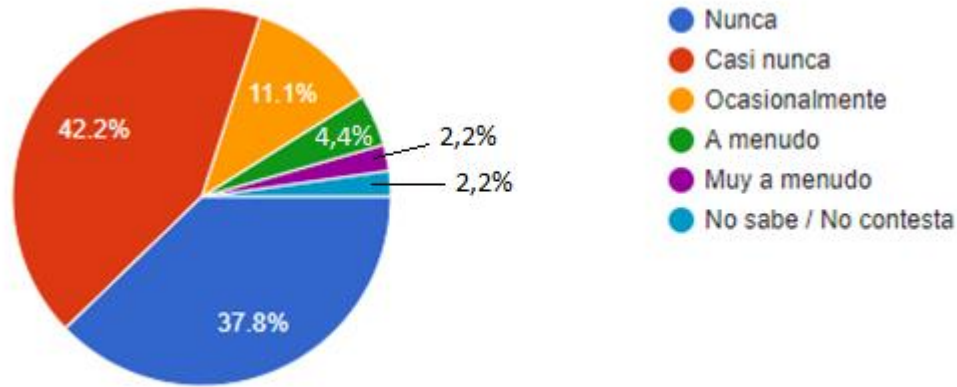


GRÁFICO NRO 13: ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable por los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?

19 personas (42,2 %) respondieron Nunca, 13 personas (28,9 %) Casi nunca, 6 personas (13,3 %) A menudo, 4 personas (8,9 %) Ocasionalmente, 2 personas (4,4 %) no sabe/no contesta y 1 persona (2,2 %) Muy a menudo.

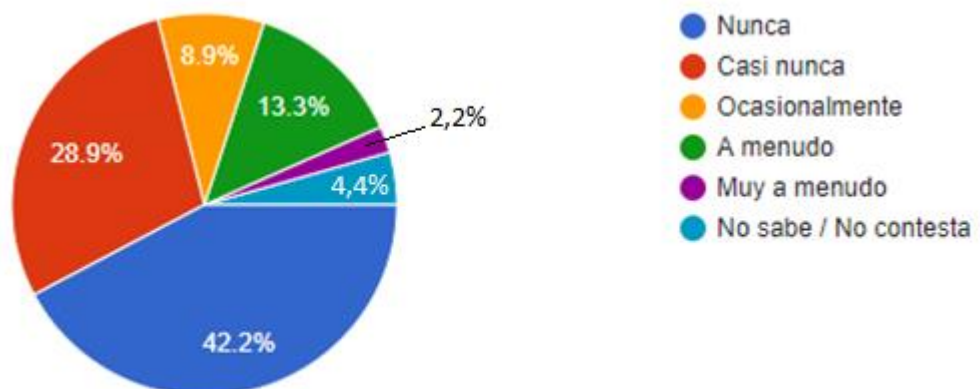


GRÁFICO NRO 14: ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha debido ocupar tiempo a causa de los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?

17 personas (37,8 %) han respondido Casi nunca, 14 personas (31,1 %) Nunca, 10 personas (22,2 %) Ocasionalmente, 2 personas (4,4 %) A menudo y 2 personas (4,4 %) no sabe/no contesta.

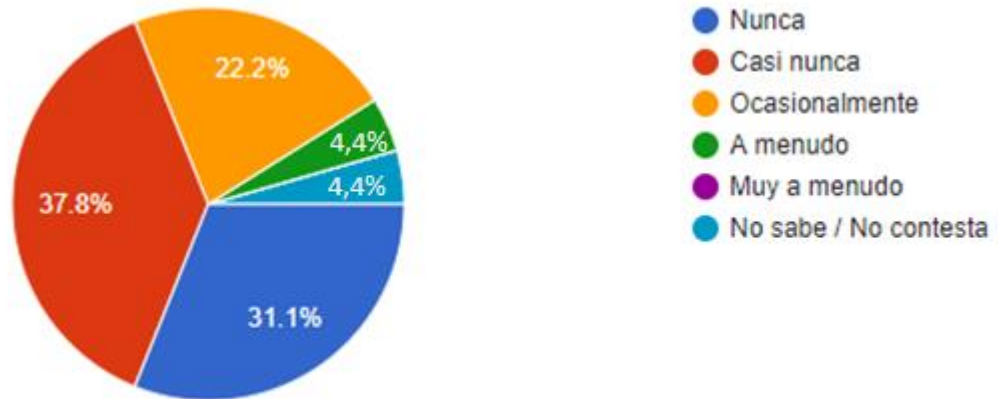


GRÁFICO NRO 15: ¿Con qué frecuencia los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo han determinado impacto económico en su familia?

18 personas (40 %) respondieron Nunca, 12 personas (26,7 %) Ocasionalmente, 11 personas (24,4 %) Casi nunca, 2 personas (4,4 %) A menudo y 2 personas (4,4 %) no sabe/no contesta.

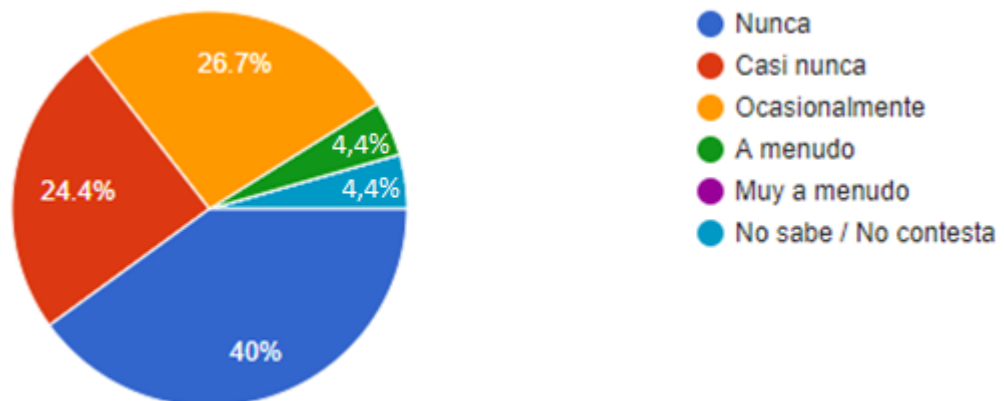


Tabla nro. 1 - Percepción del responsable del cuidado del menor sobre calidad de vida relacionada a la salud oral.

ECOHIS	Nunca / Casi nunca	Ocasionalmente / A menudo / Muy a menudo	No sabe / No contesta
Impacto en el niño			
1. Dolor en los dientes, boca o maxilares	64,4%	35,6%	0%
2. Dificultades para tomar bebidas calientes o frías	64,5%	35,7%	0%
3. Dificultad para comer algunos alimentos	62,2%	37,8%	0%
4. Dificultades para pronunciar algunas palabras	82,2%	17,8%	0%
5. Pérdida de días de asistencia a su actividad en sala cuna, jardín o colegio	80%	20%	0%
6. Problemas para dormir	82,2%	17,8%	0%
7. Ha estado enojado o frustrado	66,7%	33,3%	0%
8. Ha evitado sonreír	73,4%	24,4%	2,2%
9. Ha evitado hablar	75,6%	20%	4,4%
Impacto en la Familia			
10. Usted u otro miembro de la familia ha estado alterado	80%	17,8%	2,2%
11. Usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable	71,2%	28,8%	0%
12. Usted u otro miembro de la familia ha ocupado tiempo	68,9%	26,7%	4,4%
13. Han tenido un impacto económico en su familia	64,4%	31,2%	4,4%
PROMEDIO TOTAL	72%	27%	1%

DISCUSIÓN

En base a lo expuesto anteriormente, este trabajo de investigación se desarrolló a los fines de determinar la relación y el impacto que la Salud bucal tiene en la Calidad de Vida de preescolares, evaluado por sus padres o responsables y relacionado a su nivel de educación.

En un análisis general de las respuestas de ECOHIS, se observa que la mayoría de los adultos responsables no percibe un impacto negativo en la calidad de vida relacionado a problemas odontológicos de sus hijos, donde predominaron con un promedio de 72% las respuestas “Nunca y Casi Nunca”, cifras que se asemejan a los resultados publicados en Brasil (Abanto y colaboradores, 2011) y Perú (López y García, 2013), donde el porcentaje de respuestas “Nunca” y “Casi Nunca”, está representado por el 75,7% y 62,3%, para cada estudio respectivamente, lo cual indica una ausencia de afectación de la salud bucal en la calidad de vida.¹⁻³

Luego de realizada la encuesta ECOHIS, con los datos obtenidos se pudo observar que los padres refirieron ser responsables de niños de 5 años de edad en el 35,6%, de 4 años en el 26,7% y de 3 años en el 37,8%. En cuanto a la proporción de participantes de sexo masculino y femenino no existió gran diferencia, siendo 55,6% femenino y 44,4% masculino.

En la primer sección, que corresponde al Impacto en el Niño, respecto a la frecuencia en que sus hijos han tenido dolor en dientes, boca o mandíbula, el 33,3% respondió casi nunca, el 31,1% nunca, 26,7% ocasionalmente, 6,7% a menudo y el 2,2% muy a menudo. Algunos de estos resultados pueden deberse a la desinformación respecto a las enfermedades dentales, como su etiología y evolución. Puede ser que algunos padres creen que la caries dental ocurre normalmente en los niños y de alguna manera es inevitable. Por lo cual, no le dan la importancia requerida al dolor o molestia de un diente decíduo, debido a que saben de su futura pérdida y la erupción de la dentición permanente.

Puede estar también relacionado a la falta de promoción y prevención, ya que si el niño no experimenta sintomatología, no se realiza una evaluación odontológica.

En este sentido, es posible establecer cierta relación entre el nivel de educación de los padres y la apreciación del dolor de su hijo, destacándose que cuando existe

mayor nivel educativo de los padres se refieren menos problemas de salud bucal que afecten la calidad de vida de los mismos. También, es posible que esta relación se explique en el hecho que a mayor educación de los padres, mejor vigilancia y control de los hábitos de higiene bucal del niño.

Puede decirse entonces, que el nivel educativo del padre tiene relación con la percepción de la salud bucal del niño y a su vez con su percepción de la calidad de vida de este, lo que corrobora la relación entre calidad de vida y salud bucal²

Por otra parte, al indagar sobre la frecuencia en que tuvieron dificultades para beber bebidas calientes o frías, a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos, el 35,6% de los encuestados respondió nunca, el 28,9% casi nunca, el 20% ocasionalmente, el 8,9% a menudo y el 6,7% muy a menudo.

De igual forma y con respecto a la frecuencia en que tuvieron dificultades al comer algunos alimentos se obtuvo que el 33,3% respondió casi nunca, el 28,9% nunca, el 26,7% ocasionalmente y el 11,1% a menudo.

En su trabajo Gómez menciona que los padres reconocen un problema dental cuando este es evidente o cuando el niño demuestra algún tipo de molestia o dolor. Si se evalúan los resultados obtenidos de las preguntas sobre dolor, dificultad para tomar bebidas y para comer de la sección “Impacto en el Niño”, más de la mitad de los padres registraron que el menor “nunca o casi nunca” los había percibido. De esta manera, se podría decir que esa fue una de las razones por las que la presencia de caries dental no se asoció con la CVRSB.⁴

Las teorías y estudios en psicología indican que existe un proceso continuo del desarrollo cognitivo, emocional, social y lingüístico durante la infancia, siendo que la estructura del auto concepto y la concepción de salud de los niños dependen de la edad. Al evaluar en nuestro trabajo la frecuencia a las dificultades para pronunciar algunas palabras a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos, se determinó que el 48,9% respondió nunca haber sufrido dicha situación, el 33,3% casi nunca y el 17,8% ocasionalmente.

Debemos saber que dentro de las etapas del desarrollo del niño, en la época preescolar el niño comienza a interactuar con su familia y otras personas de su

entorno, las cuales van a influenciar en el desarrollo de su personalidad y la manera de pensar y hacer las cosas.

En cuanto al desarrollo emocional y social es en esta etapa en que el niño se compara con otros, desarrolla su identidad, y muestra sus emociones en forma más complejas, comienza a entender las normas y valores sociales, demostrando cierto control de sus emociones, como la vergüenza, el orgullo, y sentimiento de culpabilidad. Por eso mismo, se hace foco en que durante el desarrollo del niño, la salud bucal es muy importante, ya que unos dientes y una sonrisa saludable van a influir en la formación de la autoestima, y contribuirán a desarrollar relaciones interpersonales positivas.⁵⁻⁷

En lo que respecta a pérdida de días de asistencia a las actividades escolares podemos observar que la gran mayoría no se ha ausentado a las mismas para realizar atención odontológica, manifestando el 42,2% casi nunca haber perdido días de asistencia, el 37,8% nunca, y el 17,8% ocasionalmente. A diferencia del estudio de Nikias M. y Gift, que indica que anualmente 160 millones de horas de trabajo y 1,57 millones de días de pérdida de clases se deben a desórdenes orales.⁷

En relación a los problemas para conciliar el sueño, debemos comprender que el mismo es un proceso fisiológico, considerado como período de descanso de los hemisferios del cerebro y surge como consecuencia de una vigilia activa y como mecanismo protector de la fatiga del sistema nervioso. Dicho proceso, tiene un papel determinante en el crecimiento y desarrollo de los niños, y en el propio desarrollo del cerebro. Está asociado, junto a la actividad motriz y el desarrollo psico-fisiológico en los primeros años de la vida, con el desarrollo psicomotor, así como con otros procesos como el aprendizaje y la regulación de la conducta.

Por ende, juega un papel fundamental en el desarrollo infantil, de manera que el normal desarrollo de esta actividad presenta factores más que importantes a la hora de valorar la calidad de vida de los niños. Los problemas del sueño, a diferencia de lo que les sucede a los adultos, tendrán un impacto negativo en el desarrollo, referido al comportamiento, al rendimiento académico y el crecimiento. Sin duda que también esto afectara la dinámica y la calidad de vida familiar.²³⁻²⁴

Sabiendo la importancia de esto, podemos observar que la población evaluada en su mayoría no percibe este tipo de inconveniente. Siendo así que el 42,2% ha respondido casi nunca, 40% nunca, 13,3% ocasionalmente y el 2,2% a menudo.

En torno a la frecuencia sobre el enojo o frustración de los niños a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos, el 37,8% refiere no haber tenido y el 28,9% casi nunca. Solo el 28,9% refiere haber atravesado esa situación ocasionalmente y el 2,2% a menudo.

Otro de los datos que nos arrojan los resultados, es si los niños han evitado la sonrisa por problemas dentales o tratamientos odontológicos, siendo el 46,7% nunca, el 26,7% casi nunca, 11,1% ocasionalmente, 11,1% a menudo y 2,2% muy a menudo.

Respecto al evitar el diálogo debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos el 48,9% respondió nunca, 26,7% casi nunca, 11,1% ocasionalmente 6,7% a menudo y 2,2% muy a menudo.

Al evaluar las preguntas que presenta la encuesta ECOHIS, es considerable destacar la importancia sobre un fenómeno multifactorial que se pone de manifiesto principalmente en niños y adolescentes, que puede causar un impacto negativo a largo plazo, manifestando depresión, baja autoestima, problemas mentales y físicos y pobre rendimiento académico, entre otros.

Estamos hablando nada más y nada menos que del bullying, que también puede ser consecuencia del estado de salud bucal, ya que las características dentales contribuyen a los apodos, acoso y burlas en época escolar. Al-Bitar y colaboradores sostienen, que la prevalencia de las burlas relacionadas con la apariencia dental es de 15% aproximadamente²⁵

Esto origina en los niños el aislamiento de su entorno, dificultad para relacionarse, y como consecuencia la búsqueda de actividades sedentarias que requieran una relación social mínima, como lo son ver la televisión y permanecer horas frente a la tecnología.

En contraposición a ello, en nuestro trabajo se observa que los padres manifiestan en un 70% nunca y casi nunca cuando se les pregunta acerca de si sus hijos han evitado el diálogo y la sonrisa a causa de problemas dentales. Estos indicadores nos

permiten suponer que la experiencia de los niños ha sido positiva incluyendo el aspecto social y emocional.

Con respecto a la sección familiar, cuando se indagó sobre si alguno de los responsables de los niños ha sufrido el estar alterado a causa de los problemas o tratamientos dentales de sus hijos el 42,2% respondió casi nunca haber pasado por dicha situación, 37,8% nunca, 11,1% ocasionalmente, 4,4% a menudo y 2,2% muy a menudo.

Asimismo, cuando se consultó sobre si alguno de los adultos responsables habían sentido culpa por los problemas o tratamientos dentales de sus hijos, el 42,2% respondió nunca haberse sentido de esa manera, el 28,9% casi nunca, el 13,3% a menudo, 8,9% ocasionalmente y 2,2% muy a menudo.

En relacion a la frecuencia sobre la ocupación del tiempo a causa de problemas dentales o tratamientos odontologicos, 37,8% respondió casi nunca, 31,1% nunca, 22,2% ocasionalmente y 4,4% a menudo.

Finalmente, con respecto al impacto económico que han determinado los problemas dentales y los tratamientos odontologicos de sus hijos el 40% respondió nunca haber pasado por esa situación, 26,7% ocasionalmente, 24,4% casi nunca y el 4,4% a menudo. Muchas veces, la angustia de los padres puede deberse a que posiblemente no pueden tener los medios económicos suficientes para poder costear un tratamiento dental, generando impotencia en ellos por querer cubrir esa necesidad y con ello angustia. Por otra parte, en el caso que se pueda costear, la situación bucal del niño afecta el entorno familiar, al tener que ausentarse en sus labores, y por ende afecta la economía familiar.³

Como asegura Gómez en su trabajo, es más que importante tener en cuenta los conocimientos sobre salud bucal de los padres o tutores de niños pequeños, para poder hacer hincapié en la promoción de la salud bucal en la primera infancia.⁹

De esta manera, el comprender los niveles de conocimiento, implica asegurarse que un niño preescolar tenga padres con buen conocimiento sobre medidas preventivas para evitar enfermedades bucales. Ya que funcionan como modelo de aprendizaje para los niños.

CONCLUSIÓN

Según los resultados obtenidos en este trabajo se puede concluir que hay un alto impacto en la Calidad de Vida relacionado a la Salud Bucal en la población estudiada.

A partir de la encuesta ECOHIS se analizaron los efectos directos e indirectos de los problemas de Salud Bucal en la Calidad de Vida. Se evaluaron factores esenciales que participan de la vida diaria de los individuos, ya que es una herramienta fundamental para la apreciación de la Salud Bucal relacionada a la Calidad de Vida.

La misma se ve perturbada cuando la salud bucal oral de los preescolares no es la deseada. Sin embargo, es poca la importancia que se le da cuando no está asociado a dolor. La caries dental genera un impacto negativo en la calidad de vida y afecta las diversas actividades de los niños, así como también, repercute en su familia y su entorno. En consecuencia, al haber un incremento del número de caries dental y su severidad, habrá un mayor impacto negativo en la calidad de vida

Es por esto, que se evaluó e identificó el valor de concientizar tanto a los padres como a los profesionales de la salud sobre la necesidad de evitar malos hábitos que luego pueden incidir en la aparición de Caries Dental y la importancia de promover el conocimiento de la higiene bucal y la visita temprana al Odontólogo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meza Cisternas CA, Cabello R, Rodriguez G, Faleiros S. Análisis comparativo de las encuestas de calidad de vida relacionada con salud Oral: Scale of oral health outcomes for five year old children (SOHO-5) versión en español y The early childhood oral health impact scale (ECOHIS) versión en español, en niños preescolares de la zona norte de la región Metropolitana [Grado]. Universidad de Chile; 2017.
2. Armas Vega Ana del Carmen, Pérez Rosero Eliana Rosalía, Castillo Cabay Luis Cornelio, Agudelo-Suárez Andrés A.. Calidad de vida y salud bucal en preescolares ecuatorianos relacionadas con el nivel educativo de sus padres. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 Mar [citado 2021 Ene 08] ; 56(1): e1815.
3. Maraví Gutiérrez J E, Geller Palti D. Calidad de vida relacionada a la salud oral, caries de aparición temprana y necesidad de tratamiento en preescolares del Distrito de independencia [Grado]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2018.
4. Chaustre Torres L K, Calderón Pinzón LS, Saucedo Peña V M. Calidad de vida relacionada con la Salud Oral en preescolares vinculados con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Bucaramanga según la versión Peruana del Hearly Childhood Oral Health Impact Sale [Grado]. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga; 2016.
5. González Ernesto, Ugalde Catalina, Valenzuela Luciana, Guajado Gabriela. Aplicación de la escala de impacto en la salud oral en preescolares chilenos. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2018 Abr [citado 2021 Ene 08] ; 11(1): 9-12.
6. Morales Miranda Liz, Gómez Gonzáles Walter. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de

preescolares de una escuela estatal. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2019 Ene [citado 2021 Ene 08] ; 29(1): 17-29.

7. Raymundo de Andrade LH, Buczynski AK, Raggio Luiz R, Fernanda Castro G, Pomarico Ribeiro de Souza I. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepción de los responsables. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2011; Volúmen 49(4).

8. Abanto Alvarez, Jenny, Bönecker, Marcelo, Prócida Raggio, Daniela, Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2010; 20 (1): 38-43.

9. Cupé-Araujo Ana Cecilia, García-Rupaya Carmen Rosa. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2015 Abr [citado 2021 Ene 08] ; 25(2): 112-121.

10. Manrique Iparraguirre A, Ramos Torres WF. Relación entre la Prevalencia de Caries Dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre Salud Oral en el Asentamiento Humano Jehová Jiréh-Nuevo Chimbote-Año 2018 [Grado]. Universidad Católica Los Angeles Chimbote; 2018.

11. Rocha Lertzundi Joel Maycol, Gómez Gonzales Walter Edgar, Bernardo Santiago Grisi. The ceo-d index and its relationship with oral health-related quality of life in preschool children of the I.E. César Vallejo, Chorrillos, june 2018. Horiz. Med. [Internet]. 2019 Ene [citado 2021 Ene 09] ; 19(1): 37-45.

12. Mamani Cori V, Padilla Cáceres TC. Riesgo estomatológico e impacto de las afecciones bucales en la calidad de vida de preescolares del ambito rural en Puno. spor [Internet]. 6 de febrero de 2020 [citado 09 de enero de 2021];15(2):108-15.

13. Villena Sarmiento, Rita, Pachas Barrionuevo, Flor, Sánchez Huamán, Yhedina, Carrasco Loyola, Milagros, Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2011; 21 (2): 79-86.
14. Fernandez CN, Cambría Ronda S, Vuoto ER, Borjas MI, Giamportone V, Cabrera D, Vuoto J, Afronti S, Squassi AF. Caries de la infancia temprana, demanda de atención odontológica y percepción parental de salud bucal en pre-escolares de riesgo social del Gran Mendoza. UNCuyo. 2010;4(2).
15. Rojas S, Echeverría S. Caries temprana de infancia: ¿enfermedad infecciosa?. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(3).
16. Fernández Ramos María Isabel, Ramos de Fernández Isabel Cristina. Riesgo de aparición de caries en preescolares. Humocar Alto. Estado Lara. 2006. Acta odontol. venez [Internet]. 2007 [citado 2021 Ene 09] ; 45(2): 259-263.
17. Cázares Monreal LC, Ramos Peña E, Tijerina González L. Incremento del riesgo de padecer Caries Dental por consumo de Carbohidratos con Alto potencial Cariogénico. Revista Salud Pública y Nutrición. 2009;10(3).
18. Catarí Patricia, Portocarrero Gloriana, Ojeda Federico, Hoffman Ingrid. Prácticas Preventivas dentro de la Ventana de Infectividad dental por parte de madres lactantes, pacientes del Hospital Universitario Angel Larralde, en Carabobo, Venezuela. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2019;9(2).
19. Nevárez López E A, Robles Bermeo N L, Gasca Argueta G. Relación CIT, Dieta y Nivel Educativo de la madre en menores de 12-36 meses de edad [Post grado]. Universidad Autónoma del Estado de México ; 2021.

20. Alonso Noriega MJ, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2009;23(2).
21. Muñoz Mújica P, Aguilar Díaz FC, de la Fuente Hernández J, Shimada Beltrán H, Acosta Torres LS. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en How to cite this article Muñoz Mújica P, Aguilar Díaz FC, De la Fuente niños. *Salud i Ciencia* 20(8):846-51, Oct 2014
22. Núñez F Loreto, Sanz B Javier, Mejía L Gloria. Caries dental y desarrollo infantil temprano: Estudio piloto. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2015 Feb [citado 2021 Ene 10] ; 86(1): 38-42.
23. MASALÁN A M. PATRICIA, SEQUEIDA Y JULIA, ORTIZ C MARCELA. Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos: Education and behavioral approach programs. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2021 Ene 10] ; 84(5): 554-564.
24. Ojeda del Valle Mayra. Sleep at preschool age and its impact on development, behavior and learning. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2012 Ago [citado 2021 Ene 10] ; 50(2): 198-204.
25. Gálvez-Cubas Gissela, Céspedes-Martínez Daniella, Gamero-Castillo Franks, Tomás-De la Cruz Cecilia, Díaz-Pizán María Elena. Bullying escolar en niño como consecuencia de su estado de salud bucal: reporte de caso. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2015 Abr [citado 2021 Ene 10] ; 25(2): 152-157.
26. Castañeda Guillot Carlos. Microbiota intestinal y salud infantil. *Rev Cubana Pediatría* [Internet]. 2018 Mar [citado 2021 Oct 26] ; 90(1): 94-110.
27. Brahm Paulina, Valdés Verónica. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 26] ; 88(1): 07-14.
28. Mendez CA, Fernandez R, Quevedo JM. 1000 días para Educar. *Salud Integral y Comunitaria*. 2018;.

ANEXO I

Modelo de encuesta ECOHIS utilizada.

1. ¿Qué edad tiene su hijo? *

- a) 3
- b) 4
- c) 5

2. ¿Qué sexo es su hijo? *

- a) Masculino
- b) Femenino

3. ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dolor en los dientes, boca o mandíbula? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

4. ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para beber bebidas calientes o frías, debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

5. ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para comer algunos alimentos a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

6. ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para pronunciar algunas palabras, por problemas dentales o tratamientos odontológicos? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

7. ¿Con qué frecuencia su hijo ha perdido días de asistencia a su actividad preescolar, de guardería o escuela por problemas dentales o tratamientos odontológicos? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

8. ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido problemas para dormir debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos? *

- a) Nunca

- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

9. ¿Con qué frecuencia su hijo se ha manifestado enojado o frustrado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

10. ¿Con qué frecuencia su hijo ha evitado la sonrisa por problemas dentales o tratamientos odontológicos? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

11. ¿Con qué frecuencia su hijo ha evitado hablar debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca

- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

12. ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha sido alterado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

13. ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable por los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

14. ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha debido ocupar tiempo a causa de los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo

- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

15. ¿Con qué frecuencia los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo han determinado impacto económico en su familia? *

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) A menudo
- e) Muy a menudo
- f) No sabe / No contesta

Muchas gracias.