

UNIVERSIDAD
CIENTÍFICA
DEL SUR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ESTOMATOLOGÍA

“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL EN PREESCOLARES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ EN EL AÑO 2016, LIMA - PERÚ”

**Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en
Odontopediatría**

Bach. YVETTE GIANNINA TELLO GUERRERO

Asesor: Mg CD Esp. Guido Perona Miguel de Priego

LIMA – PERÚ

2018

	Reglamento de Grados y Títulos	Código SG-RE-001-V2	Emisión Junio 2015	Vigencia 25/05/15
---	--------------------------------	------------------------	--------------------------	----------------------

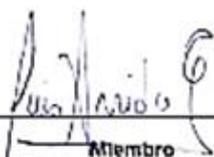
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

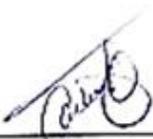
En la ciudad de Lima, a los **06** días del mes de **SETIEMBRE** de **2018**, siendo las **13:30** horas, con la asistencia del Jurado de Tesis, Presidido por la **Mg. DENISSE AGUILAR GÁLVEZ**, los miembros del jurado **Mg. LUIS ARRIOLA GUILLÉN** y **Mg. CAROL CÁRDENAS FLORES** y el Asesor de la Tesis **Mg. GUIDO PERONA MIGUEL DE PRIEGO**, la Esp. **YVETTE GIANNINA TELLO GUERRERO**, autor de la tesis Titulada: **"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL EN PREESCOLARES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ EN EL AÑO 2016, LIMA - PERÚ"** con el fin de optar el Grado Académico de Maestro en **ODONTOPEDIATRÍA**.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación y deliberación por parte del Jurado correspondiente, habiendo sido aprobada con el calificativo de buena (b).

Se extiende la presente acta en cinco originales y siendo las 14:30 horas, se da por concluido el Acto Académico de Sustentación.


 Presidente
Mg. DENISSE AGUILAR GÁLVEZ
 DNI: 09304610


 Miembro
Mg. LUIS ARRIOLA GUILLÉN
 DNI: 40990364


 Miembro
Mg. CAROL CÁRDENAS FLORES
 DNI: 40707192


 Asesor
Mg. GUIDO PERONA MIGUEL DE PRIEGO
 DNI: 43329343

DEDICATORIA

A Dios.

A mis Padres.

A mis profesores y colegas.

A mis pequeños pacientes, quienes me enseñaron otra forma de ver la vida.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que tuvieron fé en mí, a quienes me ayudaron, me orientaron y me dieron palabras de aliento para continuar.

Mi eterna gratitud.

ÍNDICE

I-	INTRODUCCIÓN	01
II-	MARCO TEORICO.....	02
III-	METODOLOGÍA Y MATERIALES.....	23
	3.1 OBJETIVO GENERAL	23
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
	3.3 TIPO DE ESTUDIO	23
	3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	23
	3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
	3.6 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
	3.7 MÉTODOS Y TÉCNICAS	28
	3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
	3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	30
IV-	RESULTADOS	31
V-	DISCUSIÓN.....	48
VI-	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
VII-	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
VIII-	GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	62
IX-	ANEXOS.....	63
	ANEXO 1	64
	ANEXO 2.....	65
	ANEXO 3.....	66

ANEXO 4.....	67
ANEXO 5.....	68
ANEXO 6.....	69
ANEXO 7.....	70
ANEXO 8.....	71
ANEXO 9.....	71
ANEXO 10.....	72
ANEXO 11.....	72
ANEXO 12.....	73
ANEXO 13.....	73
ANEXO 14.....	74
ANEXO 15.....	74
ANEXO 16.....	75
ANEXO 17.....	75
ANEXO 18.....	76

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1: Distribución de los pacientes según la edad y el sexo. Hospital FAP 2016.	32
GRÁFICO 1: Distribución de los pacientes según la edad y el sexo. Hospital FAP 2016	33
TABLA 2: Distribución de las lesiones de Caries de Infancia Temprana empleando el Sistema ICDAS II según el sexo. Hospital FAP 2016	34
GRÁFICO 2: Distribución del número de lesiones de Caries de Infancia Temprana empleando el Sistema ICDAS II según sexo. Hospital FAP 2016.....	35
TABLA 3: Frecuencia de la severidad de las lesiones de Caries de Infancia Temprana en preescolares empleando el Sistema ICDAS II. Hospital FAP 2016	36
GRÁFICO 3: Frecuencia de la severidad de las lesiones de Caries de Infancia Temprana en preescolares empleando el Sistema ICDAS II. Hospital FAP 2016	37
TABLA 4: Medidas de tendencia central de los puntajes del ECOHIS según impacto en el niño y en la familia. Hospital FAP 2016.....	38
GRÁFICO 4: Distribución de los puntajes del ECOHIS según las dimensiones. Hospital FAP 2016	39
GRÁFICO 5: Distribución de los puntajes del ECOHIS según impacto en el niño e impacto en la familia. Hospital FAP 2016.....	40
TABLA 5: Distribución de las respuestas del ECOHIS según impacto en el niño y en la familia. Hospital FAP 2016.	41
TABLA 6: Correlación entre Caries de Infancia Temprana y Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal. Hospital FAP 2016.....	43
TABLA 7: Asociación entre la Caries de Infancia Temprana y la instrucción de la madre en cuidados preventivos. Hospital FAP 2016.....	44
TABLA 8: Frecuencia de Indicadores clínicos de la Negligencia en el cuidado dental en preescolares. Hospital FAP 2016	45
TABLA 9: Asociación entre los indicadores de la Negligencia en el cuidado	

dental con la mala Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal. Hospital FAP 2016.46

TABLA 10: Análisis Multivariado de Regresión logística para evaluar la influencia de los indicadores de la negligencia en el cuidado dental sobre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal. Hospital FAP 2016.....47

RESUMEN

Objetivo: La negligencia en el cuidado dental es la falla en proveer cuidados odontológicos necesarios y oportunos para garantizar el buen estado de la salud bucal afectando el estado de salud del niño. Se buscó determinar la frecuencia de los indicadores de la negligencia en el cuidado dental y su asociación con la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB) en los preescolares de 36 a 71 meses de edad examinados en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima Perú en el año 2016.

Metodología: Se realizó un estudio transversal en 187 niños y sus madres en quienes la investigadora debidamente calibrada ($k = 0.81$) examinó la severidad de la Caries de Infancia Temprana (CIT) empleando el sistema ICDAS II para determinar la asociación entre los indicadores de la negligencia en el cuidado dental y la CVRSB. Paralelamente se entrevistó a las madres empleando el cuestionario ECOHIS y se realizó un análisis estadístico utilizando las pruebas de Chi², Correlación de Spearman y Regresión Logística para determinar la asociación entre CIT, CVRSB y negligencia en el cuidado dental.

Resultados: CIT mostró un mayor impacto negativo en la CVRSB de la familia ($m = 4$) que en el niño ($m = 1$). La correlación de Spearman mostró una correlación positiva: 0.673 (IC 95% 0.59 – 0.75) entre CIT y CVRSB. La regresión logística mostró que la Gingivitis asociada a placa bacteriana no es un factor de riesgo para la CVRSB en este modelo de estudio (IC 95%: 0.134 a 2.708, $p = 0.030$).

Conclusiones: la CIT tuvo un impacto negativo en la familia y la gingivitis asociada a placa no es un factor de riesgo para una mala CVRSB.

Palabras clave: Negligencia en el cuidado dental, ECOHIS, Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal.

ABSTRACT

Objectives: Dental Neglect is a failure of a parent or guardian to seek or follow appropriate dental treatment necessary to achieve an oral health that allows adequate oral function, free from pain and infection. The aim of this study was to determine the prevalence of oral indicators of Dental Neglect, and their association with Oral Health Related to Quality of Life (OHRQoL) in children treated at the Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú in 2016 in Lima Perú.

Methods: A cross sectional study was performed in 187 children aged 36-71 months and their mothers. Mother's perception of OHRQoL were collected through the questionnaire ECOHIS and a calibrated dentist examined and registered the severity of ECC according to ICDAS II criteria and other clinical findings of Dental Neglect. Statistical analysis was performed using Chi², Spearman Correlation and Logistic regression. to find the association of ECC, OHRQoL and dental neglect.

Results: ECC showed a negative impact on OHRQoL in the domain of Family impact section (m= 4) instead of child domain (m= 1). Spearman Correlation showed a positive correlation 0.673 (IC 95% 0.59 – 0.75) between ECC and OHRQoL. Logistic regression showed that gingivitis associated to dental plaque is not a risk factor for a bad OHRQoL. (IC 95%: 0.134 a 2.708, p=0.030)

Conclusions: ECC had a negative impact on OHRQoL and Gingivitis associated to dental plaque is not a risk factor for a negative impact on the OHRQoL.

Key words: Dental Neglect, ECOHIS, Oral Health Related Quality of Life.

I - INTRODUCCION

La Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB) es un indicador de la percepción que tiene el individuo acerca de su salud bucal el cual permite relacionar el impacto que la salud bucal tiene en las actividades diarias, en el bienestar y la calidad de vida en el individuo, debido a que la presencia de patologías bucales como la caries dental, las maloclusiones, la pérdida prematura de piezas dentales o la enfermedad periodontal originan dolor y alteraciones funcionales, las cuales repercutirán de forma negativa en el desarrollo psicológico, somático y social de la persona ¹⁻³.

Los padres o tutores son los responsables del cuidado y desarrollo infantil con un marcado beneficio en la salud bucal de sus hijos. Sin embargo, existen casos en los cuales el estado de salud bucal se ve negativamente afectado por enfermedades como la Caries de Infancia Temprana (CIT) en donde la falta de un tratamiento oportuno origina dolor, infecciones y limitación funcional consiguiente, ocasionando un impacto negativo en el crecimiento y desarrollo del niño pudiendo inclusive afectar seriamente al entorno familiar ⁴⁻⁶.

La negligencia en el cuidado dental o dental neglect como es mencionada en la literatura científica en el idioma inglés, es definida como la falla en proveer cuidados odontológicos necesarios para garantizar un buen estado de salud bucal libre de dolor e infección pudiendo afectar seriamente el estado de salud y el desarrollo del niño. Puede presentarse como una entidad aislada o podría ser considerada como un indicador odontológico presente en los casos de maltrato Infantil por Negligencia, debido a que las lesiones dentales sin tratar están presentes en niveles altos en niños que han sufrido abuso y abandono a diferencia del resto de la población infantil lo cual ha sido reportado en la literatura ⁷.

La presente investigación buscó determinar la asociación entre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal de una población preescolar y los indicadores clínicos hallados en la negligencia en el cuidado dental, con la finalidad de comprender la dimensión en que esta entidad es capaz de afectar de manera negativa la salud bucal de la población pediátrica. Asimismo, en vista que el termino negligencia en el cuidado dental es desconocido y no es aplicado en Perú, se propone incluirlo como término odontológico en las documentos normativos y leyes con la finalidad de proteger a la población infantil.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad”¹ el cual engloba de forma coherente los aspectos que de manera integral reflejan la sensación de bienestar del individuo consigo mismo y con su entorno.

2.1.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL

La Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) como definición fue introducida y estudiada por primera vez en pacientes que padecían enfermedades neoplásicas caracterizándose por ser un concepto difícil de definir debido a que abarca un universo multidimensional, refiriéndose a eventos que son predominantemente subjetivos, cambiantes, lo que implica el uso de juicios personales y sociales. Sin embargo, es posible definirla como el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente en su bienestar.²

En el área de la salud bucal, la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB) se refiere al impacto que la salud bucal o enfermedades de la cavidad oral tiene en las actividades diarias, bienestar y calidad de vida en el individuo.¹⁻⁶

La calidad de vida en la población infantil es estudiada y valorada mediante indicadores que comprenden diferentes áreas o dominios: el dolor, la incapacidad para realizar las funciones normales, los trastornos de sueño, la pérdida de días escolares, irritabilidad, baja autoestima y disminución del rendimiento escolar, encontrándose afectada en pacientes que han sufrido traumatismos, caries, maloclusiones y fluorosis¹ y la evaluación del impacto de la calidad de vida tiene gran importancia pues permite promover y establecer políticas de salud bucal que permitan responder a las necesidades de tratamiento y a la vez concientizar a los padres y tutores en la importancia de mantener a sus hijos libres de enfermedad sin impacto negativo alguno.⁷⁻⁹

Dentro del contexto de Calidad de Vida, la salud bucal es un aspecto sumamente importante debido a que las enfermedades orales y otros desórdenes pueden afectarla durante la infancia y causar un impacto negativo tanto en los pacientes pediátricos como a sus familias^{4,5,10,11} pudiendo mencionarse por ejemplo las repercusiones psicosociales cuando se encuentra afectada la estética, ocasionando una pobre o nula interacción social, problemas de autoestima, pues los niños afectados evitan sonreír, jugar y socializar en comparación con los niños libres de caries como lo reporta la literatura.^{5, 6, 12, 13}

El dolor, es uno de los síntomas que más afecta la calidad de vida de los pacientes pediátricos siendo una secuela muy común de las caries no tratadas en esta población,^{5,13} lo cual puede apreciarse en el estudio de López y Cols⁴ quienes al evaluar la calidad de vida de niños de 03 a 05 años del distrito de Hualmay, encontraron que el 76,47% de los examinados presentaron Caries de Infancia Temprana siendo la limitación funcional (dificultad para comer y beber) la característica que obtuvo el promedio más alto de la escala Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) (4.75 ± 3.44) mientras que Torres y Cols¹² al evaluar a 95 niños menores de 71 meses de edad encontraron que la Autoimagen/interacción social fue la dimensión más afectada según la escala ECOHIS (4.7 ± 1.9).

Schuch y Cols¹⁴ (2014) determinaron que la presencia de lesiones cariosas en dentina y sus secuelas por la falta de tratamiento están asociadas con un impacto negativo en la CVRSB, afirmando además que la educación e información al paciente acerca de sus percepciones respecto a la salud bucal permitirá al odontólogo elaborar un plan de tratamiento realista y coherente, con objetivos que resulten exitosos para ser aplicados por los profesionales, la comunidad y acorde con las normas y políticas de salud.

La CVRSB ha sido estudiada por numerosos investigadores empleando para tal fin instrumentos elaborados en forma de cuestionarios, los cuales están conformados por preguntas que abarcan las diferentes dimensiones de la calidad de vida como son: la limitación funcional, el bienestar emocional y social, la percepción de síntomas bucales, el ambiente en la escuela, trastornos de sueño y niveles de auto percepción y de autoestima.²⁻⁴

La mayoría de estos cuestionarios son auto aplicados, sin embargo, cuando un niño es menor de 05 años de edad no es capaz de conceptualizar apropiadamente aquellos aspectos relacionados con su autopercepción, es por ello que muchos de los cuestionarios son respondidos generalmente por los padres, lográndose obtener mediciones sobre el impacto de las enfermedades bucales en la Calidad de Vida y permitiéndole al Odontólogo tomar decisiones para llevar a cabo la apropiada intervención en cada paciente.^{3, 4, 15 -18}

Los preescolares presentan dificultades inherentes a su edad para comunicarse adecuadamente y verbalizar si perciben dolor o alguna molestia, por lo cual, el Cuestionario para Discomfort Dental (DDQ) permite mediante la observación identificar a los niños que presentan caries que requieren tratamiento invasivos porque permite observar la conducta relacionadas al sentir dolor durante la alimentación: dificultad para masticar, llanto repentino nocturno, negarse a comer o no masticar con las molares. Este Cuestionario demostró la existencia de una alta frecuencia de conductas relacionadas con dolor en niños con necesidades de tratamiento dental invasivo a diferencia de aquellos que no lo necesitaban o solo requerían restauraciones ($p < 0.001$).¹⁹

Uno de los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida relacionada a la salud bucal, es la escala ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale), la cual fue desarrollada en el año 2006 por Pahel y cols¹¹ y consta de 13 preguntas diseñadas para evaluar el impacto de las enfermedades de la cavidad bucal en la calidad de vida de preescolares de 2 a 5 años y de su familia. Esta medición del impacto permite tomar conocimiento de aquellos cambios que han ocurrido en dos dimensiones: la funcional que se relaciona a los efectos en el niño (09 preguntas) y el impacto en la familia (04 preguntas).^{4,18}

La escala ECOHIS ha sido validada en varios países incluyendo Perú mediante un estudio realizado en el 2013, en donde López Ramos³ realizó la adaptación transcultural y la validación de esta en una población de 128 preescolares de 03 a 05 años encontrando que el 80 al 100% de los padres encuestados comprendían las preguntas. Asimismo, obtuvo valores de $r = 0.557$ ($p < 0.05$) para la validez del constructo entre las puntuaciones de la versión en español del ECOHIS y la experiencia de caries dental.

La consistencia interna obtuvo 0.948 a través del Alpha de Cronbach y la estabilidad a través de la correlación intraclase arrojó 0.992 concluyendo que la versión en español del ECOHIS demostró aceptable

validez y confiabilidad permitiendo evaluar el impacto de las enfermedades bucales en la población preescolar peruana.

2.2 IMPACTO DE LA CARIES DENTAL

La presencia de la Caries de Infancia Temprana (CIT) tiene un efecto negativo en los pacientes pediátricos, ^{20, 21} siendo definida por la American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) como la presencia de uno o más dientes afectados (cavitados o no), perdidos (debido a caries) o que presenten superficies restauradas en cualquier diente deciduo en pacientes menores de 06 años. Mientras que en los pacientes menores de 03 años cualquier signo de caries en una superficie dental es un indicador de Caries de Infancia Temprana severa (CIT-s).^{22, 23}

En los pacientes cuyas edades oscilan entre los 03 a 05 años la presencia de un diente o más cavitados o perdidos por caries dental, la presencia de una restauración o una lesión cariosa en una superficie lisa o pérdida por caries localizada en los dientes deciduos maxilares también se clasifica como CIT. ^{22, 23}

La CIT es considerada uno de los problemas de salud pública con efectos sumamente negativos en la salud general de los pacientes pediátricos y en la CVRSB ^{7, 12, 17} afectando el desarrollo psicológico del niño, causando dolor y dificultad para la masticación, afectando la alimentación, ocasionando la disminución del apetito, la pérdida de peso y poniendo en riesgo la vida al ser una enfermedad que puede requerir atención odontológica hospitalaria de emergencia en caso de una infección odontogénica severa con necesidad de tratamiento bajo anestesia general en sala de operaciones cuando la extensión y severidad de la misma lo justifican, sin contar además el costo económico que conlleva su tratamiento. ^{6,13,18}

Monse y Cols ²⁰ (2009) mencionan el empleo del índice PUFA para un apropiado registro de la real condición bucal resultante de las caries sin tratamiento manifestándose como signos clínicos: tejido pulpar visible, mucosa oral ulcerada por un fragmento de raíz, una fístula o un absceso complementando el registro de las lesiones de caries, brindando de esta manera información clínica específica acerca de la indicación de las exodoncias o tratamientos pulpares.

Yawari y Cols ⁶ refieren que la rehabilitación oral de los pacientes pediátricos mediante restauraciones y exodoncias, coronas de acero, terapia pulpar, sellantes y fluorización empleando anestesia general disminuyó de manera significativa ($p < 0.001$) los síntomas orales presentes en los pacientes con severas lesiones cariosas, consiguiendo devolver la función masticatoria y mejorando de manera positiva la dinámica familiar después del procedimiento al demostrar un impacto positivo en la CVRSB al emplear las escalas ECOHIS y COHRQo donde observó una considerable disminución del valor en los dominios referentes a la sintomatología oral, limitaciones funcionales y el impacto en la familia ($p < 0.001$).

Yawari y Cols ⁶ mencionan que las dos causas más comunes para que los padres prefieran la sala de operaciones para el tratamiento odontológico son: la falla en la continuidad de las citas dentales debido al temor del paciente y la ausencia de dolor en el paciente. Sin embargo, el Odontólogo también puede considerar dependiendo del caso los siguientes escenarios para la elección del uso de la anestesia general: la presencia de una infección odontogénica, antecedentes de faltas repetidas a las citas dentales, la inaccesibilidad al lugar de atención por que el paciente vive muy lejos y requiere viajar y la complejidad del tratamiento dental.

Alkilzy y Cols ²¹ (2014) refieren que el grupo de pacientes que recibe tratamiento dental en sala de operaciones necesita un adecuado enfoque de prevención intensivo, supervisión constante y una mejor higiene pues de lo contrario la actividad de caries permitirá que desarrollen nuevas lesiones en un corto periodo de tiempo.

En Perú, Torres y Cols¹² reportaron que en un estudio en 95 niños menores de 71 meses de edad del Instituto de Salud del Niño la CIT generó un impacto negativo en la CVRSB en los niños y sus familias, encontrando que la autoimagen, la interacción social y la angustia de los padres eran los aspectos más afectados por la misma.

López y Cols⁴ también reportaron un impacto negativo de la CIT con la CVRSB, donde la frecuencia de la CIT fue de 76.47% en una población de 153 niños de 3 a 5 años de la provincia de Huaura en Lima, observándose que el 54,9% de los niños manifestó dolor, el 49 % tuvo dificultad para alimentarse y el 41,9% presentó dificultad para beber lo cual nos muestra una similitud en la magnitud del efecto negativo de la CIT cuyas secuelas ya fueron descritas anteriormente.

2.3 MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es definido según la OMS como: “los abusos y la desatención del que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”⁹

El maltrato infantil no siempre es deliberado e incluye: lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) o aquello que se realiza de forma inadecuada (negligencia) ocasionándole un daño al niño el cual abarca los componentes físico, psicológico y social con serias repercusiones en su desarrollo, pudiendo causar la muerte o un daño significativo y es considerado un problema mundial pudiendo ser cometido por familiares, por personas ajenas a la familia y entre iguales y muchas veces no es reportado.²⁴

Esta definición implica además conceptualizar algunos aspectos:

- a) Los factores de riesgo para el maltrato
Se refieren a la presencia o ausencia de determinadas condiciones en el medio ambiente donde vive el niño los cuales aumentan la posibilidad de que aparezcan situaciones o conductas de maltrato. Son factores que no prueban la existencia de este, solo predicen la probabilidad de la ocurrencia del mismo: familias desestructuradas, problemas de pareja, conducta violenta de los padres, estilo de disciplina, trastornos mentales o emocionales, padres víctimas de maltrato, problemas de conducta del niño, déficit físico o psíquico del niño, problemas médicos crónicos del niño, hijo no deseado.^{8,9,16}
- b) Las señales de alerta
Son los signos y síntomas de disfuncionalidad o anomalía en el desarrollo físico y psíquico del niño, no tienen causa orgánica ni corresponden al momento de desarrollo del niño. Son significativos y se consideran señales de alerta si existe más de uno: trastornos en la alimentación, sueño, conducta, retraso en el desarrollo psicomotor, dificultades escolares o manifestaciones somáticas.

- c) Gravedad
Puede clasificarse en leve, moderado o severo y la valoración del mismo está basada en la cercanía del incidente que ha provocado el maltrato, los efectos del maltrato, si es un hecho repetido o no, si el niño puede protegerse o no y por la ausencia de factores protectores como por ejemplo un adulto que pueda cuidar o proteger al niño o la imposibilidad de acceso a ayuda social.
- d) Indicadores de maltrato
Son signos objetivos que se asocian a una manifestación de maltrato infantil en forma concreta.
- e) Tipos de maltrato: físico, emocional, negligencia, sexual.

2.3.1 TIPOS y CARACTERÍSTICAS

Definir el maltrato es complejo y dado que es multicausal su clasificación implica únicamente reconocer el problema que está causando al niño:

a) ABUSO FISICO

Es la forma más reconocible de maltrato infantil y donde se aprecia un cuadro clínico con lesiones corporales que son afligidas y no accidentales pudiendo ser el resultado de un episodio único o un patrón de conducta repetido.¹⁶

Las lesiones en el cráneo, cabeza, rostro y cuello ocurren en más de la mitad de los niños que han sufrido este tipo de abuso y las lesiones orales los cuales pueden haber sido ocasionados con múltiples objetos, utensilios para comer, botellas, manos, dedos e inclusive líquidos cáusticos.⁷

Las lesiones en la cavidad oral pueden manifestarse en forma de: contusiones, marcas de mordidas, quemaduras, laceraciones de la lengua, labios, mucosa bucal, paladar, mucosa alveolar, frenillo, avulsión o luxación dental y fractura de huesos de la cara o mandíbula.^{7, 16, 32}

b) ABUSO SEXUAL

Es toda interacción de índole sexual con una niña, niño o adolescente por parte de una persona adulta o un adolescente mayor siendo la connotación de abuso al estar referido a relación desigual de superioridad, autoridad y poder que se ejerce sobre el niño, niña o adolescente.⁷

La cavidad oral tampoco está exenta de este tipo de abuso, sin embargo, las lesiones visibles o infecciosas no son comunes: la presencia de infecciones orales por gonorrea y petequias en el paladar blando son considerados signos sospechosos de este tipo de abuso.^{7, 32}

c) ABUSO EMOCIONAL O PSICOLOGICO

Es un patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el comportamiento y desarrollo psicológico del niño y su autoestima. Implica una interacción deficiente por parte del cuidador la misma que inflige daño en la personalidad del niño, en su personalidad y en el bienestar emocional o desarrollo.³¹

d) NEGLIGENCIA

El maltrato infantil por negligencia es definido como la falla reciente o no del padre o tutor en cubrir las necesidades básicas y apropiadas a la edad del niño, lo cual presenta un inminente riesgo que podría ocasionar la muerte, daño físico o emocional en el niño y puede ser: negligencia física, cuando no se proveen la alimentación ni un hogar adecuados ni una supervisión adecuada del niño, negligencia médica cuando existe una falla para proveer un tratamiento médico adecuado, negligencia educacional cuando existe una falla en brindar la apropiada educación o educación especial a un niño y negligencia emocional, cuando existe una desatención de las necesidades emocionales de los niños, falla en proveer cuidado psicológico o permitir que el niño consuma alcohol o drogas.^{8, 28, 29}

La negligencia ha tratado de ser clasificada según el grado de afectación ²⁸ como:

Negligencia Leve: la cual generalmente no es reportada, pero si requiere que se abran canales de comunicación e intervención para limitar evitar sus efectos nocivos.

Negligencia Moderada: Cuando ha ocurrido una falla en el cuidado del niño y ha habido algún grado de afectación moderada al niño.

Negligencia Severa: Ocurre cuando una lesión severa o una acción en un periodo de tiempo prolongado ha ocasionado daño al niño.

Un punto crítico del maltrato infantil por negligencia es el hecho de que la severidad de la negligencia no está determinada por cuanto daño o riesgo de daño existe para el niño, si no en qué tan crónica ha sido su manifestación, es decir cuál es el periodo de tiempo en que el niño ha estado expuesto a este tipo de maltrato.²⁸

Por otro lado, la negligencia es una entidad multifactorial que también posee una característica multidimensional abarcando una amplia gama de causas y consecuencias, considerando la perspectiva de enfocarse en las necesidades del niño que no han sido satisfechas y en la responsabilidad del padre al fallar en cubrir dichas necesidades.³²

2.3.2. INDICADORES DEL MALTRATO INFANTIL POR NEGLIGENCIA

Los indicadores de este tipo de maltrato abarcan las necesidades del niño en los aspectos concernientes a alimentación, higiene, vestido, protección, educación y cuidados en salud las cuales se encuentran seriamente desatendidos por el padre o tutor del niño, tales como: ^{28,34}

- a. Consecuencias por negligencias en la alimentación
 - Malnutrición proteica energética
 - Raquitismo
 - Obesidad
 - Anemia / Palidez

- b. Retardo en desarrollo psicomotor
- c. Falta de higiene
 - Infecciones recurrentes en sistema digestivo
 - Mal olor
 - Vestuario inapropiado
 - Uñas, cabello y piel sucios
 - Micosis en uñas y piel
- d. Consecuencias de la permanencia prolongada fuera del hogar:
 - Hipotermia, congelación, quemaduras solares, golpes de calor.
- e. Consecuencias por la falta de control y tratamiento médico:
 - Por despreocupación de los cuidados básicos de salud (vacunaciones ausentes o incompletas, enfermedades infectocontagiosas evitables por vacunación y estados de salud y alteraciones detectables en la consulta médica pediátrica como estrabismo, hipoacusia, criptorquidia).
- f. Por despreocupación en la atención de enfermedades: teniendo como resultado retraso en la búsqueda de atención médica en caso de enfermedades graves, falta de aplicación de medidas necesarias para salvar la vida del niño, ignorar o no seguir indicaciones médicas, complicaciones evitables, muerte.
- g. Consecuencias por la falta de control y tratamiento Odontológico:
 - Lesiones de Caries de infancia temprana y Caries de Infancia temprana severa, falta de dientes, abscesos dentales, fistulas, enfermedad periodontal, placa blanda abundante, gingivitis, pérdida del color normal de los dientes, dolor y dificultad para comer,^{16, 25, 31, 35}
- h. Consecuencias por la falta de seguridad y supervisión en el hogar:
 - Caídas, intoxicaciones, ahogamientos, quemaduras, incendio del hogar, morbilidad y secuelas de accidentes y muerte.

2.3.3. REGLAMENTACIÓN EN OTROS PAISES PARA SU DETECCIÓN.

En caso de maltrato infantil por negligencia la literatura menciona que en otras sociedades existen programas protección al menor y de capacitación orientados al personal de salud donde se incluye al Odontólogo, con la finalidad de facilitar su detección y proceder al reporte obligatorio en caso de sospecha, sin embargo a pesar de la normatividad existe el temor por

parte de los profesionales de la salud para reportar dichos casos a las autoridades competentes por varias razones: temor al impacto negativo que podría generar en su consulta privada y a posibles actos de violencia hacia el niño, temor a litigar o a ser víctimas de violencia por parte de la familia del niño, desconocimiento de los procedimientos administrativos y por la falta de información respecto al diagnóstico y reconocimiento esta entidad ³⁶.

Harris y Cols ³⁸ refieren que en el año 2008 cerca de 29,200 niños fueron incluidos en un plan de protección infantil, como lo ordena el Departamento de Salud del Reino Unido por ser víctimas de abuso o por encontrarse en riesgo de sufrir daño debido al abuso físico o a la negligencia y que en el año 2005, esta entidad estatal comisionó a un grupo de trabajo a desarrollar recursos educativos para la protección infantil dirigida a odontólogos con afinidad a la odontología pediátrica en conjunto con el Comité de Decanos y Directores de Postgraduados y la Sociedad Británica de Odontología Pediátrica.

Jordan y Cols ³⁴ hacen referencia al programa EYEP (Early Years Education Program) creado por la Sociedad de Protección Infantil en Melbourne, Australia, el cual tiene como población objetivo a los niños víctimas o en riesgo de sufrir abuso o negligencia y a sus necesidades particulares y cuyo objetivo principal es el asegurar que desarrollen su potencial y continúen su educación, debido a que el programa se enfoca en dos aspectos: direccionar las secuelas que el abuso y la negligencia hayan podido ocasionar en el desarrollo cerebral de los niños y reparar las deficiencias en el aprendizaje.

Owais y Cols ³⁵ mencionan que el gobierno de Jordania fue uno de los primeros países de la región árabe en mencionar el maltrato infantil como un serio fenómeno social por lo cual construyó centros y fundaciones destinadas a acoger a niños y sus familias víctimas del abuso. Sin embargo, las estadísticas del Departamento de Protección Familiar de Jordania hacen mención que la magnitud del abuso infantil se ha incrementado en la última década y que solo el 1% de los casos de abuso infantil fueron reportados por familiares, 10% por el gobierno y 5% por las escuelas.

Valencia y Cols¹⁶ realizaron un estudio retrospectivo sobre el estado de salud dental de una población infantil víctima de abuso admitidos para cuidados en la Children's Aid Society of Toronto (CAST) en Ontario, Canadá y reportaron que en las familias disfuncionales donde existen episodios de abuso se observó que los padres pueden tener actitudes negativas hacia los cuidados de salud, lo cual tendría un impacto negativo al momento de proveer cuidados odontológicos.

Bradbury y Cols¹⁰ refieren que el maltrato por negligencia infantil es una de las razones más comunes para que un niño sea incluido el plan de

protección en el Reino Unido, asimismo menciona un estudio de la Sociedad Nacional para la prevención de la Crueldad a los Niños (The National Society for the Prevention of Cruelty to Children) donde se obtuvo como resultado que uno de cada 10 adultos del Reino Unido ha padecido los daños causados por la negligencia durante su infancia.

Maguire y Naughton ³⁷ mencionan que el maltrato por negligencia tiene repercusiones negativas en la Neurobiología al afectar el desarrollo cerebral y del Sistema Nervioso por la ruptura en los patrones de apego emocional y afectivo debido a un menor nivel de las hormonas oxitocina y vasopresina responsables de los sentimientos de apego y afecto, mencionan también que existe una alteración en la liberación de las hormonas de stress pudiendo ocasionar conductas agresivas. Estas consecuencias a largo plazo en la vida involucran y repercuten en la familia y sociedad, razón por la cual muchas sociedades crean programas financiados por gobierno para la detección, cuidado y tratamiento de esta población. Sin embargo, es notorio el reconocer que la población infantil que ha sufrido maltrato por negligencia recibe menos atención a diferencia de aquellos que han sufrido abuso sexual o abuso físico.

Bhatia y Cols²⁷ mencionan que en la Convención por los derechos de los niños de la ONU se dejó establecido que los niños tienen el derecho de ser protegidos de todas las formas de maltrato por negligencia y a disfrutar de altos estándares de salud.

Fischer-Owens y Cols⁷ revisaron y actualizaron la guía elaborada en conjunto con la AAPD y la AAP la Guía "Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect" destinada a médicos y odontólogos estadounidenses a fin de revisar los aspectos orales y dentales del abuso físico y por negligencia en niños y destacar de esta manera el rol que asumen los profesionales de la salud que atienden pacientes pediátricos para la evaluación de tales condiciones, coincidiendo con Harris y Cols ³⁸ quienes demostraron la necesidad de capacitar al Odontopediatra para la detección o sospecha de aquellos casos clínicos con la finalidad de proteger al paciente y a ellos mismos en caso de algún problema legal.

Es necesario mencionar, que Estados Unidos cuenta con un sinnúmero de programas estatales y nacionales destinados a la protección infantil como: el Centro de control y Prevención de Enfermedades (CDC), el programa de Prevención del Abuso Infantil en América y el Departamento de Salud y Servicios Humanos que involucra recursos humanos provenientes de las áreas de salud, servicios sociales y educación.

Markovic y Cols⁹ en un estudio llevado a cabo en Bosnia Herzegovina, refieren que en países que presentan una economía en crisis, pobreza, alta tasa de desempleo, altos niveles de stress y una situación

política inestable el problema del maltrato infantil por abuso y negligencia se encuentra más extendido porque la población se encuentra bajo estos factores de riesgo. Asimismo, también hace referencia a estudios epidemiológicos realizados en los demás países balcánicos donde la proporción de violencia física alcanzó un 50.99%, la violencia sexual 13.61% y la negligencia 48.04%. Sin embargo, menciona que ni los médicos ni odontólogos se encuentran incluidos en programas estatales o estrategias relacionados con educación para el reconocimiento y prevención del abuso y negligencia infantil.

Esta realidad reflejada no coincide con lo mencionado por Harris y Cols,³⁹ debido a que las políticas de manejo para este tipo de problema social enfatizan el rol y la participación de todos los profesionales de salud para la identificación de los niños víctimas de maltrato por negligencia.

En Perú, existen pocos estudios acerca del maltrato infantil, como el realizado por la Fundación ANAR ⁴⁰ (Ayuda al Niño y Adolescente en Riesgo) donde refiere que muchos adultos que maltratan han sido a su vez víctimas de maltrato en su niñez. Se hace mención que de 894 casos de niños y adolescentes que refirieron haber sido víctimas de maltrato, se encontró que el maltrato físico fue el tipo de agresión más frecuente con 60.2%, seguido por el abuso sexual con 20%, el maltrato psicológico con 7.6% mientras que el maltrato por negligencia obtuvo una frecuencia de 3.2%, pudiendo concluirse que 29 niños y adolescentes de una población de 894 fueron víctimas de este maltrato.

Según el género de la víctima, el estudio de ANAR refiere que el maltrato por negligencia afectó casi a ambos sexos por igual: 14 niñas y 15 niños en cada género y la duración del maltrato infantil en niños y adolescentes tenía más de un año de duración. Siendo la madre la señalada como la principal causante en los niños mientras que en los adolescentes se señaló a ambos padres, añadiéndose además a un familiar y a los hermanos en dos casos.

La fundación ANAR, a su vez, reportó las estadísticas del año 2016 hasta el mes de Julio donde detalla el número de consultas realizadas a su línea gratuita pudiéndose observar que se registraron un total de 1407 consultas referentes a negligencia.⁴⁰

La revisión de la literatura referente al maltrato infantil por negligencia permite visualizar mejor este fenómeno en donde las necesidades de los niños en las áreas de salud, educación, alimentación, vivienda son negadas en ser proporcionadas o retrasadas o proporcionadas en forma inadecuada. pudiendo conllevar a que el niño viva en un entorno desfavorable rodeado de situaciones altamente riesgosas ⁴¹ donde estas carencias podrían afectar el desarrollo educativo, ocasionar repercusiones físicas y orgánicas al no

recibir la adecuada ingesta calórica y nutricional que le permitirá crecer y desarrollarse adecuadamente, afectar el componente de salud poniéndolo en riesgo al poder tener secuelas resultantes de la complicación que la falta de atención médica traerá como consecuencia.^{41, 42}

Otro estudio realizado por Bazán y Cols⁴³ en una población de San Juan de Miraflores refiere que el maltrato por negligencia no es un fenómeno aislado, pues representa un conjunto de variables biopsicosociales responsables que se manifiestan en una sociedad y en el entorno familiar demostrando un impacto negativo debido a que dicho entorno es el espacio en donde el niño se supone debe desarrollarse y desenvolverse de manera óptima. También agrega que el contexto y la sociedad influyen como un factor estresante que perjudicará a la familia, es por ello que se debe llevar a cabo un análisis de manera integral para detectar cual es la problemática que se presenta en la familia para así poder entender el tipo de carencias o necesidades que la afectan negativamente.

Bazán y Cols⁴³ también muestran que el 88% de los niños encuestados sienten que sus padres no se preocupan por ellos, 32% de los niños encuestados en su estudio refiere que sus padres no les compran sus útiles escolares, y el 1% refiere que no son llevados a un centro médico cuando enferman. Por otro lado también se aprecia que el 100% de los padres les dedican a sus hijos un promedio de 01 a 03 horas de atención al día, mientras que el 50% de las madres dedica un promedio de 09 horas a más. Es notorio el hecho de que sólo el 30% de los padres se preocupa del problema de salud de sus hijos.

Pushpalatha y Cols⁴⁴ afirman que el impacto negativo de la negligencia el cuidado dental y el maltrato por negligencia en si no pueden ni deben ser subestimados en especial por el impacto negativo a largo plazo en la salud del niño en su desarrollo físico, cognitivo, social y emocional.

En Perú, el Código del Niño y del adolescente⁴⁵ contiene las leyes que establecen y regulan los regímenes de protección y atención que el Estado Peruano y la Sociedad garantizan a todo niño y adolescente con la finalidad de garantizar un desarrollo físico, mental, emocional, espiritual y social en las condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia que merecen.

El artículo 21° hace referencia a la atención integral de salud y el artículo 27° donde se menciona al Sistema de Atención Integral al Niño y al Adolescente que involucra la participación de entidades estatales y privadas responsables de formular, coordinar, supervisar, evaluar y ejecutar los programas y acciones destinados a la protección, promoción y tratamiento para reducir la mortalidad y prevenir enfermedades mediante actividades interinstitucionales.

Los artículos 38° y 74° mencionan la protección del niño y adolescente en caso de maltrato físico, psicológico y sexual donde los deberes y derechos de los padres que ejercen la patria potestad incluyen el velar por el desarrollo integral, respectivamente.

El artículo 75° hace mención que una de las causas de suspensión de la patria potestad son el maltrato físico y mental, mientras que al artículo 77° añade que se pierde la patria potestad si el padre comete algún delito que resulte en agravio o perjuicio de sus hijos, tipificado en el artículo 125 del Código Penal acerca de la exposición a un peligro de muerte o de grave e inminente daño a la salud o abandono en iguales circunstancias a un menor de edad bajo la protección legal del padre.

Se observa que no se contempla como entidad punitiva al maltrato infantil por negligencia ni las secuelas originadas por el mismo, salvo en el caso del niño o adolescente en estado de abandono, pero no se menciona de forma clara y específica la situación del niño quien teniendo padres se ve privado de la cobertura de sus necesidades básicas.

2.4. NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL

La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) define el término “Dental Neglect” o “Negligencia Dental” como una falla deliberada de un padre o tutor en buscar y continuar con el tratamiento odontológico necesario para garantizar un nivel adecuado de salud oral del niño que le permita mantener las funciones orales adecuadas, sin dolor e infección.⁷

Por otro lado, la British Society of Pediatric Dentistry (BPSD) la define como una falla persistente de los cuidadores para satisfacer las necesidades básicas de la salud oral de un niño que podrían resultar en un serio deterioro de su desarrollo oral o la salud general.^{7,8}

Ambas definiciones se centran en diferentes aspectos: mientras la definición empleada por la AAPD se orienta a buscar un responsable de un acto realizado adrede, la definición utilizada por la BSPD se enfoca en la posibilidad de que existan causas y factores contribuyentes los cuales afectaron negativamente el comportamiento de los padres respecto a los cuidados en sus hijos, pues se debe distinguir a aquellos padres que están informados y comprenden la necesidad de cuidados dentales en sus hijos de aquellos que desconocen en lo absoluto la necesidad e importancia de la salud bucal.⁸

Se decidió adaptar transculturalmente al castellano el término “dental neglect” (“negligencia dental”) empleando el término “negligencia en el cuidado dental”, en vista de la confusión que “negligencia dental” genera al parecerse mucho al término “negligencia odontológica,” el cual hace referencia a la mala

práxis del Odontólogo en la atención a sus pacientes el cual es mencionado en el Código de Ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú vigente. ⁴⁶

Kumar y Cols²⁹ y Haugseth ⁴⁷ hacen mención de la interacción de varios de factores que afectan el entorno familiar los cuales podrían influir en la ocurrencia de esta entidad tales como: la mala salud de los padres, el abuso doméstico, el desempleo, circunstancias socioeconómicas de pobreza y las influencias negativas relacionadas con los padres o cuidadores: incapacidad para planear, falta de confianza en el futuro, dificultad para manejar el dinero, desconocimiento de las necesidades infantiles, inmadurez emocional, gran número de hijos y altos niveles de estrés y que la CIT es muy a menudo un indicador de negligencia en el cuidado dental.

Harris y Withington ⁴⁸ sostienen que la Negligencia en el cuidado dental es la falla deliberada del padre o cuidador para garantizar las necesidades en salud oral básicas para que el niño goce de una adecuada función oral, libre de dolor e infección a pesar de que existan recursos disponibles para la familia o cuidador, ocasionando un impacto negativo y significativo en la salud infantil.

Esta falla origina: dolor severo, dificultad para dormir, pérdida de clases en la escuela, dificultad para la recreación y socialización al estar afectada la estética, secuelas en la dentición permanente por la presencia de infecciones aguda o crónicas, disminución del peso corporal, disminución en el crecimiento y un impacto negativo en la calidad de vida del niño, pudiendo poner al niño en una situación de riesgo: al ser objeto de burla por su apariencia, a estar expuesto a repetidas dosis de antibióticos, a exposiciones repetidas a la morbilidad asociada a la anestesia general y expuesto a infecciones agudas y severas que podrían causar enfermedades sistémicas que pongan en peligro la vida del niño. ^{7, 19, 21, 26-30}

Baptista y Cols⁴⁹ efectuaron una revisión sistematizada de 25 artículos sobre negligencia en el cuidado dental con la finalidad de identificar evidencia clínica que le permita al odontólogo sospechar la presencia de negligencia en el cuidado dental, encontrando que los indicadores pueden agruparse en tres grupos: las manifestaciones orales e historia clínica del niño, los determinantes sociales del niño y las características de los padres, encontrando a la CIT, el dolor orofacial, la presencia de más de dos tercios de placa en la superficie dental, el sangrado gingival, la demora en la búsqueda de atención dental, la falla para cumplir las indicaciones del tratamiento y permitir el deterioro de la salud oral del niño como características reconocibles de negligencia dental las cuales podrían estar asociada además con traumatismos, descuido de los padres en completar los tratamientos, infecciones orofaciales repetidas, celulitis y abscesos.

Bradbury y Cols¹⁰ afirman que la negligencia en el cuidado dental puede existir en forma aislada en un niño, sin encontrarse afectados otros aspectos de

su crianza y cuidados, sin embargo, existe una gran aceptación de que la enfermedad dental sin tratar también podría ser un indicador clínico de que un niño es víctima del maltrato infantil por negligencia.

Harris y Cols⁸ hacen mención que se necesita realizar una evaluación completa de los contextos clínico y social en cada caso, debido a que el diagnóstico de la entidad no es puramente odontológico, es necesario tomar en cuenta la presencia de otros factores no odontológicos: ingesta de una dieta especial, ingesta de medicamentos en jarabe, presencia de enfermedades sistémicas o genéticas que afecten el desarrollo dental, presencia de sintomatología en el niño, descuido intencional o no de los padres, acceso a centro de atención odontológica y si el niño requiere de cuidados especiales.

Si la negligencia en el cuidado dental ha sido identificada por el odontólogo y dependiendo del marco legal bajo el cual desarrolla su trabajo, puede optar por 3 opciones: un manejo odontológico preventivo con su equipo de trabajo, un manejo preventivo entre múltiples áreas de salud o referir al niño a un programa de protección al menor si los signos clínicos odontológicos coexisten con otros que harían sospechar de un caso maltrato infantil o abuso⁸ en vista que la CIT puede ser un signo más de entre varios otros presentes en una población vulnerable con un alto riesgo social^{8,47}

Harris y Witthington⁴⁸ hacen referencia de un consenso basado en la opinión de expertos y confirmado por las revisiones sistemáticas acerca de las características de especial preocupación en la negligencia en el cuidado dental en base a ciertos criterios:

1. Enfermedad dental obvia: En grado severo sin tratamiento, obvio y visible para una persona sin formación odontológica o de alguna área de la salud.
2. Impacto significativo en el niño: Evidencia de que la enfermedad dental tiene un impacto negativo en el niño.
3. Falla para la obtención de cuidado odontológico: existiendo acceso a un servicio de salud, pero los padres fracasan para obtener tratamiento para sus hijos, observándose una falla para buscar asistencia dental, atención dental irregular, pérdida de citas, falla para seguir una plan de tratamiento, el dolor es el motivo de consulta y necesidad de anestesia general repetidas veces para exodoncias.

De Panfilis y Cols ²⁸ refieren que el punto crítico en los casos de negligencia no es el número de lesiones que presenta si no cuál ha sido el tiempo transcurrido en el que el niño ha estado expuesto a este tipo de maltrato

Existe además la guía publicada en el Reino Unido por la National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18's, sobre de las características de alerta en caso de negligencia para enfermedades estomatológicas, donde las siguientes actitudes pueden considerarse como negligencia: cuando los padres no administran las indicaciones ni siguen los tratamientos dentales establecidos, ausencia de supervisión, falla repetida en obtener atención de salud y como sospechosas aquellas en situaciones donde no se solicita consejo médico comprometiéndose la salud y bienestar del niño incluso si hay episodios de dolor continuo ⁴⁸.

Valencia y Cols¹⁶ realizaron un estudio que asoció la prevalencia de CIT sin tratar en una población de 66 niños preescolares víctimas de maltrato físico o sexual (13 niños) y maltrato por negligencia (53 niños) encontrando que los niños que sufrieron abuso y maltrato por negligencia tuvieron altos niveles de CIT con una prevalencia de 58% a diferencia de la prevalencia de CIT en la población menor de 5 años quienes tuvieron un 30% y donde la prueba de regresión logística reveló que los niños que permanecieron en un programa de protección al menor más de una vez y que tenía un tutor, tuvieron experiencias de caries significativamente menor.

Lourenco y Cols ²⁶ examinaron 149 niños de la ciudad de Pacoti en Brasil, para determinar el nivel de negligencia en el cuidado dental en un pueblo donde existían un sistema de salud para atención dental con cobertura completa y gratuita, favoreciendo así el hecho de poder evaluar de manera más exacta la influencia de la negligencia en el cuidado dental de los padres en la salud oral de los niños, observándose que muchos de los padres sólo buscaban atención dental cuando el niño experimentaba dolor o presentaban abscesos.

Esto les permitió enumerar las características manifiestas de la negligencia: falta de interés de los padres en adquirir información relacionada al cuidado dental, falta de cuidados preventivos en el hogar y ausencias a las citas odontológicas, concluyendo que no fue la falta de accesibilidad a los servicios de salud la causa de los problemas odontológicos y que la demanda de atención odontológica en la población infantil se encontró por debajo del nivel de sus necesidades, si no que existía una relación entre la experiencia de caries y la percepción de los cuidadores referente a la salud oral de sus hijos manifestándose una tendencia hacia la asociación entre la experiencia de caries y factores de riesgo sugerentes de negligencia coincidiendo con lo reportado con Baptista y Cols ⁴⁹.

Otros autores refieren que la presencia de CIT es un hallazgo muy común en la población de niños afectados por negligencia ^{7, 26, 28-30} y la evidencia científica ^{3, 4, 5, 11, 12, 15} comprobó que la CIT tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los niños y de sus familias, sin embargo en Perú la población infantil estudiada proveniente de zonas rurales y urbano marginales ^{3, 4, 12} no fue considerada como una población que sufra de negligencia en el cuidado dental por parte de sus padres ni de los investigadores, en vista que se desconoce esta entidad en Perú, sin embargo se determinó el impacto negativo en la CVRSB y el grado de severidad de las lesiones cariosas, junto con el enorme costo económico necesario para su tratamiento.

Markovic y Cols⁹ refieren en su investigación que sólo un 9%, (18 de 210 odontólogos) podían identificar los signos clínicos relacionados con abuso y negligencia en los pacientes pediátricos y ser capaces de reportarlo apropiadamente, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.002$) entre la mayoría de los odontólogos que trabajaban en la práctica pública quienes sospecharon de maltrato físico y negligencia en comparación con sus colegas de la parte privada.

Bhatia y Cols²⁷ realizaron una revisión sistematizada sobre las características presentes en los casos de negligencia en el cuidado dental en niños y concluyeron que los odontólogos se encuentran bien posicionados para observar los signos de negligencia en el cuidado dental y de negligencia general, donde las características claramente identificadas de negligencia en el cuidado dental son: la falla en buscar tratamiento dental en caso de caries o traumatismo dental, la falla en seguir las indicaciones de un tratamiento y permitir que la salud dental del niño se deteriore pudiendo evitarse, transformándose en evidencias que respaldan a las personas que denuncian y derivan a organismos pertinentes los casos detectados.

Harris y Whittington⁴⁸ hacen mención sobre la importancia de educar a los padres para conservar y mantener una adecuada salud bucal en sus hijos e identificar a los niños que padecen de negligencia en el cuidado dental a fin de protegerlos, ayudarlos y brindarles tratamiento odontológico enfocado en aliviar el dolor y otros síntomas, seguido de una rehabilitación de las funciones masticatorias y de estética, lo cual tendrá una favorable repercusión en la calidad de vida del individuo.

La importancia de la capacitación del personal de odontólogos es prioritaria debido a que el enfoque preventivo el cual se inicia en el momento en que detecta las continuas pérdidas de citas para atención debe ser capaz de identificar las razones por las cuales los padres no pueden acudir a la consulta, y tratar de ayudar a solucionar esa problemática, necesita también identificar la ansiedad de los pacientes y poder manejarla y considerar la necesidad de un

tratamiento hospitalario si las necesidades de atención del paciente así lo requieran.^{8, 27, 32}

Otro aspecto que se considera en otras sociedades en el manejo de la negligencia en el cuidado dental es el manejo preventivo que involucre múltiples especialidades, mediante la búsqueda y ayuda de otros profesionales que tienen contacto con los niños para observar si se han seguido las recomendaciones en casa pudiendo incluirse a profesores, trabajadores sociales, enfermeras de los colegios y médicos^{8, 10} y si el niño muestra haber sufrido daño significativo a consecuencia de la negligencia en el cuidado dental o presenta otros signos de maltrato físico o negligencia, debe de ser referido a un lugar destinado para su protección.

Esto concuerda con lo sugerido por Nuzzolese y Cols²⁴ quienes hacen énfasis en la necesidad de educar al equipo odontológico para poder identificar no solamente los signos físicos si no también aquellos aspectos de la conducta del paciente que podrían alertar ante el hecho de que el paciente podría haber sufrido algún tipo de maltrato, ya sea físico o por negligencia, involucrando también a la asistente dental y a la higienista, pudiendo notar detalles útiles para ayudar a determinar algún tipo de lesión no accidental u observar algún detalle característico que conlleve a sospechar que algo sucede con el paciente.

Bradbury y Cols¹⁰ coincidieron con la postura de Nuzzolese²⁵ al sugerir que las enfermeras de los centros escolares también podrían tener un papel de apoyo en la detección de la negligencia en el cuidado dental, detectando y refiriendo los casos a los profesionales pertinentes estableciendo vías de comunicación formal entre los diferentes especialistas de salud involucrados.

Al Habsi y Cols³⁶ realizaron un estudio con la finalidad de averiguar cuáles eran las actitudes, nivel de conocimiento de los odontólogos generales, especialistas y consultores en Odontopediatría del Hospital Dental de Eastman de Londres acerca de la protección infantil, asimismo, querían averiguar si los pacientes pediátricos que se atendían rutinariamente y aquellos que estaban programados para atención odontológica con anestesia general se encontraban en algún registro de algún programa de protección infantil encontrando que sólo un niño de 03 años se encontraba en la relación de protección y que presentaba CIT.

Los resultados de este estudio demostraron que los odontólogos generales necesitan más información y una mayor capacitación para incrementar la conciencia de trabajo en equipo y la importancia del rol del odontólogo en la protección infantil. Esto se reflejó en el temor de reportar los casos sospechosos de negligencia o maltrato físico por el grupo de odontólogos generales, quienes temían un impacto negativo tanto en su consulta privada como en el bienestar del niño si reportaban el caso.

Keene y Cols ⁵⁰ reportaron que al evaluar a una población de niños que se encontraba bajo la protección de un programa social halló que estos presentaron niveles de caries significativamente altos en la dentición primaria ($p=0.002$) en comparación con un grupo de niños atendidos en un hospital. Refieren además que la presencia de CIT está considerada como un indicador presente en los niños afectados por maltrato infantil o un indicador específico para detectar la negligencia en el cuidado dental por parte del Odontólogo.

Bathia y Cols ²⁷ afirman que el diagnóstico de negligencia actualmente es un desafío porque es una entidad multifactorial y multidimensional motivo por el cual deben de considerarse también los factores de riesgo que están relacionados con los padres, el entorno social y cultural, el niño, el impacto de la caries dental, el registro de la atención dental, el nivel de conocimiento de los padres y sus actitudes sobre la salud oral, la presencia de dolor orofacial sin tratamiento, si estamos frente a pacientes con necesidades especiales o por el contrario si el paciente refiere temor al odontólogo.

Existe una coincidencia entre las posturas de Haugseth, ⁴⁵ Harris y Wittington ⁴⁶ y Baptista ⁴⁹ quienes hacen énfasis en que la negligencia en el cuidado dental debe ser evaluada en tres aspectos: la presencia de la enfermedad de manera obvia, el impacto significativo en la salud y la falla por parte de los padres para obtener un cuidado apropiado y oportuno en sus hijos y no se basa tan solo en el registro del número de caries presentes, sino que se trata de la comprender y evaluar la magnitud del impacto negativo en el individuo asociada con otros factores.

Bathia y Cols ²⁷ refieren que existen instrumentos diseñados específicamente para la identificación de la negligencia en el cuidado dental son aplicados en adultos, adolescentes y escolares, habiendo sido demostrado su utilidad en investigaciones, sin embargo, dichos instrumentos no han sido validados en Perú donde, además, se desconoce la existencia de la definición negligencia en el cuidado dental.

III- METODOLOGIA Y MATERIALES

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la Calidad de vida Relacionada a la Salud Bucal y la negligencia en el cuidado dental en los pacientes preescolares que acuden a la Sección de Odontopediatría del Hospital FAP en el año 2016

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1°- Determinar la prevalencia de la Caries de Infancia Temprana en los pacientes preescolares según el Sistema ICDAS II

2°- Determinar el impacto de la Caries de Infancia Temprana en la Calidad de Vida relacionada a la Salud Bucal en los pacientes preescolares.

3°- Determinar la presencia de los indicadores de la negligencia en el cuidado dental en los pacientes preescolares.

4° - Determinar la asociación de las covariables: edad de la madre, grado de instrucción de la madre, la educación en prevención oral de la madre y quien cuida al niño con la Caries de Infancia Temprana.

3.3. TIPO DE ESTUDIO

- Según la finalidad del estudio: descriptivo.
- Según la secuencia temporal: transversal
- Según el control de la asignación de los factores del estudio: observacional
- Según inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos: prospectivo.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 527 preescolares de 36 meses a 71 meses atendidos en la Sección de Odontopediatría del Departamento de Estomatología del HCFAP de la ciudad de Lima, obteniéndose este dato de los registros estadísticos de la Departamento de Registros Hospitalarios correspondientes al año 2015 (Anexo 1).

La muestra estuvo conformada por 187 pacientes para lo cual se utilizó una fórmula para estimar una proporción empleando un nivel de confianza de 95% y una precisión del 5%, mientras que para la proporción se empleó el valor de 25% el cual fue obtenido de un estudio piloto realizado previamente donde fueron examinados 12 pacientes pediátricos quienes acudieron al consultorio de Odontopediatría Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los 12 pacientes examinados representaron el 10% del promedio de los dos estudios base consultados y tomados como referencia^{12, 26} (95 y 149 pacientes respectivamente). (Anexo 2) obteniéndose como resultado que 3 pacientes examinados mostraron tener todos los indicadores presentes de la negligencia en el cuidado dental reportados por la literatura científica durante el examen clínico, por lo cual en base al análisis y a la consulta con los expertos, se llegó al consenso de que dichos pacientes representaban la frecuencia del 25% de pacientes que mostraron todos los indicadores orales de negligencia en el cuidado dental de la muestra del estudio piloto.

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de Inclusión:

1. Pacientes Pediátricos de ambos sexos de edades comprendidas entre los 36 y 71 meses que vivan en la ciudad de Lima.
2. Pacientes Pediátricos en aparente buen estado de salud general.
3. Pacientes pediátricos que presenten dentición primaria.
4. Pacientes pediátricos que acudan a la consulta acompañados por sus madres.

b) Criterios de Exclusión:

1. Pacientes Pediátricos cuyos padres no deseen participar en el proyecto de investigación y no firmen el consentimiento informado.
2. Pacientes pediátricos que vivan en provincia.
3. Pacientes Pediátricos Infantes que presenten enfermedades sistémicas.
4. Pacientes Pediátricos Infantes que presenten alguna discapacidad física o mental.
5. Pacientes Pediátricos Infantes con erupción retardada o que no presenten piezas dentarias primarias completas.

3.6 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1. Variable dependiente : Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal
2. Variable independiente : Negligencia en el Cuidado Dental

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICION	VALORES
Negligencia en el cuidado dental	Signos y/o síntomas clínicos que permiten determinar el estado de salud y confirmar o descartar la falla de los cuidadores en satisfacer las necesidades básicas de la salud oral de un niño que podrían resultar en un serio deterioro del desarrollo oral o la salud general.	<p>Respuesta a los ítems de la Ficha de recolección de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor -Primera vez que acude al Odontopediatra -Registra ausencia de citas /controles -Presencia de placa bacteriana -Presencia de gingivitis asociada a placa -Presencia de Caries de Infancia Temprana sin tratar -Presencia de abscesos/fistulas -Presencia de +3 lesiones caries: 	Cualitativa	Nominal Dicotómica	SI - NO
Calidad de vida relacionada a la salud bucal	Impacto que la salud bucal o enfermedades de la cavidad oral tiene en las actividades diarias, bienestar y calidad de vida en el individuo	<p>Respuesta de las preguntas de la Escala ECOHIS</p> <p>Pregunta 1 Pregunta 2,3 Pregunta 4,5 Pregunta 6,7 Pregunta 8,9 Pregunta 10,11 Pregunta 12,13</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>Escala de Likert</p> <p>0: Nunca/ No sabe</p> <p>1: Casi nunca</p> <p>2: Ocasionalmente</p> <p>3: A menudo</p> <p>4: Muy a menudo</p> <p>0-52 Puntajes >0 indican impacto negativo</p>
Caries de Infancia Temprana (CIT)	Número de caries. Presencia de una o más superficies cariadas (con o sin lesión cavitaria), superficies perdidas (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente deciduo entre el nacimiento y los 71 meses de edad	<p>Resultados de la evaluación según ICDAS II:</p> <p>Tipo 0: sano</p> <p>Tipo1: Mancha blanca o café, visible solo al secado por 5 seg. Esta confinada al surco</p> <p>Tipo2: Mancha blanca o café, visible sin secar. Se extiende más allá del surco</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>Códigos:</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>

		<p>Tipo3: Microcavidad</p> <p>Tipo4: Sombra subyacente que se proyecta desde dentina</p> <p>Tipo5: Cavidad que compromete menos del 50% de la estructura</p> <p>Tipo6: Cavidad extensa que compromete más del 50% de la estructura</p>			
Sexo	Características físicas y biológicas del infante	Identificación del ítem sexo del DNI del niño	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Edad del paciente	Número de meses cumplidos al momento de la evaluación clínica	Consignado en la Historia Clínica	Cuantitativa	Intervalo	36 a 47 meses 48 a 59 meses 60 a 71 meses
Edad de la madre	Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento	DNI	Cuantitativa	Intervalo	19 a 53
Estado civil	Situación personal determinada por Relaciones de familiares, provenientes de matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cuestionario	Cualitativa	Ordinal	Politómica Soltero Casado Unión libre Divorciado Separado Viudo
Grado de Instrucción	Nivel académico de los conocimientos, habilidades y destrezas en una escala que indica amplitud y profundidad de los mismos.	Cuestionario	Cualitativa	Ordinal	Politómica Primaria Secundaria Técnico Universidad Postgrado
Estado laboral de la madre	Situación laboral de la madre en el momento de la entrevista	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Dicotómica SI NO
Cuidador del niño en el hogar	Persona responsable de la atención y cuidado el niño en ausencia de los padres	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Politómica Abuela Niñera Asistente del hogar Otro
Lugar de residencia	Ubicación geográfica donde la familia reside	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Dicotómica Lima Provincia

3.7. MÉTODO Y TÉCNICAS

3.7.1 MÉTODO

Se emplearon el método de observación estructurada y un cuestionario estructurado.

3.7.2 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

a.- Solicitud de Autorización para la ejecución de investigación.

Se solicitó la autorización para la ejecución de la presente investigación al Director del Hospital Central FAP (ver Anexo 3).

b.- Capacitación y calibración del examinador

Se realizó la calibración previa al estudio en tres sesiones: teórica, (estudio gráfico y visual), práctica (utilizando piezas dentarias) y clínica evaluando a 15 pacientes con el criterio ICDAS II.

Posteriormente se procedió a realizar la calibración inter examinador y posteriormente una calibración intra examinador analizadas mediante el índice de Kappa (K) obteniéndose como resultado 0.84 intra examinador y 0.81 inter examinador, calculados mediante el Software STATA Versión 14 para Windows.

c.- Instrumento que se emplearán

Se diseñó una ficha de recolección de datos que permitió registrar la información relacionada con los datos demográficos del paciente pediátrico y de sus padres: edad, sexo, lugar de nacimiento, edad de los padres, estado civil de los padres, grado de instrucción de la madre, educación respecto a la salud bucal, quien es la persona que cuida al niño en ausencia de la madre y el lugar de trabajo.

Se llevó a cabo un examen clínico para observar la severidad y presencia de las lesiones de caries dental según el Sistema ICDAS II. (Anexo 4). En este trabajo se tomó como referencia el código ICDAS II por pieza dentaria para lo cual se examinó clínicamente a los preescolares en la Unidad Dental, registrándose primero la presencia o ausencia de placa dental para posteriormente realizar la higiene bucal con cepillo dental y agua, luego se procedió a evaluar las superficies de cada pieza dental con ayuda de la luz artificial, luego se les aplicó un chorro de aire por 5

segundos utilizando la Jeringa Triple. Se empleó una Sonda OMS para la exploración de las superficies dentales anotándose los datos en una ficha.

Por último, se aplicó una ficha de recolección de datos confeccionada para registrar los hallazgos clínicos presentes o ausentes en los pacientes pediátricos, descritos en la literatura científica presentes en la negligencia en el cuidado dental (Anexo 6). Para la elaboración del instrumento de recolección de datos se tomaron como referencia los indicadores de negligencia en el cuidado dental mencionados en los diferentes artículos revisados,^{7-10,20-23,25,39}, asimismo según las sugerencias de los expertos consultados se procedió a modificar el ítem: “> de 5 lesiones de caries” por: “> de 3 lesiones de caries activas”. Asimismo, fueron agregados otros ítems: “Presencia de CIT” y “Registra ausencia a citas/controles” para registrar la presencia de otros indicadores en los pacientes examinados.

Para medir el Impacto en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal según la escala ECOHIS se empleó el cuestionario Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) (Anexo 5) que es un instrumento que consta de 13 ítems los cuales evaluaron la percepción de la madre con respecto a las limitaciones que ha tenido el niño por presentar patologías orales y el impacto de las mismas en la calidad de vida.

La estructura de dicho instrumento está dividida en dos secciones: la primera está relacionada con los efectos sobre el paciente pediátrico y la segunda sobre el impacto familiar. El cuestionario fue respondido por las madres a quienes se les leyeron las preguntas y se anotó las respuestas. Se utilizó la escala de Likert que consta de respuestas que van desde “nunca” a “muy a menudo” (equivalente a una puntuación de 0 a 4 respectivamente). Este cuestionario ha sido validado en varios países e inclusive en Perú donde los resultados confirman que es un instrumento fiable y válido para evaluar la percepción de los padres sobre el impacto que el estado de salud oral tiene sobre la calidad de vida de los niños. El mismo fue aplicado a las madres de los niños de este estudio.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto fue enviado al Comité de Investigación y Ética de la Universidad Científica del Sur para su evaluación y aprobación.

A las madres de los pacientes seleccionados, se les explicó el objetivo del presente trabajo y se les solicitó permiso para entrevistarlas y examinar al niño mediante un consentimiento informado el cual autorizó al niño a participar en la investigación. (Anexo 7)

3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El análisis de los datos se llevó a cabo empleando Hojas de cálculo Excel y el Software STATA versión 14. Posteriormente fue empleada la estadística descriptiva (frecuencia, porcentajes) para las variables cualitativas.

Se empleó la prueba Chi cuadrado para evaluar la asociación entre las variables: Indicadores de la negligencia en el cuidado dental y CVRSB, así como para evaluar la asociación de variables adicionales (covariables), donde el valor de $p < 0,005$ fue considerado para establecer la asociación estadísticamente significativa.

Fueron empleadas la Correlación de Spearman para evaluar la correlación entre la variable CIT y la CVRSB y la regresión logística para evaluar la influencia de las variables en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal.

Fueron utilizados, además, gráficos de barras y cajas y bigotes para las variables Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal y Caries de Infancia Temprana.

IV. RESULTADOS

Fueron evaluados 187 pacientes preescolares de 36 a 71 meses de edad quienes acudieron a la Sección de Odontopediatría del Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2016 utilizando el Sistema ICDAS II y se realizó la entrevista a sus madres utilizando la escala ECOHIS.

Se muestran los resultados de la severidad y distribución de la CIT según el sistema ICDAS II en la dentición primaria, el impacto de la CIT en la CVRSB y la asociación entre las covariables: grado de instrucción de la madre, edad de la madre, educación de la madre en prevención y la persona responsable del cuidado del niño.

Se determinó la prevalencia del impacto de la CIT en la CVRSB.

Se determinó la asociación entre los indicadores de la negligencia en el cuidado dental con la CVRSB y con la CIT.

Se presenta a continuación las diferentes tablas y gráficos donde se especifican los resultados obtenidos.

Tabla 1

**Distribución de los pacientes según la edad y el sexo.
Hospital FAP 2016**

Sexo	EDAD (meses)						Total	%
	36 - 47	%	48 - 59	%	60 - 71	%		
Femenino	25	13.4	29	15.5	44	23.5	98	52.4
Masculino	21	11.2	26	13.9	42	22.5	89	47.6
Total	46	24.6	55	29.4	86	45.9	187	100

Fuente: elaboración propia, ficha de recolección de datos

Gráfico 1

**Distribución de los pacientes según la edad y el sexo.
Hospital FAP 2016**

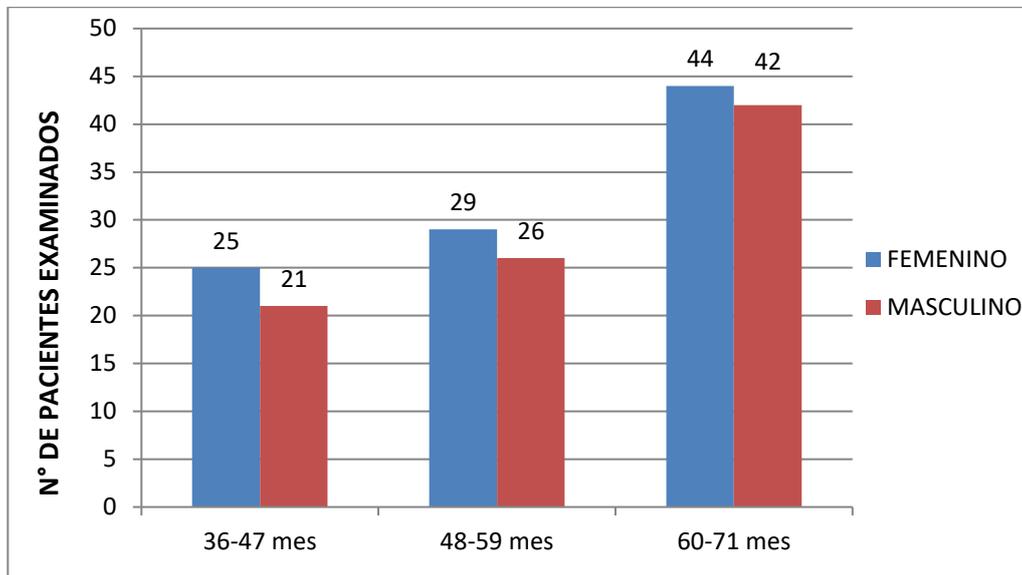


Tabla 2

Distribución de las lesiones de Caries de Infancia Temprana empleando el Sistema ICDAS II según el sexo. Hospital FAP 2016

Criterios ICDAS II	Sexo					
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Sin lesiones	25	13	32	17	57	30
Con Lesiones	73	40	57	30	130	70
Total	98	52	89	48	187	100

Fuente: elaboración propia, ficha de recolección de datos

Gráfico 2.

Distribución del número de lesiones de Caries de Infancia Temprana empleando el Sistema ICDAS II según el sexo. Hospital FAP. 2016

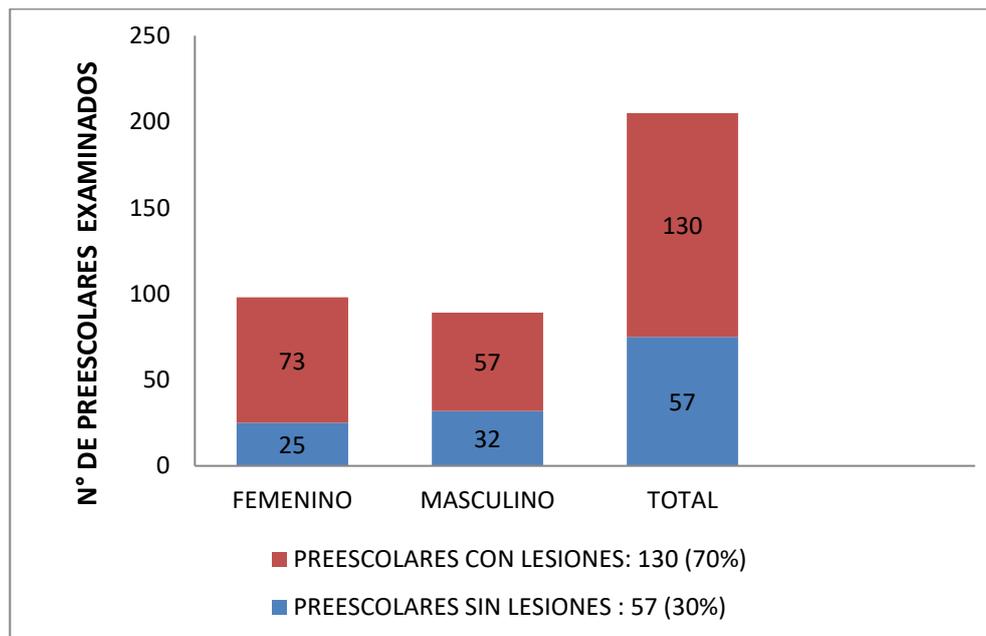


Tabla 3

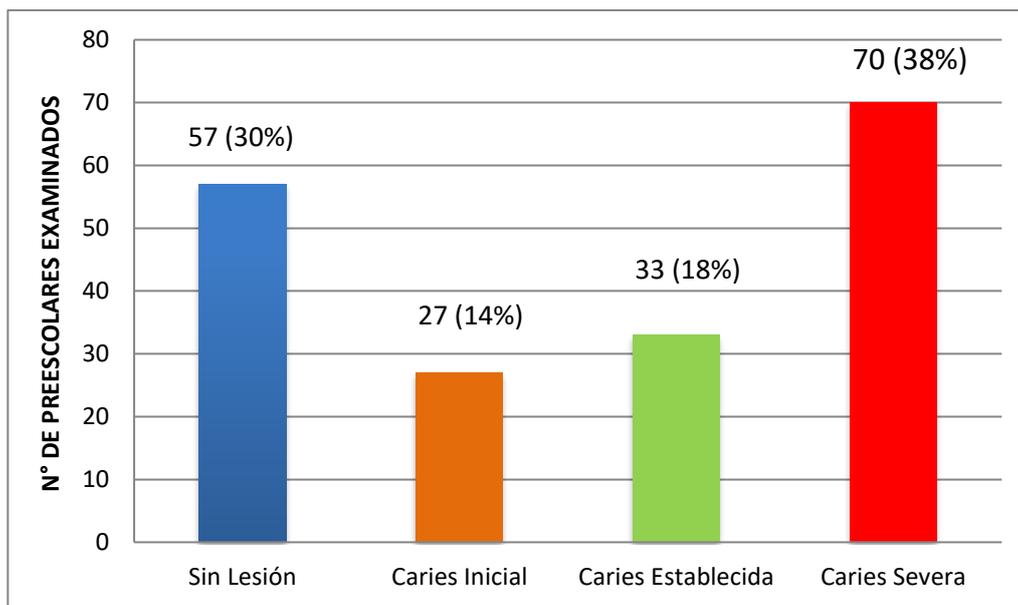
Frecuencia de la severidad de las lesiones de Caries de Infancia Temprana en preescolares empleando el Sistema ICDAS II. Hospital FAP 2016

Estadío	N° Pacientes examinados	%
Sin Lesión	57	30
Caries Inicial (1 y 2)	27	14
Caries Establecida (3 y 4)	33	18
Caries Severa (5 y 6)	70	38
Total	187	100

Fuente: elaboración propia, ficha de recolección de datos

Gráfico 3

Frecuencia de la severidad de las lesiones de Caries de Infancia Temprana en preescolares empleando el Sistema ICDAS II. Hospital FAP 2016



Pacientes examinados: 187 (100%)

Tabla 4

Medidas de tendencia central de los puntajes del ECOHIS según impacto en el niño y en la familia. Hospital FAP 2016

CVRSB ECOHIS	Número de preguntas	Media	Desviación estándar	Mediana	Desviación intercuartil	Rango observado
Impacto en el niño						
Síntomas Orales	1	0.7	0.9	0	0.5	0- 4
Limitaciones Funcionales	4	1	1.6	0	1	0- 9
Aspectos Psicológicos	2	1.1	1.3	1	1	0- 5
Autoimagen/interacción social	2	0.3	0.7	0	0	0- 4
Total	9	3.1	4.5	1	2.5	0-18
Impacto en la familia						
Angustia de los padres	2	2.5	2.1	2	2	0- 8
Función familiar	2	1.8	1.7	2	1.5	0- 8
Total	4	4.4	3.8	4	3.5	0-15
Puntuación total ECOHIS	13	7.5	8.3	5	6	0-30

Fuente: elaboración propia, ficha de recolección de datos

Gráfico 4

Distribución de los puntajes del ECOHIS según las dimensiones.
Hospital FAP 2016

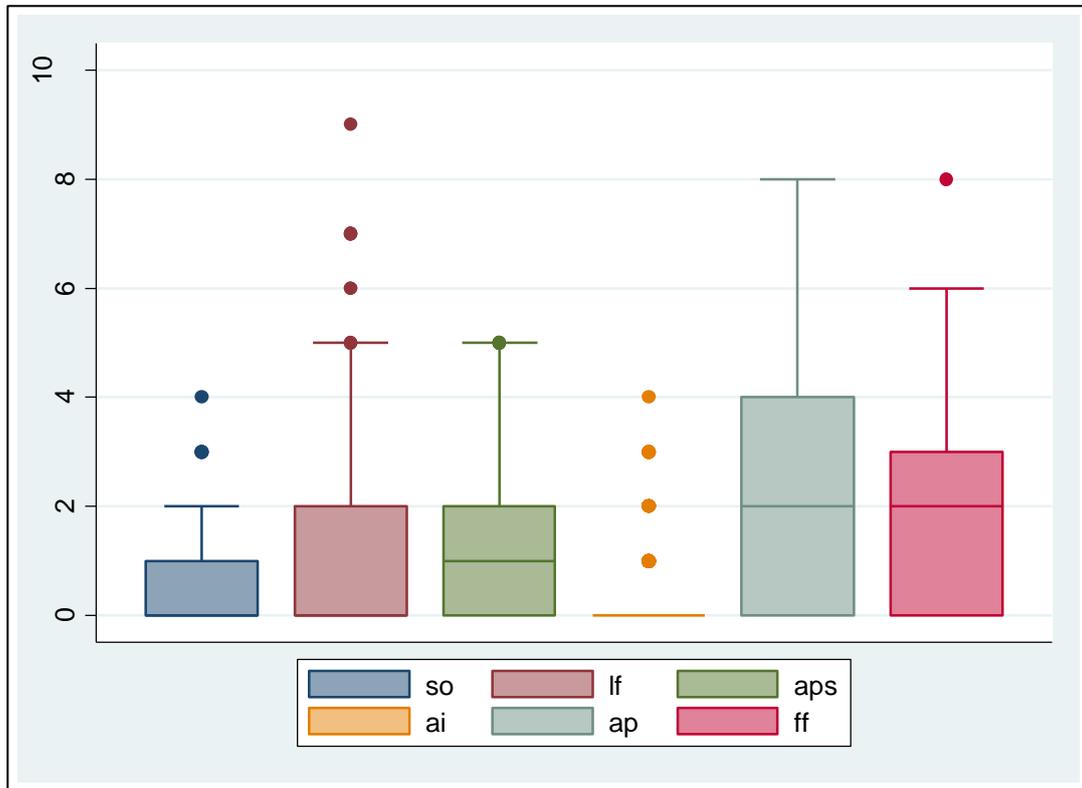


Gráfico 5

Distribución de los puntajes del ECOHIS según impacto en el niño e impacto en la familia. Hospital FAP 2016.

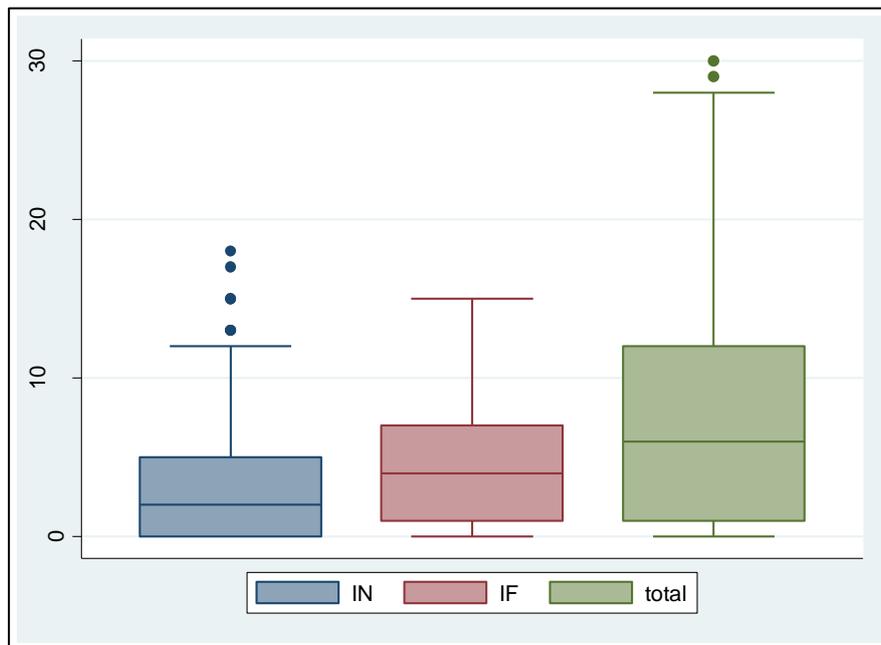


Tabla 5

Distribución de las respuestas del ECOHIS según impacto en el niño y en la familia. Hospital FAP 2016.

PREGUNTAS CVRSB ECOHIS	RESPUESTAS									
	NUNCA 0		CASI NUNCA 1		OCASIONAL- MENTE 2		A MENUDO 3		MUY A MENUDO 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IMPACTO EN EL NIÑO										
1. Dolor en los dientes, boca o mandíbula	109	58.2	34	18.1	<u>40</u>	<u>21.3</u>	3	1.6	1	0.5
2. Dificultades para beber bebidas calientes o frías	150	80.2	20	10.7	15	8.02	2	1.07	0	0.0
3. Dificultades para comer algunos alimentos	138	73.8	19	10.2	<u>28</u>	<u>14.9</u>	2	1.07	0	0.0
4. Dificultad para pronunciar algunas palabras	166	88.7	15	8.02	4	2.14	2	1.07	0	0.0
5. Pérdida de días a su actividad preescolar	176	94.1	2	1.07	8	4.35	1	0.5	0	0.0
6. Problemas para dormir	107	57.2	35	18.7	<u>40</u>	<u>21.3</u>	5	2.6	0	0.0
7. Se ha manifestado enojado o frustrado	134	71.6	31	16.5	19	10.1	3	1.6	0	0.0
8. Ha evitado sonreír	151	80.7	25	13.3	10	5.3	1	0.5	0	0.0
9. Ha evitado hablar	177	94.6	6	3.2	4	2.1	0	0.0	0	0.0
IMPACTO EN LA FAMILIA										
10. Usted u otro familiar ha estado alterado	60	32.09	33	17.6	<u>76</u>	<u>40.6</u>	16	8.5	2	1.07
11. Usted u otro familiar se ha sentido culpable	78	41.7	21	11.2	<u>58</u>	<u>31.02</u>	26	13.9	4	2.14
12. Usted u otro familiar ha ocupado tiempo de trabajo	66	35.2	50	26.7	<u>58</u>	<u>31.02</u>	11	5.8	2	1.07
13. Han tenido impacto en la economía de la familia	100	53.4	43	22.9	<u>40</u>	<u>21.3</u>	3	1.6	1	0.5

Fuente: elaboración propia, ficha de recolección de datos

Tabla 6.

Correlación entre Caries de Infancia Temprana y la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal.

Hospital FAP 2016.

Dimensiones	CVRSB		p
	Valor del coeficiente rho de Spearman	IC 95%	
CIT	0.673	0.59 a 0.75	0.0001*

*Prueba de Correlación de Spearman.

Fuente: elaboración propia.

p<0.001

Población: 187 pacientes pediátricos

Tabla 7

Asociación entre la Caries de Infancia Temprana y la instrucción de la madre en cuidados preventivos. Hospital FAP 2016.

Caries de Infancia Temprana (N° de lesiones)	Madre recibió Instrucción de cuidados preventivos en Clínica de Bebes.				Total	
	NO		SI		N	%
	N	%	N	%		
Sanos	9	4.81	48	25.67	57	30.48
1 a 3 caries	17	9.09	32	16.58	48	25.67
4 a 6 caries	19	10.16	28	14.97	47	25.13
>7 caries	13	6.95	22	11.76	35	18.72
Total	58	31.02	129	68.98	187	100

Fuente: elaboración propia

Pearson chi2 (3) = 9.1699

p= 0.027*

Fisher's exact =

0.020

Tabla 8

Frecuencia de Indicadores clínicos de la Negligencia en el cuidado dental en preescolares. Hospital FAP 2016.

Indicadores de la Negligencia y el cuidado dental	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
1-Presenta dolor	51	27.3	136	72.7	187	100
2-Primera vez que acude al Odontopediatra	27	14.4	160	85.6	187	100
3-Registra ausencia a citas /controles	65	34.8	122	65.2	187	100
4-Presenta placa bacteriana	117	62.6	70	37.4	187	100
5-Presenta gingivitis asociada a placa	96	51.3	91	48.7	187	100
6-Presenta CIT	130	70	57	30	187	100
7-Presenta fistulas/abscesos	17	9.1	170	90.9	187	100
8-Presenta +3 lesiones de caries activas	83	44.4	104	55.6	187	100

Fuente: elaboración propia

Tabla 9

Asociación entre los indicadores de la Negligencia en el cuidado dental con la mala Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal. Hospital FAP 2016.

Indicadores de la Negligencia y el cuidado dental	Chi2	p
1-Presenta dolor	12.9	0.001*
2-Primera vez que acude al Odontopediatra	0.01	0.91
3-Registra ausencia a citas /controles	11.7	0.001*
4-Presenta placa bacteriana	6.57	0.01*
5-Presenta gingivitis asociada a placa	19.4	0.001*
6-Presenta CIT	17.7	0.001*
7-Presenta fistulas/abscesos	3.4	0.064
8-Presenta +3 lesiones de caries activas	16.1	0.001*

Fuente: elaboración propia

*Prueba de Chi2

*P<0.05

Tabla 10

Análisis Multivariado de Regresión logística para evaluar la influencia de los indicadores de la negligencia en el cuidado dental sobre la mala Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal. Hospital FAP 2016.

Indicadores de la Negligencia en el cuidado dental	Coef.	Std. Err	z	P> z	IC 95%
1. Presenta dolor	0	(omitted)			
2. Primera vez que acude al Odontopediatra	.1318	.6767007	0.19	0.846	-1.194 1.458
3. Registra ausencia a citas/ controles	1.445823	.8039793	1.80	0.072	-.129 3.021
4. Presencia de placa bacteriana	-.2823338	.5332692	-0.53	0.597	-1.327 .762
5. Presenta gingivitis asociada a placa	1.421402	.6566481	2.16	0.030*	.134 2.708
6. Presenta CIT	.4197965	.5402331	0.78	0.437	-.639 1.478
7. Presenta fistulas /abscesos	0	(omitted)			
8. Presenta +3 caries activas	.9348483	.7098676	1.32	0.188	-.456 2.326

Fuente: elaboración propia

V. DISCUSION

Los pacientes pediátricos se encuentran bajo los cuidados de los padres en quienes recaen la responsabilidad de mantener la salud bucal de sus hijos en un estado óptimo a lo largo de la etapa de crecimiento y desarrollo infantil. Cuando el estado de salud bucal se ve negativamente afectado por enfermedades tales como la CIT ^{1,5-16} pueden apreciarse las secuelas ocasionadas por la falta de un tratamiento oportuno: dolor, infecciones odontogénicas, limitación funcional ocasionando además un impacto negativo en otras áreas tales como el crecimiento, desarrollo físico del niño y el entorno familiar.¹⁷⁻¹⁹

El término negligencia en el cuidado dental o “dental neglect” es una falla en proveer cuidados odontológicos necesarios para garantizar un buen estado de la salud bucal afectando seriamente el estado de salud y el desarrollo del niño.^{7-10,20-26} siendo un término desconocido en Perú y en gran parte de América latina habiéndose encontrado solo una publicación referente a esta entidad ²⁶. Sin embargo, en países como EE. UU., Canadá, Reino Unido, India y los Países Bajos es notoria la reglamentación existente sobre el tema y las leyes que el estado emite con la finalidad de proteger, devolver y mantener la salud de la población infantil afectada y simultáneamente disminuir el costo que la atención odontológica genera en salud pública ^{7, 14,15, 22,27-38, 45-47}

La Tabla 1 mostró la frecuencia de pacientes según la edad donde el mayor número de pacientes examinados estuvo conformado por el grupo de mayores de 60 meses de edad: 86 pacientes (45.9%) siendo la edad de 36 a 47 meses la que menor número de pacientes evaluados tuvo: 46 (24.6%).

La Tabla 2 mostró los resultados obtenidos en esta investigación que ponen en evidencia el estado de salud bucal de los preescolares evaluados empleando el sistema de detección de caries ICDAS II, donde la distribución de los pacientes libres de CIT fue de 30% (57 pacientes), mientras que el 70% (130 pacientes examinados) presentaron lesiones de CIT en diversos estadios, obteniéndose de esta manera un valor mayor que lo reportado en la literatura sobre frecuencia de caries en niños provenientes de comunidades urbano marginales (62.3%)¹². Se observó además la distribución según el género, donde 98 pacientes fueron del sexo femenino (52.4%), con un ligero predominio sobre el sexo masculino con 89 pacientes (47.6%).

De acuerdo con las características de este estudio, la población examinada estaba conformada por preescolares de 60 a 71 meses (45.9%) de procedencia urbana siendo una población cautiva con acceso a un sistema de salud propio y asegurada donde por primera vez se aplicó el sistema ICDAS II lo

cual permitió determinar y cuantificar la magnitud de las lesiones implementando un plan de tratamiento específico para cada paciente.

López y García ⁴ en su investigación reportaron una frecuencia de caries similar a la obtenida en este estudio: 74.47% pero fue realizada en una población rural peruana empleando el índice ceo-d, el cual no incluye a las lesiones incipientes de caries a diferencia del ICDAS II, por lo cual podría suponerse que de incluirlas la frecuencia podría haberse incrementado al igual que en el estudio realizado por Abanto y Cols¹¹ quienes encontraron una prevalencia de caries del 63.8% en preescolares atendidos en la clínica dental de la Universidad de Sao Paulo también empleando también el índice ceo-d.

La Tabla 3 muestra la frecuencia de la severidad de las lesiones de CIT según el Sistema ICDAS II donde se encontró que de un total de 187 pacientes examinados de 36 a 71 meses de edad, 57 pacientes (30%) no presentaron lesiones de CIT, 27 pacientes (14%) presentaron Caries Inicial (Estadíos 1 y 2), 33 pacientes (18%) presentaron Caries establecida (Estadíos 3 y 4) y la caries severa (Estadíos 5 y 6) afectó a 70 pacientes (38%).

Los resultados de la escala ECOHIS aplicada a esta población y a sus madres (Tabla 4) mostraron que la mayor puntuación obtenida de acuerdo a la distribución de las medianas correspondió a la dimensión: Impacto en la familia (m= 4), mientras que la dimensión: Impacto en el niño (m = 1) obtuvo un valor menor, no coincidiendo con lo reportado en la literatura donde las dimensiones más afectadas estaban relacionadas con el niño, encontrándose un mayor impacto en las dimensiones de autoimagen /interacción social y limitación funcional. ^{4, 11, 12}

En el Gráfico 4 se observó que la agrupación de los datos mostró que el menor impacto (mediana=0) se encontraba en la dimensión autoimagen y el mayor impacto se halla en la dimensión preocupación de los padres (mediana = 2) seguido de la función familiar (mediana= 2), aspecto psicológico (mediana=1) y la sintomatología oral (0).

En la dimensión “impacto en el niño” se encontró que las preguntas con la mayor frecuencia de respuesta “ocasionalmente” fueron: si el niño presentaba dolor (21.3%), si el niño presentaba problemas para dormir (21.3%) y si manifestaba molestias para comer algunos alimentos (14.9%) esto muestra algunas similitudes según lo hallado en la investigación de Abanto y Cols ¹¹ cuyo estudio mostró que los ítems con mayor frecuencia de respuesta fueron mostrarse enojado o frustrado (35.8%), problemas para dormir (26.2%) y dificultad para comer algunos alimentos (31.2%).

Los resultados obtenidos en este estudio no coinciden con los resultados obtenidos por Torres y Cols ¹² en el cual la dimensión más afectada resultó ser “impacto en el niño” en las áreas de autoimagen y la interacción social, ni tampoco coincide con los resultados obtenidos por López Ramos y Cols ⁴ donde la dimensión “impacto en el niño” resultó la más afectada en las áreas de limitación funcional.

Esto podría ser debido a las diferencias en las poblaciones atendidas: en el estudio de Torres¹² los niños pertenecían a comunidades urbano marginales que acudieron a un centro de referencia probablemente afectados por una mayor severidad de lesiones de Caries y en el estudio de López Ramos⁴ los niños provenían de una zona rural donde las características socioculturales podrían haber tenido alguna influencia a diferencia de la población de este estudio la cual provenía de una zona urbana con acceso a salud y con características culturales y sociales particulares.

En la Tabla 5 se encontró que al determinar la precepción del cuidador respecto a la CVRSB del niño se observó que las preguntas con mayor puntuación en la respuesta “ocasionalmente” fueron: si algún familiar se ha encontrado alterado por que el niño presenta problemas dentales (40.6%), el empleo del tiempo destinado a actividades laborales a causa de que el niño presenta problemas odontológicos (31.2%), si algún familiar o si la madre se siente culpable por los problemas dentales del niño (31.2%) y si ha habido algún impacto en la economía familiar a causa de los problemas dentales del niño (21.3%). Esto demostró que la CIT ocasionó un mayor impacto a nivel de la dimensión “impacto en la familia” coincidiendo estos resultados con lo sugerido por Bonecker y Cols ⁵ en lo referente a que la CIT ocasionaría ausentismo laboral, inversión de tiempo y dinero en los padres para tratar la enfermedad de sus hijos donde podría sugerirse de acuerdo al resultado en esta investigación que en las familias con una responsabilidad laboral altamente demandante como ocurrió en este estudio, la CIT podría tener un impacto negativo mayor en la dinámica familiar. Además, podríamos analizar el tipo de familia de los pacientes, donde uno o en algunos casos ambos padres tienen trabajos altamente demandantes (militares) por lo que a menudo uno de ellos debe asumir el cuidado de los hijos con o sin ayuda de una tercera persona y en el caso en el cual un hijo presente algún problema de salud, el orden y la estructura familiar se verían seriamente afectados con facilidad.

Es notorio el observar que el 94.6% de las madres que participaron en este estudio refirieron que sus hijos nunca han evitado hablar, nunca han perdido días de clase a causa de tratamientos dentales (94.1%), no han presentado dificultad para pronunciar palabras (88.7%) ni tampoco han evitado

sonreír (80.7%) , lo cual podría indicar que los pacientes afectados por CIT se no se encontraban afectados por CIT en estadios avanzados (Tabla 3) o posiblemente manifestaron muy poca sintomatología que las madres pasaron por alto, asimismo se observó que solo una madre respondió “muy a menudo” respecto al impacto de la CIT en sus hijos (Dolor) (Tabla 5). Sin embargo, se podría sospechar también que las madres no estaban tan atentas a los síntomas de sus hijos.

La Tabla 6 mostró una correlación significativa entre la CIT y la CVRSB ($p < 0.001$) debido a que la CIT y sus secuelas tuvieron un impacto negativo en el desarrollo, salud y bienestar del niño coincidiendo con muchos autores ^{4, 5, 11, 14, 21, 27, 49} reforzando el concepto de que la prevención y el tratamiento oportuno de las patologías bucales evitarán el impacto negativo en la CVRSB en los pacientes pediátricos.

Asimismo, en la Tabla 7, se encontró una asociación significativa ($p < 0.05$) entre CIT y la educación de la madre en cuidados preventivos en la Clínica de Bebés, donde se observó que la mayor frecuencia de niños sanos (N: 48) son los hijos del grupo de madres con estudios técnicos y superiores, quienes habían recibido además instrucción en el cuidado de la salud oral de sus bebés debido a que acudieron al Odontopediatra durante la etapa de recién nacido hasta los dos primeros años de vida del niño en el Hospital de la Fuerza Aérea o en algún otro centro de salud. Esto coincide con lo mencionado por Baptista y Cols ⁴⁹ quienes refieren que el nivel de educación de los padres puede facilitar el conocimiento acerca de la salud oral y sus cuidados, lo cual es considerado un factor determinante en los casos de negligencia en el cuidado dental, donde la madre tiene un rol influyente.

Este resultado coincide con lo expuesto por Harris⁴⁸ en donde afirma que la educación tanto a los padres como a los niños acerca de la prevención de las enfermedades dentales es una parte esencial dentro de cualquier capacitación en cuidados odontológicos.

Sin embargo, un detalle notorio fue que no se halló ninguna asociación significativa entre las variables CIT y las variables edad de la madre, el grado de instrucción de la madre y quien era el cuidador del niño en el hogar mientras la madre trabajaba ($p > 0.05$), probablemente por la presencia e influencia de otros factores o variables presentes en el entorno familiar que no fueron analizadas en este estudio.

La Tabla 8 muestra que el hallazgo clínico más frecuente en la población examinada corresponde a la CIT (70%), seguida por la presencia de placa bacteriana (62.6%) y la gingivitis asociada a placa (51.3%) a diferencia de la ausencia de citas y controles (34.8%) y la presencia de dolor (27.3%) los cuales

también alcanzaron valores significativos aunque menores en comparación con los mencionados, coincidiendo con los hallazgos clínicos en aquellos estudios referentes a negligencia en el cuidado dental donde la CIT es el hallazgo más frecuente.^{7- 10,16, 27, 29, 32, 44, 47, 49} sin embargo las secuelas de traumatismo dental sin tratamiento son también consideradas indicadores de negligencia en el cuidado dental donde en este estudio 17 pacientes examinados presentaron fístulas y abscesos dentales (9.1%) siendo de etiología traumática en 2 pacientes mientras que en 15 pacientes la etiología fue por CIT.

Este resultado concuerda con lo reportado por Baptista y Cols⁴⁹ quienes refieren que a pesar de que la CIT es un hallazgo importante para la sospecha de negligencia en el cuidado dental, es responsabilidad del odontólogo valorar la presencia de otros signos presentes como son el dolor orofacial no tratado, presencia de placa dental y sangrado gingival, los cuales asociados a la demora en la búsqueda o fracaso en completar el tratamiento dental conlleven al deterioro de la salud oral del niño siendo considerados como características reconocibles de negligencia en el cuidado dental.

En la Tabla 9, se observó una asociación significativa ($p < 0.05$) entre la presencia de seis (06) indicadores de la negligencia en el cuidado dental con la CVRSB debido al impacto negativo que ocasionaron en el paciente: “Presenta dolor”, “Primera vez que acude al Odontopediatra”, “Registra ausencia a citas/controles”, “Presenta placa bacteriana”, Presenta gingivitis asociada a placa”, “ Presenta CIT”, “Presenta fístulas/abscesos” y “Presenta +3 lesiones de caries activas”.

Ese hallazgo concuerda con lo afirmado por Bathia y Cols²⁷ quienes mencionan otros estudios que formaron parte de su revisión sistemática sobre la negligencia en el cuidado dental en los cuales la población infantil examinada presentaba placa dental y sangrado gingival entre otros hallazgos.

En la Tabla 10, se evaluó la influencia de los 06 indicadores de la negligencia en el cuidado dental sobre la variable CVRSB y se encontró que el único indicador que resultó estadísticamente significativo ($p = 0.030$) fue la “Gingivitis asociada a placa”, sin embargo, en este modelo logístico la “Gingivitis asociada a placa” no resultó ser un factor de riesgo para la variable respuesta CVRSB (IC 95%: 0.134 a 2.708).

Este hallazgo es peculiar, debido a que si bien es cierto la presencia de placa bacteriana de manera constante favorece el desarrollo de la gingivitis y la CIT, lo cual condicionaría a una mala calidad de vida relacionada a la salud bucal, en este estudio no se determinó que sea un factor de riesgo, a pesar de que la presencia de la gingivitis asociada a placa bacteriana es un indicador clínico que refleja una inadecuada remoción mecánica de la placa bacteriana por

los padres o cuidadores, en vista que un preescolar carece de la motricidad necesaria para hacerlo de manera apropiada y depende de un adulto para tal fin, pero sin embargo, dada las características propias de esta población estudiada, es posible que la influencia de otras variables haya determinado el resultado obtenido.

Por otro lado, la higiene deficiente tiene relación con lo reportado por Haugsseth ⁴⁷ quien afirma que la negligencia en el cuidado dental es a menudo un componente de la negligencia general y cuando es detectada en los pacientes, los profesionales de la salud deben considerar y buscar la presencia de negligencia en el cuidado dental que incluyen entre otras características una higiene oral deficiente

Un aspecto importante que debe ser considerado también es que el cepillado dental es un medio para la auto aplicación de Flúor en el hogar mediante la pasta dental, siendo uno de los mecanismos empleados para prevenir la Caries dental, por lo cual se puede deducir entonces, que en este estudio exista un padre o cuidador quien por algún motivo, no ha podido proporcionar ni supervisar una adecuada higiene al preescolar por una serie de razones que podrían identificarse posteriormente en otra investigación y que además la exposición al Flúor no ha sido la adecuada en esta población.

Dos aspectos importantes a tener en cuenta son los mencionados por Bathia y Cols²⁷ quienes afirman que: primero, la negligencia en el cuidado dental debe diferenciarse de la carencia de recursos económicos en una familia y sólo podría considerarse negligencia cuando existan recursos sanitarios accesibles para la familia y no sean utilizados y en segundo lugar, que el odontólogo a pesar de hallarse en una posición estratégica que le permite observar signos de negligencia en el cuidado dental no suele reportarla, pudiendo ser una causa el desconocimiento o temor.

A lo mencionado anteriormente, puede decir que este estudio se registraron signos clínicos sugerentes de negligencia en el cuidado dental y que si bien destacan la falla o la demora en la búsqueda de la atención odontológica con secuelas negativas en la salud oral del niño, no se puede considerar únicamente el registro del número de lesiones de caries dental, si no la presencia de enfermedad gingival, dolor o infecciones crónicas sin resolver y el impacto significativo en el niño relacionados a su vez con otras características, como por ejemplo los determinantes sociales del niño, las características concernientes a los padres y una evaluación psicosocial de la familia,^{27, 48, 49} las cuales no fueron analizadas con detenimiento en esta investigación por no formar parte de los objetivos de la misma, pero que probablemente sí pudieron haber influido de manera negativa en el estado de salud del niño.

Existen estudios donde se mencionan que los niños afectados por la dinámica de un hogar de condiciones sociales bajas con problemas domésticos de negligencia, abuso o uso de sustancias o alcohol presentaron altos niveles de caries, placa bacteriana y sangrado gingival en comparación con grupos controles y una falla en la continuidad de las citas y ausencia a las mismas en un periodo de dos años.^{27, 49}

En esta investigación, fue notorio encontrar que los dos casos que presentaron el mayor impacto negativo de la CIT en la CVRSB pertenecieron a dos pacientes cuyas madres se encontraron afrontando un proceso de divorcio y de tenencia de la patria potestad solicitada por el otro cónyuge.

Bonecker y Cols⁵ al referirse acerca del impacto de la Calidad de Vida en los preescolares, hacen una reflexión acerca de que los niños han sido el mayor foco de atención de la Odontología en la Salud Pública debido a que la responsabilidad de su salud recae en sus padres quienes son responsables de las decisiones en el aspecto de salud, por lo cual, es muy importante el evaluar cuáles son las percepciones que tienen referentes a los problemas de salud de sus hijos, sus síntomas, enfermedades y tratamientos.

El término negligencia en el cuidado dental es desconocido en Perú y no existen investigaciones sobre el impacto negativo que esta ocasiona en la calidad de vida del niño, por lo cual se decidió realizar la investigación con el fin de determinar la asociación entre los hallazgos clínicos presentes en la negligencia en el cuidado dental reportados en la literatura científica y cuál era el impacto que ocasionaba a la CVRSB con la finalidad de dar un primer paso para que la negligencia en el cuidado dental sea una definición conocida y utilizada en la comunidad de Odontopediatras en Perú, permitiendo dar origen a otras investigaciones referentes al tema con la finalidad de tener un enfoque integrador en el tratamiento del paciente pediátrico en el país.

Por otro lado, el tratar de comprender la complejidad que la influencia del entorno social, laboral y familiar ejercen en el niño, le permitirá a la profesión odontológica salvaguardar la calidad de vida de la población infantil y a su vez participar activamente en los programas de protección a la población pediátrica en riesgo, contemplado en la doctrina de la protección integral y del interés superior del niño⁵² quien debe de gozar de una protección especial y dispone según ley de todo aquello que le permita desarrollarse en forma saludable en condiciones de dignidad y libertad.

En la actualidad el rol del odontólogo dentro de la sociedad ha cambiado y se relaciona en áreas distintas a la terapéutica, como por ejemplo en caso de peritaje legal y en la detección e identificación en casos de abuso físico y

negligencia formando parte del equipo forense, por lo cual, es necesario vislumbrar que en un futuro, la labor del Odontopediatra en Perú incorporará en su quehacer a la misión de proteger a la población infantil en riesgo ⁵¹ como se lleva a cabo en otros países, en donde las leyes y sociedades científicas pediátricas consideran una obligación legal y ética el reportar los casos de sospecha de abuso y de negligencia en el cuidado dental,^{7-10,25,25,28} por lo tanto, este aporte de la odontología en el aspecto de la salud se convierte en un elemento que puede ser tomado en cuenta por la ley para la toma de decisiones respecto a la situación legal de un menor de edad para determinar el interés superior del niño cuando su salud, vulnerabilidad y seguridad se encuentren comprometidos.⁵² como sucede en los casos en donde se justifique una acción legal de tenencia infantil, razón por la cual se debe de considerar la capacitación en la especialidad de la Odontología Pediátrica con la finalidad de contar con un especialista capaz de conducirse de manera eficiente y profesional en los casos de peritajes legales requeridos por la ley.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La Gingivitis asociada a placa ($p=0.030$) no es un factor de riesgo para una mala CVRSB en este modelo de estudio (IC 95%: 0.134 a 2.708).
2. La prevalencia de la CIT empleando el Sistema ICDAS II fue del 70% (N: 130) en una población de 187 pacientes de los cuales 98 pacientes fueron de sexo femenino y 89 de sexo masculino respectivamente.
3. La CIT demostró causar un impacto negativo en la CVRSB ($p<0.001$) en los preescolares evaluados en la Sección de Odontopediatría del Hospital FAP en el año 2016.
4. Los indicadores clínicos de negligencia en el cuidado dental presentes con mayor frecuencia fueron la CIT (70%), seguida por la presencia de placa bacteriana (62.6%) y la gingivitis asociada a placa (51.3%).
5. Existe una asociación significativa entre la instrucción de la madre respecto a cuidados preventivos y la frecuencia de CIT ($p<0.05$), pero no se encontró ninguna asociación entre la CIT con el grado de instrucción, la edad de la madre y la persona responsable de cuidar el niño en casa en los preescolares evaluados en la Sección de Odontopediatría del Hospital FAP en el año 2016.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Es necesario analizar el entorno social, familiar, cultural y sanitario del niño con un enfoque integral permitiendo la interrelación de los diferentes aspectos que podrían influir y ser causantes de que el niño sea afectado por la negligencia en el cuidado dental o encontrarse en riesgo de padecerla.
2. Se debe difundir la enseñanza de la negligencia en el cuidado dental en las Universidades en vista de que los Odontólogos y con mayor razón los Odontopediatras se encuentran en una posición favorable para observar signos generales o específicos de negligencia en el cuidado dental con la finalidad de minimizar y evitar las secuelas que la CIT ocasiona en la calidad de vida del niño y para preparar ética y legalmente al profesional en los casos donde en un futuro se necesite salvaguardar la integridad del menor y la ley requiera de su opinión como especialista en la salud bucal de un paciente pediátrico.
3. Se deben realizar estudios sobre la negligencia en el cuidado dental con la finalidad de determinar la relación de factores de riesgo y características de la población afectada en Perú, asimismo validar los cuestionarios que evalúan la negligencia dental en pacientes escolares y adolescentes y realizar una adaptación transcultural para elaborar y validar de un instrumento que en un futuro permita evaluar con alto grado de confiabilidad y objetividad los riesgos y secuelas clínicas en una población preescolar.
4. El uso del Sistema ICDAS II debe de implementarse de forma obligatoria en vista de que permite tener una mejor apreciación del grado de progresión de la caries permitiendo elaborar un enfoque objetivo y efectivo de los esquemas de prevención y recuperación de la salud de los pacientes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Albites U. Validación de tres instrumentos para medir la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos de 11 a 14 años de edad. Lima 2011. [TESIS-ESPECIALIDAD] Lima, 2013
- 2) Sherham A, Tsakos G, Abanto J, Bonecker M. Epidemiología de la caries dental e impacto en la calidad de vida. En: Bonecker M, Abanto J, Salete N, Petrosi J, Guedes Pinto A. Editores. Problemas Bucales en Odontopediatría. Madrid. Editorial Ripano. 2014. Pp 27- 45.
- 3) López Ramos P, Garcia Rupaya C, Villena Sarmiento R, Bordoni N. Cross cultural adaptation and validation of the early childhood health impact scale (ECOHIS) in 57 children preschooler. Acta Odontol Latinoam. 2013. 26(2): 60-7
- 4) López Ramos P, García Rupaya C. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. Rev. Estomatol Herediana 2013. 23(3):139-47.
- 5) Bonecker M, Abanto J, Tello G, Butini L. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. Braz Oral Res. 2012; 26(1): 103-7.
- 6) Yawary R, Anthonappa R, Eckambaran M, Mc Grath C, King N. Changes in the oral health related quality of life in children following comprehensive oral rehabilitation under general anesthesia. Int J. Paediatr Dent. 2015. Sep 15. [Epub ahead of print]. Disponible en http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12200/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov
- 7) Fischer-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR, AAP American Academy of Pediatrics, Section Oral Health Committee on child abuse and neglect, American Academy of Pediatric Dentistry, council of clinical affairs, council on scientific affairs, ad hoc work group on child abuse and neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatrics. 2017;140 (2): e20171487
- 8) Harris J, Balme RC, Sidebotham P. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. Int J Paediatr Dent. 2009; 1-8
- 9) Markovic N, Arslanagic A, Kovaljija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M et al. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. Mater Sociomed.2015.27(6):372-5
- 10)Bradbury Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. BMC Public Health 2013;(13):1,370-382.

- 11) Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;(39): 105-114
- 12) Torres G, Blanco D, Chávez M, Apaza S, Antezana V. Impacto de a caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. *Odontol Sanmarquina* 2015;18(2): 87-94
- 13) Sheiman A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school 58 children. *British Dent Journal* 2006; 201(10):625-6
- 14) Schuch H, Costa D, Torriani D, De Marco F, Goettens M. Oral Health related of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. *Int J Paediatr Dent* 2015;25(5):358-65
- 15) Arrow P, Raheb J, Miller M. Brief Oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health* 2013;(13)245-53
- 16) Valencia N, Lawrence H, Goodman D, Prevalence of early caries in a population of children with history of maltreatment. *Journal of Public Health Dent* 2008; G8(2):94-101
- 17) Ghazal T et al. Factor associated with early childhood caries incidence among high caries –risk children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015;43: 366-74
- 18) Muñoz P, Aguilar F, De la Fuente J, Shimada H, Acosta S. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. *Salud i Ciencia* 2014; 20(8): 846-51
- 19) Daher A, Abreu M, Costa L. Recognizing preschool children with primary teeth needing dental treatment because of caries related toothache. *Community Dent Oral Epidemiol*.2015;43:298-307.
- 20) Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, Van Palestein Helderman w. PUFA. An index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*.2010;38:77-82.
- 21) Alkilzy M, Qadri G, Horn J, Takriti M, Splieth C. Referral patterns and general anesthesia in a specialized paediatric dental service. *Int J Paediatr Dent* 2015;25(3):204-12
- 22) American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, consequences and preventive strategies. 2014; 37(6) 50 – 2
- 23) American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique challenges and treatment options. 2014; 37(6) 53–5
- 24) Hibbard R, Sanders B. Abuso infantil y negligencia. En: Dean J, Avery D, Mc Donald R. *Odontología para el niño y el adolescente de Mc Donald y Avery*. 9° ed. Venezuela. Editorial Amolca. 2014. Pp 19- 26.
- 25) Nuzzolese E, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team’s rol in identification and prevention. *Int J Dent Hygiene* 2009;7(2):96-101

- 26) Lourenco CB, Saintrain MV, Vieira AP, Child, neglect and oral health. BMC Pediatrics.2013;13:188
- 27) Bathia S et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. J Dent 2014;42(3):229-39
- 28) De Panfilis D. Child Neglect: a guide for prevention, assessment and intervention. U.S. Department of Health and Human services. Administration for Children and Families. Administration on Children, Youth and Families. Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect.2006., [acceso el 15 de Junio del 2016]. Disponible en <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/neglect.pdf>
- 29) Kumar A, Puranik M, Sowmya K. Dental neglect- a review. RR: J Dent Sciences 2015;3(1) [acceso el 14 mayo del 2016] Disponible en <http://www.rroij.com/ArchiveJDS/dental-sciences-archive.php?month=June&&year=2015&journal=jds>
- 30) Rajeshwari R, Rajender R, Manjula M, Srilakshmi. Dental neglect. Indian J Dent Advancements 2010;2(1):138-141
- 31) Harris J, Firth L, Chadwick B. Clinical audit of children's missed dental appointments in a city-wide salaried community dental service in relation to guidance on when to suspect child maltreatment. Child Abuse Rev. 2015; Published online in Wiley Online Library Version of Record online : 16 NOV 2015, DOI: 10.1002/car.2419 [acceso el 10 Junio del 2016] Disponible en : <http://onlinelibrary.wiley.com/advanced/search/results>
- 32) Barron C, Jenny C. Definition and Categorization of Child Neglect. In: Barron C, Jenny C. Editors. Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Canadá. Elsevier-Saunders. 2011. p 539-43.
- 33) Fistera.com. Guía Clínica del Maltrato Infantil: Maltrato Infantil: Indicadores físicos y comportamentales en el menor. 2015 [Actualizada el 23 de Diciembre del 2015; acceso el 08 de Agosto del 2016] Disponible en: <http://fistera.com/guias-clinicas/indicadores-maltrato-infantil/>
- 34) Jordan B, Tseng Y, Coombs N, Kennedy A, Borland J. Improving lifetime trajectories for vulnerable Young children and families living with significant stress and social disadvantage: the early years education program randomized controlled trial. BMC Public Health 2014; 14:965
- 35) Owais A, Qudeimat M, Qodceih S. Dentist involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. International J Paediatric Dent 2009; 19(4):291-6
- 36) Al Hasbi S, Roberts G, Attari N, Parekh S. A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? Br Dent J 2009;206(4) Published online: 13 February 2009 | doi:10.1038/sj.bdj.2009.113 [acceso el 21 de Agosto del 2016] Disponible en <http://www.nature.com/bsdj/journal/v206/n4/full/sj.bdj.2009.113.html>

- 37) Maguire S, Naughton A. Neglect: widespread, damaging and difficult to identify. *Pediatrics and Child Health*. 2016;26(11):485-87
- 38) Harris J, Elcock C, Sidebotham P, Welbury R. Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. *Br Dent J* 2009;206(8):409-14
- 39) Harris J, Elcock C, Sidebotham P, Welbury R. Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? *Br Dent J* 2009;206(9):465-70
- 40) Fundación ANAR – Perú. (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo). [Sede Web] Estudio descriptivo del maltrato infantil. 2006. Lima- Perú. [acceso el 29 de Julio del 2016] Disponible en: <http://www.anarperu.org/documentacion>
- 41) Muzzi, M. Las obligaciones del estado frente a la salud: el maltrato infantil y los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS). *Revista Agenda Internacional (PUCP)*. 2006;12(23):365-348
- 42) Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. [Sede Web] Lima-Perú. [Acceso el 22 de Agosto del 2016]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/portalmimp2014/index.php?option=com_content&view=article&id=1401&Itemid=431
- 43) Bazán Bravo S. Evaluación y análisis del maltrato infantil por negligencia y su efecto pernicioso al desarrollo personal de la población infantil en las comunidades de Kawache, Villa Unión y Las Américas durante el periodo 2006 y 2007. Lima 2011. [TESIS-TITULO PROFESIONAL] Lima, 2010
- 44) Pushpalatha C, Tammannavar P, Nimbale A, Jain S. Is Dental Neglect a Child abuse? A review. *Int J A Res*. 2013;1(5):273-75
- 45) Código de las Niñas, Niños y Adolescentes. 2015. Perú. Mimdes.
- 46) Colegio Odontológico del Perú. Código de Ética y Deontología. Editorial Esquema Inversiones E.I.R.L. Lima. 2016. 85 pág.
- 47) Haugseth R. Dental Neglect. In: Barron C, Jenny C. Editors. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence*. Canadá. Elsevier-Saunders. 2011. p 544-46
- 48) Harris J, Wittington A. Dental neglect in children. *Paediatrics and Child Health*. 2016;26(11): 478-84
- 49) Baptista AS, Laranjo E, Norton A, Andrade D, Areias C, Macedo A. Dental Neglect, One type of child abuse- Narrative review. *Medical Express*. 2017;4(3):M170301. [Acceso el 21 de Diciembre del 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-04292017000300001
- 50) Keene E, Skelton R, Day P, Munyombwe, Balmer R. The dental health of children subject to a child protection plan. *In J of Paed Dent* 2015;25(6):428-435

- 51)Naganawa T, Kumar A, Ando T. Recommendations to include dentists/oral surgeons in child abuse prevention teams of general hospitals in Japan. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology. 2016;28(3):263.
- 52)Fernández E W. El Derecho del niño a mantener vínculos familiares con ambos progenitores. En: Revista del Foro N° 103. Ilustre Colegio de Abogados de Lima. 2016. Pp 143-157.

VII. GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS

CIT	: Caries de Infancia Temprana
CVRSB	: Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal
ECOHIS	: Early Childhood Oral Health Impact Scale
OMS	: Organización Mundial de la Salud
AAPD	: American Academy of Pediatric Dentistry
BSPD	: British Society of Pediatric Dentistry
PUFA	: Índice PUFA para establecer la presencia de las condiciones orales resultantes de las lesiones cariosas no tratadas.

Presenta los siguientes códigos:

P: presencia de compromiso pulpar.

U: Ulceración debido a trauma ocasionada por fragmento radiculares o bordes cortantes.

F: Fistula

A: Absceso.

IX- ANEXOS

ANEXO 1

PACIENTES PREESCOLARES ATENDIDOS POR LA SECCION ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL CENTRAL FAP EN EL AÑO 2015

AÑO	EDAD	MES												Total
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
2015	3	30	10	18	17	19	4	2	6	11	19	14	19	169
	4	21	15	31	14	8	11	7	11	13	12	9	12	164
	5	31	9	20	11	8	12	3	21	10	24	21	24	194
Total 2015		82	34	69	42	35	27	12	38	34	55	44	55	527

Fuente: Sistema Hospitalario FAP - Dpto. de Informática.
Elaborado por la Sección de Estadística - Dpto. de Registros Hospitalarios.



Jefe del Departamento de Registros Hospitalarios
Coronel FAP
JORGE LUIS ARAUJO ROBLES
O-70381888-Q+

ANEXO 2

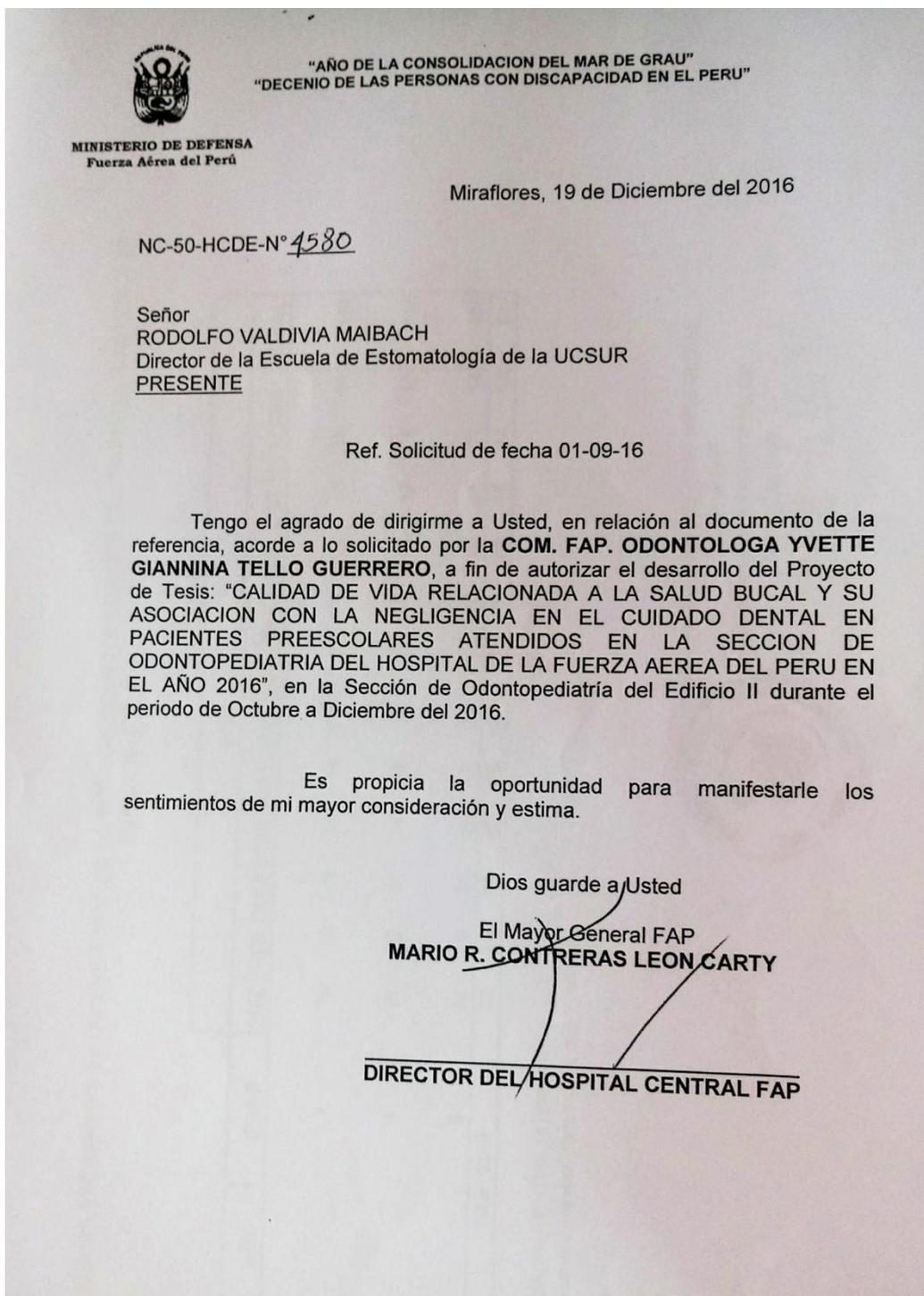
ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N) <small>(Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)</small>	527
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) <small>(Si no tenemos dicha información p=0.5 que maximiza el tamaño muestral)</small>	25%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	187

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	219

ANEXO 3



ANEXO 4

FICHA N.º _____

I. INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha: _____ N.º Historia Clínica: _____

Peso: _____ Talla _____ N° Hijo: 1° 2° 3° 4°

II. INFORMACION DE LA MADRE/TUTOR

1. Grado de instrucción: Madre: _____ Padre: _____

2. Edad de la Madre: _____ Edad del Padre: _____

3. Estado civil

Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____ Separado _____ Divorciado _____ Viudo _____

4. Lugar de residencia:
Lima _____ Provincia _____

5. Madre trabaja:
Madre: SI NO

5. El Paciente acudió a la clínica de bebés para evaluación? (antes del 1° año) :

SI _____ NO _____

6. Quien se encarga de cuidarlo en casa?

Madre Padre Abuela Nana Otros

6. Madre recibió educación en prevención oral:

SI _____ NO _____

III. EXAMEN INTRAORAL (ICDAS II)

55: _____	54: _____	53: _____	52: _____	51: _____	61: _____	62: _____	63: _____	64: _____	65: _____
85: _____	84: _____	83: _____	82: _____	81: _____	71: _____	72: _____	73: _____	74: _____	75: _____

Código 0: sano
 Código 1w: mancha blanca visible solo al secado por 5 seg.
 Código 1b: mancha café confinada al surco
 Código 2w: mancha blanca visible sin secar
 Código 2b: mancha café que se extiende mas allá del surco
 Código 3: Microcavidad
 Código 4: sombra subyacente que se proyecta desde la dentina
 Código 5: cavidad que compromete menos del 50% de la estructura. Paredes en esmalte piso en dentina
 Código 6: cavidad extensa que compromete mas del 50% de la estructura. Paredes en dentina y piso en dentina y/o pulpa

ANEXO 5

IV. CUESTIONARIO ESCALA DE IMPACTO EN SALUD ORAL DE LA PRIMERA INFANCIA (ECOHIS)

ESCALA DE IMPACTO EN LA SALUD ORAL DE LA PRIMERA INFANCIA	NUNCA	CASI NUNCA	OCASIONALMENTE	A MENUDO	MUY A MENUDO	NO SABE
IMPACTO EN EL NIÑO						
1. Con qué frecuencia su hijo ha tenido dolor en los dientes, boca o mandíbula?						
2. Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para tomar bebidas calientes o frías debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
3. Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultad para comer alimentos a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
4. Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para pronunciar algunas palabras debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
5. Con qué frecuencia su hijo ha tenido problemas para dormir debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
6. ¿Con qué frecuencia su hijo ha Perdido días de asistencia a su actividad preescolar, guardería o escuela por problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
7. Con qué frecuencia su hijo ha estado enojado o frustrado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
8. Con qué frecuencia su hijo ha evitado sonreír problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
9. Con qué frecuencia su hijo ha evitado hablar por problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
IMPACTO EN LA FAMILIA						
10. Con qué frecuencia Usted u otro miembro de su familia ha estado alterado/preocupado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
11. Con qué frecuencia Usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable por los problemas dentales o tratamientos dentales de su hijo?						
12. Con qué frecuencia Usted u otro miembro de la familia ha ocupado tiempo de su trabajo a causa de los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?						
13. Con qué frecuencia los problemas odontológicos han afectado la economía en su familia/hogar?						

PUNTUACION: _____

PUNTUACION: 0 – 52

>0: impacto negativo a mayor puntuación

ANEXO 6

V. INDICADORES PRESENTES EN LA NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿El niño (a) presenta dolor? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Primera vez que acude al Odontopediatra? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Registra ausencia a citas y controles? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Presenta placa bacteriana? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Presenta gingivitis asociada a placa bacteriana? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Presenta Caries de Infancia Temprana sin tratar? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Presenta abscesos/ fistulas? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. Presencia de + 3 lesiones de caries | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, hago constar que acepto voluntariamente participar en el trabajo de investigación: "CALIDAD DE VIDA Y SU ASOCIACION CON LOS INDICADORES DE LA NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL EN PACIENTES PREESCOLARES ATENDIDOS EN LA SECCIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE LA FUERZA AEREA DEL PERU EN EL AÑO 2016" a cargo de la CD. Esp. YVETTE GIANNINA TELLO GUERRERO, que viene cursando la Maestría en Odontopediatria en la Universidad Científica del Sur.

Se me ha explicado que el propósito del estudio es evaluar el grado en que la desatención de las caries dentales y otras lesiones presentes en la boca pueden afectar la calidad de vida de un niño, causándoles problemas que podrían afectar su alimentación, su salud, su desarrollo y también, afectar a la familia por ser el niño, parte importante de la misma.

Se me ha explicado que esta información permitirá a la institución adoptar medidas con la finalidad de devolver la salud bucal y poder elaborar medidas de prevención y atención que ayuden a que el desarrollo integral del paciente pediátrico no esté afectado de forma negativa.

Autorizo también al investigador a realizar un examen a mi menor hijo para evaluar sus dientes y poder dar un diagnóstico de su estado de salud bucal y a realizarme las preguntas que están enunciadas en su ficha de investigación.

Se me ha explicado que el procedimiento tomara 20 minutos y no comprometen ningún tipo de riesgo, porque se emplearan materiales estériles y será realizado por personal calificado. Tampoco me ocasionará gasto alguno el aceptar ser parte de este estudio.

La información obtenida se manejará con confidencialidad y solo con fines científicos y que en ningún caso se publicará mi nombre o identificación.

Para cualquier información adicional sobre el proyecto puedo llamar a la investigadora YVETTE GIANNINA TELLO GUERRERO al teléfono 971297432

Apellidos y Nombres:

DNI:

FIRMA:

FECHA:

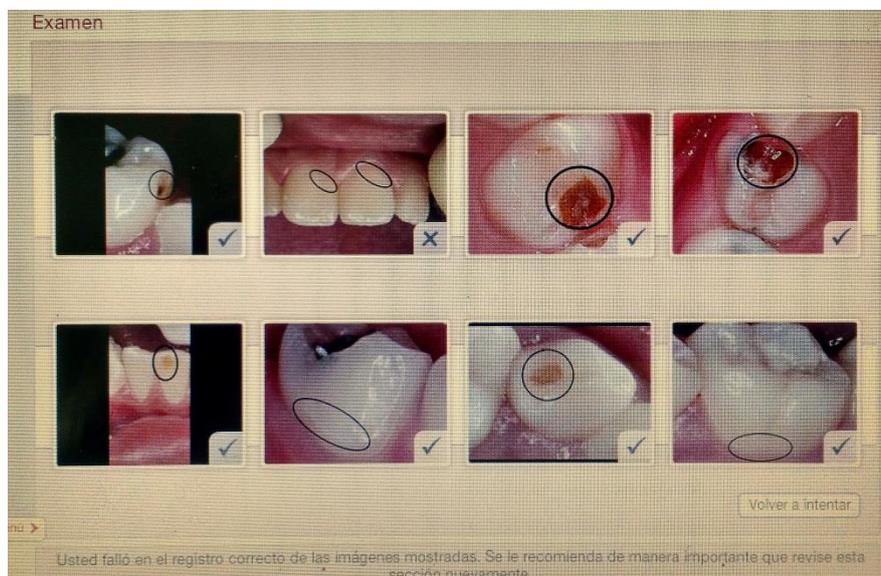
HUELLA DIGITAL:

ANEXO 8



Capacitación teórica y visual del sistema ICDAS II

ANEXO 9



Capacitación visual empleando el sistema ICDAS II on line

ANEXO 10



Capacitación teórico visual mediante la plataforma On line del ICDAS II

ANEXO 11



Capacitación Teórica con fotografías de los códigos ICDAS II en dentición decidua.

ANEXO 12



Capacitación y reconocimiento de lesiones ICDAS II en Maquetas

ANEXO 13



Uso de la Sonda Periodontal OMS

ANEXO 14



Gold Standard evaluando al paciente antes de que la investigadora proceda a evaluarlo durante el fase de calibración

ANEXO 15



Gold Standard evaluando al paciente

ANEXO 16



Evaluando al paciente pediátrico durante la calibración

ANEXO 17



Examinando paciente pediátrico durante el registro de datos clínicos

ANEXO 18



Entrevista con la madre para el llenado del cuestionario ECOHIS