



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD
ORAL EN PREESCOLARES DE UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PÚBLICA DE LIMA.**

TESIS

Para optar el título profesional de: Cirujano dentista

AUTORES

Aguilar Huaman, Daniela Messiel (0000-0003-4825-4248)

ASESOR DE TESIS

Dr. José Raul Ñaupari Pineda

Lima, 05 de Enero de 2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haber permitido haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional. A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mis docentes por su apoyo incondicional durante mi formación profesional. Y a mis padres por su paciencia y comprensión, pues prefirieron sacrificar su tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por su bondad y valores me inspiraron a ser mejor para ustedes, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ustedes, gracias por estar siempre a mi lado papás, María y Manuel.

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a mis padres por apoyarme en todo momento, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanos por ser parte de mi vida, por su ejemplo de desarrollo profesional a seguir, por llenar mi vida llena de alegrías y amor cuando más lo necesito.

Gracias a las Doctoras Noemí Bordoni y Roxana López por haber compartido la validación del cuestionario ECOHIS. Muchas gracias Doctoras.

Índice de contenidos

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
Capítulo 1. MARCO TEÓRICO	8
Capítulo 2. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo general.....	10
2.2 Objetivo específico	10
Capítulo 3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
3.1 Diseño del estudio	11
3.2 Participantes y criterios de selección	11
3.3 Operacionalización de variables	12
3.4 Desarrollo de la intervención	12
3.5 Análisis de datos.....	13
Capítulo 4. RESULTADOS	14
4.1 Descripción de la población.....	14
4.2 Factores asociados a la calidad de vida: Análisis bivariado.....	14
4.3 Factores asociados a la calidad de vida: Análisis de múltiples variables.....	14
4.4 TABLA 1.....	15
4.5 TABLA 2.....	16
4.6 TABLA 3.....	17
4.7 TABLA 4.....	18
Capítulo 5. DISCUSIÓN.....	19
5.1 Limitaciones y Fortalezas.....	21
Capítulo 6. CONCLUSIONES.....	22
Capítulo 7. REFERENCIAS	23
Anexo 1: Aprobación de Comité de Ética.....	30
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	31
Anexo 3: Escala de impacto de salud bucal en la primera infancia (ECOHIS).....	32
Anexo 4: Escala de impacto de salud bucal en la primera infancia (ECOHIS)- Dominios.....	33

Índice de tablas

TABLA 1: Características sociodemográficas de niños en edad pre-escolar de un colegio público de Lima 2016 (N=199).....	15
TABLA 2: Asociación de la calidad de vida en relación a la salud oral y características sociodemográficas: Análisis bivariado (N=199).....	16
TABLA 3: Características sociodemográficas asociadas a calidad de vida en preescolares de una institución educativa pública de Lima: Análisis crudo y ajustado* (N=199).....	17
TABLA 4: Comparación de estudios que evalúan la calidad de vida relacionada a la salud oral muestras de diferentes lugares.....	18

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este estudio fue evaluar la calidad de vida en relación a la salud oral y factores relacionados a la misma en preescolares de una institución educativa pública de Lima.

Materiales y Métodos: Este estudio siguió un diseño transversal descriptivo-analítico, utilizando una muestra de 199 niños de 3 a 5 años de edad, asistentes a una Institución Educativa Inicial pública del distrito de Chorrillos, Lima. Los cuidadores completaron el cuestionario ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) y respondieron preguntas relacionadas a factores sociodemográficos (género, edad del preescolar; género, edad y grado de instrucción del responsable del menor.) Se realizó el análisis estadístico, aplicando pruebas de correlación de Spearman, T de Student, Regresión GLM Gaussian e identidad con coeficiente y IC95%.

Resultados: Las características observadas de los niños, se halló que aproximadamente la mitad eran mujeres (51,8%) y la media de la edad fue de 4 años (d.e.: 0,8). La mayoría de los responsables del cuidado del menor fueron mujeres (66,3%). La media de puntaje del ECOHIS fue de 30.7. En el análisis de múltiples variables se encontró que los padres de familia con educación superior reportaron mejor calidad de vida que los padres con educación secundaria o menor (Coef.: -16.5; IC95%:-22.2, -10.8). Los padres de familia con educación superior tuvieron, en promedio, 16.4 puntos menos en el ECOHIS comparado con los padres de familia con educación secundaria o menor (Coef.: -16.4; IC95%: -22.1, -10.6).

Conclusiones: El bajo nivel educativo del cuidador se asocia a una menor calidad de vida relacionada a la salud oral. Es necesario establecer estrategias de promoción y prevención con especial énfasis en mejorar la calidad de vida en estas personas con menor educación.

Palabras Claves: Calidad de vida; Salud bucal; preescolares; Perú

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to evaluate the quality of life in relation to oral health and related factors in pre - school children of a public educational institution in Lima.

Methods. This study followed a descriptive-analytical cross-sectional design, using a sample of 199 children aged 3 to 5 years attending a Public Initial Educational Institution in the district of Chorrillos, Lima. Caregivers completed the ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) questionnaire and answered questions related to sociodemographic factors (gender, preschool age, gender, age, and level of education of the person in charge of the child). Spearman correlation, Student's t, Gaussian GLM regression and identity with coefficient and 95% CI.

Results.

The observed characteristics of the children, found that approximately half were women (51.8%) and the mean age was 4 years (d.e: 0.8). The majority of those responsible for child care were women (66.3%). The mean score for ECOHIS was 30.7. In the analysis of multiple variables it was found that parents with higher education reported a better quality of life than parents with secondary or lower education (Coef .: -16.5, 95% CI: -22.2, -10.8). Parents with higher education had an average of 16.4 points less on ECOHIS compared to parents with a high school education (Coef.:16.4, 95% CI: -22.1, -10.6).

Conclusion.

The low educational level of the caregiver is associated with a lower quality of life related to oral health. It is necessary to establish strategies of promotion and prevention with special emphasis on improving the quality of life in these people with less education.

Key words. Quality of life; oral health; preschool child; Perú.

Capítulo 1. MARCO TEÓRICO

La calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) es la percepción del individuo frente a las principales afecciones bucales en la vida diaria, así como a las limitaciones en las funciones principales del aparato estomatognático y en el estado psicológico del paciente y su entorno familiar. ⁽¹⁾

Las enfermedades orales constituyen un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de los individuos, sobre todo menores de edad, ya que estos dependen de sus padres para poder tomar decisiones. Por tanto, puede traer repercusiones en su estado físico y emocional, pues al presentar dolor dental esto puede traer consecuencias como dificultad para masticar, problemas para hablar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, alteración en el comportamiento, menor nivel de concentración en las clases, bajo rendimiento escolar, la necesidad de tratamiento, y gasto económico familiar. ^(2,3)

Existen factores que se asocian a una mala calidad de vida para el individuo. Uno de ellos es la desigualdad en el acceso al sistema educativo, ya que sigue siendo un problema para la población peruana. En el año 2012 se realizó una prueba de PISA donde se demostró que existen retos pendientes para mejorar el desempeño en educación secundaria. ⁽⁴⁾ Muchas veces, el nivel educativo influye en las acciones que puedan tomar las personas frente a los cuidados de salud oral del niño; además puede presentar complicaciones a la accesibilidad de servicios de salud ⁽⁵⁾ y dificultad para percibir una enfermedad oral. ⁽⁶⁾

Actualmente el Perú ha tenido un incremento económico de 3.1%, sin embargo sigue existiendo un alto nivel de desigualdad y pobreza (22.7%) baja productividad, informalidad laboral que afecta al 80% de los trabajadores. ⁽⁷⁾ Es por ello que el 1.7 millones de la población no se encuentran afiliados al seguro integral de salud, de los

cuales el 40% se encuentran en zonas rurales. Esto trae consecuencias en la salud oral y general del niño. ^(7,8) De este modo, se ha desarrollado instrumentos de medición para evaluar la CVRSB en preescolares y asociarlos con aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Sin embargo existen pocos estudios mostrando que los factores socioeconómicos influyen en la calidad de vida relacionada a salud oral en niños menores de cinco años, la cual es altamente variable entre poblaciones.

El presente estudio tiene como propósito evaluar la calidad de vida relación a la salud oral en preescolares de una institución educativa de Lima.

Capítulo 2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Evaluar la calidad de vida en relación a la salud bucal y los factores asociados a la misma en preescolares de una institución educativa pública de Lima.

2.2 Objetivos específicos

1. Evaluar las características sociodemográficas (género, edad, grado de instrucción) de los niños y padres de familia.
2. Evaluar la asociación entre calidad de vida y características sociodemográficas.

Capítulo 3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño del estudio

El presente estudio de tipo transversal, descriptivo-analítico evaluó la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 3 a 5 años de edad, asistentes a una Institución Educativa Inicial del distrito de Chorrillos, departamento de Lima. La mitad de la población de dicho distrito no tiene acceso a agua potable lo cual aumenta el riesgo de contraer enfermedades transmisibles. Asimismo no cuenta con la cobertura de filiación en el SIS (Sistema integral de salud), por lo que dificulta a muchas personas cubrir el porcentaje total de costo de un tratamiento que requieran realizar. ^(8,9)

3.2 Participantes y criterios de selección

El tamaño muestral se determinó mediante el software estadístico Epidat 4.0 (Xunta de Galicia/Organización Panamericana de la Salud). Se utilizó la fórmula de estimación de una media, a partir de los datos de una investigación de López-Ramos en una muestra similar en Lima: desviación estándar esperada de 10.2 puntos ⁽¹⁰⁾ con una precisión de 3.0 y un nivel de confianza del 95%. Se calculó un tamaño de muestra mínimo necesario de 195 personas.

3.3 Operacionalización de variable

ECOHIS (*Early Childhood Oral Health Impact Scale*) es un instrumento multidimensional que fue diseñado por Pahel y col. en el año 2006. ⁽¹¹⁾ Contiene características físicas, psicológicas, emocionales y sociales utilizadas para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en niños en edad preescolar y sus familias. ^(4,5) El ECOHIS consta de 13 preguntas. Todas las preguntas deben ser contestadas por los padres o responsables, ya que los niños muy pequeños no tienen suficientes habilidades cognitivas para evaluar su propia calidad de vida. **(Anexo 1)** Cada pregunta tiene seis opciones de respuesta: 0 = nunca; 1 = casi nunca; 2 = algunas veces; 3 = con frecuencia; 4 = muy a menudo; 5 = no sabe/no contesta. Las respuestas "no sabe/no contesta" se contabilizarán como cero. Luego se determina el resultado del cuestionario utilizando el método de rango intercuartílico, para obtener terciles y dar un total que varía entre 82 – 73 y 44, en donde puntuaciones mayores a 44 indican una mala calidad de vida relacionada a la salud bucal. **(Anexo 1)**

Las características sociodemográficas evaluadas en el estudio son género, edad del preescolar; género, edad y grado de instrucción del responsable del menor.

3.4 Desarrollo de la intervención

Se solicitó permiso al director y coordinadora de la institución para autorizar la ejecución del proyecto dentro del área estudiantil realizado en el año 2016.

Los padres y/o apoderados fueron previamente contactados para asistir a una reunión realizada en la institución, en la cual recibieron aclaraciones sobre los objetivos del estudio. Los padres y/o apoderados que aceptaron participar firmaron un consentimiento

informado. Asimismo, se les indicó que respondan un cuestionario autoaplicado. La investigadora estuvo presente para aclarar dudas. Todos los cuestionarios fueron llenados por los padres/ apoderados y devueltos al final de la reunión.

3.5 Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos en el programa Excel y procesados en el programa estadístico Stata versión 12.0. Se realizó la estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas) de las variables categóricas y para las variables numéricas se calculó la media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. Para el análisis bivariado entre variables numéricas se calculó la prueba de Coeficiente de correlación de Spearman, y para evaluar diferencias entre el promedio de ECOHIS según las variables categóricas, se utilizó la prueba T de Student. Por último, calculamos coeficientes crudos y ajustados, así como sus intervalos de confianza al 95%, a través de modelos lineales generalizados de la familia Gaussiana y enlace identidad. El modelo de múltiples variables es un método similar a una regresión lineal donde se incluyó a todas las variables de estudio. Todos los análisis se realizaron considerando un valor de p menor a 0.05 como estadísticamente significativo.

Capítulo 4. RESULTADOS

4.1 Descripción de la población

Entre las características observadas de los niños, se halló que aproximadamente la mitad eran mujeres (51,8%) y la media de la edad fue de 4 años (d.e.: 0,8). La mayoría de los responsables del cuidado del menor fueron mujeres (66,3%). La media de puntaje del Ecohis fue de (30.7). Las características de los niños y sus cuidadores se encuentran detalladas en la Tabla 1.

4.2 Factores asociados a la calidad de vida: Análisis bivariado

La calidad de vida no se mostró asociada a características del niño, género ni edad del responsable del menor. Se encontró que hay diferencia en el promedio de calidad de vida de los padres de familia con educación superior y de los padres de familia con educación secundaria. (16.0 vs 32.5; $p < 0.001$). El detalle se encuentra en la Tabla 2.

4.3 Factores asociados a la calidad de vida: Análisis de múltiples variables

En el análisis crudo, solo se encontró que los padres de familia con educación superior reportaron mejor calidad de vida que los padres con educación secundaria o menor (Coef.: -16.5; IC95%:-22.2, -10.8). Igualmente, en el análisis ajustado, los padres de familia con educación superior tuvieron, en promedio, 16.4 puntos menos en el ECOHIS comparado con los padres de familia con educación secundaria o menor (Coef.: -16.4; IC95%: -22.1, -10.6). No se encontró asociación con ninguna otra variable (Tabla 3).

TABLA 1**Características sociodemográficas de niños en edad pre-escolar de un colegio público de Lima 2016 (N=199).**

Variables	N	%
Edad (años)*	4.0	0.8
Género		
Masculino	96	48.2
Femenino	103	51.8
Edad del padre†	32	11
Género del padre		
Masculino	67	33.7
Femenino	132	66.3
Educación del padre		
Secundaria o menos	177	88.9
Superior	22	11.1

*Media y desviación estándar.

†Mediana y rango intercuartílico.

TABLA 2

Asociación de la calidad de vida en relación a la salud oral y características sociodemográficas: Análisis bivariado (N=199)

Variables	Calidad de vida		Valor de p [†]
	Media	D.E.	
Edad del niño	-0.00*	-	0.977
Género del niño			
<i>Masculino</i>	29.6	14.3	0.314
<i>Femenino</i>	31.6	13.4	
Edad del padre	0.09*	-	0.192
Género del padre			
<i>Masculino</i>	31.1	13.6	0.764
<i>Femenino</i>	30.5	14.1	
Educación del padre			
<i>Secundaria o menos</i>	32.5	13.2	<0.001
<i>Superior</i>	16.0	10.4	

*Coeficiente de correlación de Spearman.

†Prueba T de Student.

Tabla 3

Características sociodemográficas asociadas a calidad de vida en preescolares de una institución educativa pública de Lima: Análisis crudo y ajustado* (N=199)

	Coefficiente crudo	(IC 95%)	Valor p	Coefficiente ajustado	(IC 95%)	Valor p
Edad (años)	0.12	(-2.25, 2.50)	0.918	-0.62	(-2.85, 1.59)	0.580
Género						
<i>Femenino</i>	Ref	-		Ref	-	
<i>Masculino</i>	-1.98	(-5.84, 1.87)	0.313	-1.13	(-4.73, 2.45)	0.535
Género del padre						
<i>Femenino</i>	Ref	-		Ref	-	
<i>Masculino</i>	-0.62	(-4.71, 3.45)	0.764	-1.45	(-5.30, 2.39)	0.458
Edad del padre (años)	0.21	(-0.02, 0.44)	0.080	0.20	(-0.02, 0.43)	0.076
Educación del padre						
<i>Secundaria o menos</i>	Ref	-		Ref	-	
<i>Superior</i>	-16.54	(-22.2, -10.83)	<0.001	-16.38	(-22.13, -10.63)	<0.001

*Modelo lineal generalizado de familia Gaussiana y enlace identidad.

TABLA 4

**Comparación de estudios que evalúan la calidad de vida relacionada a la salud oral
muestras de diferentes lugares.**

Autor	Edad P Años	Año Publicación	País- Ciudad	N	Media	Factor asociado	Contexto
Abanto	2-5	2011	Brasil Sao paulo	260	9.2	Caries dental Ingreso económico	Clínica
Ortiz	0-5	2016	Brasil Santa María	547	1.3	Caries dental Ingreso económico	Clínica
Ramos Jorge	3-5	2014	Brasil Diamanti na	451	15.2	Caries dental	Hospital
Costa	1-3	2017	Brasil Pelotas	537	1.7	Madres con síntomas de depresión y ansiedad percibieron menor calidad de vida.	Clínica
Nascimento	1-5	2015	Brasil Santa María	478	1.9	Mordida abierta	Clínica
Renata Saraiva	1-5	2014	Brasil Sao paulo	478	1.8	Caries dental Nivel socioeconómico	Clínica
Oliveira	5	2004	Brasil Pelotas	337	2.7	Lesión de mucosa oral	Clínica
Feldens	1-5	2016	Brasil Canoas	1275	0.8	Fractura de esmalte dental	Clínica

Tabla 4

**Comparación de estudios que evalúan la calidad de vida relacionada a la salud oral
muestras de diferentes lugares.**

Autor	Edad	Año	País Ciudad	N	Media	Factor asociado	Contexto
Chaffee	3-5	2017	Brasil Canoas	456	1.9	Caries dental Nivel social bajo	Hospital
Goettems	2-5	2012	Brasil Pelotas	230	3.3	Menor grado de nivel de educación del padre.	Hospital
López	3-5	2013	Perú Huaura	153	15.5	Caries dental	Hospital
Torres	3-5	2015	Perú Lima	95	20.1	Caries dental	Hospital
Jankauskiene	2-6	2012	Lituania	97	21.3	Caries dental	Clínica
Shanshan	0-5	2008	Francia	398	3.7	Caries dental	Clínica
Born	1-6	2016	Carolina del norte	111	3.9	Padres de habla español reportaron menor calidad de vida	Hospital

Capítulo 5. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como finalidad evaluar la calidad de vida en relación a la salud oral en preescolares y conocer si existe asociación con características sociodemográficas. En la escala de ECOHIS (de 0 a 52 puntos), los participantes presentaron una media de 30.7 puntos. Además, un nivel educativo bajo se asoció a una menor calidad de vida.

La media en el puntaje del ECOHIS en nuestra muestra fue más alta que en los estudios encontrados en la literatura. La mayoría de estudios realizados en países desarrollados, en desarrollo tanto en Latino América y otras partes del mundo, reportan puntuaciones menores a 20. ^(12, 13, 14, 15,16) Las medias de los estudios mencionados se encuentran en la Tabla 4.

En el Perú se han encontrado dos estudios realizados en relación al tema. Uno de ellos se realizó en una institución educativa pública de Huaura (ciudad urbana fuera de la capital) y el otro en un hospital especializado en cuidados pediátricos de Lima. Las medias de ECOHIS en los estudios mencionados fueron 15.5 y 20.1, respectivamente. ^(10,17) Sin embargo en el presente estudio, es importante resaltar que el puntaje fue mayor, esto se debe a que la población de estudio pertenece al distrito de Chorrillos, por lo cual, en el año 2009 se determinó que el 17.2 % de la población fue considerado pobre. ⁽¹⁹⁾ Así mismo, en el año 2012, se registró que solo el 16.2% de los pobladores se encontraban afiliados en un seguro de salud, siendo el sexto distrito de Lima Metropolitana con menos cobertura de afiliación. ⁽²⁰⁾ Por otro lado, el acceso de estudiantes peruanos en el sistema educativo ha ido incrementando de a pocos, por lo que aun, la calidad de la educación, en particular en la educación secundaria, sigue siendo baja, según los resultados del país en las pruebas PISA. ⁽⁷⁾ La educación es un

derecho fundamental para todos los ciudadanos y juega un papel importante para el desarrollo del país ya que promueven mayor igualdad en el sistema de salud, inclusión social y avances tecnológicos necesarios para fomentar un mayor desarrollo inclusivo en el país.

Sin embargo, la media de ECOHIS de estudios realizados en Brasil (Santa María, Sao Paulo) es menor, ya que las condiciones económicas, políticas y sociales son favorables. La población de Brasil experimenta un considerable progreso socioeconómico y una mejora del bienestar en salud en las últimas dos décadas. Esto se debe a una combinación de sólidas políticas macroeconómicas, la implementación de programas de protección social y unas condiciones externas favorables. ^(21,22)

Por otro lado, en comparación al de otros estudios, la media de ECOHIS realizado por Jankauskiene en Lituania es mayor (21.3). Lituania es un país que durante los años 2007- 2010 ha mejorado en lo que es salud, por lo que las tasas de mortalidad han disminuido. Sin embargo, la media de dicho estudio es alta, debido a que la muestra correspondía a niños que provenían de una clínica de prevención y pediatría dental, donde la mayoría presentaba problemas en salud bucal como, la caries dental. Es por ello que se consideró como una mala CVRSB. ⁽²³⁾

Con respecto a las características sociodemográficas y calidad de vida, en este estudio se encontró que el bajo nivel educativo se asoció a una menor calidad de vida relacionada a salud oral. Los resultados de otros estudios son heterogéneos. Por ejemplo, en Sri Lanka, Nanayakkara y col. encontraron que los hijos de padres de familia con bajo nivel de educación presentan mala calidad de vida relacionada a la salud oral. ⁽²⁰⁾ Hallazgos similares han demostrado que un menor ingreso económico

familiar y el estatus social, se asocia con mala calidad de vida relacionada a salud bucal ^(24,25,26,27) Por otro lado, hay estudios en los que no se ha encontrado asociación entre nivel de educación y calidad de vida, sino con otros factores cercanos, como nivel social y económico. Por ejemplo en Brasil, Chaffee y col. demostraron que hay peor calidad de vida con los niños que presentan caries dental, sobre todo cuando los padres de familia pertenecen a un grupo social bajo.⁽²³⁾ Así mismo en Brasil, Saraiva y col. hallaron que existe menor calidad de vida en preescolares cuando los cuidadores pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. ^(16,28, 29,30) La Tabla 4 también muestra los factores asociados encontrados en cada estudio.

5.1 Limitaciones y fortalezas

Nuestro estudio presenta ciertas limitaciones. Una de ellas es que la muestra de preescolares incluida no es representativa porque es de un solo centro educativo en un distrito de Lima. Así mismo, la medición de la variable de respuesta podría estar sujeta a sesgo de deseabilidad social; sin embargo, ECOHIS ha demostrado ser bueno y estar asociado a indicadores clínicos ^(31,32), Adicionalmente, podría existir confusión debido a la influencia de otras variables que no fueron evaluadas en el presente estudio, como si el cuidador fuera el padre/madre del niño ^(33,34), tener hermanos ^(35, 36,37), si el cuidador trabaja ^(38, 39,40), entre otras.

Capítulo 6. CONCLUSIONES

La media de ECOHIS en los preescolares de la institución educativa pública de Lima, estudiados en nuestro estudio fue alta. El bajo nivel educativo del cuidador se asocia a una menor calidad de vida relacionada a la salud oral. Es necesario establecer estrategias de promoción y prevención con especial énfasis en mejorar la calidad de vida en persona con bajo nivel educativo. Por otro lado, se recomienda realizar estudios futuros en relación a esta temática, ya que hemos encontrado pocos estudios peruanos y heterogeneidad entre los resultados. Asimismo sería importante que se evalúen qué otros factores sociodemográficos y marcadores de inequidad se podrían asociar a la calidad de vida relacionada a la salud oral, especialmente en las regiones de Sierra y la Selva.

Capítulo 7. REFERENCIAS

1. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Rev Med Chile*. 2012; 30(1): 61-71.
2. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de la salud bucodental: métodos básicos. 4ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1997.
3. Villena R. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. *Rev Estomatol Herediana*. 2011; 21(2):79-86.
4. Alfageme, A. y J. Guabloche, “Educación técnica en el Perú: Lecciones aprendidas y retos en un país en crecimiento”, *Rev Moneda* 157. 2014; 28(5): 629-640.
5. Haverman L, Engelen V, Van M, Heymans H, Grootenhuis M. Monitoring health-related quality of life in pediatric practice: development of an innovative web-based application. *BMC Pediatrics*. 2011; 11(3): 1471-2431.
6. Monalisa C, Pinto T, Costa E, Castro C, Granville A, Martins S. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health and Qual Life Outcomes*. 2014; 12(55): 431- 40.
7. PCM/MEF (2016), Informe Preelectoral, Administración 2011-2016, Presidencia del Consejo de Ministros y Ministerio de Economía y Finanzas, República del Perú, Enero
8. Guedes DP. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;35(1):46-52.

9. Wallander J, Schmitt M. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *J Clin. Psychol.* 2013; 57(4): 571-85.
10. Ministerio de Salud Pública. Caries. Guía Práctica Clínica. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/CARIES.pdf>
11. Ministerio de Salud (MINSA). Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida Saludables perdidos. 2012 [citado 10 de febrero 2017]. Disponible desde: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>
12. López, R. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura. *Rev estomatol Herediana.* 2013; 23(3): 139-47.
13. Pahel B, Rozier R. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2007; 30(6): 175- 80.
14. Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Corrêa-Faria P, Oliveira Ferreira-F, Marques LS, Ramos-Jorge ML: Impacto de la caries de la primera infancia en la salud bucodental de la calidad de vida de los niños en edad preescolar y sus padres. *Caries Res.* 2013, 47: 211-218.

15. Born CD, Divaris K, Zeldin LP, Rozier RG. Influences on preschool children's oral health-related quality of life as reported by English and Spanish-speaking parents and caregivers. *J Public Health Dent.* 2016;76(4):276-286.
16. De Oliveira LJ, Torriani DD, Correa MB, Peres MA, Peres KG, Matijasevich A, Dos Santos Ida S, Barros AJ, Demarco FF, Tarquinio SB. Oral mucosal lesions'impact on oral health-related quality of life in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015;43(6):578-85.
17. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013 Aug; 41(4):327-35.
18. Saraiva Guedes Renata. Efeito de variáveis individuais e contextuais na qualidade de vida relacionada á saúde bucal em pre-escolares.2012. Tese. Universidade Federal Sta. Maria Posgraduade.Faculdade de Ciencias de Saúde.
19. Torres G. impacto de la caries de infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud en niños peruanos menores de 71 meses de edad. *Odontol. Sanmarquina* 2015; 18(2):87-94
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Una mirada a Lima Metropolitana. 2014. [citado 10 Feb 2017]. Disponible desde: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1168/libro.pdf

21. Ministerio de Salud (MINSA). Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida Saludables perdidos.2012 [citado 5 de jul 2017]. Disponible desde: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>

22. Ministerio de Salud (MINSA). Plan operativo anual: red de salud Barranco Chorrillos Surco. 2015 [citado 5 jun 2017]. Disponible desde: http://www.redbcs.gob.pe/transparencia/datosgenerales/POA/POA_2015.pdf

23. IBGE. Estimativas de Población, Economía y Geociencias. 2006 [citado 5 jun]. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>

24. La economía de Brasil: presente y futuro: IPEC · Provincia de Santa Fe. 2015 [citado 5 jul 2017]. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/219987/1145933/version/1/file/2015+julio+20+Brasil+hr.pdf>

25. Rodríguez Pedro. Las repúblicas bálticas frente a Europa y Rusia. 2015 [citado 10 07 2017]. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-69162015000100112&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1870-6916.

26. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. Community Dent Oral Epidemiol. 2017; 45(3):216-224.

27. Nanayakkara V. Ethnic and socio-economic disparities in oral health outcomes and quality of life among Sri Lankan preschoolers: a cross-sectional study. *Int J Equity Health*. 2013; 12(1):89.
28. Shaghaghian S, Bahmani M, Amin M. Impact of oral hygiene on oral health-related quality of life of preschool children. *Int J Dent Hyg*. 2015; 13(3):192-8.
29. Feldens CA, Day P, Borges TS, Feldens EG, Kramer PF. Enamel fracture in the primary dentition has no impact on children's quality of life: implications for clinicians and researchers. *Dent Traumatol*. 2016; 32(2):103-9.
30. Firmino RT, Gomes MC, Clementino MA, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Impact of oral health problems on the quality of life of preschool children: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*. 2016; 26(4):242-9.
31. Costa FDS, Azevedo MS, Ardenghi TM, Pinheiro RT, Demarco FF, Goettens ML. Do maternal depression and anxiety influence children's oral health-related quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 [Articulo en prensa]
32. Guedes RS, Piovesan C, Antunes JL, Mendes FM, Ardenghi TM. Assessing individual and neighborhood social factors in child oral health-related quality of life: a multilevel analysis. *Qual Life Res*. 2014; 23(9):2521-30.

33. Thomson WM, Foster Page LA, Malden PE, Gaynor WN, Nordin N. Comparison of the ECOHIS and short-form P-CPQ and FIS scales. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; 12:36.
34. Arrow P, Klobas E. Evaluation of the Early Childhood Oral Health Impact Scale in an Australian preschool child population. *Aust Dent J*. 2015;60(3):375-81.
35. Jesline M. James, Manjunath P. Puranik, K.R. Sowmya. Mothers' Sense of Coherence as a Predictor of Oral Health Related Quality of Life Among Preschool Children: A Cross-Sectional Study. *J Indian Assoc Public Health Dent*. 2017 Jun; 15(1): 11-15.
36. Pani SC, Badea L, Mirza S, Elbaage N. Differences in perceptions of early childhood oral health-related quality of life between fathers and mothers in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent*. 2012; 22 (4):244-9.
37. Leal sc. Untreated Cavitated Dentine Lesions: Impact on Children's Quality of Life. *Caries Res* 2012; 46 (2):102–106.
38. Ortiz FR. Toothache, associated factors, and its impact on Oral Health- Related Quality of Life (OHRQoL) in preschool children. *Brz Dent*. 2014; 25(6): 546-53.
39. Abanto J. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39(1): 105-14.

40. Goettems et al. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.*2012; 10(1): 1- 7.

41. Nascimento G. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life of preschool children. *Rev Gaúch Odontol, Porto Alegre.*2015; 63(1): 33-40.

42. Masumo R. Child- and family impacts of infants' oral conditions in Tanzania and Uganda– a cross sectional study. *BMC Res Notes.* 2012; 5(1):538.

ANEXOS



ANEXO 1

Aprobación de Comité de Ética

CEI/044-06-17

Chorrillos, 08 de junio del 2017

Alumna

Daniela Aguilar Huamán

Alumna de la Carrera de Odontología

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

Presente.-

Ref. PI006-16: Percepción de los padres de familia en relación al impacto en la calidad de vida en preescolares con caries dentales en una institución educativa pública en el año 2016-2017

Estimadas Investigadoras:


Hemos recibido el protocolo de investigación, y los documentos de soporte, los cuales han sido revisados en detalle. Luego de esta revisión, el Comité de Ética e Investigación (CEI) de la Facultad de Ciencias de la Salud ha determinado que este proyecto está **APROBADO** y pueden proceder con su ejecución.

Los investigadores deben de informar al Comité sobre cualquier cambio en el protocolo posterior a este dictamen. Del mismo modo, de forma anual y desde esta fecha, los investigadores deben enviar un breve informe de avances al Comité y un breve informe final al momento del cierre definitivo del estudio. El comité se reserva el derecho de supervisar de manera inopinada la progresión de la investigación en cualquier momento y bajo cualquier modalidad.

Esta aprobación tiene una duración de 18 meses a partir de la fecha de esta carta, la que puede ser renovada de ser requerido por los investigadores

Sin otro particular quedo de ustedes

Atentamente.



Eddy Segura Paucar.
Presidente del Comité de Ética
Facultad de Ciencias de la Salud



ANEXO 2

Ficha de recolección de datos

GÉNERO DEL PADRE: Femenino Masculino

GÉNERO DEL NIÑO/A: Femenino Masculino

EDAD DEL NIÑO:

EDAD DEL PADRE:

GRADO DE INSTRUCCION DEL PADRE:

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Técnico completo

Técnico incompleto

Superior completo

Superior incompleto



ANEXO 3

Escala de impacto de salud bucal en la primera infancia (ECOHIS)

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe/ No contesta
a) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dolor en los dientes, boca o mandíbula?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para beber bebidas calientes o frías , debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?	0	1	2	3	4	5
c) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para comer algunos alimentos a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para pronunciar algunas palabras , por problemas dentales o tratamientos odontológicos?	0	1	2	3	4	5
e) ¿Con qué frecuencia su hijo ha perdido días de asistencia a su actividad preescolar , de guardería o escuela por problemas dentales o tratamientos odontológicos?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido problemas para dormir debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?	0	1	2	3	4	5
g) ¿Con qué frecuencia su hijo se ha manifestado enojado o frustrado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) ¿Con qué frecuencia su hijo ha evitado la sonrisa por problemas dentales o tratamientos odontológicos?	0	1	2	3	4	5
i) ¿Con qué frecuencia su hijo ha evitado hablar debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha sido alterado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?	0	1	2	3	4	5
k) ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable por los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

l) ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha debido ocupar tiempo a causa de los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?	0	1	2	3	4	5
m) ¿Con qué frecuencia los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo han determinado impacto económico en su familia ?	0	1	2	3	4	5



Anexo 4

Escala de impacto de salud bucal en la primera infancia (ECOHis)

Dominios

Secciones	Cantidad de preguntas ()
Impacto en el niño	
Síntomas orales	(1)
Limitaciones funcionales	(4)
Aspectos psicológicos	(2)
Autoimagen/ interacción social	(2)
Impacto en la familia	
Angustia de los padres	(2)
Función familiar	(2)