

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

"Dr. Raúl Dorticós Torrado"

Título: Prevalencia de caries dental y su relación con factores de riesgo en niños de 5-11 años de la Escuela Primaria: Ignacio Pérez Rivas. Cartagena, Rodas. 2021-2022.

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.

Autor:

Dr. Alberto Romero González.

Residente de 2^{do} año en EGI

Tutora:

Msc. Mercedes Cueto Hernández.

Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Msc. Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente.

"Año 63 de la Revolución"

Cienfuegos, 2022.



Resumen

Fundamento: La caries dental constituye actualmente la enfermedad más frecuente en el ser humano. Es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la infancia, extendida por todo el mundo sin distinción de raza o género. **Objetivo:** Describir la prevalencia de caries dental y su relación con los factores de riesgo asociados en los pacientes de 5 a 11 años de la escuela primaria “Ignacio Pérez Rivas” de Cartagena en el Municipio Rodas, entre los meses de noviembre a Julio 2021-2022. **Tipo de estudio:** observacional, descriptivo de corte transversal ambispectivo. **Universo:** 268 pacientes. **Muestra:** 203 pacientes. **Variables estudiadas:** edad, sexo, factores de riesgo, clasificación epidemiológica, satisfacción con la atención recibida. **Período del estudio:** 2021-2022. **Procesamiento de la información:** Microsoft Excel 2016. **Conclusiones:** Predominó el sexo femenino representando un 61% del total de los pacientes, la edad predominantes fue 11 años con 31 pacientes que represento en total el 15.3%.El 85% de los pacientes tenían como factor de riesgo la Dieta cariogénica siendo este el más predominante. Predominaron los pacientes enfermos (Grupo III) con un total de 108 que representan el 53.2%.La gran mayoría de los padres o tutores legales se encontraban satisfechos con la atención estomatológica recibida anteriormente.

Palabras claves: Caries dental, salud bucal, factores de riesgo.

Exergo

El futuro tiene muchos nombres, para los débiles, es lo inalcanzable, para los temerosos, lo desconocido y para los valientes la oportunidad.

Victor Hugo

Dedicatoria

A mi familia, quienes me enseñaron que el mejor conocimiento que se puede tener es el que se aprende por sí mismo, a mi querida esposa la cual has sido mi mayor apoyo en mis estudios y en mi desempeño profesional. A mis amigos por estar...

Agradecimientos

Agradezco a todas las personas que conjugaron el verbo ayudar para hacer posible la recopilación, confección y revisión de esta investigación. A ellos, que tradujeron esmero y amor en infinitas horas de trabajo, a mi familia en general, mi pareja que con paciencia y cariño fue partícipe en el desarrollo de mi carrera, a mi tutora Mercedes Cueto Hernández que me brindó todo el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores y a la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado por ser la sede de todo el conocimiento adquirido en estos años.

Índice

Introducción.....	1
Objetivo	8
Marco Teórico	11
Diseño Metodológico.....	21
Análisis y Discusión de los Resultados	25
Conclusiones.....	30
Recomendaciones.....	31
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

Introducción

La atención estomatológica a niños se comenzó a desarrollar en Cuba en la década de los 60, cuando se contaba con pocos recursos para ello, lo cual permitía una pobre cobertura asistencial. En 1983 se estableció el Programa Nacional de Atención Estomatológica a la población menor de 15 años de edad y 3 años más tarde se estableció el reglamento del Ministerio de Educación Primaria y Media y del Ministerio de Salud Pública para la atención estomatológica a niños, mediante resolución conjunta de ambos ministerios, lo cual se extendió a todo el país.^{1, 2}

La atención estomatológica al niño está centrada en la población de 0 a 19 años de edad, para lo cual hay que apoyarse en el ciclo vital del individuo. Cuando el niño transita por la primera infancia se dan consejos a la madre, relacionados con la alimentación y el control de hábitos nocivos para la salud; en la segunda, se comienza la atención estomatológica y se aplican todas las acciones de salud. De igual forma se continúa en la edad preescolar, en la escolar y luego en la adolescencia. De hecho, estas etapas presentan características específicas o particulares que de ellas depende el éxito en la ejecución de las acciones de salud.²

Entre las diversas afecciones bucales en las edades tempranas de la vida, las más comunes suelen ser: la enfermedad cariogénica, relacionadas con malos hábitos higiénico-dietéticos y las maloclusiones, vinculada a hábitos deformantes o patrones morfo genéticos heredados. Estos factores de riesgo pueden ser modificados, que es el objetivo fundamental de todas las acciones de educación para la salud.²

De hecho, el conocimiento adecuado de la higiene bucal es el pilar fundamental para evitar estas enfermedades en los niños. Este depende, entre otros aspectos, de la educación transmitida de padres a hijos desde que son pequeños, así como de las actividades de prevención y promoción de salud que efectúa el personal que brinda atención estomatológica integral en círculos infantiles, escuelas y en la

comunidad, en coordinación con los convenios establecidos MINED-MINSAP, respaldado por el programa de Atención Estomatológica al menor de 19 años de edad.^{3,4}

Se define a la caries dental como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y por causa del desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, esto da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de los tejidos duros. En el proceso de destrucción del diente se alternan períodos de progresión con fases de detención y reparación parcial del daño tisular, y esta enfermedad depende de un equilibrio entre la naturaleza y la intensidad de la respuesta biológica del huésped, y se establece en la boca mucho tiempo antes de producir manifestaciones clínicas en forma de lesiones visibles.³

Para otros autores o investigadores las lesiones cariosas son resultado de la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de aquellas bacterias capaces de fermentar carbohidratos, en especial, azúcares. La OMS define la caries dental como un proceso localizado de origen externo que se inicia después de la erupción dentaria determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de una cavidad.⁴

Las caries son ocasionadas por una bacteria llamada *Streptococcus mutans*, que se transmite por medio de la saliva. Las bacterias se concentran en forma de placa en las superficies lisas de los dientes y se activan cuando hay carbohidratos fermentables como el azúcar y al hacerlo producen ácido. Este ácido formado por las bacterias ataca la superficie del diente, destruyendo su esmalte y deteriorándolo de tal forma que va ocasionando su destrucción al penetrar a su interior. Se manifiesta con dolor muy intenso, cuando la caries después de atravesar la pulpa, llega hasta el nervio. Este proceso empieza poco después de comer y sigue durante por lo menos 20 minutos después.⁵

La caries dental es una enfermedad multifactorial asociada a la interrelación de varios factores, imprescindible para que se inicie la lesión: el huésped (una superficie de los dientes susceptible), las bacterias (en especial el microorganismo patógeno y cariogénico: *Streptococcus mutans*) y la dieta (a base de carbohidratos adherido o entre los dientes, que les permiten a las bacterias sobrevivir y multiplicarse). Posteriormente fue adicionado el factor tiempo, que permitió esclarecer de una forma más precisa la formación de la caries dental. Para que se desarrolle la misma se necesita el factor tiempo, por lo que cuanto más edad tenga una persona más probabilidad tendrá de presentar caries. Esta afección constituye el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier edad, sexo, raza y época; teniendo una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y ausencia de hábitos higiénicos. Una alimentación inadecuada, higiene bucal deficiente y la falta de fluoruro fomentan las condiciones ideales para que esta bacteria produzca ácidos que desmineralizan el esmalte dental y causen la caries dental. La peor práctica alimenticia en los seres humanos es el consumo frecuente de alimentos ricos en azúcar, ya sea en forma de líquidos o alimentos entre comidas, dulces de menta u otras golosinas.^{6, 7}

Antecedentes

La caries dental, es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo, en muchos hallazgos arqueológicos de babilónicos, romanos y egipcios se han hecho estas observaciones, en el papiro de Ebers se hace alusión al dolor que producen las piezas dentarias enfermas. También se dice que la caries dental es una enfermedad muy antigua, que no empezó a representar un problema importante hasta finales del siglo XIX, aumentando su prevalencia e incidencia a principios de nuestro siglo y convirtiéndose en un grave problema sanitario, sobre todo en los

años 1950-60. Es una enfermedad transmisible e irreversible que afecta a más del 90% de la población mundial.⁸

Hipócrates, dedicó varios capítulos a las enfermedades de los dientes y su tratamiento. Fue el creador del término muela del juicio para designar al tercer molar, consideró al frío como enemigo de los dientes, enfatizó que los restos de alimentos almacenados son una consecuencia de la caries dental, trató las fracturas mandibulares ligando unos dientes con otros por medio de seda o alambres de oro y realizó tratamiento para la odontalgia. Reservó la extracción dentaria como último recurso y solamente la realizaba cuando se agotaban todos los métodos posibles de cura.⁸

Aristóteles en el 350 a.c también se interesó en el estudio de los dientes. En Odontología, escribió sobre ungüentos y procedimientos de esterilización usando un alambre caliente para tratar las enfermedades de los dientes y de los tejidos orales, también sobre la extracción dental y el uso de alambres para estabilizar fracturas maxilares y ligar dientes perdidos. Así como lo hace en el siglo I Aurio Celso. En el siglo II, Galeno, médico griego aconseja limpiar los dientes con lima. Ya en 1978 a partir de los estudios de Pierre Fauchard, conocido como el padre de la Odontología Moderna, es considerada a la odontología como una rama científica diferente a la Medicina. Es entonces a partir de estos momentos, que en distintos países comienzan los aportes al desarrollo de la profesión dental, ante los problemas crecientes de las enfermedades que afectan los dientes y la boca.⁸

En el Siglo XX, las enfermedades dentales toman más relevancia en el ámbito científico moderno. Se demuestra científicamente la importancia de la salud bucal en el mantenimiento de la salud general y cómo las enfermedades odontológicas influyen directamente en el proceso salud-enfermedad de los individuos. En 1901 Mc Kay, estableciendo su práctica en Colorado Estados Unidos, advierte las curiosas “manchas” en los dientes que muestran los residentes de la zona y refiere que los pacientes con esta condición son menos propensos a la caries, determina que algún agente presente en el agua es quien causa esta condición, y después

de estudiar este fenómeno por muchos años evidencia alta presencia de flúor en el agua y relaciona el flúor con la disminución de la caries.⁸

Según estudios epidemiológicos la mayor incidencia de la caries dental es entre los 5 a 12 años de edad y su mayor prevalencia es en el adulto joven (18 a 25 años de edad). A nivel mundial se ha mostrado una tendencia a la disminución en la prevalencia y severidad de esta enfermedad. Esta tendencia favorable ha demostrado estar relacionada con el desarrollo económico, pues se observa mayor reducción de los índices de la enfermedad en los países desarrollados, mientras que en los países en desarrollo esta disminución es menos pronunciada. Estudios epidemiológicos en diversos países han demostrado descensos importantes en la prevalencia de caries, particularmente en la población joven de países desarrollados^{9,10}.

Varios factores han contribuido a este cambio, uno de los más determinantes ha sido la utilización de medidas preventivas relacionadas con el uso del fluoruro por diferentes vías¹¹. Sin embargo esta enfermedad continúa siendo un problema público importante en los países subdesarrollados, según algunos investigadores debido al aumento constante del consumo de hidratos de carbono, la incorporación irregular de programas de flúor cuando estos existen y la carencia en la oferta a la población de programas preventivos e integrales en los servicios estomatológicos. En poblaciones de China y África no se informa un incremento considerable de los índices de caries, observándose varias tendencias en este último continente. Otros autores plantean que en países en vías de desarrollo se presenta un patrón lento y progresivo de formación de lesiones cariosas. En este sentido, no entran en consideración los países de América Latina, donde los índices son elevados y el progreso de la lesión cariosa es rápido, como lo demuestran estudios realizados en República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, con cifras entre 85 % y 97% de la población afectada.^{12,13}

Estudios realizados en Colombia en niños con difícil acceso a los servicios de salud revelan que, aproximadamente el 5 % de los niños con 1 año de edad,

presentan caries, aumentando para el 10 % en el segundo año de vida, de manera que a los 5 años, 3 de cada 4 niños en edad preescolar presentan caries en dientes deciduos. Los datos más recientes de los países desarrollados demuestran que el rango de porcentaje de niños libres de caries a la edad de 5-6 años va de 50 % en EE.UU., hasta 72 % en Suecia, mientras que en los países europeos en desarrollo, la experiencia de caries en niños de 5 y 6 años es más alta, con un rango de variación del porcentaje de niños libres de caries entre 10 y 30 %.^{14, 15}

Los últimos estudios epidemiológicos en preescolares españoles indican que, independientemente de la comunidad autónoma, casi el 20% de los niños tiene caries a los tres años y el 40% a los cinco años.¹⁶

Un estudio de prevalencia de LIC en niños de 6 a 11 años, que reportan Nazco, Gispert y Ventura, demostró que el 22,5 % de los escolares presentaba estas lesiones, de ellos el 60,1 % correspondió al sexo femenino. El 19,5 % del total de niños presentó una lesión y sólo el 3 % tuvo 2 lesiones incipientes de caries dental.¹⁷

Estudios realizados en Granada indican que en la dentición permanente el grado de afección de la enfermedad fue el siguiente: -7 años: 55,6 %, -12 años: 83,0 % y -18 años: 96,4%. Estudios recientes demuestran que más de la mitad de los niños presentaron lesiones de caries asociada generalmente con higiene bucal deficiente.^{18,19}

Estudios epidemiológicos demuestran que la caries dental constituye un proceso que se inicia desde las etapas tempranas del [desarrollo humano](#) y va incrementándose a medida que el individuo avanza en edad. En Brasil se ha observado una alta prevalencia de afecciones bucales en el conjunto de la población del país.²⁰

Los últimos estudios realizados en Cuba indican que existe una estrecha relación entre la mala higiene bucal (80 %) y la ingestión de alimentos azucarados (100 %) con la aparición de la caries dental. También se ha comprobado que a medida que

va aumentando la edad más elevado es el porcentaje de caries dental. Si se tiene en cuenta que la aparición de la caries no se detiene a esta edad es fácil entender que se pueda llegar fácilmente a un 99% o más de personas afectadas en la población adulta.^{21,22}

Justificación del problema

En Estomatología la tarea fundamental es la necesidad de preservar la salud bucal, aplicando Estomatología Integral y utilizando principalmente acciones preventivas encaminadas a los principales problemas de salud, incluyendo a la caries dental, que es considerada una de las más extensas dentro de las enfermedades bucales y la primera causa de pérdidas de los dientes en niños, adolescentes y adultos jóvenes.

A pesar de los avances alcanzados en el campo de la promoción prevención y curación de esta enfermedad, a través de la observación clínica y en el trabajo a diario en el consultorio estomatológico de Cartagena y los resultados del Análisis de la Situación de Salud Bucal, han demostrado una alta frecuencia de esta afección en diferentes grupos de edades, incluyendo las analizadas en el estudio. Todo esto me motivó a la realización de la presente investigación, que se basa en caracterizar la prevalencia de la caries dental en niños, para permitir identificar el nivel de necesidades de atención presente en esta población y elaborar programas preventivos de Educación para la Salud más eficaces con la finalidad de mejorar la calidad de vida de en estos individuos.

Definición del problema Científico

Los efectos de la Caries dental en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables. Los conocimientos profesionales actuales sobre la caries determinan que hoy en día a pesar del avance de las técnicas diagnósticas y preventivas que hacen posible el tratamiento de la enfermedad; no se han revertidos por parte de la población en

cuanto a la elevación de los conocimientos, habilidades y acciones preventivas, por lo que desarrollar medidas higiénico-sanitarias más eficientes, contribuirá a elevar la calidad de vida del pueblo de Cartagena.

Este trabajo tiene la finalidad de darle respuesta a uno de los principales problemas bucodentarios práctico y universal en la Estomatología mediante la siguiente pregunta:

¿Cuál será la prevalencia de la caries dental y los factores de riesgo asociados en los pacientes de 5 a 11 años, de la escuela primaria “Ignacio Pérez Rivas” en Cartagena, municipio Rodas entre los meses de Noviembre a Marzo 2021-2022?

Objeto de estudio.

Atención estomatológica a grupos priorizados.

Campo de acción.

Atención estomatológica a pacientes de 5 a 11 años, de la escuela primaria “Ignacio Pérez Rivas” en Cartagena, municipio Rodas.

Objetivo General.

Describir la prevalencia de caries dental y su relación con los factores de riesgo asociados en los pacientes de 5 a 11 años de la escuela primaria “Ignacio Pérez Rivas” de Cartagena en el Municipio Rodas, entre los meses de noviembre a marzo 2021-2022.

Objetivos específicos.

1. Determinar la prevalencia de caries dental de estos niños según las variables sociodemográficas de edad y sexo.
2. Identificar los factores de riesgo de caries dental que están presentes en estos niños.

3. Vincular la relación de las caries dentales con los factores de riesgo asociados a los niños.

Métodos aplicados

Teóricos.

1. Analítico-sintético: se utilizó durante toda la etapa de investigación, para poder establecer nexos, comparar resultados, determinar enfoques comunes y aspectos distintivos en los enfoques metodológicos estudiados y obtener conclusiones.
2. Inductivo-deductivo: a partir de las particularidades de la Caries Dental, se hizo las inferencias correspondientes desde las concepciones asumidas para el estudio de dicho proceso con enfoque desarrollador permitiendo dar respuesta a las interrogantes planteadas.
3. Histórico-lógico: se utilizó para conocer el surgimiento, evolución y desarrollo de la temática a investigar sobre todo en el proceso de formación con un enfoque desarrollador.
4. Sistémico: se utilizó para interpretar la propuesta del protocolo de intervención en lo relativo a su estructura y componentes, para lo cual se consideró como una totalidad (conjunto de componentes interrelacionados) cuyo funcionamiento está dirigido al logro de determinados objetivos (fomentar la promoción y educación para la salud) lo cual permitirá resolver la situación problemática señalada.

Empíricos.

1. Observación: constituyó un método de esencial utilización desde el inicio hasta el final de la investigación y permitió constatar las dificultades y logros que se obtienen y su contribución al proceso de formación de las habilidades prácticas propias de la profesión con un enfoque desarrollador.

2. Análisis de documentos: permitió profundizar en los antecedentes históricos y los resultados de estudios realizados con anterioridad, relacionados con el tema.

Matemáticos-estadísticos.

Se empleó la estadística descriptiva para la cuantificación de los resultados.

Marco Teórico

Concepto de caries dental

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre y aunque algunos estudios en la pasada década han indicado reducción en la prevalencia de la caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continua manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Otros autores lo definen como la descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra un proceso histológico bacteriano, el cual termina con la descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica.²³

Aquellas áreas de los dientes que no estén protegidas por la autolimpieza, tales como fosa, fisuras y puntos de contacto, son más susceptibles a presentar caries dental que aquellas expuestas a la autolimpieza, tales como superficies bucales y linguales.²³

Etiología

Existen numerosas evidencias que han permitido demostrar que la placa dental es un requisito indispensable para la iniciación de la caries dental. Es una agregación bacteriana homogénea, se desarrolla sobre la superficie expuesta del diente y comienza con la precipitación de una capa salivar. Esta última es una película orgánica compuesta principalmente de proteínas y glicoproteínas que se encuentran en la saliva que se deposita sobre la superficie del diente (Christersson y col, 2004). La película contiene pocas bacterias en etapas tempranas; sin embargo, pocas horas después de la acumulación las bacterias orales se adhieren a la película formando la base para la acumulación de placa. Bajo algunas condiciones como la adquisición de ciertas especies, la combinación de especies y una defensa no óptima del huésped, estas pocas bacterias pueden

causar una inflamación destructiva que en casos extremos puede causar la pérdida del diente.²³

La placa dental ha sido definida como un biofilm con las siguientes características específicas: son comunidades ecológicas que evolucionaron para permitir la supervivencia de la comunidad como un todo, la comunidad presenta cooperación metabólica, hay un sistema circulatorio primitivo, posee numerosos microambientes con diferentes radicales de pH, concentraciones de oxígeno y potenciales eléctricos, los biofilms resisten la defensa usual del huésped y resisten antibióticos sistémicos o locales y agentes antimicrobianos (Darveau y col, 1997).

²⁴

El grado de la cariogenicidad de la placa dental es dependiente de una serie de factores que incluyen: la localización de la masa de microorganismos en zonas específicas del diente como en las superficies lisas, fosas y fisuras y superficies radiculares; el gran número de microorganismos concentrados en áreas no accesibles a la higiene bucal o a la autolimpieza; la producción de gran variedad de ácidos (ácido láctico, acético, propiónico, etc.) capaces de disolver las sales cálcicas del diente y la naturaleza gelatinosa de la placa favorece la retención de los compuestos formados en ella y disminuye la difusión de elementos neutralizantes hacia su interior.²⁴

Leber y Rottenstein en 1867 y Millar en 1890, dedujeron los principios fundamentales implicados en el desarrollo de la caries dental. En su famosa teoría química parasitaria, Millar sugirió que las bacterias bucales convierten los carbohidratos de la dieta en ácidos, que son capaces de solubilizar el fosfato de calcio del esmalte y producir la lesión cariosa. Experimentos iniciales demostraron que ratas libres de gérmenes eran capaces de desarrollar caries dental cuando se infectaban con bacterias. Las evidencias de la transmisibilidad de la caries dental provienen de estudios realizados en hámster. Animales libres de caries dental no desarrollaban la enfermedad aún cuando se les diera una dieta altamente cariogénica. Ello solo ocurría cuando estos animales eran puestos en contacto con animales que si presentaban caries dental. Posteriormente se comprobó que

cuando los streptococcus aislados de lesiones cariosas en ratas, eran inoculados en la cavidad bucal de animales libre de gérmenes, estos eran capaces de desarrollar la enfermedad. La importancia de la dieta comienza a tomarse en consideración, al observar que la colonización y producción de caries por muchos streptococcus bucales ocurría solamente en presencia de sacarosa.²³⁻²⁴

Los carbohidratos se fraccionan en ácidos orgánicos como el ácido láctico que desmineraliza los dientes. Antes se culpaba a la sacarosa de este proceso. Estudios recientes han destacado el hecho que la prevalencia de caries se correlaciona bien con el consumo de sacarosa en comunidades donde la higiene oral es pobre y donde hay ausencia de flúor, pero no en otras partes. Ahora se reconoce que cualquier carbohidrato fermentable puede conducir igualmente a la caries dental.^{25,26}

Los dientes están recubiertos de un esmalte especial que los protege de cualquier agresión externa. Cuando esta capa va desapareciendo progresivamente por su descalcificación, deja de protegerlos y permite a los gérmenes presentes en la boca que puedan atacarlos. El streptococcus mutans, es considerado el principal agente etiológico de la caries dental en humanos y animales experimentales. Esta bacteria se transmite mayormente por la saliva por ejemplo: de la saliva de la madre o cuidadora al niño durante sus 30 primeros meses de vida y reside en la dentición, por lo que al menos el niño debe tener un diente para que se produzca la transmisión efectiva. La bacteria se alimenta de sacarosa y produce ácido como subproducto, degradando con ello el esmalte dentario.²⁶

En 1996, científicos de la Universidad de Helsinki observaron que los niños sin caries, tenían niveles muy bajos de esta bacteria. En cambio, los niños con caries tenían concentraciones extremadamente altas, como unas 100 veces superiores. Antes de la aparición del primer diente, alrededor de la mitad de los niños de 6 meses ya están infectados con Streptococcus Mutans. Según una investigación, a los 24 meses de edad el 84% de los niños había desarrollado una colonia considerable. Los factores asociados a estos casos fueron la ingesta de bebidas dulces antes de dormir, tomar demasiados alimentos dulces, picar entre comidas,

compartir comida con adultos y una presencia muy alta de dichas bacterias en la madre. Por el contrario, la falta de bacterias se asoció básicamente con el cepillado habitual de los dientes.²⁶

Varios factores pueden producir la caries dental. La principal causa es una alimentación rica en azúcares que ayudan a las bacterias a corroer el esmalte, aunque, dependiendo del tipo de azúcar, su incidencia varía. Otras causas son una mala higiene dental, la ausencia de flúor en el agua y la propia genética, que como se ha demostrado provoca la aparición de caries en algunos niños especialmente sensibles a pesar de seguir unos hábitos profilácticos correctos. Si bien la bacteria *streptococcus mutans* es la principal responsable de la caries, se han encontrado otros factores que también muestran una inesperada correlación con este problema: complicaciones durante el embarazo o el parto, nacimiento prematuro o por cesárea, diabetes materna, enfermedades renales, incompatibilidades del Rh, alergias, gastroenteritis frecuentes y diarrea crónica. Además, una dieta rica en sal o baja en hierro y el uso de chupete parecen favorecer también la aparición de caries.²⁷

Según La Liga de la Leche Internacional (LLLI), habitualmente se considera que la lactancia materna es la causa de la caries dental, puesto que no se hace distinción entre las diferentes composiciones de la leche materna y artificial, y entre los diferentes mecanismos de tomarla. Al pecho, el pezón se sitúa al final de la cavidad bucal, evitando que la leche caiga alrededor de los dientes, a diferencia de cuando se succiona de una tetina. Sólo hay que considerar la abrumadora mayoría de niños amamantados con dientes sanos para saber que debe haber otros factores implicados. La verdad es que a pesar de que la alimentación es uno de los factores que más pesan en la aparición de la caries, puede haber gente con dietas desaconsejables que nunca la padezca; en cambio, otras personas pueden comer muy bien y tener graves problemas. Pero nunca está de más tener precauciones, así que un buen cepillado, evitar dulces y una dieta equilibrada es fundamental.²⁸

Diagnóstico

Clínicamente la lesión se manifiesta como un cambio de color (oscuro o blanquecino) en el esmalte del diente inicialmente. Cuando la lesión progresa, aparece pérdida de sustancia y socavación del esmalte, lo cual da un aspecto de mancha grisácea. Finalmente, el esmalte se rompe y la lesión se hace fácilmente detectable. Cuando la caries afecta sólo al esmalte, no produce dolor. Si la lesión avanza y llega al tejido interior del diente, es cuando aparece el dolor, que a veces es intenso y se desencadena al tomar bebidas frías o calientes. A medida que la infección progresa, se produce el paso a los tejidos blandos que rodean el diente, apareciendo el flemón que buscará salida hacia el exterior a través de la encía.²⁹

Clasificación

La caries se clasifica de diversas maneras, la más frecuente es la que se basa en la ubicación de la lesión en el diente, así tenemos la caries de fosas y fisuras y la caries de superficies lisas, ambas, son causadas por condiciones muy diferentes. En la caries de superficies lisas parece esencial la síntesis de una matriz proteínica adherente a la superficie dental, en la de fosas y fisuras, la impactación física de partículas de alimentos en las fisuras y fosas oclusales, produce retención sin una matriz adherente, la característica retentiva de las fosas y fisuras proporciona el tiempo de contacto dental necesario para permitir la conversión de moléculas grandes en ácido.²⁹

Tratamiento

Las estructuras dentales que han sido destruidas no se regeneran, sin embargo, el tratamiento puede detener el progreso de la caries dental con el fin de preservar el diente y evitar complicaciones. En los dientes afectados, se elimina el material cariado con el uso de una fresa dental para reemplazarlo con un material reconstructivo como las aleaciones de plata, oro, porcelana y resina compuesta. Estos dos últimos materiales se asemejan a la apariencia natural del diente, por lo

que suelen preferirse en los dientes anteriores. Muchos odontólogos consideran las amalgamas o aleaciones de plata y de oro como más fuertes y suelen usarse en los dientes posteriores, aunque hay una fuerte tendencia a utilizar la resina compuesta para los dientes posteriores también. Las coronas se usan cuando la caries es muy grande y hay una estructura dental limitada, la cual puede ocasionar un diente debilitado. Las obturaciones grandes y la debilidad del diente aumentan el riesgo de ruptura del mismo. El área cariada o debilitada se elimina y se repara mediante la colocación de una cubierta o "tapa" (corona) sobre la parte del diente que queda. Dichas coronas suelen estar hechas de oro o porcelana mezclada con metal.³⁰

El tratamiento de conductos se recomienda en los casos en que ha muerto el nervio o pulpa del diente a consecuencia de una caries o de un traumatismo por golpe. En este procedimiento, se elimina el centro del diente, incluidos el nervio y el tejido (pulpa) vascular (vasos sanguíneos), junto con la porción cariada del diente y las raíces se rellenan con un material sellante. El diente se rellena y se le puede colocar una corona por encima en caso de ser necesario. De forma general el tratamiento de la caries dental se basa en tres puntos básicos: el control de la infección, la remineralización de los tejidos y el tratamiento de las complicaciones. Situaciones que requieren asistencia médica oportuna.³⁰

Prevención

La vitamina D incrementa la absorción de calcio, por lo que ayuda a tratar la caries, pero es tóxica si se toma en grandes cantidades. En un estudio de 1996, se encontró que una combinación de vitamina D, C y calcio, mejoró la salud bucal de los niños.

El flúor es una neurotoxina que inhibe la absorción de calcio, por lo que muchos médicos están en contra de tratamientos con flúor y prefieren un cambio de dieta (sin dulces y con vitaminas) e higiene dental. El flúor es una sustancia natural que refuerza el esmalte dental haciéndolo más resistente a la caries. También interfiere en el proceso en el que las bacterias metabolizan el azúcar para producir

ácido, denominado glicólisis. Normalmente se presenta como pasta de dientes fluorada (usada por 450 millones de personas), sal (50 millones) o añadida al agua de beber (210 millones). La principal fuente de flúor natural se presenta en el agua de beber, aunque también en algunos lugares puede encontrarse en el aire y en ciertas plantas. Se ha demostrado que una proporción de 0,5 a 1,0 mg/litro reduce la aparición de la caries dental. Pero la ingesta excesiva puede causar fluorosis dental, que se caracteriza por la aparición de manchas, falta de brillo o cambio de color de la dentadura a amarillo o marrón.³¹

Remineralizar los dientes tan pronto como se detecta el problema, mediante un cambio en la dieta y la ingesta de flúor, puede repararlos pero no destruirá las bacterias. Para ello es primordial cepillarse o enjuagarse los dientes. Las estructuras principales del diente son la dentina, la pulpa y otros tejidos, vasos y nervios alojados en la mandíbula ósea. Por encima de la línea de la encía, el diente está protegido por una cubierta dura de esmalte.³²

La higiene oral es necesaria para prevenir las caries y consiste en la limpieza regular profesional (cada 6 meses), cepillarse por lo menos dos veces al día y usar la seda dental al menos una vez al día. Se recomienda tomarse unos rayos X selectivos cada año para detectar posible desarrollo de caries en áreas de alto riesgo en la boca. Los alimentos masticables y pegajosos, como frutas secas y caramelos, conviene comerlos como parte de una comida y no como refrigerio; y de ser posible, la persona debe cepillarse los dientes o enjuagarse la boca con agua luego de ingerir estos alimentos. Se deben minimizar los refrigerios que generan un suministro continuo de ácidos en la boca; además, se debe evitar el consumo de bebidas azucaradas o chupar caramelos y mentas de forma constante.³³

El uso de sellantes dentales puede prevenir las caries. Los sellantes son películas de material similar al plástico que se aplican sobre las superficies de masticación de los dientes molares y previene la acumulación de placa en los surcos profundos de estas superficies vulnerables. Los sellantes suelen aplicarse a los dientes de los niños, poco después de la erupción de los molares. Las personas mayores

también pueden beneficiarse con el uso de los selladores dentales. Se suele recomendar fluoruro para la protección contra las caries dentales, pues está demostrado que las personas que ingieren fluoruro en el agua que beben o que toman suplementos de fluoruro, tienen menos caries. El fluoruro, cuando se ingiere durante el desarrollo de los dientes, se incorpora a las estructuras del esmalte y lo protege contra la acción de los ácidos.³⁴

Existen diversas medidas preventivas. En cualquier caso, conviene tener presente que el mejor tratamiento es la prevención: medidas dietéticas (tienen como misión disminuir la materia prima (azúcares) sobre la que actúan las bacterias, para lo cual se debe disminuir la frecuencia de exposición a azúcares, en lugar de reducir la cantidad total de los mismos), higiene dental (los padres han de asumir la responsabilidad de la higiene bucal hasta que se adquiera suficiente destreza. Se emplearán dos técnicas: el cepillado dental que debe iniciarse tan pronto como aparezcan los primeros dientes e hilo dental, útil para eliminar la placa interdental), fluoración (medida más eficaz en la lucha contra la caries. Este se almacena en los dientes desde antes de su erupción y aumenta la resistencia del esmalte, remineraliza las lesiones incipientes y contrarresta la acción de los microorganismos responsables de la caries) y resinas y selladuras (aplicadas por profesionales y son la medida más eficaz para evitar las caries de fosas y fisuras de las superficies de oclusión; unida a las fluoraciones aplicadas en las consultas estomatológicas.³⁵

No obstante para hacer un programa de prevención masiva es imposible obtener el control de la caries dental por medidas nutricionales ó dietéticas y por esta razón, relativamente no es importante este aspecto en la odontología preventiva de la Salud Pública, en contraste con la fluorización de los abastecimientos de agua. La fluorización del agua no sólo es un procedimiento absolutamente seguro sino que también es beneficioso debido a su acción protectora contra la caries. Las medidas preventivas más efectivas han sido la exposición de las superficies del esmalte al fluoruro, el ión fluoruro se hace llegar a las aguas del consumo, en

los preparados de la dieta, dentríficos, enjuagatorios, soluciones y geles aplicados en forma tópica y en materia de restauración.³⁵

Los dientes recién erupcionados responden más al fluoruro que los dientes completamente maduros. Los suplementos con solución enjuagatoria parecen dar beneficios post eruptivos relativamente marcados y pueden ser la forma preferible de administrar fluoruro suplementario en niños mayores de 09 a 11 años con suplementos fluorados en forma de enjuagatorio bucal (1 mg. De fluoruro en 5 ml. De solución 200 ppmF) quincenal en un año el cual reducirá la incidencia de caries. Asimismo, el empleo de enjuagues bucales, el empleo correcto del cepillo dental y seda dental, logran grandes beneficios en la prevención de caries, especialmente si el cepillado es inmediatamente después de las comidas, sin embargo para ser de eficaces exige un alto grado cooperación por parte del paciente. Así entonces, existe concordancia general en afirmar que si se aplica flúor junto con una correcta técnica del cepillado dental y el uso de seda dental se logrará reducciones generales en el índice de ataque de caries.^{30,31} Existe un amplio rango de edulcorantes no cariogénicos que contribuyen al control de la enfermedad de caries, así como ciertos alimentos con propiedades anticariogénicas. La ingesta de alimentos y los hábitos de la dieta son algunas de las actividades de mayor complejidad en el ser humano.³⁶

Importancia del control de la caries

El desconocimiento de la susceptibilidad relativa a la caries de las diversas superficies dentales nos ayuda a seleccionar métodos preventivos y nos facilita el hallazgo de la caries. Es por esto importante el control de la caries, pues esta enfermedad principal causa la pérdida prematura de las piezas temporales, genera algunas alteraciones como son: extracción en los antagonistas, desarmonía en el plano oclusión, modificación de la dimensión vertical, reducción de eficiencia masticatoria, se altera la forma normal de los diastemas, se obliteran los espacios para los dientes de reemplazo, se modifica la erupción de los mismos, posteriormente manifestándose anomalías de oclusión, alteración de la fonación

con cambios estructurales locales en el tejido óseo y en la encía en el sitio de extracción y enfermedades gastrointestinales.³⁷

La educación aparece incluida en el marco de proceso de aprendizaje y socialización especialmente a través de la interrelación de normas y el entrenamiento profesional. A medida que progresa la diferenciación funcional de la educación, se confía gradualmente a instrucciones especializadas, reemplazando paulatinamente la familia incluso desde la edad más temprana, independientemente de esto los padres han de asumir la responsabilidad de la higiene bucal hasta que el niño adquiera suficiente destreza.³⁸

El autor de la investigación considera que a pesar de existir en la actualidad tecnologías preventivas capaces de controlar y/o erradicar la caries dental, la Odontología en Latinoamérica continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja e ineficiente, y sigue ofreciéndole al mayor por ciento de las poblaciones alternativas inequívocas, encaminadas a la curación; obviando el papel rector de la morbilidad de todo proceso morboso como es la prevención. De ahí que en Cuba a pesar de los avances en el campo de la salud alcanzado, aún quedan fisuras que impiden fomentar el desarrollo de la promoción de salud y prevención de esta enfermedad bucodental, relacionadas sobre todo con estilos de vida y la poca motivación personal de algunos individuos por mejorar su nivel de salud bucal y elevar la esperanza y vida dentaria mostrada. De ahí que incesante y sistemáticas deberán ser las acciones de todo el equipo de salud existente en las comunidades para en el futuro mostrar prevalencias e índices de caries acorde a las gestiones y metas propuestas por las gobernaciones y Ministerio de Salud y Desarrollo en Cuba.

Diseño Metodológico

Aspectos generales del estudio.

Se realizó estudio de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa, observacional descriptivo transversal en la escuela primaria “Ignacio Pérez Rivas” en Cartagena, municipio Rodas entre los meses de noviembre a marzo de 2021 a 2022.

Definición del universo de estudio.

El universo de trabajo estuvo constituido por 268 niños de 5 a 11 años de la escuela primaria “Ignacio Pérez Rivas” en Cartagena y para la muestra se seleccionó un grupo de niños de cada año para un total de 203 , mediante un muestreo aleatorio simple, representando el 70% del total.

Criterio de inclusión

Se incluyeron todos los niños cuyos padres dieron el consentimiento que estarán en la investigación.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los niños cuyos padres no dieron su consentimiento para la participación de sus hijos.

Técnicas y procedimientos.

Dentro de las técnicas para obtener la información se emplearon aquellas que implican una interacción estrecha entre investigadores y participantes pudiendo producir reacciones o respuestas en los mismos. Se utilizaron fuentes de recolección primaria, secundaria y terciaria. Se obtuvo la información mediante observación directa y ajena, cuestionario, revisión documental y a través de informantes claves.

Se utilizó como principal herramienta las Historias Clínicas Individuales (Anexo-1), que permitirá obtener el comportamiento de la morbilidad de caries dental reflejado durante el examen físico; datos que luego serán plasmados en una ficha de vaciamiento confeccionada por expertos previamente al estudio y validadas por pruebas pilotos para precisar el destino final de las variables analizadas.

Para darle salida a las variables relacionadas con la prevalencia de caries dental se empleará la tasa, quedando expresadas de la siguiente forma:

$$\text{Tasa de prevalencia de Caries dental} = \frac{\text{No. de casos afectados}}{\text{Total de pacientes examinados}} \times 100$$

$$\text{Tasa de prevalencia Caries dental por edad} = \frac{\text{No. de casos x edad}}{\text{Total de examinados x edad}} \times 100$$

$$\text{Tasa de prevalencia Caries dental por sexo} = \frac{\text{No. de casos x sexo}}{\text{Total de examinados por sexo}} \times 100$$

Presentación de la información.

La información se presentó resumida en tablas y gráficos para las diferentes variables estudiadas.

Para darle respuesta a los objetivos de la investigación se dividió el estudio en dos etapas:

- Etapa de diagnóstico.
- Etapa de análisis de la documentación

Principales Variables.

Edad, sexo, factores de riesgo, clasificación epidemiológica, satisfacción con la atención recibida.

Operacionalización de variables

Variable	Clasificación	Definición conceptual	Escala	Indicadores
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta el momento en que se hace el cálculo o hasta la fecha de su fallecimiento si fuera el caso	Se utilizaron los grupos de edades 5-11 años	Frecuencia y porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie. Representa el sexo biológico de los participantes	- Femenino - Masculino	Frecuencia y porcentaje
Factores de Riesgo de la Caries Dental	Cualitativa Nominal	Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud	- Deficiente Higiene Bucal - Dieta Cariogénica - Apiñamiento dentario - Experiencia anterior de caries - Malnutrición	Frecuencia y porcentaje
Clasificación epidemiológica	Cualitativa Ordinal	Clasificación según la presencia o no de enfermedades, riesgo de padecerlas o presencia de discapacidades y deficiencias	-Sano -Sano con riesgo -Enfermo -Deficiente-Discapacitado	Frecuencia y porcentaje
Satisfacción con la atención recibida	Cualitativa politómica Ordinal	Satisfacción de los padres o tutores legales con la atención estomatológica recibida con anterioridad.	-Satisfecho -Medianamente satisfecho -Insatisfecho	Frecuencia y porcentaje

Se tendrán en cuenta las siguientes variables presentes en las Historias Clínicas Individuales para darle salida al objetivo planteado en el estudio

Técnicas de procesamiento y análisis de la información.

La información primaria se procesó en una microcomputadora. En el análisis estadístico, para describir las características de la población de estudio, se efectuó distribución de frecuencia y porcentaje. Los resultados obtenidos en la recolección de la información en el diagnóstico efectuado se introdujeron en la base de datos creada al efecto para la investigación, lo cual permitió evaluar el comportamiento de las variables seleccionadas para el periodo estudiado, los cruces de variables y análisis estadísticos se realizaron a través del programa Microsoft Excel 2016. Se utilizó como medidas resumen las frecuencias absolutas (No) y relativas (%). Para determinar si existieron diferencias significativas entre las variables, se utilizó la prueba Chi cuadrado, con grado de significación $\alpha=0,05$, si $p \leq 0,05$, se considerará asociación estadísticamente significativa.

Aspectos éticos.

Para la realización de esta investigación se tendrán en cuenta algunas consideraciones éticas relacionadas con los padres de los niños objeto de estudio, a los cuales se le solicitará previamente su consentimiento informado para realizar el examen a sus hijos, necesaria para la investigación; explicándole además en qué consistirá el estudio y los fines de su aplicación, a fin de obtener su autorización. (Anexo-2)

Análisis y Discusión de los resultados

Caracterización de los niños de 5-11 años de la Escuela Primaria: Ignacio Pérez Rivas. Cartagena, Rodas. 2021-2022.

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de los escolares de 5-11 años de la Escuela Primaria: Ignacio Pérez Rivas. Cartagena, Rodas. 2021-2022.

Edades	Sexo Femenino	%	Sexo Masculino	%	Total	%
5	8	6.5	12	15.2	20	9.8
6	15	12.1	13	16.5	28	13.8
7	24	19.3	13	16.5	37	18.2
8	20	16.1	10	12.7	30	14.8
9	16	13	12	15.2	28	13.8
10	19	15.3	10	12.6	29	14.3
11	22	17.7	9	11.3	31	15.3
Total	124	61.1	79	38.9	203	100

Fuente: Anexo 1: Historia clínica individual

Se evidencia un predominio del sexo femenino representando un 61% del total de la muestra sobre el masculino que representó el 38.9 %.

Las edad más predominante fue la de 7 años con 37 pacientes que represento en total el 18.2% de los pacientes.

La edad menos representativa fue 5 años con 20 pacientes que representó el 9.8% del total.

Este estudio difiere de la investigación de Dr. José Alberto Pérez Quiñones ⁽²⁾: La caries dental como urgencia y su asociación con algunos factores de riesgo en niños. Donde obtuvo predominio del sexo masculino sobre el femenino.

Tabla 2. Factores de riesgo de la caries dental según sexo de los escolares de 5-11 años de la Escuela Primaria: Ignacio Pérez Rivas. Cartagena, Rodas. 2021-2022.

Factores de riesgos	Edades															
	5 (n=20)		6 (n=28)		7 (n=37)		8 (n=30)		9 (n=28)		10 (n=29)		11 (n=31)		Total (n=203)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Deficiente higiene bucal	20	100	28	100	31	84	19	63.3	18	64.2	21	7.2	20	64.5	157	77.3
Dieta cariogénica	20	100	26	93	33	89	24	80	22	78.6	21	72.4	26	84	172	85
Apiñamiento dentario	—	—	—	—	—	—	—	—	2	7.1	1	3.4	3	9.7	6	3
Experiencia anterior de caries	6	30	8	29	14	38	11	37	9	32.1	7	24.1	10	32.3	65	32
Malnutrición	3	15	1	3.5	2	5.4	—	—	1	3.6	—	—	2	6.5	9	4.4

Fuente: Anexo 1: Historia clínica individual

Dentro de los factores de riesgo de a Caries dental el más predominante fue la dieta cariogénica, el 85% de los pacientes tenían este factor de riesgo.

Esto apoya fuertemente la conclusión de que la mayor causa de caries dental en la edad infantil es el consumo frecuente de comidas que contienen azúcar, por lo que concuerda con las investigaciones realizadas por *Van Loveren*³⁹ que plantean que para la prevención de la caries dental es necesario el control de hábitos dietéticos, para lo cual recomienda la reducción de la frecuencia de ingestión de carbohidratos fermentables.

La higiene bucal deficiente fue otro factor que predominó en este estudio con un alto porcentaje; con el 77,3 %, la cual confirma que la mala higiene bucal es un riesgo significativo de caries dental relacionado con su prevalencia. Diversas investigaciones reconocen que una buena higiene bucal tiene un gran impacto en la futura salud dental, por lo que se deben cambiar los hábitos de higiene bucal inadecuados para prevenir las caries.

Estos resultados coincidieron con el Dr. Ricardo Rodríguez Llanes⁽³⁰⁾ en su trabajo: Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles., donde uno de los factores de riesgo predominante fue la dieta cariogénica y la deficiente higiene bucal.

La experiencia anterior de caries se encontró con un 32% del total. Es un indicador de riesgo altamente confiable que se realiza mediante índices epidemiológicos. En nuestra investigación los valores encontrados fueron bajos, solo coinciden los resultados obtenidos por *Pitts*²⁴ en el Reino Unido, quien obtuvo un índice ceo-d=0,75, no siendo así con otros autores en distintas partes del mundo, como *Feitosa*²⁴ en Recife, Brasil, que reporta un ceo-d=2,06; *Cortés-Martínicora*²⁴ en Navarra, España refiere un ceo-d=1,28 en estas edades. Se plantea que la caries de la primera infancia, que afecta a los dientes temporales según su cronología de erupción, involucra a varios dientes en forma rápida, lo que ocasiona un significativo desarrollo de caries en la dentición temporal y posteriormente en la permanente.

Tabla 3. Clasificación epidemiológica según edad de los escolares de 5-11 años de la Escuela Primaria: Ignacio Pérez Rivas. Cartagena, Rodas. 2021-2022.

Clasificación Epidemiológica	Sexo Femenino	%	Sexo Masculino	%	Total	%
Sanos con riesgos	49	40	41	52	90	44.3
Enfermos	73	59	35	44.3	108	53.2
Deficientes discapacitados	2	1.6	3	3.8	5	2.5
Total	124	61	79	39	203	100

Fuente: Anexo 1: Historia clínica individual

Predominaron los pacientes enfermos con un total de 90 que representan el 53.2%, seguidos de los sanos con riesgos que fueron 14 y representaron el 44.3%, solo se obtuvieron 5 deficientes discapacitados para un 2.5%.

Estos resultados consolidaron el trabajo de Morales Chávez: Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente, donde este afirma que estos pacientes tienen mayor riesgo de contraer enfermedades bucales. ⁽¹⁷⁾

Tabla 4. Grado de satisfacción de los padres o tutores con la atención estomatológica brindada a de los escolares de 5-11 años de la Escuela Primaria: Ignacio Pérez Rivas. Cartagena, Rodas. 2021-2022.

Grado de Satisfacción	Edades							
	5 (n=20)	6 (n=28)	7 (n=37)	8 (n=30)	9 (n=28)	10 (n=29)	11 (n=31)	Total (n=203)

	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfecho	16	80	25	89	31	84	25	83.3	21	75	26	90	26	84	170	84
Medianamente Satisfecho	3	15	3	11	6	16.2	5	16.7	7	25	3	10.3	5	16.1	32	16
Insatisfecho	1	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	0.5

Fuente: Anexo 3 Encuesta de satisfacción

A los padres o tutores que acudieron a la consulta se les permitió manifestar su grado de satisfacción con la atención estomatológica de sus hijos. La gran mayoría de los padres o tutores legales se encontraban satisfechos con la atención estomatológica recibida, representaron el 84% del total, 32 estuvieron satisfechos representando el 16%, y solo 1 se encontró insatisfecho que representaron el 0.5%.

Las insatisfacciones se relacionaron mayormente con la poca orientación recibida por los padres, muchos manifestaban el desconocimiento del mayor riesgo que presentan sus hijos de padecer enfermedades estomatológicas, desconocían los cuidados bucales que debían tener con ellos, las graves afectaciones que pueden provocar hábitos bucales higiénicos y dietéticos incorrectos, así como los daños producidos por los hábitos deformantes.

Este estudio difiere del realizado por Deysi Suárez Zafra⁽³⁹⁾: Salud bucal y determinantes de estado salud en niños con discapacidad intelectual. Municipio Playa. 2019, donde la mayoría de los padres estuvieron satisfechos con la atención estomatológica recibida por sus niños discapacitados.

Conclusiones

En el trabajo realizado predominó el sexo femenino representando un 61% del total de los pacientes, la edad predominante fue 7 años con 37 pacientes que represento en total el 18.2%. El 85% de los pacientes tenían como factor de riesgo la Dieta cariogénica siendo este el más predominante. Predominaron los pacientes enfermos (Grupo III) con un total de 108 que representan el 53.2%. La gran mayoría de los padres o tutores legales se encontraban satisfechos con la atención estomatológica recibida anteriormente.

Recomendaciones

Para mejorar la calidad de vida y la salud de la escuela se requiere fomentar en las personas la capacidad de actuar por su propia salud y lograr la concentración de todas las voluntades.

- Incitar en la realización de estudios posteriores sobre el tema empleando metodologías más avanzadas con otros instrumentos.
- Involucrar a las organizaciones de masas en las actividades de promoción y prevención de salud.

Referencias Bibliográficas

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. En: Dossier para profesores. Ciudad de la Habana [Internet] 2017[citado el 16 de noviembre del 2021]; 2(4). Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenido=55641&pagina=1>
2. Pérez Quiñones José Alberto, Mayor Hernández Félix, Pérez Padrón Alejandro. La caries dental como urgencia y su asociación con algunos factores de riesgo en niños. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2016 [citado 16 de noviembre del 2021] 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000200009&lng=es.
3. Estrela C, Guedes Aguirre O, Silva Almeida J, Leves Rodrigues C, Estrela Rodrigues de Araújo C, Pecora Djalma J. Diagnostic and Clinical Factors Associated with Pulpal and Periapical Pain. [Internet]. 2018[citado 24 de noviembre de 2021]; 22(4): Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/psed/art/ed2012a12>.
4. Calcagno LE. Odontopediatría en pacientes con discapacidad [Internet]. Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires (FOPBA). 2017 [citado 5 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.fopba.org.ar/component/content/article?id=362:odontopediatria-en-pacientes-con-discapacidad>
5. [Matthews DC](#), [Clovis JB](#), [Brillant MG](#), [Filiaggi MJ](#), [McNally ME](#), [Kotzer RD](#). [Oral health status of long-term care residents-a vulnerable population](#). [Internet]. 2019 [citado 5 de marzo de 2022]78:c3. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/15>.
6. [Chen X](#), [Clark JJ](#), [Naorungroj S](#). [Oral health in nursing home residents with different cognitive statuses](#). Gerodontology. [Internet]. 2012 [citado 5 de

marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicakranion.com/pacientes-especiales>.

7. Sosa M, Toledo T, Barciela M de la C, García M, Rojo M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana, Cuba: ECIMED; 2017.
8. Odontología: Historia. [Internet]. Detalles sobre la Historia de la Odontología 2018 [citada el 21 de diciembre del 2021]. Disponible en: <http://www.odontomarketing.com>.
9. Arthur M. Effects of oral hygiene, residual caries and cervical Marginal-gaps on the survival of proximal atraumatic restorative treatment approach restorations. Contemp Clin Dent. [Internet]. 2019[citada el 21 de diciembre del 2021]. 2(4): 318–323. Disponible en: <http://repositorio.ugm.cl/handle/12345/1805>
10. [Bodner L, Manor E, Joshua BZ, Barabas J, Szabo G. Cutaneous Sinus Tract of Dental Origin in Children-A Report of 28 New Cases.](#) Pediatr Dermatol. [Internet]. 2018 [citado el 11 de abril del 2022]. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ADE/article/view/5057>
11. Br Dent J. [Reversal of primary root caries lesions after daily intake of milk supplemented with fluoride and probiotic lactobacilli in older adults.](#) [Internet]. 2020 9;212(5):225. [citado el 11 de abril del 2022]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion-temprana/temas.php?idl=131&idv=20923>
12. Clark DC, Levy SM, Berkowitz J. Patterns of dental caries following the cessation of water fluoridation. [Internet]. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29:37-47. [citado el 5 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.caredentalbacete.com/odontopediatra-la-importancia-de-acudir-al-dentista-infantil/>
13. Maldonado de Yankilevich ER, Luna LJ. Prevalence of dental caries in schoolchildren in a metropolitan region of the Córdoba Province, Argentina. Rev Saúde Pública [Internet].

2017 [citado 30 junio del 2022]; 26(6): 405-413. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo>.

14. Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C. El estado de salud de la población cubana en el período revolucionario. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet] 2018; 26(1). [Citado 30 junio del 2022]; Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_1_00/spu08100.htm>
15. Blanco Ruiz AO, García López E, Rodríguez García LO, Menéndez Laria A, Sotres Vázquez J. La relación estomatólogo-paciente. Importancia de los factores sociales. *Rev Cubana Estomatol* [Internet] 2020; 41(1). [Citado 16 diciembre del 2021]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072004000100010>
16. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. *Rev Cubana Estomatol* [Internet] 2017; 40(1). [Citado 16 diciembre del 2021]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072003000100008&script=sci_arttext> [consulta: 10 junio 2011].
17. Morales Chávez MC. Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente. *Acta Odontol Venez* [Internet]. 2012 [citado 5 de marzo de 2022];50(1). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art-22/>
18. Cabrera Escobar Deyanira, Herrera Nordet Mirtha, Gispert Abreu Estela de los Ángeles, Duque Fuerte Mercedes. Riesgo de caries dental en niños atendidos en el hogar en el período 2006-2007. *Rev Cubana Estomatol* [Internet] 2007 [citado 25 febrero de 2022] 46(2)Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072009000200002&lng=es.
19. Kemoli AM, van Amerongen WE. Influence of the cavity-size on the survival rate of proximal ART restorations in primary molars. *Int J Paediatr Dent*. [Internet] 2019;19:423–30. [citado 25 febrero de 2022] Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=219>
20. Valdés Álvarez R. Manual de Odontopediatría. 2.^a ed. La Habana, Cuba: ECIMED; 2016. 243-262 p.
21. Nasco HN, Gispert AE, Ventura HMI, Pupo TRJ. Prevalencia de lesiones incipientes de caries dental en niños escolares. *Rev Cubana Estomatol*

- 2018;45(2). [Internet]. [citado 14 abril de 2022] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_2_08/est06208.htm
22. Vergara Williams EA. Prevalencia de caries dental en pacientes pediátricos [Internet]. [citado 14 abril de 2022] Mexicali, Granada: Universidad de Granada, 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S102899332018000400798&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Roche Martínez Alina, Nasco Hidalgo Nayda, Gispert Abreu Estela de los A., Jiménez Echemendia Tania, Ventura Hernández Maria Isabel. Lesiones incipientes de caries dental y su relación con la higiene bucal en niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado el 23 diciembre de 2021]46(4): 70-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072009000400008&lng=es.
24. Mamani Cori V, Padilla Cáceres TC. Riesgo estomatológico e impacto de las afecciones bucales en la calidad de vida de preescolares del ámbito rural en Puno. Odontol Pediatr [Internet]. 2016 [citado 18 de noviembre de 2021];15(2):108-15. Disponible en: <http://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/59>
25. Escobar Cabrera D, Nordet Herrera M, Abreu Gispert E, Fuerte Duque M. Riesgo de caries dental en niños atendidos en el hogar. Rev Cubana Estomatol v.46 n.2[Internet]. Ciudad de La Habana abr.-jun. 2019. [citado 18 de noviembre de 2021]; Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/465>
26. [Ma SF](#), [Liang JP](#), [Jiang YT](#), [Zhu CL](#). Analysis of community composition in dental plaque of elder people with root caries. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2018[Internet] (10):590-4. . [citado 18 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://www.revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/71>
27. Kemoli AM, van Amerongen WE, Opinya G. Influence of the experience of operator and assistant on the survival rate of proximal ART restorations: Two-year results. Eur Arch Paediatr Dent. 2019; 10:227–32. [Internet](10):590-4. . [citado 4 de febrero de 2022];

Disponible en: <https://www.revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/71>

28. Sánchez Carrillo C. La placa dentobacteriana y su relación con la caries ental. Revista ADM Marzo-Abril 2010 Vol. LXVI Número 2. P P. 56 – 61
29. Martínez Sotolongo, Belkis y Martínez Brito, Isabel. Comportamiento de la caries dental en escolares obesos y normopesos de 8 a 13 años. Rev. Med. Electrón [Internet] (2017, vol.32, n.3 [citado el 12 de abril de 2022], pp. 0-0. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/465>
30. Rodríguez Llanes Ricardo, Traviesas Herrera Eladio Miguel, Lavandera Carballido Eva, Duque Hernández Mabel. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado el 12 de abril de 2022]; 46(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000200006&lng=es.
31. Vaisman B, Martínez MG. Asesoramiento dietético para el control de caries en niños. Ortodoncia.ws. [Internet]. 2014 [citado 1 Mayo 2022]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico_control_caries.a.sp
32. Oviedo Pérez A, Valladares Betancourt M, Nápoles Espeso N, Naranjo Miranda M, Barreras González B. Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. Rev Cubana Estomatol vol.48 no.2 Ciudad de La Habana. [Internet]. 2019. [citado 1 Mayo 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332018000400798&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Bruno KF, Silva JA, Silva TA, Batista AC, Alencar AHG, Estrela C. Characterization of inflammatory cell infiltrate in human dental pulpitis. Int Endod J [Internet] 2019; 43:1013-1021. [citado 1 Mayo 2022]. Disponible en: <http://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/59>

34. Da Franca C, Colares V, Van Amerongen E. Two-year evaluation of the atraumatic restorative treatment approach in primary molars class I and II restorations. *Int J Paediatr Dent*. [Internet] 2017; 21:249–53. . [citado 28 febrero 2022]. Disponible en: <http://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/59>
35. [Kusano SC](#), [Tenuta LM](#), [Cury AA](#), [Cury JA](#). [Timing of fluoride toothpaste use and enamel-dentin demineralization](#). *Braz Oral Res*. [Internet] 2011 (5):383-7. [citado 28 febrero 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182020000200278&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Mamani Cori V, Padilla Cáceres TC. Riesgo estomatológico e impacto de las afecciones bucales en la calidad de vida de preescolares del ambito rural en Puno. *Odontol Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 18 de abril de 2022];15(2):108-15. Disponible en: <http://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/59>
37. [Zhang X](#), [Neoh KG](#), [Lin CC](#), [Kishen A](#). [Remineralization of partially demineralized dentine substrate based on a biomimetic strategy](#). *J Mater Sci Mater Med*. [Internet]. 2018. [Citado 18 de abril de 2022]; 15(2):108-15. Disponible en: <http://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/59>
38. Van Loveren C, Duggal MS. [Caries-preventive Activity of Fluoride-containing Resin-based Desensitizers](#). *Oper Dent*. [Internet]. 2018[Citado 18 de junio de 2022]; Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/13202/>
39. Suárez Zafra D, Morales Navarro D, Soublet Villata MC, Guillaume Ramírez V, Estrada Sánchez GG. Salud bucal y determinantes de estado de salud en niños con discapacidad intelectual. Municipio Playa. 2019. [Internet]. *Estomatologia2020*. 2020 [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/>

HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

MOD. 4702-4	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGÍA		HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLOGÍA		FECHA
UNIDAD:	PACIENTE: 1er. APELLIDO:	CONSULTORIO No.	2do APELLIDO:	NOMBRE:	No. DE H. CLÍNICA
DIRECCIÓN:	SEXO:	MAS. ()	FEM. ()	ESCOLARIDAD:	
EDAD:	HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL				
ANTECEDENTES PATOLOGICOS (Personal-Familiar) Hemorragicos reaco- ción a Medicamentos.					
HÁBITOS Succión Lengua Proctail, Capillado Broxismo, Tabaquismo Café, Alcohol y otros					
EXAMEN BUCAL (Señalar Medicaciones)					
EXAMEN FÍSICO General (Piel y Mucosas, Habito Externo)					

ACIÚLO AL DENTIGRAMA																																																																															
SUPERIOR <table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> LABIAL INFERIOR <table border="1"> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																
DERECHO <table border="1"> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> LINGUAL IZQUIERDO <table border="1"> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																85	84	83	82	81	71	72	73	74	75											85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																		
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																						
SUPERIOR <table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> LABIAL INFERIOR <table border="1"> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																
SUPERIOR <table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> LABIAL INFERIOR <table border="1"> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																
SUPERIOR <table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> LABIAL INFERIOR <table border="1"> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																
SUPERIOR <table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> LABIAL INFERIOR <table border="1"> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td></td></tr></table>																18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36																		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36																																																																		

Anexo #2

Planilla de consentimiento a los padres

Estimado Padre:

Me dirijo a usted solicitando su consentimiento para realizarle la Historia Clínica individual a su hijo en la escuela Ignacio Pérez Rivas, para facilitar la ejecución de la investigación titulada “Prevalencia de la caries dental y factores de riesgo en niños”, que se llevará a cabo por el Dr. Alberto Romero González. Este estudio será estrictamente confidencial y requerirá de su aprobación verbal, escrita y firmada.

¿Está usted de acuerdo con la participación de su hijo?

Si_____ No_____

Si está de acuerdo:

.....

Padre

Firma

.....

Investigador

...../...../.....

Fecha

Anexo #3

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

Estimado usuario:

Los resultados de esta encuesta serán importantes en las acciones que se ejecutan para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. No es necesario que ponga su nombre.

Mucho agradeceríamos que marque con una X las opciones de respuestas que se ofrecen a continuación, de acuerdo a la satisfacción que le produjeron. Esperamos su colaboración.

Edad de su hijo(a) 5___ 6___ 7___ 8___ 9___ 10___ 11___

¿Se le ha informado alguna vez que su hijo(a) presenta mayor riesgo de presentar alteraciones bucales?

Sí___ No___

¿Su hijo(a) ha recibido atención estomatológica alguna vez?

Sí___ No___

¿Cómo se ha sentido usted con el servicio que se le brindó?

Satisfecho ___ Medianamente Satisfecho___ Insatisfecho ___

¿Desearía exponer algunas sugerencias o algún comentario de tipo general acerca de la atención que ha recibido en el Servicio:

Provincia_____

Municipio_____

Área de salud_____

Consultorio_____

Anexo #4

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN

UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El que suscribe: _____, hago constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:

_____ de la autora:

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como propósito obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos: _____

Social: _____

Económico: _____

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20 ____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo #5

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución: _____

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

de los
autores _____

_____ y encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐

[illegible]

Anexo #6

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo: _____, con
categoría docente _____.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____ ,
que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación así como el asesoramiento científico
metodológico al residente.

Autora:

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

Anexo #7

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto
titulado _____

presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha decidido aprobar el
mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____ quedando en acta según
acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que
se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las
necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

Anexo #8

Cartagena_de_del 20_

Año _ de la Revolución

Solicitud de aprobación del director de la escuela

A:

Le dirigimos la presente con el objetivo de solicitar autorización necesaria para comenzar una investigación por el Dr. Alberto Romero González, donde se examinará un grupo de población de de 5-11 años de la Escuela Primaria: Ignacio Pérez Rivas. Cartagena, Rodas. Con el objetivo de identificar a prevalencia de caries dental en estos grupo de edades priorizado en nuestro sistema de salud.

Esperando por su aprobación,

Autor: Dr. Alberto Romero González _____

Tutora: Dra. Mercedes Cueto Hernández _____