

Universidad Católica de Santa María
Escuela de Postgrado
Maestría en Odontoestomatología



RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LA MADRE Y DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE SU HIJO, NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO EDUCATIVO 40046 JOSÉ LORENZO CORNEJO ACOSTA. AREQUIPA, 2019

Tesis presentada por la Bachiller:

Hualla Mariño, Rosa Elizabeth

Para optar el Grado Académico de:

Maestro en Odontoestomatología

Asesora:

Dra. Pacheco Chirinos, Bethzabet

Arequipa-Perú

2019



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

BOLETA DE NOMBRAMIENTO DE JURADO DICTAMINADOR N° 164:


PROYECTO DE TESIS PARA EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO:

Visto el expediente **Nro. 20190000037555** presentado por la Bachiller:

HUALLA MARIÑO, Rosa Elizabeth

Cumplo con emitir Dictamen favorable para el Borrador de su Tesis titulada:
**“RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LA MADRE Y DEL
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE SU HIJO, NIÑO DE 8 A
12 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO EDUCATIVO 40046 JOSE LORENZO
CORNEJO ACOSTA. AREQUIPA, 2019.”** Con el que podrá optar el Grado Académico
de **MAESTRO EN ODONTOESTOMATOLOGÍA.**

Arequipa, 23 de Octubre de 2019


.....
DR. HUGO TEJADA PRADELL
DOCENTE DE LA ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



Universidad Católica de Santa María

ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. JOSE A. VILLANUEVA SALAS
Director de la escuela de postgrado.

**BOLETA DE NOMBRAMIENTO DE JURADO DICTAMINADOR N164:
BORRADOR DE TESIS PARA EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRO**

Visto el Expediente **Nº 20190000037555** presentado (a) por el(a) BACHILLER:

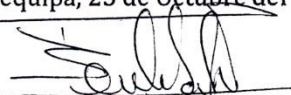
HUALLA MARIÑO, Rosa Elizabeth

Dictamen en el borrador de Tesis Titulada:

“RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LA MADRE Y DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE SU HIJO, NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO EDUCATIVO 40046 JOSÉ LORENZO CORNEJO ACOSTA, AREQUIPA, 2019 ” con la que podrá optar el grado académico de MAESTRO EN ODONTOESTOMATOLOGÍA

Cumpro con emitir dictamen favorable:

Arequipa, 25 de Octubre del 2019



DR. BERLIE OCOLA TICONA
Docente de la Escuela de Postgrado
Universidad Católica Santa María





Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado 1350

Arequipa - Perú

BOLETA DE NOMBRAMIENTO DE JURADO DICTAMINADOR N°164:

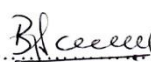
PROYECTO DE TESIS PARA EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO:

Visto el expediente **Nro 20190000037555** presentado por la Bachiller:

HUALLA MARIÑO, Rosa Elizabeth

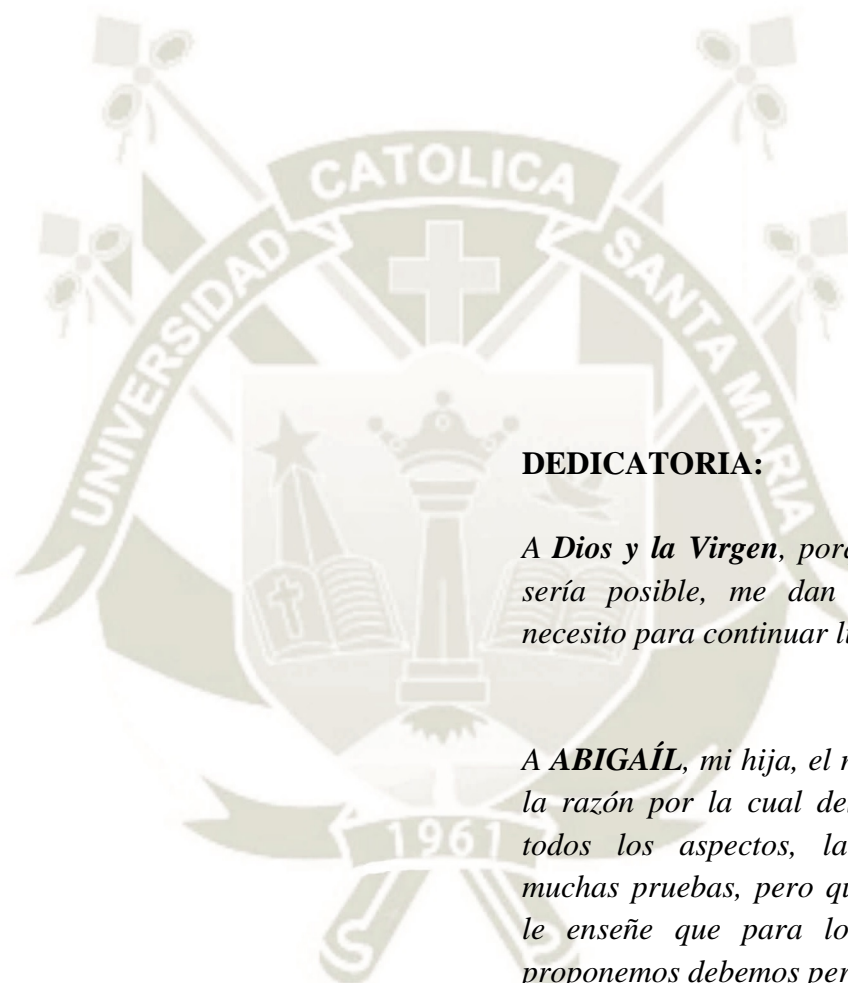
Cumplo con emitir Dictamen Favorable para el Borrador de su Tesis titulada: **“RELACION DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LA MADRE Y DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE SU HIJO, NIÑO DE DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO EDUCATIVO 40046 JOSÉ LORENZO CORNEJO ACOSTA. AREQUIPA, 2019.”** Con el que podrá optar el Grado Académico **de MAESTRO EN ODONTOESTOMATOLOGÍA.**

Arequipa, 24 de Octubre de 2019



DRA. BETHZABET PACHECO CHIRINOS
DOCENTE DE LA ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

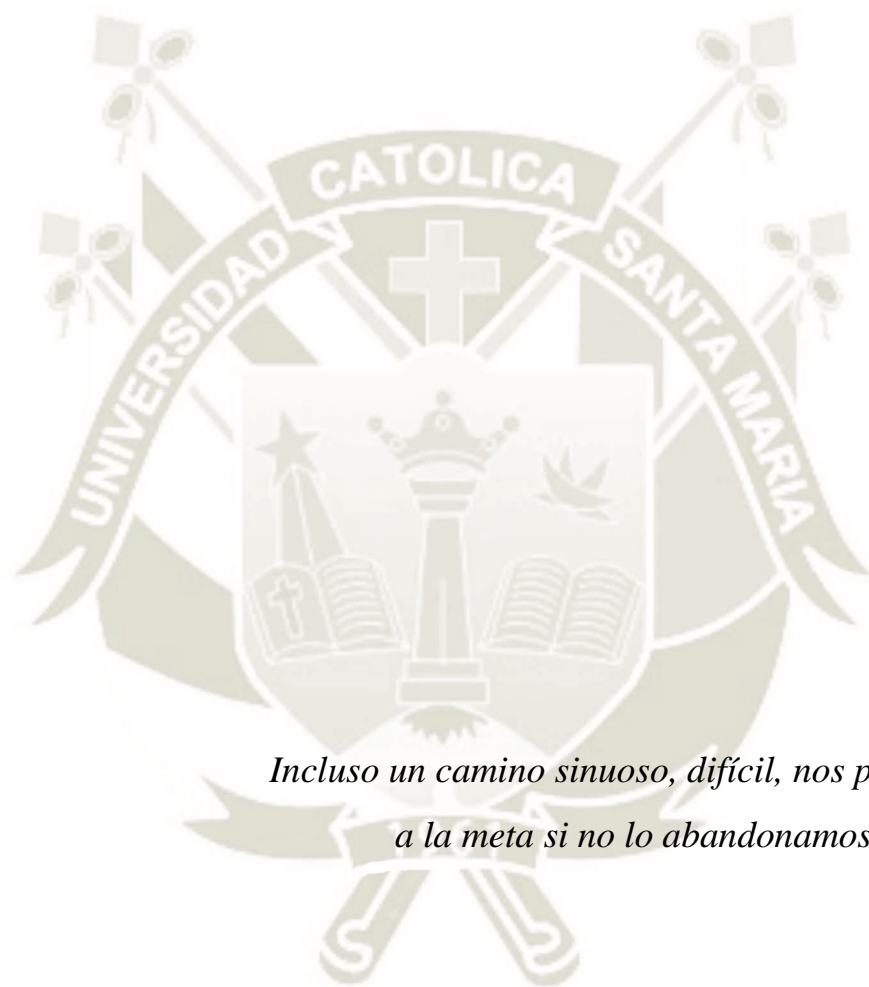




DEDICATORIA:

A Dios y la Virgen, porque sin ellos nada sería posible, me dan la fortaleza que necesito para continuar luchando día a día.

A ABIGAÍL, mi hija, el motor de mi vida y la razón por la cual deseo superarme en todos los aspectos, la vida nos pone muchas pruebas, pero quiero ser yo quién le enseñe que para lograr lo que nos proponemos debemos perseverar día a día.



*Incluso un camino sinuoso, difícil, nos puede conducir
a la meta si no lo abandonamos hasta el final.*

Paulo Coelho.

AGRADECIMIENTOS

A Ysabel y Adrián, mis padres porque a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, depositando su confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar en ningún momento en mi capacidad e inteligencia, su ejemplo y cariño me incentivan a seguir adelante, GRACIAS por hacer de mí la persona que soy ahora.

A la Dra. Bethzabet Pacheco por su apoyo, paciencia, entrega y motivación en el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
HIPÓTESIS	3
OBJETIVOS	4
CAPITULO I MARCO TEÓRICO	5
1. HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL.....	5
1.1. Hábitos en odontología	5
1.2. Higiene bucodental	6
1.2.1. Concepto.....	6
1.3. Control Mecánico de la Placa Bacteriana	6
1.3.1. Cepillado dental.....	7
1.3.2. Dentífrico o pasta dental.....	12
1.3.3. Seda o Hilo dental	16
1.4. Control de placa con antimicrobianos	18
1.4.1. Clorhexidina	18
1.4.2. Otros agentes en el control antimicrobiano de placa.....	21
2. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO	23
2.1. Índice de residuos (IR).....	24
2.2. Índice del cálculo (IC)	24
3. EDUCACIÓN EN FAMILIA	25
3.1. La familia, dimensión constitutiva radical de la vida humana personal	25
3.2. La vida familiar y el nacimiento de las actitudes radicales ante la vida.....	25
3.3. Ambiente familiar y educación de los hijos.....	26
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	26
4.1. Internacionales	26
4.2. Nacionales.....	29

CAPITULO II METODOLOGÍA	32
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	32
1.1. Técnica.....	32
1.2. Instrumentos.....	32
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	35
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.1. Organización.....	37
3.2. Recursos.....	37
3.3. Validación del instrumento.....	38
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	38
4.1. Plan de procesamiento de los datos	38
4.2. Análisis estadístico	39
CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	77
ANEXO N° 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO N° 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	
ANEXO N° 3 SECUENCIA FOTOGRÁFICA	
ANEXO N° 4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	Edad y grado de instrucción de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta	41
TABLA N° 2	Hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta	43
TABLA N° 3	Análisis cuantitativo de los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta	45
TABLA N° 4	Nivel educativo de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....	47
TABLA N° 5	Edad y género de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....	49
TABLA N° 6	Índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....	51
TABLA N° 7	Análisis cuantitativo del índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....	53
TABLA N° 8	Relación entre el nivel educativo y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....	55
TABLA N° 9	Relación entre el género y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta	57
TABLA N° 10	Relación entre la edad y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta	59
TABLA N° 11	Relación entre la edad y los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta	61
TABLA N° 12	Relación entre el grado de instrucción y los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....	63
TABLA N° 13	Relación entre el grado de instrucción de las madres y el índice de higiene oral simplificado de sus hijos de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta	65
TABLA N° 14	Relación entre los hábitos de higiene bucal de las madres y el índice de higiene oral simplificado de sus hijos de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	Edad y grado de instrucción de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta41
GRÁFICO N° 2	Hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....43
GRÁFICO N° 3	Análisis cuantitativo de los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....45
GRÁFICO N° 4	Nivel educativo de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta47
GRÁFICO N° 5	Edad y género de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta49
GRÁFICO N° 6	Índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta51
GRÁFICO N° 7	Análisis cuantitativo del índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta 53
GRÁFICO N° 8	Relación entre el nivel educativo y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta 55
GRÁFICO N° 9	Relación entre el género y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta57
GRÁFICO N° 10	Relación entre la edad y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta59
GRÁFICO N° 11	Relación entre la edad y los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....61
GRÁFICO N° 12	Relación entre el grado de instrucción y los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta63
GRÁFICO N° 13	Relación entre el grado de instrucción de las madres y el índice de higiene oral simplificado de sus hijos de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....65
GRÁFICO N° 14	Relación entre los hábitos de higiene bucal de las madres y el índice de higiene oral simplificado de sus hijos de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.....67

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal relacionar los hábitos de higiene bucal de las madres con el Índice de Higiene Oral Simplificado de los hijos de 8 a 12 años de edad del Centro Educativo 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta. La recolección de datos fue a través de 2 técnicas diferentes, para la variable independiente hábitos de higiene se requirió la técnica del Cuestionario operativizada a través del formulario de preguntas que se aplicó a las madres y para la variable dependiente Índice de Higiene Oral Simplificado la técnica de Observación clínica a través de su instrumento ficha de observación clínica el cual fue aplicado a los hijos.

La población estuvo constituida por todos los niños de 4to a 6to grado de primaria del Centro Educativo 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta, cuyas edades son entre 8 a 12 años y las madres de dichos niños que estuvieron presentes en el momento de la aplicación del cuestionario y del examen clínico.

Los resultados obtenidos en la presente investigación con respecto a la relación de hábitos de higiene de la madre con el Índice de Higiene Oral Simplificado de su hijo mostraron que no existe relación directa entre ambas variables ya que la mayoría de las madres 89.1% con hábitos de higiene bucal insuficientes tienen hijos con un índice de higiene oral simplificado regular, en el 77.8% las madres con hábitos de higiene bucal regulares tienen hijos con un índice de higiene oral simplificado regular y en el 87.5% de las madres con hábitos de higiene bucal buenos tienen hijos con un índice de higiene oral simplificado regular. Se concluye que los hábitos de higiene bucal de la madre no influyen en el Índice de Higiene Oral Simplificado de su hijo.

Palabras clave: Hábitos de higiene bucal, Índice de Higiene Oral Simplificado.

ABSTRACT

The main objective of this research was to relate the oral hygiene habits of the mothers with the Simplified Oral Hygiene Index of the children from 8 to 12 years of age at the Educational Center 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta. The data collection was carried out through 2 different techniques, for the independent hygiene habits variable, the questionnaire technique was required through the question form that was applied to the mothers and for the dependent variable Simplified Oral Hygiene Index the technique of Clinical Observation through its instrument clinical observation form which was applied to the children.

The population consisted of all children in 4th through 6th grade Education Center 40046 Lorenzo Cornejo Jose Acosta, including ages 8 to 12 years and mothers of those children who were present at the time of application of the questionnaire and clinical examination.

The results obtained in the present investigation regarding the relation of hygiene habits of the mother with the Index of Simplified Oral Hygiene of her son showed that there is no direct relationship between both variables since the majority of mothers 89.1% with habits of insufficient oral hygiene have children with a regular simplified oral hygiene index, in 77.8% mothers with regular oral hygiene habits have children with a regular simplified oral hygiene index and in 87.5% of mothers with good oral hygiene habits they have children with a regular simplified oral hygiene index. It is concluded that the mother's oral hygiene habits do not influence the Simplified Oral Hygiene Index of her son

Keywords: Oral hygiene, Simplified Oral Hygiene Index

INTRODUCCIÓN

Actualmente sabemos que desde antes de nacer los niños perciben todo a su alrededor, sobre todo el estado de ánimo de sus padres y lo que ellos desean transmitirle; pero es con la madre con quien se forma un vínculo más estrecho, lo que hace que el niño durante su infancia imite sus actitudes y prácticas, por esta razón es de suma importancia el ejemplo que los padres les damos a nuestros hijos en todo sentido. La persona encargada del cuidado del niño, es de suma importancia, ya que con sus actitudes, conocimientos y ejemplo, puede favorecer o afectar negativamente en la formación de los hábitos del niño.

Por esta razón, la prevención en odontología debe realizarse en edades tempranas y está a cargo de los padres, de la persona que esté el mayor tiempo posible con el niño, que sea capaz de transmitirle actitudes positivas que conlleven a que adquiera buenos hábitos para su calidad de vida y salud oral. De esta manera se debe educar a las madres desde la gestación para que con su ejemplo sean capaces de formar correctamente a sus hijos evitando a futuro el desarrollo de enfermedades orales.

La caries dental es una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo, pese a que la tecnología avanza día a día en cuanto a materiales de prevención, restauración y que se ha puesto mucho énfasis en el desarrollo de programas preventivos de salud bucal.

En el Perú se reporta un promedio del 90% de prevalencia de caries dental en edad escolar, lo que significa que no hay un seguimiento y control efectivos de los programas preventivos de salud oral (1).

Es por esta razón que debemos de seguir manteniendo un enfoque preventivo, que tiene que incluir un trabajo interdisciplinario con los profesionales de salud; de esta manera los odontólogos están preparados para educar a la población en general, dando mucha importancia a la atención y educación en salud bucal de las gestantes en todas sus etapas, y posteriormente la atención del recién nacido, infante y preescolar; ya que en estas edades los niños desarrollan sus capacidades para aprender buenos hábitos ya sean de higiene bucal y también los hábitos alimenticios.

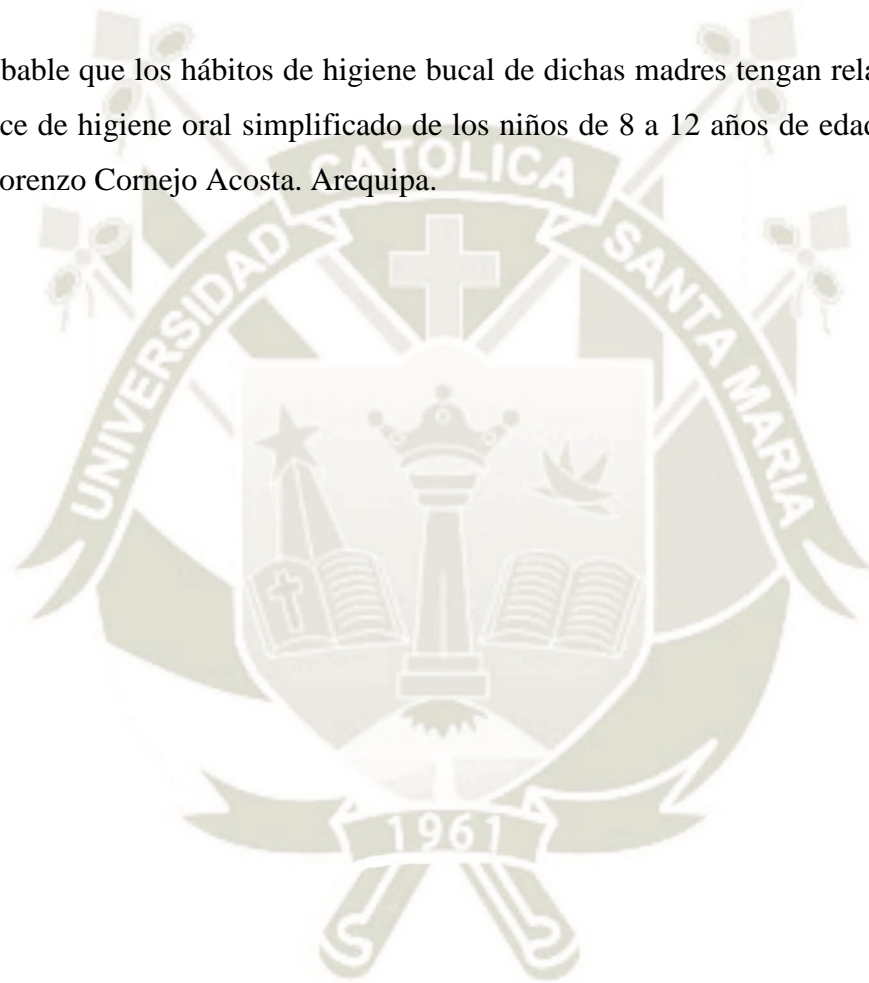
Dentro de los hábitos de higiene bucal el más importante es un correcto cepillado con una pasta dental fluorada. Otro método de prevención de caries interproximal es el uso de hilo dental que nos permite remover la placa bacteriana de los espacios interdentarios; el uso correcto del enjuague bucal también favorece una óptima salud bucal.

La presente investigación es relevante ya que relaciona la conducta y hábitos de higiene bucal de las madres con la salud oral de sus hijos, esto será de gran ayuda para las poblaciones ya que si se observa relación se resolvería uno de los factores que podría estar influyendo en el desarrollo de las enfermedades orales; así nosotros como profesionales tendríamos el deber de incentivar a las madres mediante programas educativos a cambiar o mejorar sus hábitos que se verán reflejados en su IHOS y de ésta manera ellas transmitirían esto a sus hijos, obteniendo resultados positivos en la disminución de la incidencia de enfermedades orales en la población. Por lo tanto este estudio también tiene un aporte humano y social al pretender resolver un problema mundial como es la caries dental, que a través del tiempo y pese a los programas preventivos aplicados aún sigue sin resolverse.

HIPÓTESIS

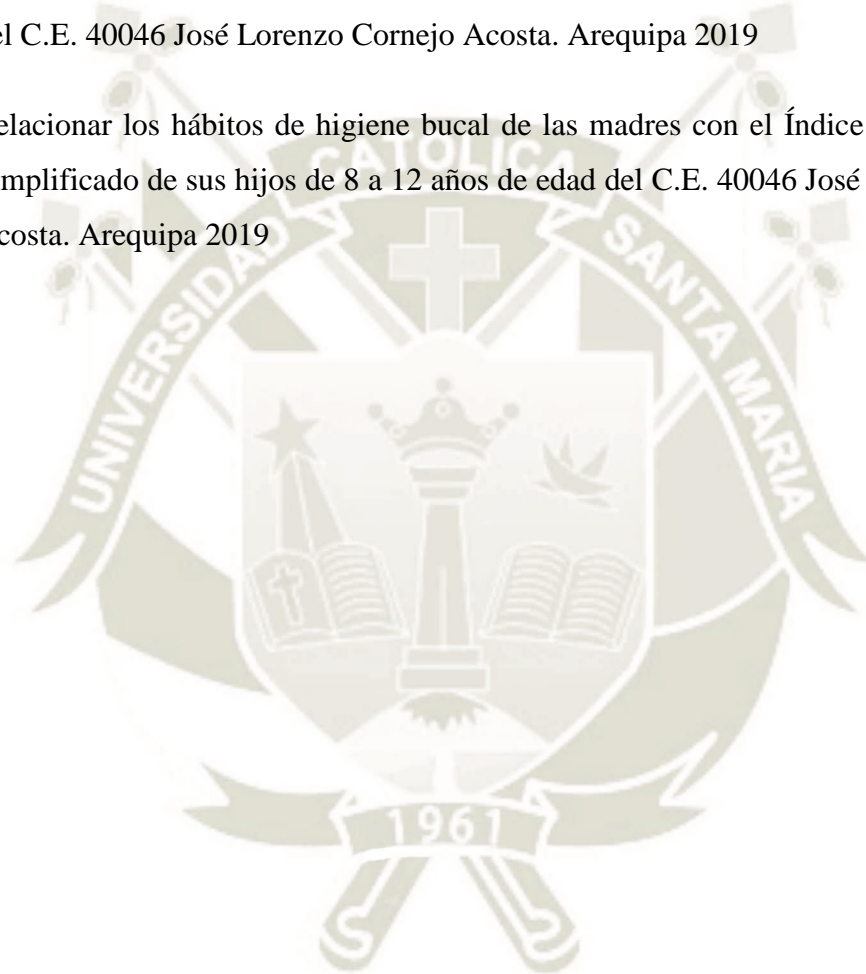
Dado que, los niños adquieren patrones de conducta de los adultos, y es en la primera infancia en la que los niños pasan el mayor tiempo con su madre, que es el eje principal de la familia quien se encarga de transmitir modelos de conducta y actitudes que deben perdurar en las diferentes etapas de la vida:

Es probable que los hábitos de higiene bucal de dichas madres tengan relación directa con el índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años de edad del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta. Arequipa.



OBJETIVOS

- Determinar los hábitos de higiene bucal de las madres cuyos hijos estudian en el C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta. Arequipa 2019
- Conocer el Índice de Higiene Oral Simplificado en los niños de 8 a 12 años de edad del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta. Arequipa 2019
- Relacionar los hábitos de higiene bucal de las madres con el Índice de Higiene Oral Simplificado de sus hijos de 8 a 12 años de edad del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta. Arequipa 2019



CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1. HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

1.1. Hábitos en odontología

El hábito es el resultado de la repetición de un acto con determinado fin, volviéndose con el tiempo resistente a cambios. Para Peterson & Schneider la instalación del hábito ocurre por ser agradable y traer satisfacción y placer al individuo. Inicialmente, hay participación consciente del individuo por realizar el acto, pero por causa de su repetición continua, ocurre un proceso de automatización y perfeccionamiento, volviéndose así inconsciente (2).

Hábito. Automatización parcial de la ejecución y regulación de las operaciones dirigidas hacia un fin. Los hábitos como formas de actividad están constituidos también por acciones y movimientos que responden a un fin consciente previamente propuesto. Aunque el hábito se adquiere por repetición de una conducta, termina por convertirse en una posesión permanente del individuo que lo ha adquirido, de modo que por él se regula de una manera inmediata su conducta.

El vocablo hábito se refiere a los comportamientos que se repiten con cierta regularidad y que se desarrollan sin que la persona tenga que razonar, es la facilidad para hacer una cosa, que se adquiere con la práctica (3).

En odontología un hábito puede ser definido como la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos también no fisiológicos entre los cuales tenemos las succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica (4).

En la primera infancia comienzan a ser establecidas algunas prioridades y actitudes que pueden perdurar por toda la vida del individuo. Así, la adquisición de hábitos

adecuados de higiene en la infancia es uno de los requisitos básicos para el desarrollo de adultos saludables (2).

1.2. Higiene bucodental

1.2.1. Concepto

Higiene bucodental es la ejecución de una serie de actividades utilizando diferentes elementos para retirar los residuos alimenticios de las superficies de los dientes.

La Real Academia Española lo define como parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades; igualmente como limpieza, aseo de las viviendas, lugares públicos y poblaciones.

Higiene bucodental también es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo de la caries y enfermedad periodontal (5).

1.3. Control Mecánico de la Placa Bacteriana

El control mecánico se refiere a la remoción de ésta a niveles aceptables a través de medios mecánicos, principalmente cepillo e hilo dental. Aunque estas maniobras puedan ser realizadas por el niño, el objetivo principal debe ser enfocado en el responsable. Esto porque en la primera infancia, a pesar de que muchos niños ya intentaron realizar el cepillado dentario sin ayuda de la madre, aún no poseen un desarrollo motor suficiente para la remoción adecuada de la biopelícula (2).

El control de la placa es fundamental para la salud dental y periodontal, y la mejor forma de conseguirlo es con la correcta utilización del cepillo de dientes manual o eléctrico. Si es efectivo, reduce la placa supragingival y la parte más cercana al margen gingival de la placa subgingival. Sin embargo, no consigue una efectiva

limpieza interdental, por lo que debe complementarse con el uso de hilo dental y cepillos o palillos interdentales.

Las características generales del control mecánico de placa son los siguientes:

- Lo deben realizar todas las personas. Necesita la colaboración del paciente y un alto grado de cumplimiento.
- Debe ser diario, varias veces al día.
- Para que sea efectivo, es necesario el conocimiento de la técnica y cierta destreza manual (6).

1.3.1. Cepillado dental

El cepillado de los dientes es el método de higiene bucal más ampliamente difundido y cuenta con alto grado de aceptabilidad social. El objetivo es remover la biopelícula dental o interferir en su formación para prevenir que llegue a ser patogénica pudiendo adicionarse, eventualmente, algún agente terapéutico. Según el riesgo del paciente niño/adolescente (7).

De acuerdo con Rolla et al. (1995) los padres deben realizar el cepillado de sus hijos hasta la edad escolar, con el fin de garantizar una limpieza bucal adecuada. Esto no significa que el hecho de que el niño quiera cepillar sus dientes deba ser reprimido. Por lo contrario, la concientización del niño con respecto a los cuidados con su salud bucal (explícito en este tipo de actitud), incluso en los primeros años de vida, debe ser estimulada como una estrategia de introducción precoz de actitudes más saludables. Lo que debe ser enfatizado en estos casos es que la limpieza debe ser posteriormente complementada por un adulto.

A pesar de que la remoción de la biopelícula pueda ser realizada también con el uso de coadyuvantes químicos, la remoción mecánica es el medio más efectivo para la limpieza dental (2).

Tal vez esta sea la razón por la que el cepillado dental sea el componente básico de la mayoría de los programas con enfoque preventivo. Siendo así, el efecto benéfico del cepillado en la reducción de la caries dental debería ser

obvio. Paradójicamente, esta relación aún no es totalmente concluyente en la literatura científica. Hay pocas evidencias que soportan la idea que el cepillado o frecuencia del cepillado por sí sola sea capaz de reducir la caries dental. Lo que se propone es que su efecto en la prevención, por ejemplo, estaría más relacionado con la capacidad de remoción de la biopelícula asociado con el flúor presente en los dentífricos.

Del mismo modo, la frecuencia del cepillado es débilmente asociada con el desarrollo de gingivitis. La razón de esta afirmación se debe al hecho de que la cantidad de veces que el niño tiene sus dientes cepillados, no se traduce en calidad. En otras palabras, ni todos los cepillados reducen suficientemente la biopelícula de las superficies dentarias, siendo más importante la calidad de cómo éste es hecho que el número de veces que este procedimiento es realizado.

Sin embargo, el cepillado dental no debe ser analizado solamente como una medida aislada para la prevención de caries y enfermedad periodontal. La falta de limpieza bucal debe ser vista como un factor de riesgo común a una serie de otras enfermedades debiendo el acto de cepillar los dientes ser encarado con un requisito fundamental para la introducción de hábitos saludables en el niño (2).

- **Cepillo dental**

Es un elemento constituido por manojos de cerdas sujetas a una cabeza que actúan en forma de barrido o brillo en las superficies dentales y retiran los residuos de alimentos adheridos a ellas (2).

Los cepillos dentales son constituidos por cuatro componentes básicos: mango, vasto o intermediario (cuello), cabeza y cerdas (filamentos). A cada uno de estos componentes son designadas determinadas funciones y especificaciones que ayudarán a la mejor remoción de la biopelícula dental.

Cabezal. Su tamaño debe ser acorde con las necesidades individuales del paciente. Por ejemplo, cabezales pequeños no sólo los utilizan los niños

sino también adultos que tienden a presentar náuseas y que necesitan acceder a superficies linguales de molares inferiores.

Mango. Suele ser redondo y curvo. La zona de unión con el cabezal o cuello puede estar angulado para facilitar el cepillado. El tamaño adecuado a emplear dependerá de la edad y de la destreza del usuario para que el cepillo se pueda manejar con facilidad.

Filamentos. Agrupados en múltiples penachos. Son de nailon o poliéster, no mayores de 0,23 mm de diámetro y de extremo redondeado. Son la parte más importante del cepillo dental y en función de ellos se pueden establecer diferentes clasificaciones.

Desde el punto de vista de su dureza, existen en el mercado cepillos dentales extrasuaves, blandos, de dureza media y duros. La elección depende de cada paciente (6). Es muy importante conseguir un equilibrio entre una óptima remoción de placa y ausencia de lesiones.

Otra forma de clasificación se basa en la disposición de los penachos. En cuanto al número de hileras de penachos, lo más habitual es que haya 3, pero es posible que el cepillo tenga más o menos. Al cepillo con sólo 2 hileras de le denomina “sulcular”, está especialmente indicado para la remoción de placa del margen gingival y es muy útil en pacientes portadores de aparatología ortodóncica fija o implantes.

La forma de inserción de los penachos en el cabezal es el factor más importante que determina la eficacia del cepillo. Tradicionalmente los penachos han tenido una disposición vertical, pero los diseños actuales son penachos múltiples y angulados en diferentes direcciones. Una reciente revisión sistemática y un metaanálisis realizados por Slot et al. en 2012 ha demostrado que estos cepillos son más eficaces en el control de placa y gingivitis.

En la misma revisión otro factor que ha demostrado influencia en la eficacia del cepillado es la forma que adquieren los filamentos en su conjunto. Los que tienen forma plana son menos eficaces que los cepillos

multinivel. Estos pueden adoptar formas diferentes: serrados, convexos, en “V” o en “U”. Los cepillos para ortodoncia tienen un diseño de este tipo. La hilera central de penachos es más corta y de mayor dureza, para el control de placa de los brackets, y las externas son más largas y blandas para eliminar placa de la superficie dental (6).

Según la Asociación Dental Americana (ADA), el cepillo ideal debería tener las siguientes características:

- ✓ Penachos de cerdas con la misma longitud.
- ✓ Cabeza y cuello situadas en un mismo eje.
- ✓ Leves y de fácil limpieza.
- ✓ Impermeables a la humedad.
- ✓ Cerdas de nylon.
- ✓ Bajo costo, durables y eficientes.
- ✓ Cabeza pequeña (2).

La elección del cepillo dental debe realizarse en función de la edad, la salud bucal del paciente o los responsables de su higiene, la destreza manual, las preferencias personales y la adhesión que demuestre para el cumplimiento de los procedimientos recomendables (7).

Los requisitos que deben considerarse para la elección del cepillo dental son:

- ✓ Un adecuado tamaño de la cabeza, que debe ser lo suficientemente pequeña como para permitir una buena maniobrabilidad dentro de la cavidad bucal.
- ✓ El largo de la superficie activa, que al ubicarse debe cubrir dos dientes vecinos.
- ✓ El número de hileras de penachos que, si bien está sujeto al ancho de la cabeza, debe mantener suficiente espacio entre ellas para una adecuada flexibilidad de las fibras y un fácil secado.
- ✓ La calidad de las cerdas que deben ser blandas y con extremos redondeados.

Un cepillo para niños debe ajustarse a las siguientes características:

- ✓ El tamaño de la cabeza y de la parte activa debe ser pequeño y adaptarse al crecimiento de la cavidad bucal a lo largo de las diferentes edades, sin superar las medidas aconsejadas en la adolescencia (30mm de largo por 10mm de ancho).
- ✓ El mango debe acompañar el tamaño de la mano del niño, pero para que los padres/madres realicen la higiene bucal es conveniente seleccionar un cepillo cuya cabeza tenga el tamaño correspondiente a la edad del niño y cuyo mango permita una correcta aprehensión por parte del adulto que cepilla.
- ✓ Los penachos insertos en la parte activa deben ser múltiples y de forma recta; para los niños menores de seis años se recomienda que los penachos estén más separados y sean más suaves.
- ✓ Las cerdas de nailon deben ser blandas, de aproximadamente 0,2mm de diámetro y un largo de 10mm y con extremo redondeado (7).

Los cepillos eléctricos son una opción bastante difundida para la remoción de la biopelícula dental. En la literatura internacional, aún no hay un consenso referente a una mayor efectividad de este cepillo en comparación con los cepillos manuales. Aunque algunos estudios puedan demostrar una superioridad de este tipo de cepillo, se debe recordar que, debido a su costo más elevado, debe ser indicado en los casos de niños con mayores dificultades de remoción de la biopelícula, o debido a un impedimento motor o a una falta de cooperación del niño (2).

• **Frecuencia del cepillado**

El cepillado dental está indicado para utilizarse después de las tres comidas, después de ingerir alimentos entre las comidas y después de comer dulces. Como mínimo, deben hacerse dos cepillados diarios, de los cuales el que se realiza antes de acostarse debe ser obligatorio (5), y la otra, aunque más opcional, que sea después de alguna de las comidas. El cepillado siempre debe realizarse con pasta dental fluorada (6).

- **Tiempo del cepillado**

Hay una relación directa en el tiempo de cepillado y cantidad de placa eliminada. Uno de los objetivos de la revisión sistemática de Slot et al. (2012) fue determinar la eficacia del cepillado después de 1 o 2 min. La reducción media ponderada del índice de placa fue de 27% después de 1 min y del 41% después de 2 min. Por tanto, la recomendación debe ser cepillar los dientes durante 2 min mejor que durante 1 min (6).

- **Tiempo de vida del Cepillo dental**

La indicación del cambio del cepillo dental aún es un mito odontológico. La mayoría de los trabajos científicos referentes al asunto relatan la necesidad de sustituciones periódicas, pero no son definitivos con relación al mejor momento para hacerlo.

Algunos autores concluyen que en pacientes saludables este cambio debería ser realizado mensualmente, y que en pacientes inmunocomprometidos como, por ejemplo, niños sometidos a sesiones de quimioterapia, la sustitución debería ser realizada semanalmente. En realidad, la sustitución de cepillos dentales debe llevar en consideración una serie de otros factores (lugar en que este cepillo es almacenado, si el niño utiliza el cepillo frecuentemente, como el cepillo es aseado, etc.) además del tiempo de uso y estado de salud del niño. Otro aspecto que puede ser considerado para la sustitución de cepillos dentales es el deterioro de las cerdas. A partir del momento en que estas cerdas muestran una tendencia de perder su verticalidad entre sí (se abren como si fuera un abanico) deberán ser cambiadas (2).

1.3.2. Dentífrico o pasta dental

Las cremas dentales o suspensiones pueden ser suspensiones o geles estables que se aplican sobre el cepillo dental con el fin de ayudar a la limpieza de las superficies dentales y generar un aliento fresco (5).

La palabra dentífrico probablemente, entró en uso en 1558. Se deriva del latín dentifricium, es decir, denti (diente) y fricare (frotar). A lo largo de los años, los dentífricos se han empleado para la estética dental, la eliminación de olores de la boca, el fortalecimiento de los dientes y aliviar el dolor dental.

La historia de los dentífricos se remonta varios siglos atrás. Los componentes de estas pastas fueron partes de animales disecados, hierbas, miel y minerales. Durante muchos años, se utilizaron materiales que eran realmente perniciosos para la salud bucal; estos materiales incluían elementos excesivamente abrasivos, minerales de plomo, ácido sulfúrico y ácido acético. La era microbiana marcó la modificación más importante en relación con la formulación de los dentífricos. A partir de los estudios de Miller en los laboratorios de Koch, cambió el concepto del origen de la caries dental, postulándose que los ácidos producidos en la superficie del diente son producto de la fermentación bacteriana de los azúcares de los alimentos. Por ello, los científicos iniciaron la elaboración de pastas dentales bajo una nueva perspectiva, con el fin de neutralizar la acidez de la placa dental y los antisépticos para luchar contra los gérmenes (8).

- **Composición**

Están compuestos por abrasivos, humectantes, aglutinantes, preservativos, espumantes, saborizantes, detergentes, colorantes, odorizantes y pueden contener agentes o sustancias activas, preventivas o terapéuticas como el monofluorofosfato de sodio., fluoruro de sodio, fluoruro de estaño, clorofila, sábila, clorhexidina, sanguinarina, sustancia reveladora y muchas más. Puede considerarse que las cremas dentales o dentífricos son excelentes vehículos para aplicar otras sustancias en la cavidad bucal (5).

Los humectantes previenen el secado de la pasta dental una vez abierta (sorbitol, xilitol, polietilenglicoles de bajo peso molecular y propilenglicol). Los detergentes o espumantes (lauril sulfato sódico, N-lauroil sarcosinato, ricinoeato sódico y sulfuricinoleato sódico) deben

ser atóxicos, insípidos y no deben irritar la mucosa oral. Los detergentes ayudan a crear una suspensión estable del abrasivo en la boca, lo cual permite una limpieza efectiva. Los conservantes protegen la pasta del efecto de los microorganismos (benzoato sódico, metilparabeno, metilparabeno sódico, propilparabeno sódico, mezcla de parabenos y formalina). Los edulcorantes le dan el sabor agradable a la pasta (sacarina sódica, ciclamato sódico, xilitol, glicirrato aniónico, esencias de menta piperita, hierbabuena, eucalipto, canela, badiana, mentol, aromas frutales). Los aglutinantes o espesantes aumentan la viscosidad de la pasta y mantienen la suspensión estable (alginatos, carregenatos, goma xantana, hidroxietilcelulosa sílice, carboximetilcelulosas, sílicas). Los abrasivos eliminan la biopelícula dental, deben ser compatibles con los demás componentes de la pasta dental (sílice, carbonato cálcico, fosfato dicálcico dihidratado, fosfato dicálcico anhidro, etc.) (8).

Efectividad terapéutica del fluoruro en la pasta dental

El cepillado con dentífrico fluorado es un hábito aceptado socialmente y forma parte de los procedimientos habituales de higiene corporal. Combina la higiene oral con el uso de flúor. Se calcula que más del 90% de las pastas dentífricas de mercado contienen fluoruros en diferentes concentraciones y se considera la razón más importante en la reducción de caries que ha ocurrido en las últimas décadas del siglo XX en países desarrollados. El flúor de los dentífricos es incorporado directamente en la placa dental y en el esmalte desmineralizado. El cepillado con pasta fluorada aumenta la concentración de flúor en la saliva entre 100 y 1000 veces hasta volver a los niveles basales en 1–2 h. su utilización habitual aumenta la concentración ambiental de fluoruros en placa y saliva. El objetivo terapéutico consiste en mantener un nivel mínimo diario de iones fluoruros en saliva y placa disminuyendo la solubilidad del esmalte y del cemento, favoreciendo la remineralización de las zonas afectadas por desmineralización incipiente (6).

La efectividad terapéutica de los dentífricos se basa en la liberación de fluoruro al medio oral en el momento del cepillado. Por lo que su

fórmula debe proporcionar F soluble. Se entiende por flúor soluble el fluoruro que tiene la capacidad de disociarse de la masa homogénea del dentífrico. Diversos estudios han considerado necesario al menos 1000 ppm de F soluble para que una pasta dental tenga efecto anticaries. En general, los fabricantes añaden 1500 ppm F para compensar la cantidad de F, que podría inactivarse por su combinación con el abrasivo durante el almacenamiento del producto. Las pastas dentales con 1500 ppm de fluoruro tienen un efecto preventivo superior en comparación con dentífricos estándar con 1000 ppm en la dentición permanente joven (8).

Los dentífricos fluorados se formulan, fundamentalmente, con fluoruro sódico (NaF), monofluorofosfato de sodio (MFP) o ambos combinados, así como fluoruro de aminas y fluoruro de estaño. Además, incluyen edulcorantes, abrasivos compatibles inertes como sílice (especialmente para el NaF) y detergentes (laurilsulfato de sodio). Algunos dentífricos más actuales también contienen extractos de hierbas, enzimas y agentes antimicrobianos, como el triclosano, agentes anticálcico y aditivos blanqueadores. El compuesto fluorado más utilizado es el NaF (más barato), seguido del MFP. Hay controversia sobre la mayor efectividad del NaF sobre el MFP, pero, en el caso de que exista, la significación clínica es irrelevante, de forma que se pueden aconsejar ambos (6).

- **Características y funciones**

Los dentífricos son productos cosméticos destinados a la limpieza de los dientes y cavidad bucal. Un buen dentífrico debe reunir las siguientes características:

- ✓ Cuando se utiliza adecuadamente con un cepillo de dientes eficaz y una frecuencia adecuada, debe eliminar los detritos alimentarios, placa dentobacteriana y manchas.
- ✓ Debe dejar en la boca una sensación de frescura y limpieza.
- ✓ Su costo debe permitir su uso regular.
- ✓ Ser inocuo y agradable para el uso.

- ✓ Ser estable en las condiciones de almacenamiento y uso, y no producir irritación en la encía o cualquier otra parte de la cavidad bucal.
- ✓ Poseer el grado de abrasividad idóneo para proceder a la eliminación de la placa dentobacteriana con el mínimo daño del esmalte dentario. Otros factores que modificarán esta característica serán el tiempo y la técnica empleada en el cepillado, y la cantidad de pasta utilizada, entre otros (8).

1.3.3. Seda o Hilo dental

Es un elemento mecánico que consiste en un hilo, tira o seda hecha de algodón, nylon, acrílico o cualquier otro compuesto, que se introduce en los espacios interproximales de los dientes para extraer los residuos alimenticios que se depositan en ellos y que no pueden retirarse con el cepillo dental (5).

Al contrario de lo que muchos piensan, la biopelícula dental no se acumula en el área interproximal de contacto, pero sí cervicalmente a ella, a lo largo del margen gingival. Para poder remover la biopelícula dental evitando posibles desmineralizaciones, se vuelve por lo tanto necesario hacer que el hilo dental se adapte a la curvatura de la superficie del diente.

Los objetivos de la limpieza del espacio interdental son:

- Reducir la acumulación de la biopelícula en los dientes y en las encías adyacentes.
- Promover la circulación y autolimpieza.
- Manutención morfológica del epitelio del surco gingival.
- Permitir el acceso del flúor.
- Facilitar la remineralización a través del contacto con la saliva de las superficies dentarias adyacentes (2).

En el mercado hay una gran variedad de hilos dentales:

- Según su forma: redondos o acintados más anchos que el hilo).
- Sin cera o con cera (para puntos de contacto ajustados).

- Con sustancias saborizantes, flúor e incluso clorhexidina (6).

La mayoría de hilos disponibles en el comercio son hechos de nylon, pudiendo ser o no encerado. El hilo de nylon no encerado viene siendo por lo general considerado como el de elección por la facilidad de ser pasado entre los puntos de contacto sin dejar residuos de cera. Pero, desde el punto de vista de aceptación del paciente, el hilo dental encerado y con sabor parece ser más útil(2).

El uso de un limpiador interdental (como el hilo dental) es una parte esencial del cuidado de los dientes y encías. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU también reafirmó el uso del hilo dental como una importante práctica de higiene bucal en una comunicación de agosto de 2016 a la ADA (Asociación Dental Americana).

La ADA recomienda cepillarse dos veces al día y limpiar entre los dientes con hilo dental (u otro limpiador interdental) una vez al día (9).

El momento correcto del uso del hilo dental ha sido motivo de investigación ya que siempre existió la idea que al ser un complemento del cepillado dental debía usarse luego de éste, pero en un reciente estudio de Mazhari et al. 2018, en donde se evalúa la eficacia de la secuencia de cepillado y uso de hilo dental para reducir la placa interdental y aumentar la retención de fluoruro en esa área; nos da como resultados que el uso de hilo dental antes del cepillado tiene mayor reducción de la placa interdental en comparación con hacer primero el cepillado y luego el uso de hilo dental, además, esta secuencia, hilo y luego cepillado, mantiene mayores niveles de flúor en la boca (10).

La técnica manual es la más utilizada. Se enrolla casi todo el hilo en el dedo medio de una mano y el resto en el de la otra manteniendo tirante el hilo entre ambas. Los dedos índices y pulgares son los que llevan a cabo la técnica. El hilo se introduce con suavidad por el espacio interproximal deslizándolo hasta el surco gingival con movimientos vestibulolinguales. Conforme se ensucia el hilo se pasa a una parte limpia enrollándolo en un dedo y desenrollando en el otro (6).

Así como el cepillo de dientes, al hábito del hilo dental debe ser iniciado desde temprano, después de la erupción de los incisivos centrales inferiores. Todo hábito viene de la infancia, y el uso del hilo dental tiene que ser estimulado para que los niños puedan adquirir destreza manual, y no sentir dificultades en el futuro. Niños entrenados en desarrollar este hábito se muestran aptos para realizarlo con facilidad (2).

1.4. Control de placa con antimicrobianos

Aunque la forma más común de eliminar la placa sea mediante el control mecánico, el uso complementario de antimicrobianos puede ser muy beneficioso y, en ocasiones, esencial.

Las características generales del control de placa con antimicrobianos son las siguientes:

- No se dirige a todas las personas sino sólo a pacientes y situaciones concretas, aunque hay una creciente tendencia a utilizar antimicrobianos de uso diario habitual.
- Debe ser prescrito por el profesional, que indicará el tipo de antimicrobiano, el vehículo, la concentración, la frecuencia y el tiempo de uso.
- Lo aplica el propio paciente y, en algunos casos el profesional en el consultorio.
- No es necesario tener un conocimiento y una destreza manual especiales (6).

1.4.1. Clorhexidina

Es una biguanida catiónica. En forma de digluconato de clorhexidina, se ha utilizado en odontología desde hace más de cuatro décadas y es el agente antiplaca y antigingivitis por excelencia. Su espectro de acción antimicrobiano es amplio e incluye bacterias grampositivas y negativas, hongos e incluso algunos tipos lipófilos. Tiene dos ventajas muy importantes directamente relacionadas con su amplia utilización: cuando se usa oralmente, no induce resistencia bacteriana ni sobreinfección.

**FORMAS DE UTILIZACIÓN MÁS HABITUALES DE LA
CLORHEXIDINA**

VEHÍCULO	CONCENTRACIÓN	PAUTAS DE APLICACIÓN
Colutorio	0,12%	15 ml / 30-45 seg /12h
	0,2%	10 ml / 30-45 seg /12h
Aerosol	0,12%- 0.2%	3-5 pulverizaciones / 12 h
Dentífrico	0,12%	Cepillo dental, uso diario a largo plazo
Gel	0,12%- 0.2%	Cepillo dental, uso diario a largo plazo Aplicación directa sobre herida quirúrgica
	1% *	En cubetas: 1 vez /día / 2min / 2 semanas
Barniz	1% + 1% timol	2-3 aplicaciones en el consultorio en 2 semanas y reaplicar cada 3 meses o según reevaluación de paciente
	10% *	2-3 aplicaciones en el consultorio en 2 semanas y reaplicar cada 3 meses o según reevaluación de paciente
	35% *	Aplicación local

* No comercializados en España.

Nota: los geles al 1% y los barnices se aplican con una técnica similar a los de flúor, pero se recomienda previamente eliminar de forma mecánica la placa para optimizar su efecto (6).

La clorhexidina se une fuertemente a la membrana celular bacteriana, lo que a bajas concentraciones produce un aumento de la permeabilidad con filtración de los componentes intracelulares incluido el potasio (efecto bacteriostático), en concentraciones más altas produce la precipitación del citoplasma bacteriano y muerte celular (efecto bactericida). En boca se absorbe rápidamente a las superficies, incluidos los dientes con película adquirida, proteínas salivales y a la hidroxiapatita. La clorhexidina absorbida se libera gradualmente en 8-12 horas en su forma activa. Después de 24 horas aún pueden recuperarse concentraciones bajas de clorhexidina, lo que evita la colonización bacteriana durante ese tiempo. Su pH óptimo se encuentra entre 5,5 y 7. En función del pH ejerce su acción frente a diferentes bacterias. Con un pH entre 5,0 y 8,0 es activa frente a bacterias Gram-positivas y Gram-negativas. También reduce los microorganismos aerobios y anaerobios de la placa en un 54-97% en un periodo de seis

meses. En un periodo de 2 años no se desarrollan resistencias ni presencia de oportunistas o efectos adversos en la cavidad oral (11).

La baja absorción de la clorhexidina es un factor en su baja toxicidad. Se metaboliza en el organismo, absorbiéndose débilmente por mucosa del tracto digestivo y eliminándose por las heces el 90% del fármaco absorbido y el resto lo hace por orina. Estudios monitorizados han determinado que no se acumula en el organismo ni se metaboliza en sustancias lesivas (11).

La sustantividad es la capacidad que tiene un agente antimicrobiano de unirse a determinadas localizaciones de la boca para liberarse lentamente, en forma activa y manteniendo niveles terapéuticos. La clorhexidina se diferencia del resto de antimicrobianos porque tiene una alta sustantividad intraoral, al unirse a los dientes, a la película, a la placa y a las mucosas. La unión es rápida. A los 15 s se retiene el 50%, y a los 30s, el 75%. Se ha demostrado que a clorhexidina en colutorio es igual de efectiva cuando se utiliza durante 30s que 1 min. Su efecto se prolonga durante hora (7- 12h) y se reduce la frecuencia de utilización.

Está indicada especialmente en las siguientes situaciones:

- Cuando no se puede realizar un adecuado control mecánico de placa: después de una cirugía oral o periodontal, de un raspado y de un alisado radicular; situaciones con destreza manual comprometida (ancianos o personas con discapacidad física o psíquica).
- Situaciones clínicas que requieren un control de placa complementario: pacientes periodontales; pacientes con ortodoncia fija y removible, rehabilitaciones protésicas e implantes; alto riesgo de caries radicular e interferencia en la transmisión de estreptococos del grupo mutans de madre a hijo (6).

Se recomienda que:

- Los enjuagatorios al 0,12% deben usarse dos veces al día durante 60 segundos, con 15 ml volumen, lo que equivale a una dosis de 18 mg,

- Los enjuagatorios al 0,2% deben emplearse dos veces al día, durante 30 segundos con 10 ml volumen, lo que equivale a una dosis de 20 mg (7).

Entre los efectos adversos destacan las tinciones que aparecen en las superficies de los dientes en el 30 - 50% de los pacientes. Se deben a la precipitación en las superficies orales de productos resultantes de la interacción entre la clorhexidina y los pigmentos de los alimentos, asociado a una higiene oral incompleta, y se eliminan con profilaxis profesional. Presentan las siguientes características:

- Aparecen a los pocos días de empezar a utilizar colutorios (con otros vehículos no suelen aparecer).
- Presentan un color amarillento-marrón.
- Se suelen localizar en el tercio cervical, en áreas proximales, en la unión amelocementaria y en las superficies radiculares (cuando están expuestas), en las fosas y en fisuras, en las superficies de restauraciones y, ocasionalmente, en la lengua.

Otro efecto frecuente es la alteración del gusto, que no hay que confundir con el hecho de que, per se, la clorhexidina tiene un sabor desagradable. Con menos frecuencia se puede presentar sensación de quemazón y dolor, boca seca e incluso lesiones descamativas en la mucosa y úlceras en gingival (6).

1.4.2. Otros agentes en el control antimicrobiano de placa

- **Hexetidina**

Posee una acción inhibitoria y previene la formación de ácidos en boca. Su sustantividad es de 1-3 horas, tienen algún efecto inhibitor de la biopelícula y, aunque éste se ve mejorado en combinación con Zn, sigue siendo menor comparado con el efecto antigingivitis y antiplaca de la clorhexidina al 0,2%.

- **Yodopovidona**

Es eficaz para reducir la incidencia de caries de la niñez temprana en los niños de alto riesgo luego de una aplicación bimestral. Tiene la ventaja de que puede aplicarse en un consultorio o por un cuidador simplemente limpiando los dientes ya que se reduce los niveles de lactobacilos y *S. Mutans* (7).

- **Agentes oxidantes**

En algunos colutorios se han incluido agentes oxidantes como el peróxido de hidrógeno. Su eficacia se ha evaluado en una revisión sistemática (2011) y los resultados muestran que, cuando se usan a corto plazo como monoterapia, no tienen un efecto antiplaca consistente. A largo plazo, mostró que reducen los primeros signos de inflamación gingival (6).

- **Compuestos de amonio cuaternario**

Los compuestos más utilizados han sido el cloruro de benzalconio y el cloruro de cetilpiridinio. Son captados rápidamente por las superficies bucales, pero también son liberados rápidamente, es decir no tienen suficiente sustentividad. Reducen la biopelícula en un 35%. El cloruro de cetilpiridinio se usa en una amplia gama de colutorios bucales antisépticos, habitualmente en una concentración de 0,005%. Su mecanismo de acción parece deberse al aumento de la permeabilidad de la pared bacteriana favorece la lisis y disminuye la capacidad de la bacteria para adherirse a la superficie dentaria. Los efectos colaterales que presenta son la tinción y la sensación de ardor o quemazón de la mucosa bucal.

- **Fenoles y aceites esenciales**

Entre estos compuestos el más conocido es Listerine. Tiene una combinación de aceites esenciales como fenol, timol, eucaliptol y mentol, con un 26,9% de alcohol y pH 5 y una presentación con diferentes sabores. Su mecanismo de acción se relaciona con la ruptura de la pared celular y la inhibición de las enzimas bacterianas. Su principal efecto adverso es la sensación de ardor. Se ha postulado que puede producir una

reducción entre el 20% y 34% de la biopelícula y entre el 25% y 30% de la gingivitis.

- **Triclosán**

El triclosán es un derivado del fenol, que ha sido incluido recientemente en los enjuagues bucales y las cremas dentales (7). Es un derivado fenólico de baja toxicidad con un amplio espectro de acción; activo frente a bacterias grampositivas y gramnegativas, micobacterias, esporas, bacterias anaerobias estrictas y *Cándida*. También tiene propiedades antiinflamatorias. Al no ser iónico, es compatible con el flúor y con los surfactantes aniónicos de los dentríficos. Per se tiene baja sustantividad, por lo que se ha formulado combinándolo con diversos componentes para aumentar su acción antimicrobiana residual.

- **Xilitol**

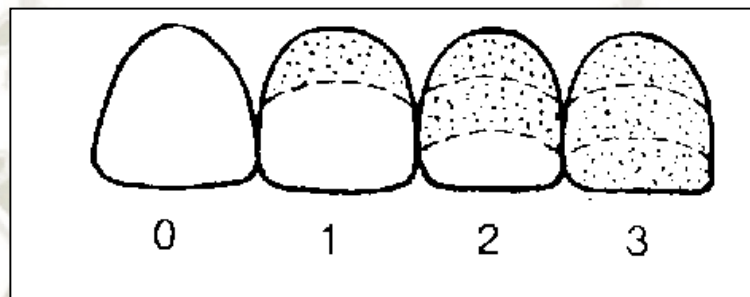
Es un polialcohol de cinco átomos de carbono con una dulzura relativa similar a la sacarosa. Tiene un efecto anticariogénico “pasivo” y común con otros polialcoholes porque los microorganismos no lo metabolizan formando ácidos. Además, tiene propiedades anticariogénicas “activas”, ya que reduce la placa bacteriana e inhibe el crecimiento de estreptococos del grupo Mutans. Ambas propiedades hacen del xilitol un potencial agente antiplaca y anticaries (6).

2. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

Este índice, desarrollado por Greene y Vermillion, recoge datos de carácter reversible y se utiliza para medir la situación de higiene oral de los individuos. Los criterios del IHOS se basan sobre dos componentes: la extensión coronaria de la placa (índice de residuos, IR) y la extensión coronaria del cálculo supragingival (índice de cálculo, IC). Para su obtención se mide la presencia de placa y cálculo en las superficies vestibulares del incisivo central superior derecho (11), del incisivo central inferior izquierdo (31), de los primeros molares superiores (16,26) y en la superficie lingual de los dos primeros molares inferiores (36,46). Esta medición da un IR y IC. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal.

2.1. Índice de residuos (IR)

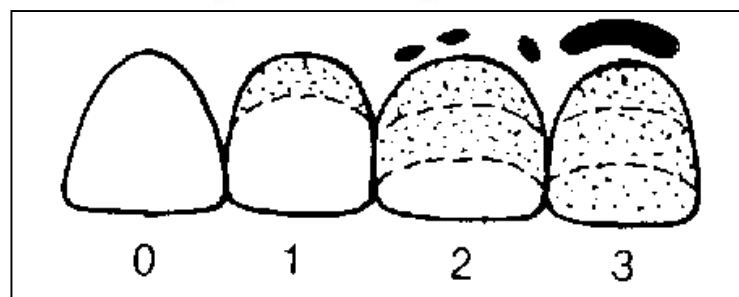
- 0: No hay placa ni manchas
- 1: Residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente examinado.
- 2: Residuos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.
- 3: Residuos blandos que cubren más de las dos terceras partes del diente.



Fuente: Índice simplificado sobre higiene oral – SALUD DENTAL PARA TODOS
<http://www.sdpt.net/CAR/indicesimplificadohigieneoral.htm>

2.2. Índice del cálculo (IC)

- 0: No hay presencia de cálculos.
- 1: Cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie del diente examinado.
- 2: Cálculo supragingival que cubre más de una tercera parte, pero menos de las dos terceras partes de la superficie del diente examinado.
- 3: Cálculo supragingival que cubre más de las dos terceras partes de la superficie del diente examinado (12).



Fuente: Índice simplificado sobre higiene oral – SALUD DENTAL PARA TODOS
<http://www.sdpt.net/CAR/indicesimplificadohigieneoral.htm>

El IHOS se obtiene a partir del promedio de los dos subíndices, IR e IC. La escala de valoración es la siguiente:

Bueno	0.0 - 1.2
Regular	1.3 - 3.0
Malo	3.1 - 6.0

Fuente: ECHEVARRÍA García José, Cuenca Sala Emili, "El Manual de odontología", España

3. EDUCACIÓN EN FAMILIA

3.1. La familia, dimensión constitutiva radical de la vida humana personal

La familia, es en efecto, el ámbito natural en el que la persona viene a este mundo, se abre a los demás, y en el que de forma inmediata y fundamental se forma. En ella surgen, de modo espontáneo o intencionado, los primeros y más profundos influjos educativos de la vida humana personal. Y ello, desde la misma convivencia indiferenciada, casi instintiva, impregnada de afectividad, de las primeras edades, hasta la convivencia socializada, ya configurada, y responsablemente asumida de la niñez y juventud. De los tipos de educación que vienen determinados por las diferencias de estímulos educativos, la educación familiar es el que primero se ha de considerar, por dos razones: en primer término, por una razón cronológica, ya que de la familia recibe el hombre su ser y los primeros estímulos para su educación. En segundo término, porque los influjos familiares son los más extensos y los más hondos en la existencia humana, de tal suerte que su deficiencia cualitativa o cuantitativa produce perturbaciones o estados carenciales de orden psíquico que difícilmente se pueden remediar (13).

3.2. La vida familiar y el nacimiento de las actitudes radicales ante la vida

Las actitudes radicales y primarias de la persona ante la vida, entendidas como predisposiciones subjetivas, estables, de naturaleza afectiva y mental, tendentes a facilitar respuestas consistentes, de un modo favorable o desfavorable, ante las

situaciones de la vida social, tienen su aprendizaje inicial y fundamental en la familia.

En la comunidad familiar tres factores educativos destacan por su especial potencialidad: la autoridad, el ejemplo y el amor. En cuanto al amor, la naturaleza ha dotado a los padres de esta cualidad o actitud trascendental, tan necesaria para educar, el amor natural y espontáneo hacia sus hijos. Sin amor al otro no hay educación posible. El amor, el buen amor, es el motor de toda educación; la condición ineliminable para educar. Claro que ese amor natural, espontáneo, de los padres ha de estar al servicio de la acción educativa, por eso ha de tener un carácter selectivo, ético, promotor de su madurez personal, de su propio bien; ese amor es el que suscita respuesta efectiva, general amistad obediencia en los demás (13).

3.3. Ambiente familiar y educación de los hijos

La familia educa a los hijos no sólo directamente por sus intervenciones educativas intencionadas, sino también- y sin duda con mayor eficacia aún- indirectamente por el ambiente en que se les hace crecer. El ambiente familiar, en efecto, supone un conjunto de condiciones que inciden fuertemente en el desarrollo de la personalidad y en la formación de actitudes y valores, y con resultados diferentes según los estilos de ambiente familiar (13).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Internacionales

- **Título:** Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad.

Autor: Cuartas J, Alvar A, Maya A, Cárdenas J, Arias M, Jaramillo A.

Fuente: Revista CES Odontología Vol. 15-Nº 1 2002. Colombia.

Resumen: Este estudio evaluó la relación existente entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico, hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de sus hijos entre 3 y 5 años de edad, en una población de

estudio de 100 niños clasificados según el índice coe-d, en 50 niños sanos (con bajo o ningún experiencia de caries) y 50 niños enfermos (con alta experiencia de caries) tomados de los Hogares Infantiles Rotarios del Municipio de Envigado y clínica CES Sabaneta. La percepción y los hábitos de higiene oral de los padres, se determinaron, mediante el uso de los cuestionarios respectivos. Los resultados indicaron una diferencia estadísticamente significativa entre los hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de los niños, mostrando padres de niños sanos clasificados con malos, regulares y buenos hábitos en un porcentaje de 10%, 68 % Y 22% respectivamente, mientras que con los niños enfermos se obtuvo 30%,52% Y 18% en la misma clasificación. No se encontró diferencia estadísticamente significativa, entre la percepción sobre el tratamiento odontológico de los padres y el estado de salud oral de los niños, obteniendo unos valores de percepción en padres de niños sanos de positiva, negativa e indiferente, 82%, 18% 0% respectivamente, y en padres de niños enfermos 64%, 24 % Y 12% respectivamente. Esto se presentó al parecer porque los niños copian muchas de las actitudes de los padres, en cuanto a los hábitos de higiene oral, las cuales pueden ser transmitidos ya que las visualizan diariamente, mientras que la percepción es un rasgo interno difícil de imitar.

- **Título:** El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres.

Autor: Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M.

Fuente: Revista CES Odontología Vol. 17 - No. 1 2004 Colombia

Resumen: Con el objetivo de identificar la frecuencia de la caries dental en niños y niñas menores de seis años residentes en la ciudad de Medellín y describir los conocimientos y las prácticas de cuidado bucal de sus madres, se realizó un examen clínico bucal a 365 niños de los estratos socioeconómicos medio-alto (MA) y bajo (B) y se entrevistaron con base en una encuesta estructurada, 346 madres. El diagnóstico de caries se basó en la propuesta de clasificación de Pitts y Fyffe. La prevalencia de caries en el estrato MA fue del 48.4% y en el B del 58.3%. Se encontró caries dental desde el primer año de edad, en ambos estratos. El promedio de superficies afectada por caries es de 3.4

y 6.6 para el estrato MA y B respectivamente. Se encontró una diferencia significativa en el nivel de escolaridad de las madres. El 42% de las madres del MA y el 50% del B afirman no haber recibido información sobre el cuidado bucal de sus hijos. En el momento del estudio se encontró que el 18% de los niños presentaban hábito prolongado del biberón y el 50% de las madres tenían la costumbre de dejar dormir al niño con el tetero. Los hallazgos de este estudio sugieren que la caries dental sigue siendo un problema frecuente en los menores de seis años en Medellín; por lo tanto, es indispensable asumir con continuidad la educación de las madres y cuidadores para la verdadera promoción de la salud bucal, con temáticas específicas que trasciendan la acción educativa de la transmisión de información a prácticas de instrucción y adiestramiento para el desarrollo de destrezas

- **Título:** Higiene bucal de los escolares marroquíes y sus madres.

Autor: Assimi S, Tajmouti R, Ennibi OK.

Fuente: NCBI. Pubmed. Mar-Apr;28(2):245-50. Marruecos 2016.

Resumen: Propósito: Los padres juegan un papel importante en aprender sobre el control de la placa de los niños. El objetivo de este estudio fue establecer una relación entre la salud y la higiene oral de los niños marroquíes y sus respectivas madres. Material y método: se recolectó información sobre hábitos de higiene oral (cepillado, frecuencia y duración, material y método utilizado, período de cambio del cepillo de dientes), así como sobre índices (CAD, placa, sangrado). Resultados: La población de estudio consistió en 200 niños y sus respectivas madres. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las madres y sus hijos con respecto al uso y cambio del cepillo de dientes, así como a la frecuencia de cepillado. También existe una correlación positiva entre el índice de placa de la madre y el de los niños. No se observaron diferencias en el método de cepillado, la duración y el período de cambio de cepillo. Conclusión El uso del cepillo de dientes es bajo en esta población y el método de cepillado utilizado es muy ineficiente. La correlación entre el índice de las madres y el índice de sus hijos sugiere que las conductas de salud oral de las madres influyen en el comportamiento de sus hijos.

4.2. Nacionales

- **Título:** Relación entre los hábitos de higiene de la madre con los de su hijo de 8 a 12 años de edad en el distrito de los Olivos.

Autor: Maynor Carranza Samanez, Claudia Ley Tapia, Alexis Llatas Velásquez.

Fuente: Cybertesis. UNMSM. Perú. (2003).

Resumen: El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación que existe entre los hábitos de higiene oral de la madre con los de su hijo de 8 a 12 años en el distrito de Los Olivos, Lima – Perú. Se evaluaron el índice de higiene oral simplificado, movimientos de cepillado dental y elementos de higiene oral. La muestra estuvo constituida por 40 madres con sus respectivos hijos de 8 a 12 años que fueron seleccionados de forma no probabilística y por conveniencia en el distrito de Los Olivos, en el mes de octubre del año 2002. Los resultados evidenciaron una relación directa en cuanto a la influencia de los hábitos de higiene de la madre con la de su hijo (coincidente 77.5%) de los cuales se encontró que el 51.6% presentan un deficiente hábito de higiene oral, 32.2% tienen un regular hábito de higiene oral y un 16.1% presentan un buen hábito de higiene oral.

- **Título:** Hábitos de Higiene Bucodental en Alumnas De Secundaria Del Colegio Esclavas Del Sagrado Corazón De Jesús- Arequipa.

Autor: Hualla Mariño, Rosa Elizabeth.

Fuente: UCSM. Perú (2008).

Resumen: El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo con la finalidad de tener un mejor conocimiento sobre los Hábitos de Higiene bucodental en alumnas de secundaria del Colegio Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús. El universo total fue de 401 alumnas de 1ro a 5to de secundaria y el universo de estudio fue de 372 alumnas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; a las cuales se les realizó una encuesta para la recolección de datos, los cuales fueron sistematizados constituyendo una matriz de datos en

el programa Epi-info versión 2000; dicho estudio fue realizado en el mes de mayo del año 2008 y entre los principales hallazgos se encontró: que la frecuencia del cepillado en el 41.7% de las alumnas fue de 2 veces al día y en el 48.1% el momento en que lo hacen es después de los alimentos y al acostarse ; el 31.5% de las unidades de estudio tarda sólo 1 minuto en cepillarse los dientes y la frecuencia con la que cambian su cepillo dental en el 34.1% es sólo cuando sea necesario. El 42.2% de las alumnas usa hilo dental, de ellas el 60.5% lo hace sólo 1 vez al día y el 28% lo usa antes del cepillado. En estas alumnas el uso de palillos interdentarios se da en el 39.5% y de ellas el 68.7% los usan 1 vez al día y el 98.6% es decir casi todas las alumnas que usan los palillos interdentarios lo hacen después de los alimentos. El uso de enjuagues bucales se dio en el 66.4% de las alumnas. La frecuencia con la que lo usan el 40.5% de ellas es 1 vez al día; el 43.3% tiene el enjuague en boca durante 1 minuto y el 96% de dichas alumnas usa el colutorio después del cepillado. El hábito del consumo de alimentos entre comidas se dio en un 90.3%; y el 59% de éstos alimentos son carbohidratos, golosinas y gaseosas. El 95.7% de las alumnas visita al odontólogo, mientras que el 2.4% de ellas nunca lo visitó; la frecuencia con la que acuden al odontólogo en el 43.3% es 1 vez al mes y el 27.2% lo visita sólo cuando lo amerita.

- **Título:** Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad.

Autor: Benavente Lipa A, Chein S, Campodónico C.

Fuente: Revista odontológica Sanmarquina 2012; 15(1): 14-18 Perú.

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad (n 143). El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la

recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana (Greene y Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad ($p > 0,16$). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados.

CAPITULO II METODOLOGÍA

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnica

En la presente investigación se usó la técnica del Cuestionario para la variable independiente Hábitos de Higiene bucal y para la variable dependiente, Índice de Higiene Oral Simplificado la técnica de la Observación clínica.

1.2. Instrumentos

Se usaron 2 instrumentos; ambos de tipo estructurado: Formulario de preguntas y la Ficha de Observación Clínica.

Modelo del instrumento FORMULARIO DE PREGUNTAS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

Nombre del niño:Edad:.....GI:.....

Este cuestionario es confidencial, y no se trata de un examen, sino para conocer tus hábitos en salud bucal. Te ruego contestar con total sinceridad.

Por favor lee detenidamente las preguntas y contesta marcando con una X o un círculo en la letra de la respuesta escogida.

1. CEPILLADO DENTAL

1.1. ¿Con qué frecuencia realizas el cepillado de tus dientes?

- a) 1 vez al día
- b) 2 veces al día
- c) 3 veces al día
- d) Después de cada alimento

¿Te cepillas los dientes antes de dormir?

- a) Si
- b) No

1.2. ¿Cuánto tiempo tardas cepillando tus dientes?

- a) Menos de 1 minuto(muy rápido)

- b) De 1 a 3 minutos aproximadamente (moderado)
- c) Más de 3 minutos(lento)

1.3. ¿Qué tipo de cepillo usas?

- a) Cepillo convencional (manual)
- b) Cepillo eléctrico

¿De qué tipo de cerdas es tu cepillo?

- a) Cerdas blandas o suaves
- b) Cerdas medianas
- c) Cerdas duras

1.4. ¿Cómo te cepillas los dientes?

- a) Movimientos horizontales (de un lado a otro) por todos los dientes.
- b) Movimientos de arriba hacia abajo en los dientes superiores y de abajo hacia arriba en los dientes inferiores pasando por todos los lados de los dientes.
- c) Movimientos de arriba hacia abajo en los dientes superiores y de abajo hacia arriba en los dientes inferiores combinados con movimientos circulares pasando por todos los lados de los dientes.

¿Al final te cepillas la lengua?

- c) Si
- d) No

1.5. ¿Cada cuánto tiempo cambias de cepillo?

- a) Entre 2 y 6 meses
- b) Más de 1 año
- c) Cuando las cerdas estén dobladas, fracturadas o gastadas.

2. PASTA DENTAL

2.1. ¿Usas pasta dental al cepillarte los dientes?

- a) SI
- b) NO

3. HILO DENTAL

3.1. ¿Usas hilo dental para tu higiene bucal?

- a) SI
- b) NO

3.2. ¿Con qué frecuencia usas el hilo o seda dental?

- a) 1 vez al día
- b) Más veces al día
- c) De vez en cuando

3.3. ¿Cómo usas el hilo o seda dental?

- a) Uso el hilo dental y lo paso sólo entre los dientes que se quedó la comida.
- b) Uso el hilo dental enrollándolo en los dedos medios de ambas manos, lo introduzco entre los dientes y lo deslizo con movimientos de vaivén hasta retirar el alimento, entre diente y diente desenrollo el hilo de un lado y enrolllo del otro lado, así lo hago por todos los dientes.

¿Qué tipo de hilo usas?

- a) Hilo de coser o cualquier material o instrumento que ingrese fácilmente entre los dientes y retire la comida.
- b) Hilo dental

¿En qué momento usas el hilo dental?

- a) Antes del cepillado
- b) Después del cepillado

4. ENJUAGUE BUCAL

4.1. ¿Usas enjuagues bucales para tu higiene bucal?

- a) SI
- b) NO

4.2. ¿Con qué frecuencia usas enjuagues bucales durante el día?

- a) 1 vez al día
- b) Más veces al día
- c) De vez en cuando

4.3. ¿Cuánto tiempo tardas usando el enjuague bucal?

- a) Aproximadamente 1 minuto
- b) Más de 1 minuto

¿En qué momento hace uso del enjuague bucal?

- a) Antes del cepillado
- b) Después del cepillado

¿Usa el enjuague antes o después de usar el hilo dental?

- a) Antes de usar el hilo dental
- b) Después de usar el hilo dental

¿Qué haces después de usar el enjuague bucal?

- a) Después de escupir el enjuague me enjuago con agua.
- b) Después de escupir el enjuague puedo comer y beber cualquier alimento.
- c) Después de escupir el enjuague no me enjuago con agua ni como nada durante 1 hora.

CRITERIOS DE VALORACIÓN

- 18- 20 puntos: **MUY BUENO**
- 14 - 17 puntos: **BUENO**
- 11-13 puntos: **REGULAR**
- 0 - 10 puntos: **INSUFICIENTE**

Modelo del instrumento: FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

NOMBRE:.....

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

		Placa					blanda
1.7-1.6	1.1-2.1	Placa	2.6-2.7	3.7-3.6	3.1-4.1	4.6-4.7	calcificada

Índice :

1. Bueno	0.0 - 1.2	
2. Regular	1.3 - 3.0	
3. Malo	3.1 - 6.0	

Fuente : ECHEVARRÍA García José, Cuenca Sala Emili, "El Manual de odontología"

Criterios de evaluación: para el instrumento formulario de preguntas se codificaron las respuestas y se clasificó como Muy Bueno, Bueno, Regular e Insuficiente; y para el instrumento ficha de observación clínica una vez realizado el examen clínico de acuerdo al valor del IHOS se marcó también como Bueno Regular y Malo.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

La investigación se llevó a cabo en el ámbito general del distrito de Cayma y en el ámbito específico del Centro Educativo 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.

2.2. Ubicación Temporal

La presente investigación se llevó a cabo en julio y agosto del 2019, siendo de visión prospectiva y de corte transversal.

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1. Universo

Estuvo constituido por 166 niños de 4to, 5to y 6to grado de primaria del C.E 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta con sus respectivas madres.

a. Criterios de inclusión:

- Niños entre los 8 y 12 años de edad del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.
- Niños con la autorización de sus padres o apoderados
- Niños sin limitaciones físicas ni mentales.
- Madres de los niños que los hayan criado durante toda su vida.
- Madres sin limitaciones físicas ni mentales.

b. Criterios de exclusión

- Niños y madres ausentes el día de la aplicación del cuestionario y del examen clínico.

Universo cuantitativo: 72 niños entre hombres y mujeres y 72 madres de familia.

GRADO	NIÑOS	MADRES
4to A	12	12
4to B	8	8
4to C	7	7
5to A	7	7
5to B	7	7
5to C	7	7
6to A	11	11
6to B	7	7
6to C	6	6

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se solicitó la autorización correspondiente al director del Centro Educativo 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta para realizar el presente trabajo de investigación
- Con la autorización respectiva se procedió a coordinar con el director y con el tutor (a) de las aulas de 4to, 5to y 6to de primaria para organizar una reunión con las madres de familia y darles a conocer el objetivo de la investigación y que se comprometan y autoricen a sus hijos a participar. Luego de esto se procedió a explicar a los niños el proceso de recolección de los datos.
- Primero se aplicó el cuestionario a cada grupo de madres de familia por sección en cada año; luego se procedió a realizar los exámenes bucales por año.

Aspectos éticos

Se tendrán las siguientes consideraciones:

- Respeto a las personas: que se expresó en el consentimiento informado, el cual fue diseñado para darle a la persona la capacidad de decidir voluntariamente y con información adecuada si va a participar o no en la investigación.
- Beneficencia: el investigador se hizo cargo del bienestar físico, mental y social del participante en lo que se refiere al estudio.
- Justicia: se tuvo un trato justo respecto al manejo del riesgo-beneficio de los participantes.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Investigador: Bach. Rosa Elizabeth Hualla Mariño

Asesor: Dra. Bethzabet Pacheco Chirinos

3.2.2. Recursos físicos

Están representados por la disponibilidad ambiental e infraestructurales del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.

3.2.3. Recursos económicos

El presupuesto para la recolección de datos, procesamiento de información y redacción de la investigación será cubierto por la investigadora.

3.2.4. Recursos institucionales

C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta.

3.3. Validación del instrumento

El instrumento para la variable hábitos de higiene bucal (cuestionario) fue validado en contenido por el juicio de expertos, con la finalidad de determinar su funcionalidad para que sea un instrumento objetivo, válido y confiable.

Para la variable Índice de Higiene Oral Simplificado se realizó una prueba piloto que fue a través del examen clínico para medir la variable en 9 niños, en los cuales la investigadora realiza dos mediciones en cada uno de los niños examinados, la primera observación luego de colocar la pastilla reveladora y la segunda 10 minutos después de la primera medición, esto para corroborar que haya concordancia entre ambas mediciones.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento de los datos

a) Tipo de procesamiento de datos

El procesamiento de los datos recogidos fue en forma computarizada.

b) Plan de operaciones

- **Clasificación:** la información recolectada a través de los instrumentos fue ordenados en una matriz de sistematización de registro y de control.

- **Codificación:** se contó con un sistema de codificación de los indicadores.
- **Recuento:** los datos clasificados se contabilizaron electrónicamente empleando matrices de conteo.
- **Tabulación:** se utilizó tablas de tipo numérico de doble entrada de acuerdo a la necesidad de cruzar la información correspondiente en ambos grupos de análisis.
- **Graficación:** se utilizó gráficos de barras.

4.2. Análisis estadístico

VARIABLES O INDICADOR	CARÁCTER ESTADÍSTICO	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICAS DE ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	TÉCNICAS DE ESTADÍSTICA INFERENCIAL (PRUEBAS)	
Hábitos de higiene bucal de la madre	Cualitativa	Ordinal	Frecuencias absolutas (N°) Frecuencias relativas(%) Media aritmética Desviación estándar Valor máximo Valor mínimo	No Paramétricas	Chi ²
Índice de Higiene Oral Simplificado del niño					



CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

TABLA N° 1

Edad y grado de instrucción de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046

José Lorenzo Cornejo Acosta

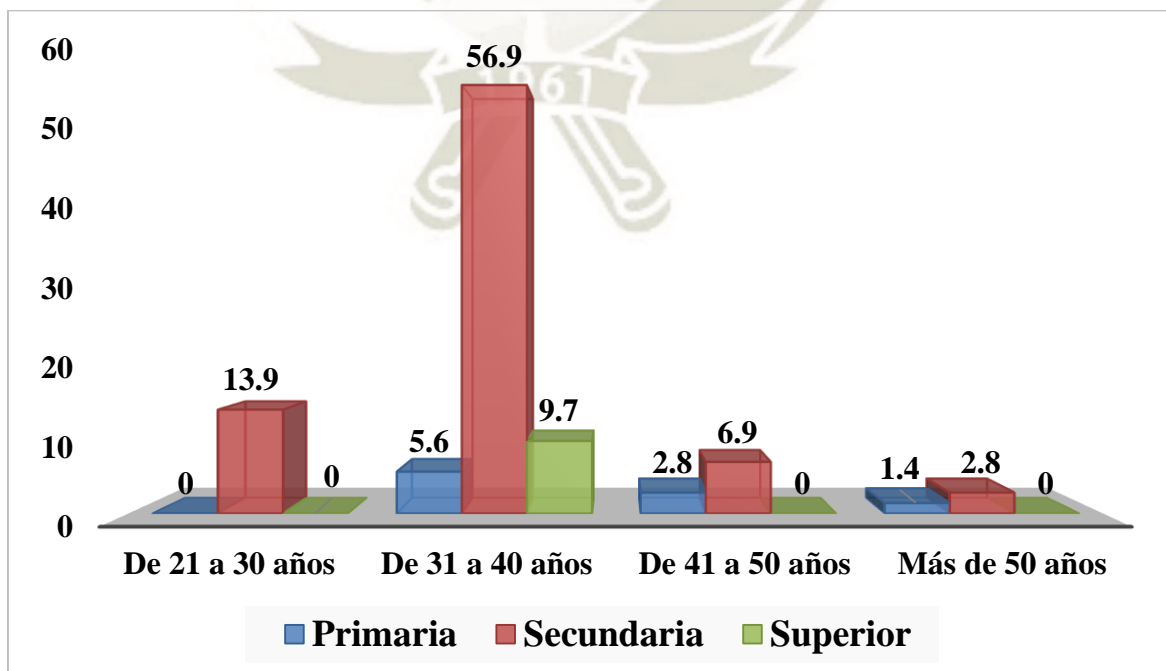
Edad – Madre	Grado de Instrucción						Total	
	Primaria		Secundaria		Superior		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
De 21 a 30 años	0	0.0	10	13.9	0	0.0	10	13.9
De 31 a 40 años	4	5.6	41	56.9	7	9.7	52	72.2
De 41 a 50 años	2	2.8	5	6.9	0	0.0	7	9.7
Más de 50 años	1	1.4	2	2.8	0	0.0	3	4.2
Total	7	9.7	58	80.6	7	9.7	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 1

Edad y grado de instrucción de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046

José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

La mayoría de madres tiene entre 31 a 40 años (72.2%) y el 13.9% entre 21 a 30 años.

En cuanto al grado de instrucción el 80.6% de madres tiene educación secundaria.



TABLA N° 2

Hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José

Lorenzo Cornejo Acosta

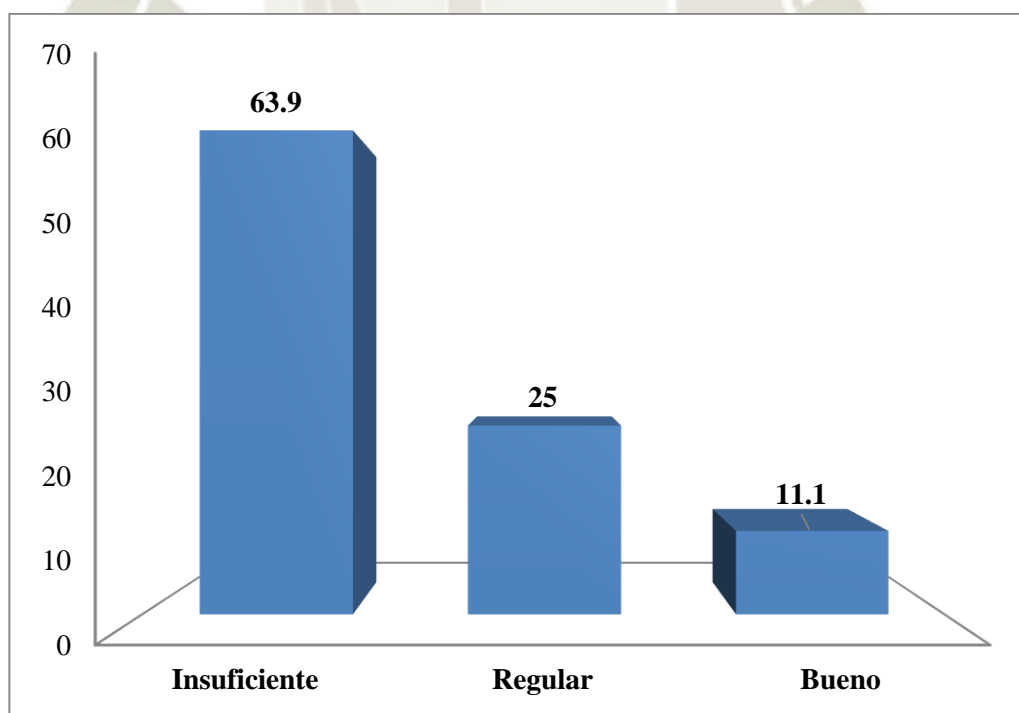
HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL	N°	%
Insuficiente	46	63.9
Regular	18	25.0
Bueno	8	11.1
TOTAL	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 2

Hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José

Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

Se puede observar que las madres tienen hábitos de higiene bucal insuficientes en la gran mayoría con el 63.9%, un 25% posee hábitos de higiene bucal regulares y sólo el 11.1% presentan buenos hábitos.



TABLA N° 3

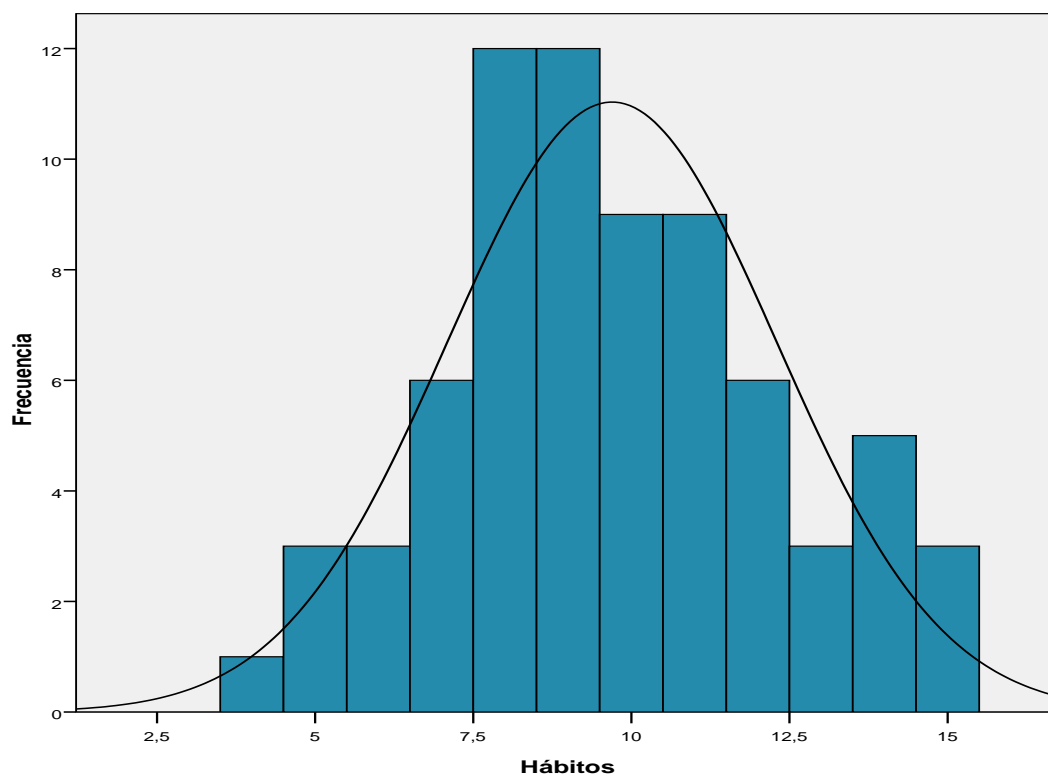
Análisis cuantitativo de los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL	Valores
Media Aritmética	9.69
Desviación Estándar	2.60
Valor Mínimo	4
Valor Máximo	15
Total	72

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 3

Análisis cuantitativo de los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

En el análisis cuantitativo se observa que el promedio de los hábitos de higiene bucal de las madres es de 9,69; concordando con una valoración Insuficiente.

La desviación estándar en base a la media es de 2,6 lo que nos dará valores entre $9,69 \pm 2,6$. El valor mínimo es 4 y el máximo es 15, siendo el rango muy amplio, lo que quiere decir que los valores sobre Hábitos de Higiene Bucal son muy heterogéneos.



TABLA N° 4

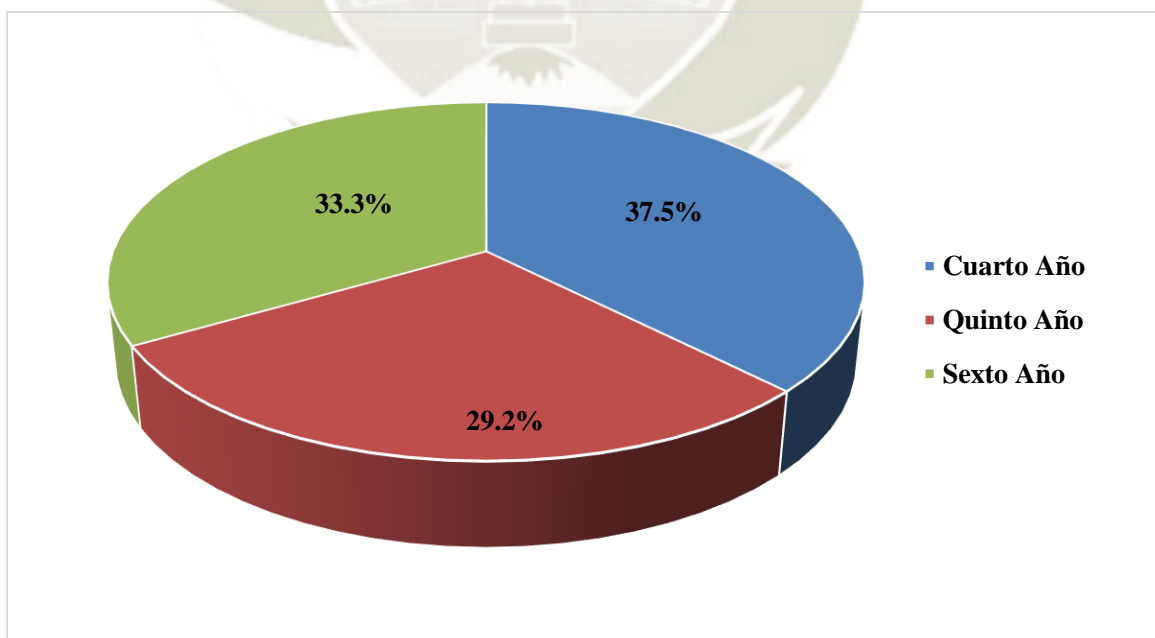
**Nivel educativo de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo
Acosta**

NIVEL EDUCATIVO	N°	%
Cuarto Año	27	37.5
Quinto Año	21	29.2
Sexto Año	24	33.3
TOTAL	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 4

**Nivel educativo de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo
Acosta**



Fuente: Matriz de datos

Observamos que de un total de 72 niños del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta, los que se encuentran en cuarto año son la mayoría 37.5%, en quinto año el 29.2% y en sexto año el 33.3%.



TABLA N° 5

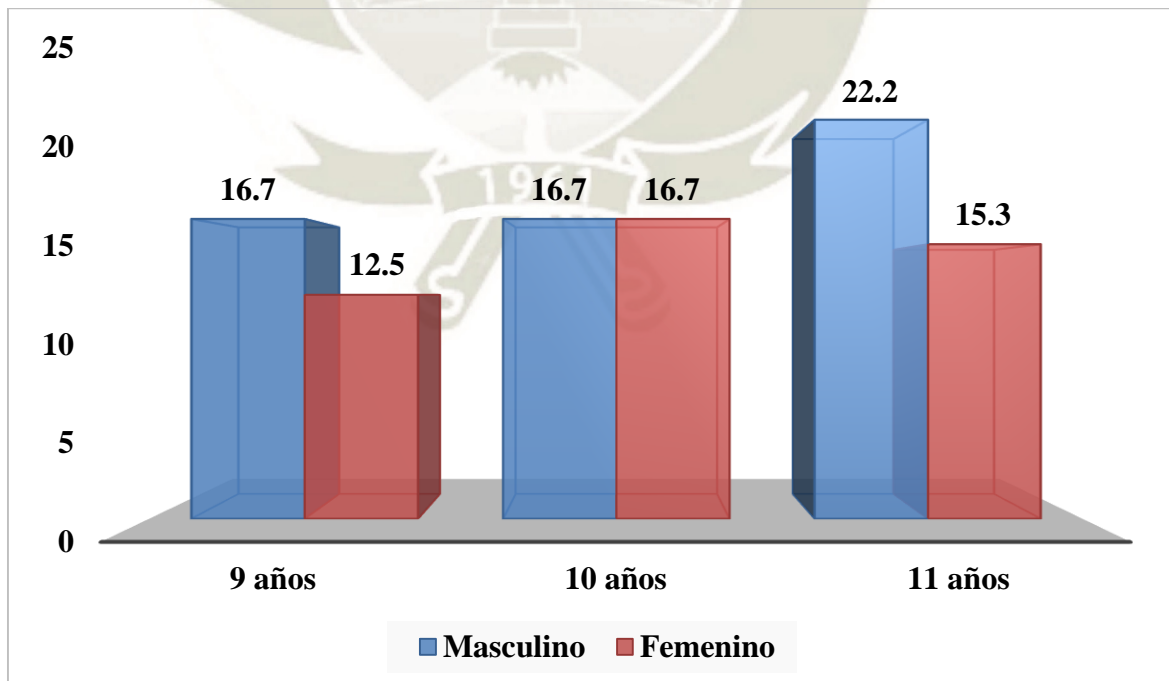
**Edad y género de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo
Acosta**

EDAD	GÉNERO				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
9 años	12	16.7	9	12.5	21	29.2
10 años	12	16.7	12	16.7	24	33.3
11 años	16	22.2	11	15.3	27	37.5
Total	40	55.6	32	44.4	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 5

**Edad y género de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo
Acosta**



Fuente: Matriz de datos

Se puede apreciar que mayormente los niños son del género masculino 55.6% y los del femenino se hallan en un 44.4%.

Los niños evaluados en el presente estudio se hallan entre 9 y 11 años, siendo los de 11 años el de mayor porcentaje 37.5%.



TABLA N° 6

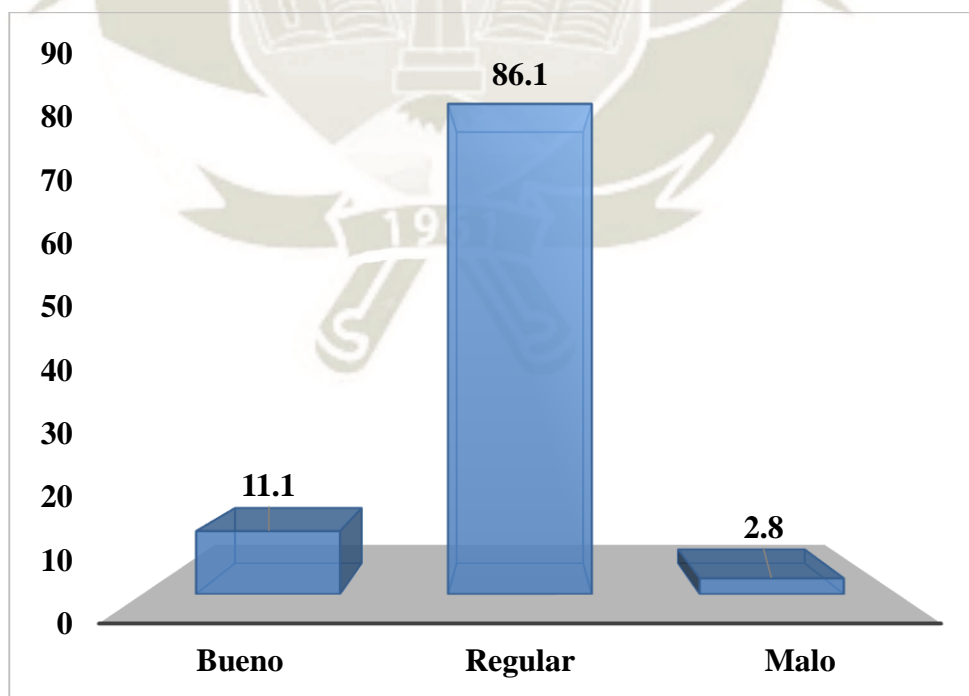
**Índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José
Lorenzo Cornejo Acosta**

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO	N°	%
Bueno	8	11.1
Regular	62	86.1
Malo	2	2.8
TOTAL	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 6

**Índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José
Lorenzo Cornejo Acosta**



Fuente: Matriz de datos

El Índice de Higiene Oral Simplificado de los niños es regular en la mayoría 86.1%, seguido por bueno en el 11.1% y malo en el 2.8%.



TABLA N° 7

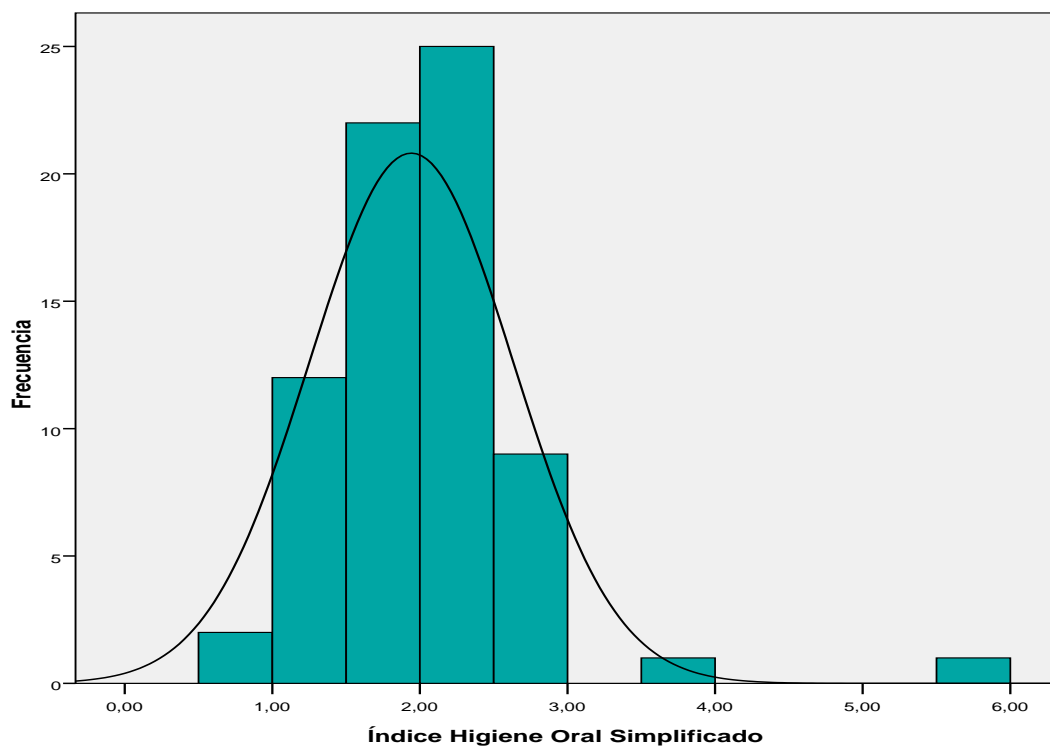
Análisis cuantitativo del índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO	Valores
Media Aritmética	1.94
Desviación Estándar	0.69
Valor Mínimo	0.83
Valor Máximo	5.67
Total	72

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 7

Análisis cuantitativo del índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

Se puede observar que la media es 1,94 y la desviación estándar de 0,69 deduciendo que los valores de los Índices de Higiene Oral simplificado de los niños de 8 a 12 años de edad oscilan entre $1,9 \pm 0,69$.

Los niños tienen un Índice de Higiene entre 0,83 como mínimo y 5,67 como máximo, que van de bueno a malo.



TABLA N° 8

Relación entre el nivel educativo y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta

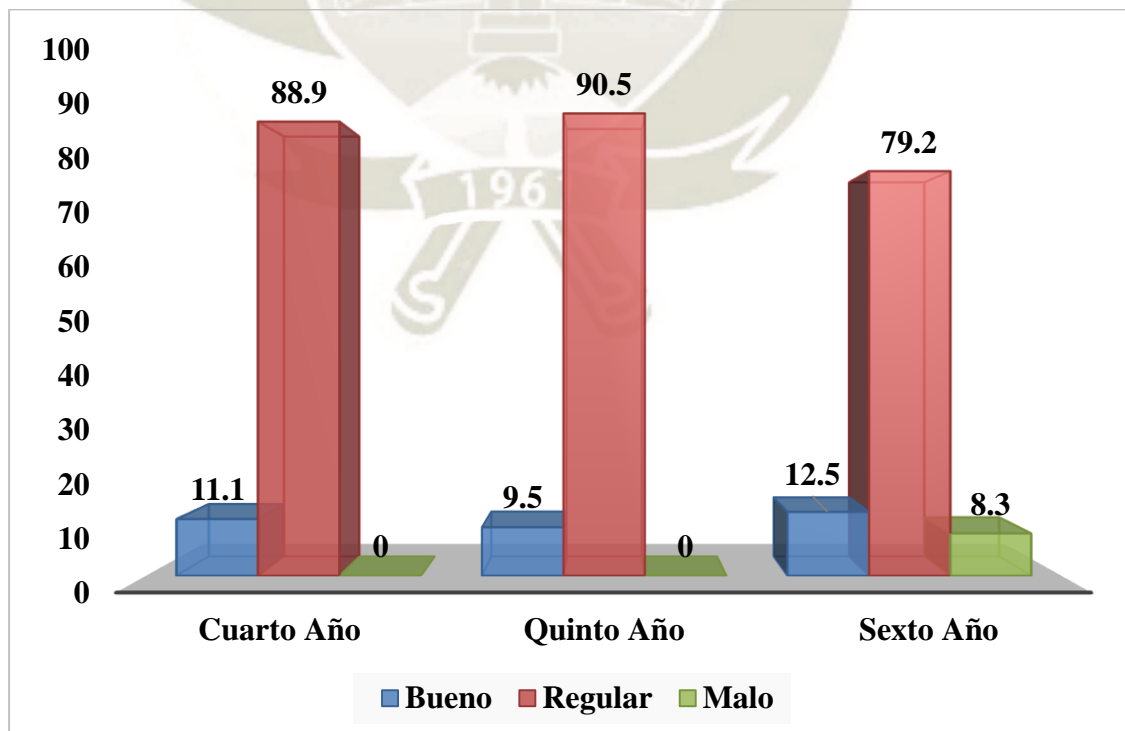
NIVEL EDUCATIVO	ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		MALO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Cuarto Año	3	11.1	24	88.9	0	0.0	27	100.0
Quinto Año	2	9.5	19	90.5	0	0.0	21	100.0
Sexto Año	3	12.5	19	79.2	2	8.3	24	100.0
TOTAL	8	11.1	62	86.1	2	2.8	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.368$ ($P \geq 0.05$) N.S.
 Chi^2

GRÁFICO N° 8

Relación entre el nivel educativo y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

En los niños de cuarto, quinto y sexto año el mayor porcentaje presenta un Índice de Higiene Oral Simplificado Regular siendo 88.9%, 90.5% y 79.2% respectivamente.

Según la prueba estadística no existe relación directa entre el nivel educativo y el índice de higiene oral simplificado de los niños de 8 a 12 años con un valor de $p = 0.368$ ($p \geq 0.05$).



TABLA N° 9

Relación entre el género y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E.
40046 José Lorenzo Cornejo Acosta

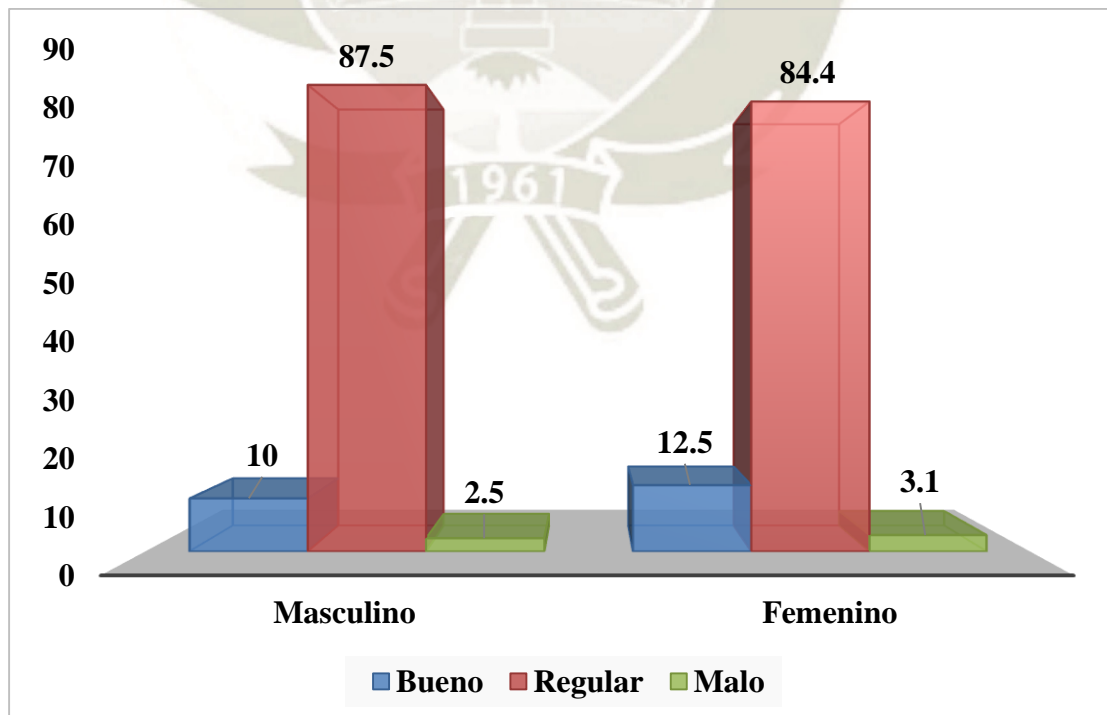
GÉNERO	ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		MALO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	4	10.0	35	87.5	1	2.5	40	100.0
Femenino	4	12.5	27	84.4	1	3.1	32	100.0
TOTAL	8	11.1	62	86.1	2	2.8	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.930 (P \geq 0.05) N.S.$
 Chi^2

GRÁFICO N° 9

Relación entre el género y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E.
40046 José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

En los niños tanto de género masculino como femenino se puede observar que la mayoría 87.5% y 84.4% respectivamente, presentan un Índice de Higiene Oral Simplificado regular.

Según la prueba estadística no existe relación directa entre el género y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años con un valor de $p = 0.930$ ($p \geq 0.05$).



TABLA N° 10

Relación entre la edad y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E.

40046 José Lorenzo Cornejo Acosta

EDAD	ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		MALO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
9 años	2	9.5	19	90.5	0	0.0	21	100.0
10 años	2	8.3	22	91.7	0	0.0	24	100.0
11 años	4	14.8	21	77.8	2	7.4	27	100.0
TOTAL	8	11.1	62	86.1	2	2.8	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

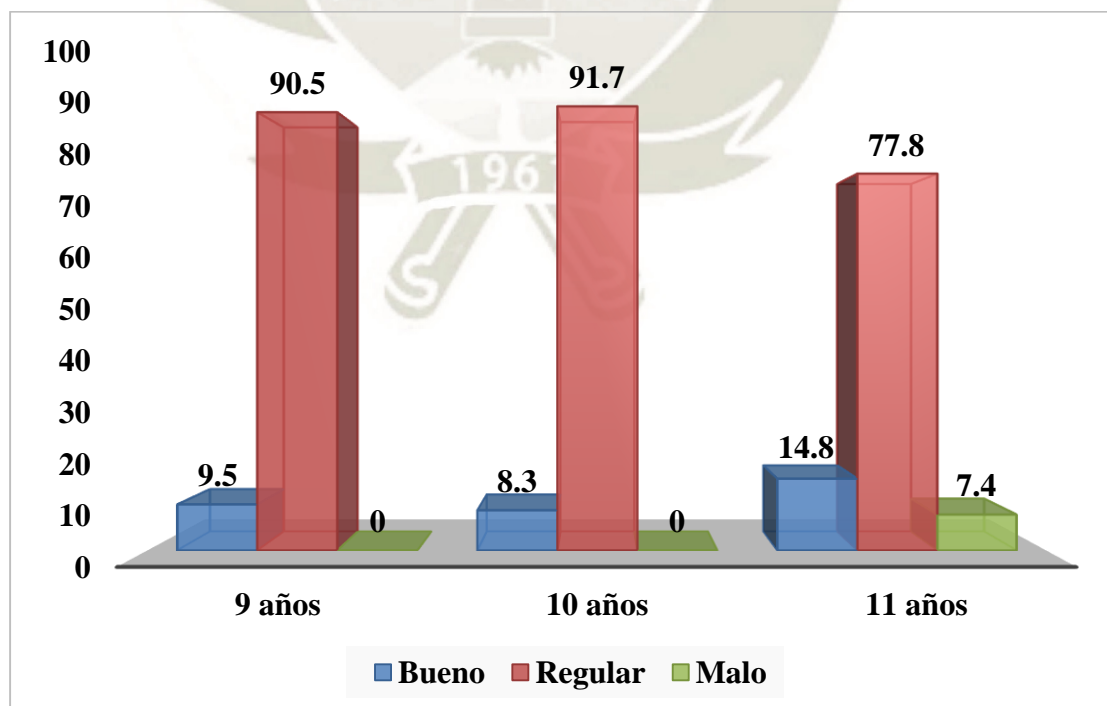
$P = 0.376 (P \geq 0.05) N.S.$

Chi^2

GRÁFICO N° 10

Relación entre la edad y el índice de higiene oral de los niños de 8 a 12 años del C.E.

40046 José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

Los niños de 9, 10 y 11 años en la mayoría presentan un Índice de Higiene Oral Simplificado Regular de 90.5%; 91.7% y 77.8% respectivamente.

La prueba estadística evidencia que no existe relación significativa entre la edad de los niños y su Índice de Higiene Oral Simplificado con un valor de $p = 0.376$ ($p \geq 0.05$).



TABLA N° 11

Relación entre la edad y los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta

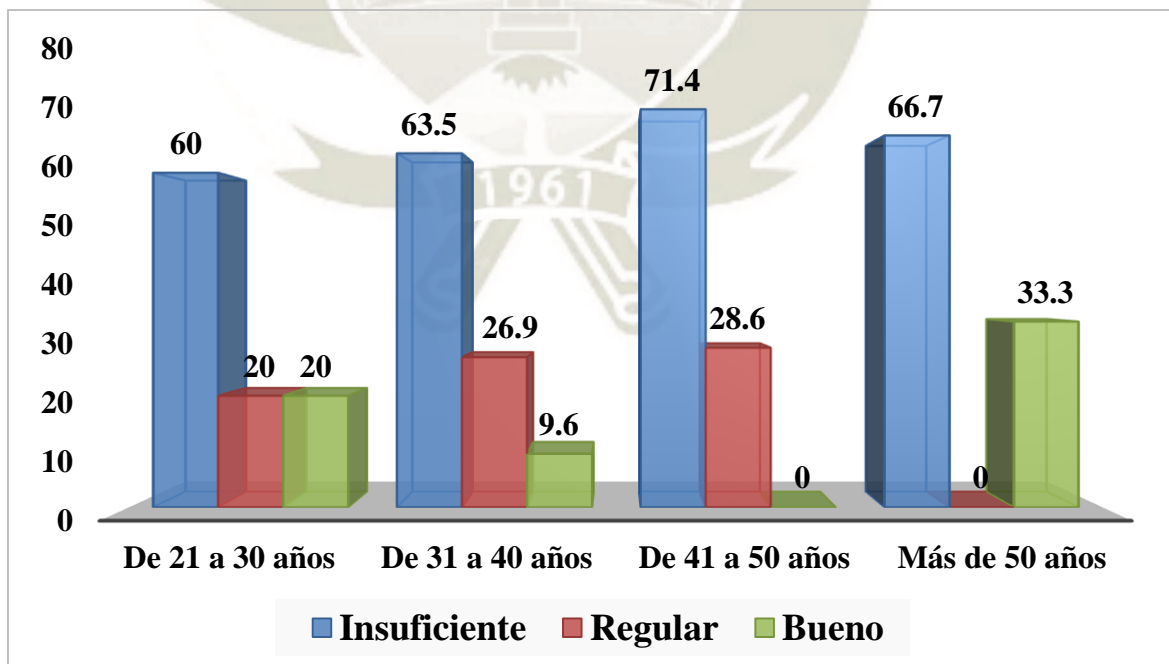
EDAD	HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL						TOTAL	
	INSUFICIENTE		REGULAR		BUENO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
De 21 a 30 años	6	60.0	2	20.0	2	20.0	10	100.0
De 31 a 40 años	33	63.5	14	26.9	5	9.6	52	100.0
De 41 a 50 años	5	71.4	2	28.6	0	0.0	7	100.0
Más de 50 años	2	66.7	0	0.0	1	33.3	3	100.0
TOTAL	46	63.9	18	25.0	8	11.1	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.196 (P \geq 0.05) N.S.$
 Chi^2

GRÁFICO N° 11

Relación entre la edad y los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

En las madres de los 4 grupos etéreos el mayor porcentaje presentan hábitos de higiene bucal insuficientes; en las de 21 a 30 años el 60%, de 31 a 40 años el 63.5%, de 41 a 50 años el 71.4% y en las madres de 51 años a más el 66.7%.

Al aplicar la prueba estadística se evidencia que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad de las madres y sus hábitos de higiene bucal siendo el valor de $p= 0.196$ ($p \geq 0.05$)



TABLA N° 12

Relación entre el grado de instrucción y los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta

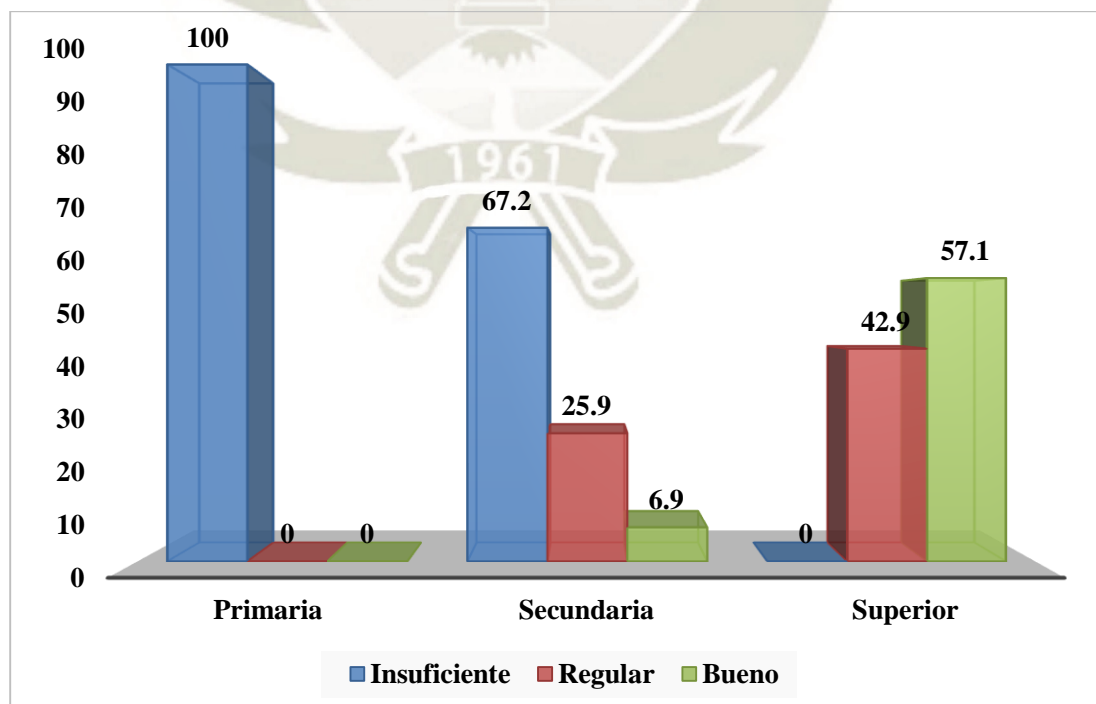
GRADO DE INSTRUCCIÓN	HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL						TOTAL	
	INSUFICIENTE		REGULAR		BUENO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Primaria	7	100.0	0	0.0	0	0.0	7	100.0
Secundaria	39	67.2	15	25.9	4	6.9	58	100.0
Superior	0	0.0	3	42.9	4	57.1	7	100.0
TOTAL	46	63.9	18	25.0	8	11.1	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.
 Chi^2

GRÁFICO N° 12

Relación entre el grado de instrucción y los hábitos de higiene bucal de las madres de los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

Las madres con grado de instrucción primaria han mostrado hábitos de higiene bucal insuficientes en un porcentaje del 100%, mientras que las de grado de instrucción secundaria un 67.2% .De un total de 7 madres con grado de instrucción superior, 4 de ellas tienen hábitos de higiene bucal buenos (57.1%) y 3 hábitos de higiene bucal regulares (42.9%).

Según la prueba estadística se evidencia que si existe relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y los hábitos de higiene bucal de las madres con un valor de $p = 0.000$ ($p < 0.05$).



TABLA N° 13

Relación entre el grado de instrucción de las madres y el índice de higiene oral simplificado de sus hijos de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta

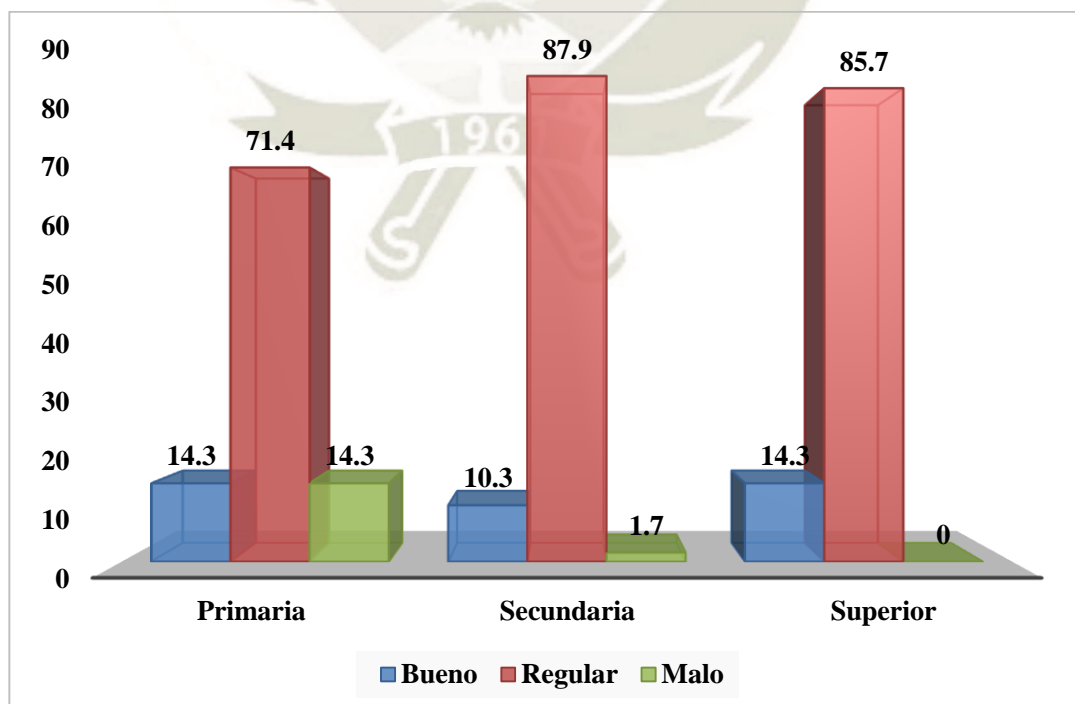
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DEL NIÑO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		MALO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	1	14.3	5	71.4	1	14.3	7	100.0
Secundaria	6	10.3	51	87.9	1	1.7	58	100.0
Superior	1	14.3	6	85.7	0	0.0	7	100.0
TOTAL	8	11.1	62	86.1	2	2.8	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.017$ ($P < 0.05$) S.S.
 Chi^2

GRÁFICO N° 13

Relación entre el grado de instrucción de las madres y el índice de higiene oral simplificado de sus hijos de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

La mayoría de las madres con grado de instrucción primaria, secundaria y superior tienen hijos con un índice de higiene oral simplificado regular; en un 71.4%, 87.9% y 85.7% respectivamente.

Al encontrar relación directa entre el grado de instrucción de las madres y sus hábitos de higiene es necesario relacionar el grado de instrucción de la madre con el índice de higiene oral simplificado de su hijo, evidenciando también que si existen diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p = 0.017$ ($p < 0.05$)



TABLA N° 14

Relación entre los hábitos de higiene bucal de las madres y el índice de higiene oral simplificado de sus hijos de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta

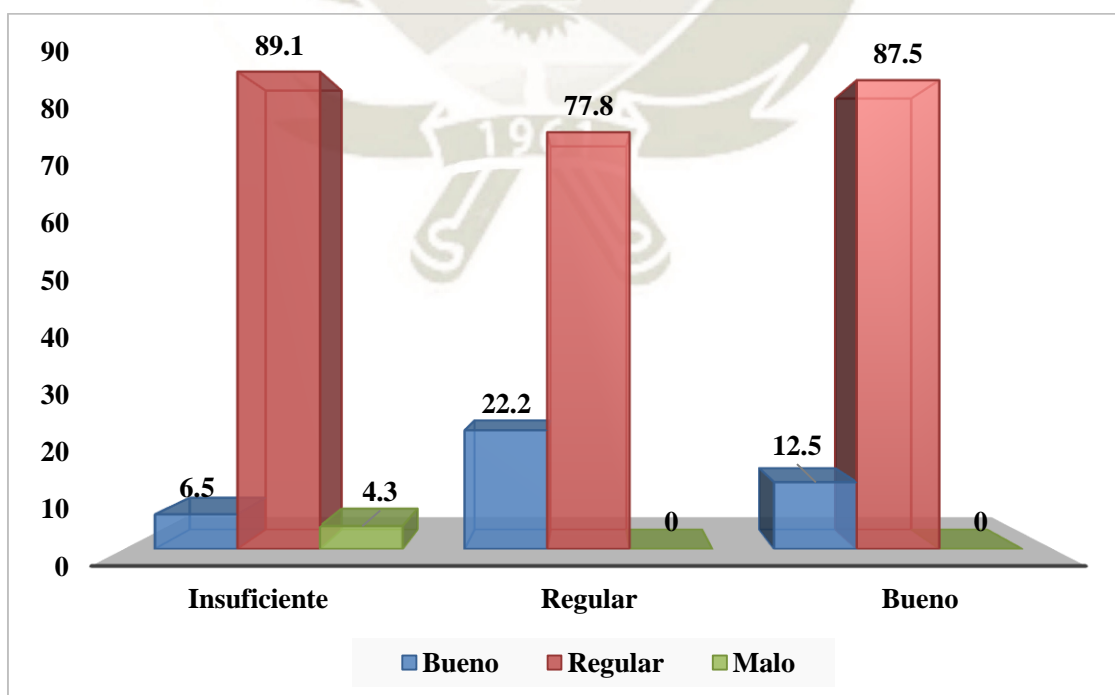
HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LAS MADRES	ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		MALO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Insuficiente	3	6.5	41	89.1	2	4.3	46	100.0
Regular	4	22.2	14	77.8	0	0.0	18	100.0
Bueno	1	12.5	7	87.5	0	0.0	8	100.0
TOTAL	8	11.1	62	86.1	2	2.8	72	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.096$ ($P \geq 0.05$) N.S.
 Chi^2

GRÁFICO N° 14

Relación entre los hábitos de higiene bucal de las madres y el índice de higiene oral simplificado de sus hijos de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta



Fuente: Matriz de datos

Se observa que los hábitos de higiene bucal de las madres, tanto insuficiente, regular y bueno se relacionan con un índice de higiene oral simplificado regular de sus hijos

Según la prueba estadística se evidencia que no existe relación estadísticamente significativa entre los hábitos de higiene bucal de las madres y el índice de higiene oral simplificado de sus hijos con un valor de $p= 0.096$ ($p \geq 0.05$).



DISCUSIÓN

Mantener la salud bucal en condiciones óptimas es una parte muy importante para la salud en general, es por esto que los conocimientos sobre hábitos de higiene bucal y dieta, entre otros deben ser impartidos correctamente y en el momento adecuado, para que los padres puedan transmitirlos a sus hijos desde edades tempranas, y así al establecerse los hábitos correctos en los niños estaremos cumpliendo con el objetivo de prevenir el desarrollo de las enfermedades orales.

En cuanto a los hábitos de higiene oral un estudio **Casals Peidró(14)** recopiló información acerca de éstos en una población española (escolar y adulta) y se encontró que los hábitos de higiene dental personal en España, pese a una positiva evolución en los últimos años, aún se encuentran lejos del patrón de excelencia deseable y a la cola de los países desarrollados.

En un estudio de **Ávalos-Márquez (15)** sobre una población escolar peruana donde se relaciona el nivel de conocimientos en salud oral con la calidad de la higiene se evidencia que la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral y en cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presentó un “mala”. No se encontró relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral de los niños. Estos resultados estarían indicando que los escolares conocen acerca de higiene oral, pero dichos conocimientos no se ven reflejados en el examen clínico de higiene, porque presentan un índice de higiene oral malo.

Los resultados obtenidos en la presente investigación con respecto a la relación de hábitos de higiene de la madre con el Índice de Higiene Oral Simplificado de su hijo mostraron que no existe relación directa entre ambas variables ya que la mayoría de las madres 89.1% con hábitos de higiene bucal INSUFICIENTES tienen hijos con un índice de higiene oral simplificado REGULAR, en el 77.8% las madres con hábitos de higiene bucal REGULARES tienen hijos con un índice de higiene oral simplificado REGULAR y en el 87.5% de las madres con hábitos de higiene bucal BUENOS tienen hijos con un índice de higiene oral simplificado REGULAR.

Se encontró que prevalece el grado de instrucción secundaria de las madres y que existe asociación significativa entre el grado de instrucción y los hábitos de higiene bucal de las madres de familia, coincidiendo así con **Velásquez Z (16)** que halló que el nivel de conocimientos fue regular en madres gestantes y que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos y el grado de instrucción.

La Torre GM (17) halló que la mayoría de madres gestantes tiene bajo conocimiento sobre el cuidado de la salud bucal de los niños menores de 5 años al igual que nuestro estudio. **Sosa (18)** en su estudio demuestra que no siempre el conocimiento de las madres está relacionado con la actitud o prácticas que realizan, no encontrando relación directa al igual que nuestra investigación.

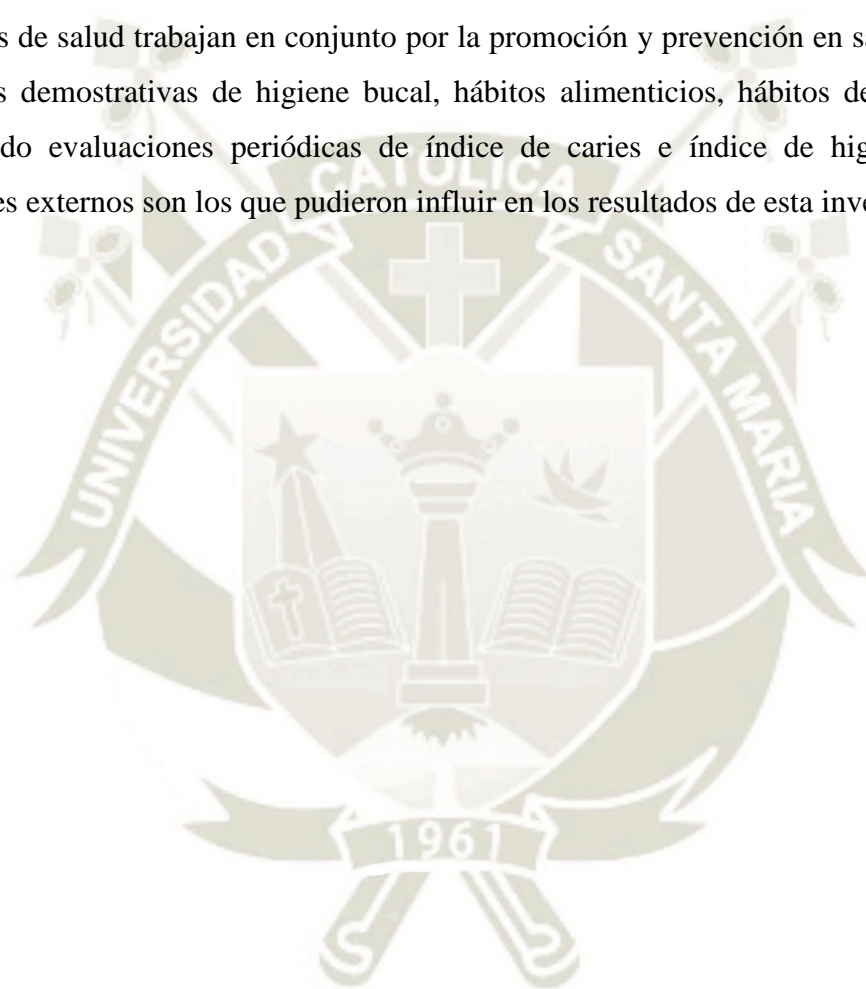
Benavente Lipa A (19), de igual forma en uno de sus estudios no encontró relación directa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad; pero en otro estudio **(20)** donde relaciona el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal que poseen los padres o apoderados con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental, si encuentra diferencias estadísticamente significativas.

Carranza S. (21) halló una relación directa en cuanto a la influencia de los hábitos de higiene de la madre con la de su hijo; **Cuartas J. (22)** evaluó la relación existente entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico, hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de sus hijos encontrando una relación directa, esto se presentó al parecer porque los niños copian muchas de las actitudes de los padres, en cuanto a los hábitos de higiene oral, las cuales pueden ser transmitidos ya que las visualizan diariamente.

De igual forma **Assimi S. (23)** halló una relación directa entre el índice de placa de la madre y el de los niños. Lo que sugiere que las conductas de salud oral de las madres influyen en el comportamiento de sus hijos;

Como se ha podido observar todos estos estudios hallan una relación directa entre los hábitos de higiene bucal de las madres con el estado de salud bucal de sus hijos evaluados a través de un examen clínico ya sea de un índice de caries o un índice de higiene oral; en la presente investigación no encontramos una relación directa al relacionar los hábitos de higiene bucal de las madres con el índice de higiene oral simplificado de sus hijos sino una

relación inversa, lo que puede deberse a que hoy en día las madres no comparten mucho tiempo con sus hijos ya que se dedican al trabajo y los dejan al cuidado de otras personas, entonces estos niños no se verían influenciados por sus madres sino por la persona que permanece con ellos el mayor tiempo y por el ambiente en el que vive; otro factor puede ser la influencia de los medios de comunicación que promocionan la salud bucal y la prevención de enfermedades; así como también hoy en día en los centros educativos se da mucha importancia al cuidado y salud bucal de los niños que con la participación de los centros de salud trabajan en conjunto por la promoción y prevención en salud bucal dando charlas demostrativas de higiene bucal, hábitos alimenticios, hábitos de higiene, etc., y haciendo evaluaciones periódicas de índice de caries e índice de higiene oral. Estos factores externos son los que pudieron influir en los resultados de esta investigación.



CONCLUSIONES

PRIMERA

Las madres de familia poseen mayormente hábitos de higiene bucal insuficientes.

SEGUNDA

Los niños de 8 a 12 años del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta en su mayoría presentan un Índice de Higiene Oral Simplificado Regular.

TERCERA

La mayoría de las madres de familia tienen hábitos de higiene bucal insuficientes que se relacionan con el Índice de Higiene Oral Simplificado Regular de sus hijos. Según el valor de $p > 0.05$ se puede inferir que no existe relación estadística entre los hábitos de higiene bucal de las madres con el Índice de Higiene Oral Simplificado de sus hijos.

CUARTA

Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, ya que no existe relación directa entre los hábitos de higiene oral de la madre y el índice de higiene oral simplificado de su hijo de 8 a 12 años de edad, con una significancia de 0.05 y una confiabilidad del 95%.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta motivar y enseñar a los niños sobre la higiene bucal mediante charlas, juegos, dinámicas cada cierto tiempo, para esto pueden solicitar el apoyo del odontólogo del puesto de salud de su jurisdicción, de tal manera que dichos niños se mantengan actualizados en cuanto a sus conocimientos y a la vez practiquen buenos hábitos de higiene bucal.
2. Se recomienda a las autoridades del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta que en las reuniones de madres de familia programen un tiempo para dedicarlo a la enseñanza y motivación sobre temas de salud bucal lo que reforzará a dichas madres en sus conocimientos y también podrán corregir o adquirir buenos y nuevos hábitos de higiene bucal, esto debe realizarse periódicamente de tal manera que con el paso del tiempo dichos hábitos y conocimientos adquiridos no se pierdan ni sean influenciados por medios externos.
3. Se recomienda a las autoridades del C.E. 40046 José Lorenzo Cornejo Acosta y a los profesores trabajar en conjunto para crear conciencia acerca de la importancia de Odontología Preventiva tanto en niños como en sus madres mediante material educativo como puede ser trifoliados, bifoliados, videos, etc., o a través de charlas o dinámicas dirigidas por profesionales capacitados en ésta área.
4. Se recomienda a los profesionales de salud del distrito de Cayma hacer una evaluación periódica de salud bucal a los niños de sus centros educativos de tal manera que se pueda prevenir, a su vez diagnosticar prematuramente la presencia de enfermedades bucales y de tratarlas oportunamente.

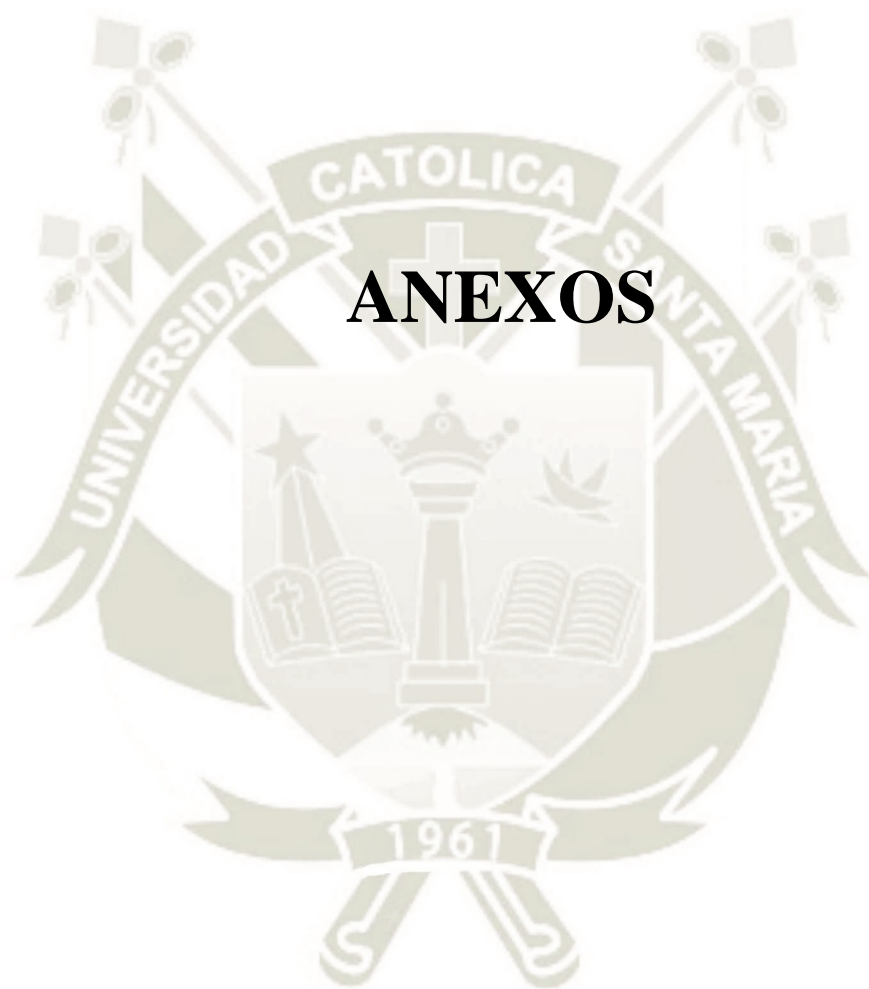
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins P. Saul, Álvarez V. Evelyn, Abanto Jenny, Cabrera M. Ailin, López R. Refugio, Masoli Carla, et. al.. Relatorios de la mesa de representantes de sociedades de Odontopediatría de los países latinoamericanos: Epidemiología de la caries dental en América Latina. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Internet]. 2014 [citado febrero 2017]; 4(2). Disponible en : <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-4/>
2. Nahás P. Correa Maria Salete, “ Odontopediatría en la primera infancia”, Livraria Santos Editora Ltda., Brasil- 2009
3. ECURED. Conocimiento con todos y para todos. HABITO. <https://www.ecured.cu/Hábito>
4. Carmen T. Medina A, María L. Laboren S., Carolina Viloría R. Oscar Quirós A. Aura D´Jurisic, Carolina Alcedo, Lennys Molero, Jorge Tedaldi A. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, “Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria”.2010 <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
5. Herazo A. Benjamín, “Clínica del sano en Odontología”, 4ta edición. ECOE ediciones. Bogotá. 2012
6. Cuenca, S. Emili. Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones. 4ta edición. GEA consultoría Editorial. Barcelona España. 2013
7. Bordoni. Escobar R. “Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual”. 1er edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. Argentina. 2010
8. Contreras R. Jessica, De la Cruz C. Dolores, Castillo Ch. Irene, Arteaga M. Maricela. Dentífricos fluorados. Composición. Revista Especializada en ciencias de la Salud, 17(2): 114-119, 2014.
9. American Dental Association. Temas de salud bucal: Hilos/limpiadores interdentes. Centro de Información Científica, Instituto de Ciencias ADA .Última actualización: 20 de octubre de 2017. <https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/floss>
10. Mazhari F & Boskababy M et al. (2018) The effect of toothbrushing and flossing sequence on interdental plaque reduction and fluoride retention: A randomized controlled clinical trial. Wiley: Journal of Periodontology. 2018 Jul;89(7):824-832

11. Mileydi de la C. Torres López, Marcial Díaz Álvarez, Alina Acosta Morales. La clorhexidina, bases estructurales y aplicaciones en; la estomatología. Gaceta Médica Espirituana Univ. Ciencias Médicas. Sancti Spiritus Vol.11, No.1 (2009) ISSN 1608 – 8921
12. Echevarría García José, Cuenca Sala Emili, “*El Manual de odontología*”, España 1998
13. MEDINA Rubio Rogelio, “*La educación personalizada en la familia*”, Madrid Ediciones Rialp S.A. 1990.
14. Casals Peidró, Elías. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. Revista Scielo. RCOE 2005; 10(4):389-401.
15. Ávalos-Márquez J.C, Huillca-Castillo N, Picasso-Pozo M, Omori-Mitumori E, Gallardo-Schultz A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. KIRU. 2015 ene-jun;12(1):61-5
16. Velásquez Z. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madres gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social. [Tesis de Bachiller] Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1995.
17. La Torre GM. Gestantes primíparas y conocimiento del cuidado de salud Bucal infantil en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Tesis de Bachiller] Lima. Universidad Particular San Martín de Porras. 2001.
18. Sosa L. Motivación en salud bucal de las madres en el área de hospitalización pediátrica Hospital General Victorino Santaella Ruiz. Disponible en: www.odontologia-online.com/Ciencia_bucal.
19. Benavente Lipa Lourdes, Chein V. Sylvia et al, Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, Revista odontológica Sanmarquina 2012; 15(1): 14-18
20. Benavente Lipa Lourdes Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental, Revista odontológica Sanmarquina 2007; 10(2): 3-7.
21. Carranza Samanez Maynor, Ley T. Claudia et al, Relación entre los hábitos de higiene de la madre con los de su hijo de 8 a 12 años de edad en el distrito de los Olivos, Lima – Perú: 2003. Revista odontológica Sanmarquina. Disponible en: <http://www.metodologia-unmsm.com/articulos/madre/madre.ht>

22. Cuartas Juan Carlos, Alvar S. Ana María, et al, Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad, Revista CES Odontología Vol. 15-N° 1 2002.
23. Assimi S, Tajmouti R, Ennibi OK. Higiene bucal de los escolares marroquíes y sus madres. NCBI. Pubmed. Marruecos 2016. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27392059>





ANEXOS



ANEXO N° 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yodeaños de edad, identificado con DNI N°y domiciliado en..... Habiéndome explicado en lenguaje claro y sencillo sobre el proyecto de investigación “**RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LA MADRE CON EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE SU HIJO, NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO EDUCATIVO 40046 JOSÉ LORENZO CORNEJO ACOSTA. AREQUIPA. 2019**”, que va a realizar la Cirujano Dentista Rosa Elizabeth Hualla Mariño, cuyo objetivo del trabajo es determinar la posible relación entre los hábitos de higiene bucal de la madre y el Índice de Higiene Oral Simplificado en el hijo y cuyo conocimiento podría beneficiar a la población en general. Para lo cual es necesario que se me aplique un cuestionario sobre hábitos de higiene bucal, y a su vez un examen bucal a mi hijo de nombre.....

Así mismo, sé que es mi derecho retirarme de participar en esta investigación, en forma voluntaria y con sólo mi manifestación verbal, si en algún momento de dicha investigación, mi estado de salud física, mental o social se vieran alterados.

La investigadora publicará los resultados de la investigación guardando reserva de mi identidad.

Habiendo sido informado de todo lo anteriormente señalado y estando en pleno uso de mis facultades mentales, es que suscribo el presente documento.

Fecha:.....

Firma:

DNI:

Huella digital



ANEXO N° 2
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

FEM= 1		Grado de IHOS NIÑOS							MADRE				
MASC=0		UE	Sexo	Edad	Bueno	Regular	Malo	Cod.	IHOS	Edad	G.I	Habitos	
4TO A	1	0	9			X		2	1,83	30	2	14	B
	2	0	9			X		2	1,83	35	2	11	R
	6	1	9			X		2	1,33	38	2	9	I
	7	1	9			X		2	1,5	36	2	10	I
	10	1	9			X		2	2,5	24	2	9	I
	11	0	9			X		2	2,33	38	2	9	I
	13	0	9			X		2	1,5	26	2	15	B
	15	0	9			X		2	1,83	40	2	11	R
	16	0	9			X		2	1,83	30	2	8	I
	17	0	9			X		2	1,5	37	2	10	I
	18	0	9			X		2	1,17	31	2	9	I
	19	1	9			X		2	1,83	37	1	6	I
	4TO B	23	1	9	X				1	1,0	29	2	11
27		0	9	X				1	1,16	25	2	12	R
30		0	9			X		2	1,5	48	2	5	I
32		0	9			X		2	2,17	31	1	6	I
33		0	11	X				1	1,0	37	3	14	B
34		0	11			X		2	2,17	55	2	15	B
37		0	9			X		2	2,33	40	2	11	R
4TO C	39	0	10			X		2	2,17	34	2	12	R
	41	1	9			X		2	1,33	27	2	8	I
	42	1	9			X		2	2,17	39	2	11	R
	46	0	10			X		2	2,33	39	2	10	I
	48	1	9			X		2	1,67	39	1	5	I
	51	1	10			X		2	1,83	33	2	10	I
	52	0	10			X		2	1,83	34	2	8	I
5TO A	54	0	10			X		2	1,67	34	2	6	I
	56	1	10			X		2	2,0	37	2	8	I
	58	0	11			X		2	2,33	37	2	9	I
	61	0	10			X		2	2,0	39	2	10	I
	63	0	10			X		2	1,17	35	3	14	B
	68	0	10			X		2	2,67	38	2	5	I
	69	0	10			X		2	2,33	38	2	7	I
	70	0	10			X		2	2,0	37	2	8	I
5TO C	73	1	10			X		2	2,0	35	2	10	I
	74	1	10			X		2	2,17	39	2	9	I
	77	1	10			X		2	1,83	34	2	11	R
	79	1	10			X		2	2,67	38	3	12	R
	82	1	10			X		2	2,5	37	2	11	R

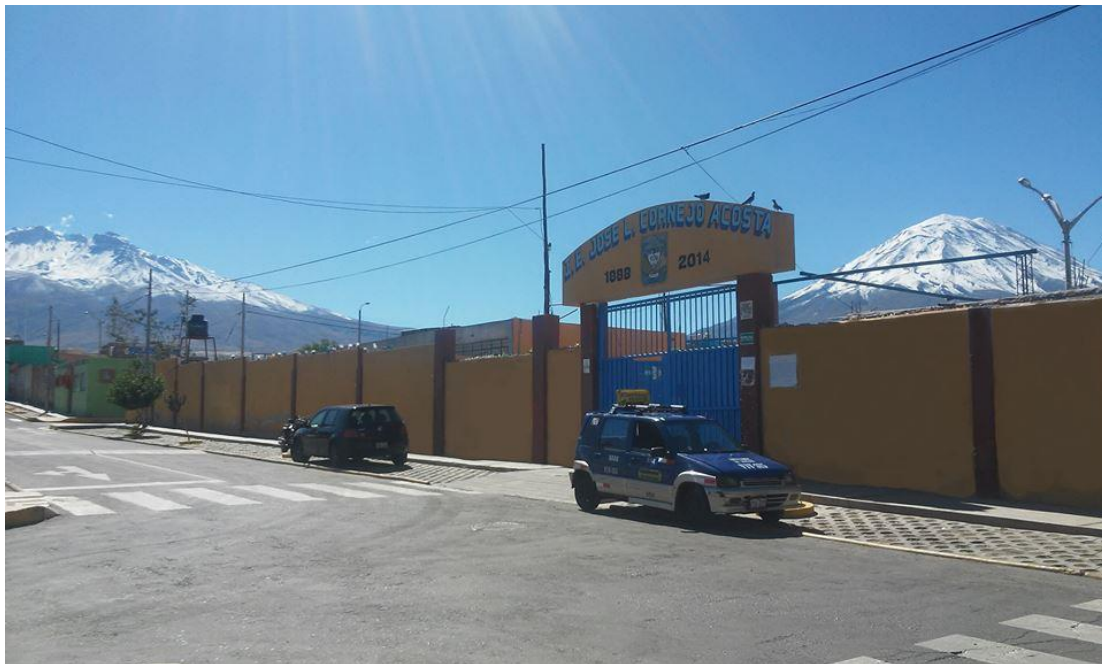
	86	1	10		X		2	2,67
	87	1	10		X		2	1,83
5TO B	89	1	9		X		2	2,0
	91	0	10	X			1	0,83
	93	1	10		X		2	2,0
	99	0	10		X		2	2,83
	100	1	10	X			1	1,17
	101	1	10		X		2	2,0
	102	1	11		X		2	1,67
6TO A	108	0	11		X		2	2,17
	110	1	11		X		2	2,33
	112	0	11		X		2	1,5
	114	0	11		X		2	1,67
	115	0	11		X		2	1,33
	117	0	11		X		2	1,67
	118	1	11		X		2	2,0
	121	0	11		X		2	2,5
	122	1	11	X			1	1,17
	124	1	11	X			1	0,83
	125	1	11		X		2	2,0
6TO B	126	0	11	X			1	1,17
	127	1	11		X		2	2,17
	130	1	11		X		2	1,67
	132	0	11		X		2	2,0
	138	1	11		X		2	1,83
	139	0	11		X		2	2,5
	142	0	11		X		2	2,0
6TO C	144	1	11			X	3	5,67
	145	0	10		X		2	1,67
	150	0	11		X		2	2,5
	151	0	11			X	3	3,83
	152	0	11		X		2	2,33
	154	1	11		X		2	1,33

45	1	7	I
28	2	9	I
38	1	7	I
37	2	13	R
34	2	9	I
39	2	9	I
32	2	7	I
35	3	15	B
32	2	14	B
33	2	12	R
36	2	8	I
34	3	13	R
33	3	12	R
32	2	11	R
36	2	10	I
32	2	8	I
41	2	9	I
30	2	10	I
53	1	9	I
47	2	10	I
43	2	12	R
53	2	8	I
37	2	8	I
38	2	7	I
36	2	9	I
34	3	14	B
42	2	11	R
41	1	4	I
35	2	13	R
32	2	7	I
34	2	8	I
27	2	8	I
31	2	8	I



ANEXO N° 3
SECUENCIA FOTOGRÁFICA

SECUENCIA FOTOGRÁFICA



Fotografía 1: vista de la ubicación del centro educativo



Fotografía 2: aplicación del formulario de preguntas a las madres



Fotografía 3: aplicación del formulario de preguntas a las madres



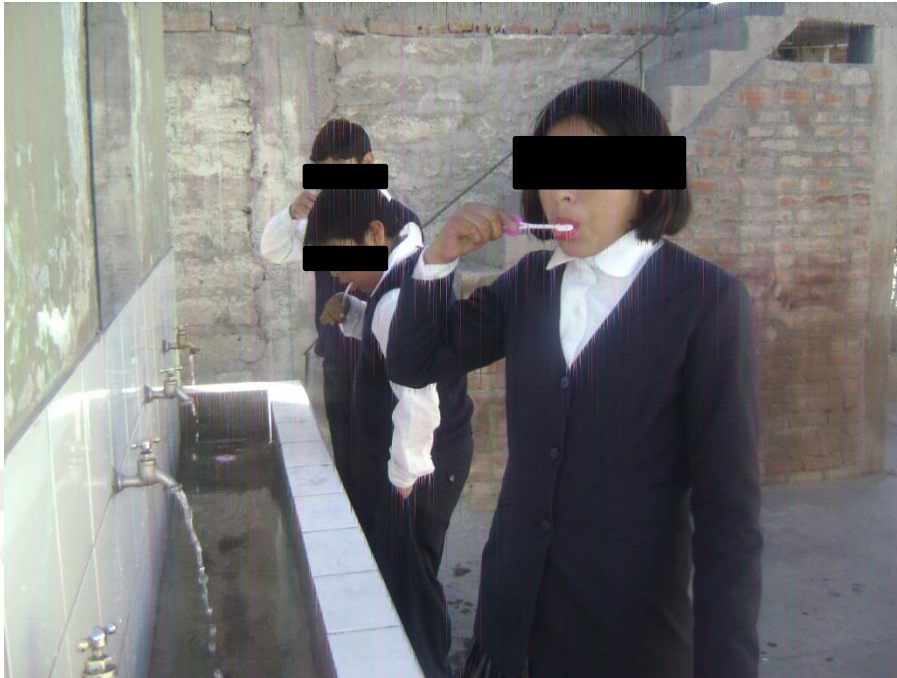
Fotografía 4: Preparación de los niños para la evaluación del Índice De Higiene Oral Simplificado



Fotografía 5: Aplicación de la pastilla reveladora



Fotografía 6: Evaluación del Índice De Higiene Oral Simplificado



Fotografía 7: Niños realizando el cepillado



Fotografía 8: Niños realizando el cepillado



ANEXO N° 4
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MAESTRÍA EN ODONTOESTOMATOLOGÍA

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

Yo Zaida Moya de Calderón con DNI
N° 29221048 y COP 5304, especialista en Odontopediatría a
través de la presente certifico que realicé el juicio de experto al presente instrumento
(cuestionario) sobre hábitos de higiene bucal, diseñado por la Bachiller Rosa Elizabeth
Hualla Mariño con DNI 43451345 Y COP 21836, para el trabajo de investigación
titulado: **RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LA MADRE Y
DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE SU HIJO, NIÑO
DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO EDUCATIVO 40046 JOSÉ LORENZO
CORNEJO ACOSTA**, para optar el grado académico de Maestro en Odontología
en la Universidad Católica de Santa María. Luego de hacer las observaciones pertinentes,
puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Ítem 1 Cepillado dental			Ítem 2 Pasta dental			Ítem 3 Hilo dental			Ítem 4 Enjuague bucal		
	D	A	E	D	A	E	D	A	E	D	A	E
Congruencia ítem-dimensión		X				X		X				X
Amplitud de contenidos			X			X		X		X		
Redacción de los ítems			X			X		X				X
Ortografía			X			X		X				X
Presentación			X			X		X				X

D= DEFICIENTE **A**= ACEPTABLE **E**= EXCELENTE

Arequipa, Julio 2019



FIRMA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MAESTRÍA EN ODONTOESTOMATOLOGÍA

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

Yo Prof. Alberto Figueroa Benda con DNI N° 30862017 y COP 5372, especialista en Odontopediatría a través de la presente certifico que realicé el juicio de experto al presente instrumento (cuestionario) sobre hábitos de higiene bucal, diseñado por la Bachiller Rosa Elizabeth Hualla Mariño con DNI 43451345 Y COP 21836, para el trabajo de investigación titulado: **RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LA MADRE Y DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE SU HIJO, NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO EDUCATIVO 40046 JOSÉ LORENZO CORNEJO ACOSTA**, para optar el grado académico de Maestro en Odontología en la Universidad Católica de Santa María. Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Ítem 1 Cepillado dental			Ítem 2 Pasta dental			Ítem 3 Hilo dental			Ítem 4 Enjuague bucal		
	D	A	E	D	A	E	D	A	E	D	A	E
Congruencia ítem-dimensión			×			×			×			×
Amplitud de contenidos		×			×			×			×	
Redacción de los ítems			✓		×			×				×
Ortografía			×		×			×				×
Presentación			✓			×		×				×

D= DEFICIENTE A= ACEPTABLE E= EXCELENTE

Arequipa, Julio 2019



FIRMA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MAESTRÍA EN ODONTOESTOMATOLOGÍA

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

Yo PEDRO PABLO GALLEGOS MISAD con DNI N° 42198922 y COP 19820, especialista en ORTODONCIA a través de la presente certifico que realicé el juicio de experto al presente instrumento (cuestionario) sobre hábitos de higiene bucal, diseñado por la Bachiller Rosa Elizabeth Hualla Mariño con DNI 43451345 Y COP 21836, para el trabajo de investigación titulado: **RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LA MADRE Y DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE SU HIJO, NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO EDUCATIVO 40046 JOSÉ LORENZO CORNEJO ACOSTA**, para optar el grado académico de Maestro en Odontología en la Universidad Católica de Santa María. Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Ítem 1 Cepillado dental			Ítem 2 Pasta dental			Ítem 3 Hilo dental			Ítem 4 Enjuague bucal		
	D	A	E	D	A	E	D	A	E	D	A	E
Congruencia ítem-dimensión			×		×				×			×
Amplitud de contenidos		×				×		×			×	
Redacción de los ítems			×			×			×			×
Ortografía			×			×			×			×
Presentación			×			×			×			×

D= DEFICIENTE A= ACEPTABLE E= EXCELENTE

Arequipa, Julio 2019



 FIRMA