



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DENTAL EN PADRES
DE NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN
ODONTOLOGICA DE LA UDLA DURANTE EL PERIODO 2019-1

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Odontólogo

Profesor Guía

Dra. María Eugenia Correa Terán

Autor

Douglas Jordy Tenorio Estupiñan

Año

2019

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, nivel de conocimiento sobre higiene dental en padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA durante el periodo 2019-1, a través de reuniones periódicas con el estudiante Douglas Jordy Tenorio Estupiñan, en el semestre 2019-1, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dra. María Eugenia Correa Terán

Especialista en Endodoncia

CI. 0301903944

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, nivel de conocimiento sobre higiene dental en padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA durante el periodo 2019-1, de Douglas Jordy Tenorio Estupiñan, en el semestre 2019-1, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dra. Mónica Alexandra Pavón Granja

Especialista en Endodoncia

1720208071

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Douglas Jordy Tenorio Estupiñan

CI. 1500555394

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme vida. A mi familia por apoyarme todos los días. A la Dra. María Eugenia Correa por su tiempo y por el aporte de sus conocimientos en este trabajo de investigación. A la Facultad de Odontología de la UDLA, por guiarme en mi formación profesional.

DEDICATORIA

A mi abuelita que desde el cielo me cuida y mi abuelito que todos los días me da amor de padre, a mi madre Jenny mi pilar, a mi hermana Angie, a mi tía Leo que siempre me apoya en todo, a mis tías Rocío, Mayra, Lucy, Cecilia, mi tío Roberto. A mi familia que siempre está unida.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de conocimiento sobre higiene dental en padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológica (CAO) de la Universidad de las Américas en el periodo 2019-1.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal: Observacional porque no habrá ningún tipo de intervención, solo se realizará una encuesta para medir el conocimiento de higiene. Descriptivo porque este tipo de estudio está destinado a medir el conocimiento. Transversal puesto que se realizará en un corto periodo de tiempo, este estudio se lo realizó en el Centro de Atención Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, donde se les realizó una encuesta a 87 padres de familia para determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral y su relación con la edad, el género y la instrucción académica.

Resultados: Los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimientos sobre higiene dental de los padres de familia se comprobó que un 73,56% de los encuestados tienen un nivel medio, el 17,24% un nivel alto y finalmente un 9,2% tiene un nivel bajo. Se pudo observar que los padres que obtuvieron un nivel bajo tienen un grado de instrucción de primaria, con un nivel medio de conocimientos cuentan con un grado de instrucción de secundaria, nivel de conocimiento alto tienen un grado de instrucción técnico o superior. Las personas entre los 20 y 28 años tuvieron un nivel bajo de conocimiento, con un nivel medio tienen entre 33 y 41 años y las que tienen entre 29 y 33 años tienen un nivel alto de conocimiento. Con respecto al nivel de conocimiento según el sexo, se pudo observar que las personas que tienen un nivel bajo de conocimiento fueron mujeres. Los hombres presentan un nivel de conocimiento medio y alto.

Conclusión: Los padres de familia presentan un nivel de conocimiento regular sobre higiene oral, influyen la edad, el género y la instrucción académica para que el conocimiento sobre higiene no sea alto.

Palabras Claves: Conocimiento, higiene oral, padres.

ABSTRACT

Objective: The objective of the present study is to determine the level of knowledge about dental hygiene in parents of children who come to the Dental Care Center (CAO) of the Universidad de las Américas in the 2019-1 period.

Materials and methods: An observational, descriptive and cross-sectional study was conducted: Observational because there will be no intervention, only a survey will be carried out to measure hygiene knowledge. Descriptive because this type of study is intended to measure knowledge. Transversal since it will be done in a short period of time, this study was carried out in the Dental Care Center of the Faculty of Dentistry of the Universidad de las Américas, where a survey was carried out to 87 parents to determine the level of knowledge about oral hygiene and its relationship with age, gender and academic instruction.

Results: The results obtained on the level of knowledge about dental hygiene of parents was found that 73.56% of respondents have a medium level, 17.24% a high level and finally 9.2% have a low level. It was observed that the parents who obtained a low level have a primary level of education, with a medium level of knowledge they have a high school level of education, high level of knowledge they have a technical level of education or higher. People between 20 and 28 years of age had a low level of knowledge, with a medium level between 33 and 41 years and those between 29 and 33 have a high level of knowledge. With regard to the level of knowledge according to sex, it could be observed that people who have a low level of knowledge were women. Men have a medium and high level of knowledge.

Conclusion: Parents present a level of regular knowledge about oral hygiene, influence age, gender and academic instruction so that knowledge about hygiene is not high.

Key words: Knowledge, oral hygiene, parents.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2.1 JUSTIFICACION	4
3. MARCO TEORICO	5
3.1 Hábitos de higiene oral	5
3.2 Placa Microbiana	5
3.2.1 Métodos de remoción y eliminación de placa microbiana.....	6
3.3 Hábitos de higiene oral	6
3.4 Técnicas de cepillado dental	8
3.4.1 Clasificación de las técnicas de cepillado dental:	8
3.4.2 Técnica de cepillado horizontal.....	8
3.4.3 Técnica de Bass	9
3.4.4 La técnica de cepillado de Stillman.....	10
3.4.5 La técnica de cepillado de Charters.....	10
3.4.6 Bass modificado, Stillman modificado y Chárter modificado.....	11
3.4.7 Técnica de cepillado de Fones (circular)	11
3.5 Uso de hilo dental.....	12
3.5.1 Técnica de uso del hilo dental	12
3.6 Uso de cepillos eléctricos	13
3.7 Caries dental	13
3.7.1 Epidemiología de la caries dental en Países de Sudamérica	14
3.7.1.1 Epidemiología en Ecuador.....	14
3.7.1.2 Epidemiología en Brasil	14

3.7.1.3 Epidemiología en Paraguay	14
3.7.1.4 Epidemiología en Chile	15
3.7.1.5 Epidemiología en Argentina	15
3.8 Enfermedad periodontal	15
3.9 Los hábitos y conocimientos de los padres sobre salud oral.....	16
3.10 Influencia del entorno familiar en la salud oral de los niños	17
3.11 Conocimiento, actitud y situación socioeconómica de los padres	17
3.12 Importancia de las intervenciones de los padres para mejorar el cepillado	18
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	19
4.1 Objetivo general.....	19
4.2 Objetivos específicos.....	19
4.3 Hipótesis.....	20
5. MATERIALES Y MÉTODOS	20
5.1 Tipo de estudio	20
5.2 Universo de la muestra	20
5.3 Muestra	21
5.4 Criterios de inclusión	21
5.5 Criterios de exclusión	21
5.6 Descripción del método	21
6. RESULTADOS.....	22

7. DISCUSIÓN	35
8. CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	42
ANEXOS	47

1. INTRODUCCIÓN

Todos los niños deben de disfrutar de un alto nivel de salud, incluida también la salud oral, pero como niños, dependen de los adultos para poder disfrutar este beneficio.

Los padres introducen el hábito de cepillarse los dientes, y este comportamiento comienza a desarrollarse en los primeros años de vida y se vuelve arraigado en la mente de los niños más adelante. En muchos países desarrollados, ha habido mejoras con respecto a la salud bucal de los escolares, sin embargo, la caries dental todavía afecta a una cantidad considerable de niños (Borges HC. 2012).

La salud oral es un componente fundamental de la salud general que influye en la calidad de vida de una persona. Los comportamientos de salud bucal desempeñan un papel central en la prevención de muchas enfermedades orales. Los hábitos relacionados con la salud oral se establecen a temprana edad en la vida.

Es bien conocido que la caries dental es una enfermedad infecciosa y multifactorial, que está asociada a factores socioculturales y socioeconómicos. La salud oral en los niños puede verse afectada por el conocimiento dental, las actitudes y las creencias culturales de sus padres.

Como refiere Branden y sus colaboradores, hay algunos ejemplos de actitudes de los padres de familia que poseen un impacto positivo en la salud oral del niño, tales como: minimizar los bocadillos y las bebidas que contienen azúcar,

ayudar con el cepillado dental y llevar al niño regularmente al dentista para un tratamiento preventivo (Van den Branden, S. 2012).

En la niñez la enfermedad odontológica más común es la caries dental y puede afectar la calidad de vida de un niño debido a varios factores, entre los que se incluyen el dolor, la infección, la pérdida de sueño, la mala masticación, la nutrición inadecuada. En los países industrializados, en el ámbito de salud pública la caries dental sigue siendo un importante problema. La caries dental es una enfermedad que se puede prevenir con medidas primarias de cuidado bucal (Twetman S, Dhar V. 2015).

Los tratamientos dentales no tratados pueden tener un impacto grave en los niños, tales como: dolor, malestar, limitaciones sociales y funcionales, que en última instancia pueden perjudicar la calidad de vida relacionada con la salud oral (Peres, MA et al. 2016).

Por este motivo, se recomienda que los padres y futuros padres sean informados, alentados y, con suerte, motivados para prevenir el desarrollo de caries dentales en sus bebés y niños pequeños (American Academy of Pediatric Dentistry. 2014).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los comportamientos de salud oral de los padres tienen gran influencia directa en la cantidad de dientes cariados de sus hijos, lo que indica que las estrategias de salud oral deben centrarse no solo en los niños sino también en sus padres.

Los padres que controlan la ingesta de azúcares y el cepillado de dientes de sus hijos demuestran que las actitudes y conocimientos sobre la higiene oral de los padres tendrá un impacto positivo e indudablemente influirá en el autocuidado oral de sus hijos (American Academy of Pediatric Dentistry. 2012).

La buena salud oral favorecerá positivamente el bienestar mental, emocional, físico, social de los niños y al disfrute de sus vidas lo cual les permitirá hablar, socializar y comer sin complicaciones y mucho menos experimentar incomodidad o algún tipo de dolor.

El proceso preventivo de la salud oral de los niños debe comenzar a temprana edad, es decir, el primer año de infancia para garantizar una higiene bucal exitosa. El propósito de un programa de salud oral infantil es, por lo tanto, mejorar el acceso a la atención y brindar asesoramiento y orientación preventiva a los padres (Chandiwal, S. 2012).

El primer paso de la atención de salud oral infantil es la prevención y mejorar el comportamiento de los padres sobre la salud oral, ya que influirán en el comportamiento de sus hijos para poder adaptarse a las prácticas preventivas a medida que ellos van creciendo (Li Y, Zhang Y et al. 2011).

2.1 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como finalidad conocer cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene dental en padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA durante el periodo 2019-1.

Los padres son los encargados de encaminar a sus hijos en su desarrollo día a día, transmitiéndoles hábitos adecuados. El poco conocimiento de los padres en lo que se refiere a la salud oral, tanto en los métodos de prevención y la higiene oral puede ser por la falta de información brindada por los odontólogos y en este caso por los estudiantes de la facultad de odontología que brinda atención a los niños. El bajo conocimiento también se da por el desinterés de los padres en solicitar más información o en buscar por sus medios el método de enriquecer sus conocimientos.

Esta falta de interés y desconocimiento sobre los métodos de prevención e higiene oral por parte de los padres conlleva a una deficiente salud oral de los niños, por ese motivo es primordial establecer el nivel de conocimientos sobre la higiene dental y cuáles son las medidas preventivas, con el fin de mejorar los programas sobre la salud oral en el Centro de Atención Odontológico de la UDLA y por ende disminuir el índice de patologías orales que afectan a los niños.

3. MARCO TEORICO

3.1 Hábitos de higiene oral

Los hábitos de higiene oral son adquiridos por repeticiones de un mismo acto, que al inicio van a ser conscientes y luego que se tiene la destreza normal son inconscientes, lo cual es muy importante para mantener un estado óptimo en la boca y la salud bucal.

El padre tiene la responsabilidad total de la orientación, de crear buenos hábitos de higiene oral en los niños y en el caso de niños con discapacidad especial los padres tienen la responsabilidad junto con la orientación de un odontólogo de mantener cavidad oral saludable de estos niños, esta tarea la tiene que seguir junto con la orientación de un odontólogo.

3.2 Placa Microbiana

La placa bacteriana son depósitos que se forman en las paredes de los dientes de una consistencia blanquecina transparente, pegajosa, muy fina. La placa microbiana está formada por microorganismos en gran cantidad, especialmente bacterias. Según la OMS, "es el factor desencadenante de la caries dental y la enfermedad periodontal. *Streptococcus sanguis*, es el primer microorganismo que se adhiere a la superficie de la película adquirida".

La placa microbiana se produce en todas las superficies dentarias, se puede observar clínicamente y muchas veces no hay necesidad de usar algún tipo de líquido revelador. La placa se acumula con rapidez en la corona dental y luego de una semana aproximadamente sin limpieza adecuada puede alcanzar un

espesor máximo, ocupando toda la superficie de la corona y también ingresar a nivel subgingival (Carranza, 2010).

3.2.1 Métodos de remoción y eliminación de placa microbiana

Mecánica

La remoción y eliminación mecánica se da por medio del cepillado dental, esta es una medida muy importante y el inicio para prevenir el progreso de las enfermedades dentales, este es el aditamento manual más usado por la población hasta ahora. La remoción de placa a nivel de las caras interproximales se lo realiza con hilo dental y cepillos interproximales, los cuales tienen una eficacia muy favorable en estas paredes (Marulanda, 2011).

Química

La remoción y eliminación química de placa microbiana que a complementar a los métodos mecánicos en lo que corresponde a la limpieza de las superficies dentarias, ampliamente es utilizado por la población de personas con dificultades motrices. La clorhexidina ha demostrado ser un agente químico de mucha ayuda en la disminución de la placa bacteriana y el sangrado a nivel gingival pero no es de uso continuo (Marulanda, 2011).

3.3 Hábitos de higiene oral

Se ha demostrado que un correcto cepillado acompañado de buenos hábitos de higiene oral, disminuirán el número de gérmenes orales que se acumulan en

las superficies dentales sobre todo después de comer, esto eliminará gran cantidad de placa dental.

Se puede prevenir cualquier enfermedad bucal, dolor innecesario tan solo con la higiene, lo que se conoce como odontología preventiva.

La odontología preventiva es la suma de los esfuerzos para promover, mantener y restaurar la salud de las personas mediante métodos como: la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal. La odontología preventiva tiene que realizarse de dos maneras: en el hogar y el consultorio odontológico (Higashida B. 2009).

En el hogar se deben seguir las siguientes medidas:

- Higiene bucal adecuada.
- Dieta correcta.
- Asistir a citas odontológicas (Higashida B. 2009).

Medidas a seguir en el consultorio odontológico:

- Instrucción y educación sobre hábitos de higiene y dieta.
- Aplicar pruebas para valoración de caries.
- Control de placa dental.
- Aplicar métodos preventivos como flúor, selladores de fosas y fisuras.
- Seguimiento del paciente (Higashida B. 2009)..

3.4 Técnicas de cepillado dental

Las técnicas adecuadas de cepillado de dientes son muy importantes para mantener la salud bucal. Al seguir la técnica correcta de cepillado de dientes, podrá eliminar los restos de alimentos y la placa, lo que a su vez evitará la aparición de caries dentales.

La razón principal de la formación de la caries dental son los restos de alimentos que se alojan en las superficies de los dientes, que son elementos necesarios para la formación de las bacterias y microorganismos que residen en la cavidad oral. Los microorganismos consumen los alimentos alojados y luego producen ácido que conllevan a la desmineralización del esmalte, lo que dará inicio a la formación de la caries dental. No solo la caries, sino la mayoría de los problemas relacionados con la enfermedad gingival y la periodontitis.

3.4.1 Clasificación de las técnicas de cepillado dental:

- Movimiento horizontal recíproco: Técnica horizontal.
- Movimiento vibratorio: técnica de Bass, técnica de Stillmans, técnica de Charters y técnicas modificadas.
- Técnica de cepillado rotativo: técnica de Fones.

3.4.2 Técnica de cepillado horizontal

Es el método más comúnmente usado durante el cepillado, en el que las cerdas se activan en un movimiento horizontal y suave. El cepillo se coloca sobre las superficies de los dientes en el lado izquierdo o derecho en un ángulo

de 90° y el cepillo se mueve a lo largo de la línea de dentición hacia la región posterior y se regresa hacia atrás nuevamente (Bordoni N. 2010).

Indicaciones:

Está indicada en niños con dificultades motrices y niños pequeños. Este método de cepillado dental es usado por todos y no es beneficioso a largo plazo, ya que la abrasión cervical se debe principalmente a este tipo de cepillado por mucho tiempo (Bordoni N. 2010).

3.4.3 Técnica de Bass

Es una de las técnicas de cepillado más eficaces debido a su propiedad de eliminar la placa o Bio Film y limpiar el área directamente debajo del margen gingival que ayuda a controlar las infecciones periodontales.

Las cerdas se dirigen apicalmente a 45 grados (hacia arriba para maxilar y hacia abajo para mandibular) al eje largo del diente, en su mayoría es difícil de colocar a 45 grados, por lo que la colocación paralela a los dientes también es beneficiosa. Presionar las cerdas levemente para que entren en el surco gingival. Vibre el cepillo hacia atrás y adelante con movimientos cortos de 20 movimientos para cada cuadrante y dirigirse a los dientes siguientes cuadrante (Lindhe J. 2017).

Indicaciones:

Para áreas proximales abiertas, limpieza de áreas cervicales, en el caso de dientes que presentan la superficie radicular expuesta.

3.4.4 La técnica de cepillado de Stillman

Similar a la técnica de Bass con una ligera modificación para eliminar los desechos de los dientes de forma más efectiva. Las cerdas se dirigen apicalmente y los ángulos son iguales a los de la técnica de Bass, las cerdas se colocan parcialmente sobre la parte cervical del diente y parcialmente sobre la encía adyacente. Esta técnica es similar a la técnica de Bass, con solo una ligera modificación del movimiento oclusal junto con movimientos horizontales cortos. Se utilizan movimientos cortos y posteriores y la cabeza del cepillo se mueve oclusalmente con presión ligera (Lindhe J. 2017).

Indicaciones:

En caso de recesión gingival, para la estimulación gingival, eliminar la placa y el biofilm de la región cervical (Guedes A. 2011).

3.4.5 La técnica de cepillado de Charters

Es una técnica que se utiliza principalmente en presencia de algún aparato ortodóntico, ortopédico o protésico en la cavidad bucal, que limpia eficazmente las áreas interproximales entre los dientes. Se colocan las cerdas hacia oclusal o la corona del diente. Los lados de las cerdas se colocan en el margen gingival a 45° con respecto al eje largo del diente. Se realizan movimientos cortos de un lado al otro se dan principalmente como un movimiento vibratorio (Lindhe J. 2017).

Indicaciones:

Limpieza efectiva de áreas interproximales. Se utiliza en el caso de aparatos protésicos fijos y en pacientes con tratamiento de ortodoncia, en pacientes que

presentan recesión gingival y papilas retraídas, personas con cirugía periodontal para la limpieza temporal del sitio quirúrgico (Lindhe J. 2017).

3.4.6 Bass modificado, Stillman modificado y Chárter modificado

Estas técnicas son muy fáciles de entender si conoce las tres técnicas principales de cepillado de dientes: Bass, Stillman y Chárter. La modificación que se realizó en estas tres técnicas consiste en realizar suaves movimientos de barrido hacia la cara oclusal al terminar cada movimiento. Esto ayudará a limpiar las superficies dentales eliminando los restos de alimentos y la biopelícula que cubre a los dientes (Lindhe J. 2017).

Indicaciones:

Limpia las superficies vestibulares, palatinas y linguales, el movimiento de balanceo evita dañar la base del surco gingival. En personas con gingivitis y recesión progresiva (Lindhe J. 2017) (Guedes A. 2011).

3.4.7 Técnica de cepillado de Fones (circular)

Es el más simple de todos los métodos de cepillado, todo lo que se tiene que hacer es mover el cepillo en un movimiento circular alrededor de un conjunto de dientes y pasar al siguiente conjunto, es una técnica útil para enseñar a los niños como cepillarse (Nahas M. 2009). Colocar el cepillo dental sobre los dientes cerrados, luego active las cerdas presionando ligeramente contra los dientes y realizar de 4 a 5 movimientos circulares cada dos dientes (Guedes A. 2011).

Indicaciones:

Esta técnica está indicada principalmente para niños (Guedes A. 2011).

3.5 Uso de hilo dental

Para una limpieza adicional de la boca es indispensable el uso de hilo o seda dental para retirar los restos alimenticios de las superficies interproximales, debido a que el cepillo no accede a las zonas. Inclusive en los niños que tienen buenos hábitos de higiene oral se pueden observar caries en caras interproximales ya que el cepillo por sí solo no retira los alimentos de estas zonas. La gran mayoría de los niños que tienen discapacidades necesitarán ayuda de uno de sus padres para pasar el hilo o seda dental entre las caras interproximales (Edelstein BI. 2009).

3.5.1 Técnica de uso del hilo dental

- Enrollar una cantidad considerable de seda o hilo dental en los dedos medios de cada una de las manos.
- Trabajar el hilo dental entre los dedos pulgar y el índice de cada mano, deslizar con cuidado y suavemente el hilo o seda entre los espacios de los dientes hasta tocar la encía. Curvar el hilo dental alrededor de cada diente, deslizar hacia arriba y abajo para retirar restos alimenticios.
- Cada vez que cambie de diente debe enrollar la parte del hilo usado en uno de los dedos, con la finalidad que el hilo esté limpio en cada diente.

3.6 Uso de cepillos eléctricos

La placa dental es la causa primaria de la gingivitis y patologías periodontales. Por lo tanto, para la eliminación más eficaz de la placa será por un cepillo eléctrico que un cepillo manual, el cual reducirá la inflamación de las encías (gingivitis), un beneficio en sí mismo y a largo plazo puede prevenir o retardar la progresión de la periodontitis y por lo tanto mantener una dentición sana en funcionamiento por más tiempo (Aspiras 2013).

El cepillado eficaz se debe a factores como el conocimiento, motivación y la destreza manual. Los cepillos eléctricos simulan los movimientos que se realiza manualmente con un cepillo de dientes normal como son movimientos de lateralidad y rotatorios. También se han introducido cepillos que tienen una mayor frecuencia vibratoria (Albertsson K, 2010).

3.7 Caries dental

Según la OMS, caries dental es “un proceso localizado el cual es de origen multifactorial que iniciará después de la erupción dentaria, iniciando con el reblandecimiento del tejido duro del diente llamado esmalte dental que irá evolucionando hasta la formación de una cavidad”.

La caries dental es considerada como una enfermedad crónica, infecciosa, transmisible y multifactorial determinada por factores socioeconómicos, socioculturales, también se ve asociada al pH salival, anatomía oclusal, alimentación y la higiene. La incidencia de caries dependerá de una deficiente alimentación, bajo peso y mala calidad de vida. (O' Mullane D, 2011).

Al no prevenir adecuadamente la caries dental con una buena higiene oral, ésta seguirá avanzando hasta que se tenga que realizar el tratamiento invasivo para tratar la caries, el cual es un proceso que resultará angustiante en los niños y por ende para su familia (Naidu R, 2012).

3.7.1 Epidemiología de la caries dental en Países de Sudamérica

3.7.1.1 Epidemiología en Ecuador

Los datos relacionados con la prevalencia de caries en Ecuador del año 2014 demuestran que en niños de 3-11 años, existe una prevalencia de 62,39% y en personas de 12-19 años hay una prevalencia de 31,28% (Martins, S. 2014).

3.7.1.2 Epidemiología en Brasil

Según SBBrasil (Brasil Sonriente) la prevalencia de caries en el año 2010, los niños de 12 años el índice CPO-D fue 2.1, los de 5 años tienen un índice ceo-d 2.3. El índice se redujo 26% de 2.8 en 2013 a 2.1 en el año 2010 en los niños de 12 años, Brasil está entre de los países con una prevalencia muy baja de caries de acuerdo con la OMS (Martins, S. 2014).

3.7.1.3 Epidemiología en Paraguay

Según datos sobre Salud Oral de una encuesta realizada en Paraguay en 2008, dio como resultado que un 98% de la localidad tienen complicaciones que perjudican su salud oral. En los escolares la incidencia y prevalencia es

elevada: Un índice CPO-D de 2.9 se hayo en los niños de 12 años y un ceo-d de 5.6 en los de 6 años (Martins, S. 2014).

3.7.1.4 Epidemiología en Chile

En Chile, según los datos relacionados a la prevalencia de caries del año 2007. En niños de 12 años el CPO-D es 1.9, en los de 6 años es 3.71, en los de 4 años es 2.32 y en los de 2 años el ceo-d es 0.54 (Martins, S. 2014).

3.7.1.5 Epidemiología en Argentina

En Argentina, en un estudio realizado en la ciudad de Córdoba, en 2745 niños de 6 años se encontró una prevalencia alta de caries. En niños de las escuelas municipales el índice ceod es de 4.44. En los niños de escuelas privadas y provinciales baja el índice (ceod=2.31 y 1.27). Mientras que en 1549 niños de 12 años el índice que se encontró fue de 2.59 y 1.85 en la escuelas privadas y municipales (Martins, S. 2014).

3.8 Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es una condición de salud bucal que afectan a los tejidos de soporte del periodonto oral. Como las enfermedades periodontales más prevalentes, la gingivitis y la periodontitis son de gran importancia para la salud pública. La placa dental es la principal causa de la gingivitis, que es reconocida por enrojecimiento de las encías en la unión con los dientes, junto con ligera hinchazón y sangrado del margen gingival (Farina, R. 2013). Globalmente, del 80% al 90% de los adolescentes que tiene entre 15 y 19 años

de edad tienen gingivitis leve a moderada, y aumentan de 92% a 97% en adultos entre 35 y 44 años (Petersen, PE. 2012).

La gingivitis puede ir progresando hasta implicar la membrana periodontal. Formando una bolsa periodontal con destrucción de hueso que soporta el diente. Eventualmente, el diente pierde estabilidad pudiendo llegar a la pérdida del mismo. Este es un proceso lento el cual se relaciona con la cantidad de placa y cálculo que se alberga en la superficie del diente, mediado por edad, factores genéticos, y hábitos como el tabaquismo (British Society of Periodontology 2012).

La periodontitis severa es la sexta condición más prevalente, afectando al 11% de la población mundial y la pérdida de dientes como resultado se encuentra en el 5% al 20% de la mayoría de las poblaciones adultas en todo el mundo (Marcenes 2013).

3.9 Los hábitos y conocimientos de los padres sobre salud oral

Los hábitos y conocimientos de los padres sobre salud oral influyen en el estado óptimo del bienestar de los niños. Los infantes que tienen hábitos deficientes tendrán mayor probabilidad de desarrollar caries dental que los que tienen hábitos favorables. Además, La situación socioeconómica de la familia y las malas prácticas de higiene de las madres y padres han contribuido al desarrollo de la caries dental. Dado que la higiene bucal es esencial para mantener saludable la cavidad oral, es aconsejable proporcionar a los padres directrices adecuadas sobre el comportamiento de la salud oral de los niños y su relación con las enfermedades más comunes en la boca. Es útil dar a conocer cuáles son los factores que influyen en la salud bucodental de los niños con el fin de desarrollar e implementar acciones complementarias de

salud pública enfocadas en los niños y los comportamientos de los padres, en un esfuerzo por brindarles una mejor calidad de vida (Fisher-Owens SA 2007).

3.10 Influencia del entorno familiar en la salud oral de los niños

Considerando que el cepillado y el uso regular del hilo dental ayudan a eliminar las bacterias cariogénicas y sustancias fermentables que se encuentran en las superficies de los dientes, los excelentes hábitos de higiene oral ayudaran a prevenir la gran mayoría de las patologías orales, como la enfermedad periodontal y la caries dental, que son considerados los problemas comunes de salud pública. A diferentes edades de la infancia, los padres o las personas encargadas del cuidado de los niños deben ayudar a introducir los hábitos necesarios sobre cepillado dental y ponerlos en práctica diariamente. Por lo cual, una buena orientación educativa dirigida tanto a niños como a padres ayudaran a que sufran menos patologías orales y así tener mejor salud oral y calidad de vida (Freire A. 2013).

3.11 Conocimiento, actitud y situación socioeconómica de los padres

Las características de los padres, como son: el conocimiento, las actitudes y el estatus socioeconómico, van a influenciar en los comportamientos de salud oral de los niños. Las normas y prácticas culturales influyen en una gran variedad de factores sociales, como valores, creencias y costumbres, que afectan la salud oral de los niños. El lenguaje, la cultura comprende la religión, la dieta, las creencias en la salud, enfoques preventivos médicos-odontológicos y la estructura familiar (Hilton IV 2007).

La asociación entre la mala salud oral de los niños y los bajos niveles socioeconómicos de la familia es clara. Los factores principales relacionados

con el índice de caries infantil a la edad de 5 años son: la edad, el historial cariogénico de los padres, la vivienda rural, los malos hábitos de higiene oral de la madre o del padre y el consumo excesivo de azúcar del niño (Sabbah W 2009).

Un enfoque efectivo es necesario para identificar y comprender las causas fundamentales de la caries dental. Según los estudios de salud pública, los factores biológicos, psicosociales, conductuales, ambientales y políticos se determina como causas de las enfermedades orales. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud oral sin duda tienen cierta influencia en la salud bucal; Sin embargo, el fondo más amplio que determina los patrones de comportamiento debe analizarse profundamente para crear un ambiente social que apoye buenos hábitos de salud oral (Watt RG 2007).

3.12 Importancia de las intervenciones de los padres para mejorar el cepillado

Los comportamientos de salud oral de los padres influyen directamente en el número de dientes cariados de sus hijos, lo que indica que las estrategias de salud bucal deben centrarse no sólo en los niños, sino también en sus padres. Los padres que controlan el cepillado y la ingesta de azúcar crean hábitos de salud bucal favorables, demostrando que las actitudes de ellos tienen un impacto positivo en el estado de salud bucal de sus hijos (Saied-Moallemi Z 2008).

De hecho, cuanto más alto es el nivel educativo de los padres, más favorable es el autocuidado de los niños. Los hábitos de salud oral materna influyen indudablemente en el de sus hijos, haciendo hincapié en el papel que desempeñan las madres en lo que se refiere a la salud bucodental; Por lo

tanto, se deben desarrollar programas educativos de salud oral centrados en estos aspectos (Saied-Moallemi Z 2007).

Durante el proceso de aprender a cepillarse, los niños juegan con el cepillo de dientes en su boca y no limpian los dientes adecuadamente. Por este motivo, las madres o padres desempeñaran un papel clave el cual es ayudar a sus hijos, enseñándoles los hábitos de salud oral favorables. Los infantes nacidos de madres que son conscientes de la importancia de una buena higiene oral se lavan los dientes con mayor frecuencia, debido a que desarrollan mejores hábitos en el cepillado (Finlayson TL 2007).

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene dental en padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológica (CAO) de la UDLA en el periodo 2019-1.

4.2 Objetivos específicos

1. Evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre técnicas de higiene dental.
2. Relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene dental con la edad y el género de los padres evaluados.
3. Relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene dental con el nivel de instrucción académica.

4.3 Hipótesis

Si el niño depende durante gran parte de su vida del cuidado que le brindan sus padres, “el desconocimiento de los padres sobre la importancia de la higiene dental para mantener un estado saludable y equilibrado en la boca influencia en el buen estado de salud oral de los niños”.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo observacional, descriptivo y transversal:

- Observacional porque no habrá ningún tipo de intervención, solo se realizará una encuesta para medir el conocimiento de higiene.
- Descriptivo porque este tipo de estudio está destinado a medir el conocimiento.
- Transversal puesto que se realizará en un corto periodo de tiempo

5.2 Universo de la muestra

El universo estará constituido por los padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA en el periodo 2019-1.

5.3 Muestra

Se seleccionaron 87 padres de familia de los niños que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA según los criterios de inclusión y exclusión.

5.4 Criterios de inclusión

- Padres que firmen el consentimiento informado y no tenga impedimento de participar.
- Solo un representante del niño.
- Padres que sean mayores de edad.

5.5 Criterios de exclusión

- Padres de familia que no termine o deje inconcluso el cuestionario.
- Padres de familia que no deseen participar en la investigación y no firmen el consentimiento informado.
- Padres que sean menores de edad.

5.6 Descripción del método

Una vez se haya autorizado la realización de este proyecto, se procedió a pedir la autorización a la coordinación del Centro de Atención Odontológica de la UDLA dirigida a la Dra. Pilar Gabela, para realizar la toma y recolección de los datos. **ANEXO 1**

Posteriormente se procedió a informar a los padres cual es el motivo del presente proyecto, haciendo hincapié en que los datos recolectados serán confidenciales. Luego se les solicitó a los padres de familia que firmen un consentimiento informado donde acceden a participar en la encuesta para conocer su nivel de conocimiento sobre higiene dental. **ANEXO 2**

Seguidamente se procedió a entregarles el cuestionario sobre el nivel de conocimientos que estos tienen acerca de la salud oral el cual consta de 17 preguntas de opción múltiple de las cuales se elegirá una sola respuesta. **ANEXO 3**

6. RESULTADOS

Una vez realizadas las encuestas, se pudieron obtener los siguientes resultados.

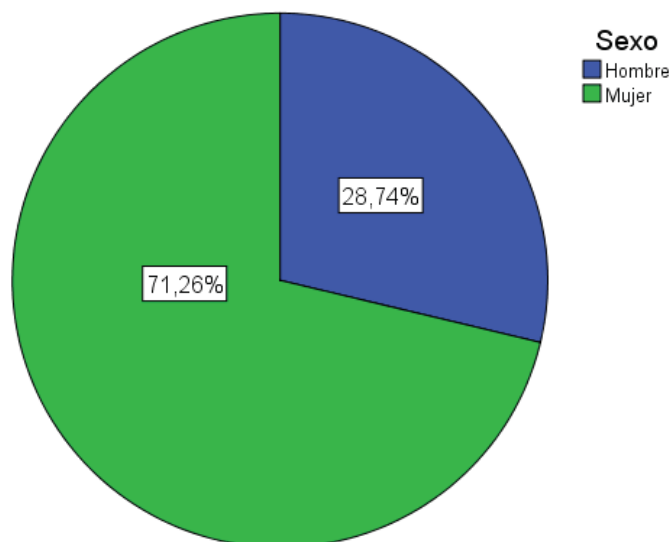


Figura 1: Sexo de los padres.

En primer lugar, se puede afirmar que el 71% de personas encuestadas son mujeres frente a un 28% que fueron hombres.

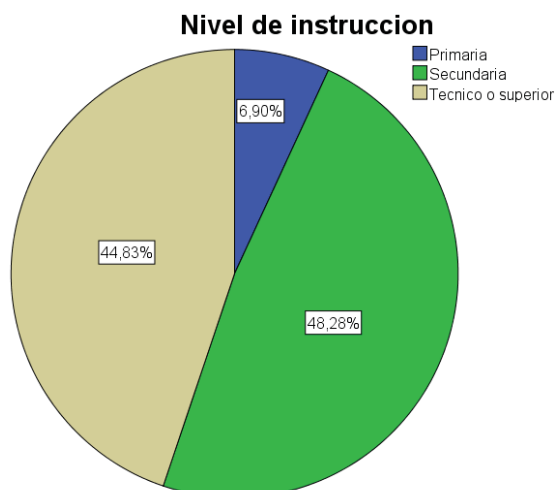


Figura 2: Nivel de instrucción de los padres.

Luego, se pudo conocer que, del total de personas encuestadas, la mayoría tiene un nivel de estudios hasta la secundaria, representando el 48.2%, el 44.8% ha cursado estudios hasta un nivel técnico o superior y finalmente un 6.9% ha cursado solamente la primaria.

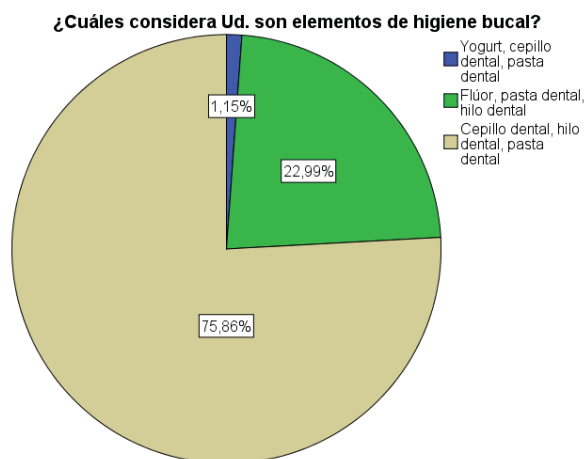


Figura 3: ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

Cuando se preguntó cuáles consideraban que son elementos de la higiene bucal, un 75.86% de encuestados mencionaron que eran cepillo dental, hilo dental, y pasta dental, un 22,99% afirmaron que eran flúor, pasta dental e hilo dental, finalmente un 1,15% dijeron que eran el yogurt, cepillo dental y pasta dental.

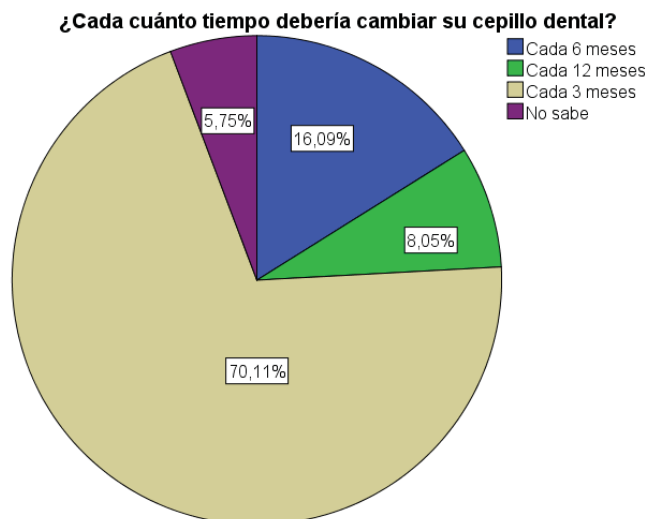


Figura 4: ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

Luego, se deseaba saber si conocían cada cuanto deberían cambiar su cepillo dental, para lo cual se pudo obtener que: El 70% afirmó que se debe realizar cada 3 meses, un 16% que debería ser cada 6 meses; un 8,05% mencionó que debería ser cada 12 meses y finalmente el 5% dijo que no sabía la respuesta.

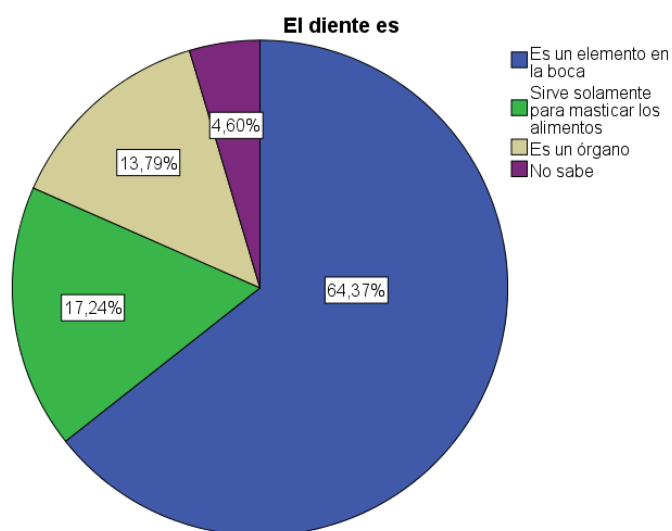


Figura 5: ¿El diente es?

Se deseaba conocer el concepto que los encuestados tenían sobre el diente, y se pudo observar que el 64,37% de las personas encuestadas considera que el diente es un elemento en la boca, el 17,24% consideran que solo sirve para

masticar los alimentos, un 13,79% afirmaron que el diente es un órgano y finalmente un 4,6% dijo que no sabía.

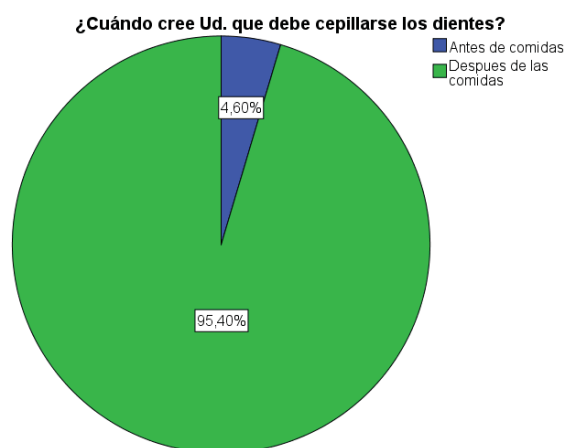


Figura 6: ¿Cuándo cree Ud. que debe cepillarse los dientes?

En cuanto al momento indicado para cepillarse los dientes, se pudo conocer que el 95,4% de los encuestados cree que debe ser después de las comidas, mientras que un 4,6% cree que debería ser antes de las comidas.

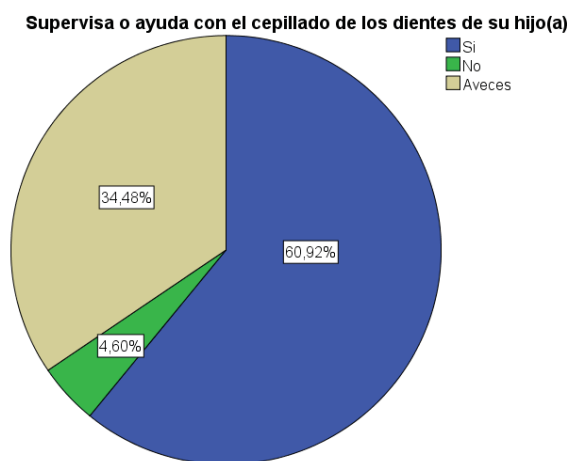


Figura 7: Supervisa o ayuda con el cepillado de los dientes de su hijo(a)

Se deseaba conocer si los padres supervisan o ayudan a sus niños cuando se cepillan los dientes, y se pudo observar que el 60,92% de encuestados

respondió afirmativamente, el 34,48% dijo que lo hacían a veces y el 4,6% respondió negativamente.

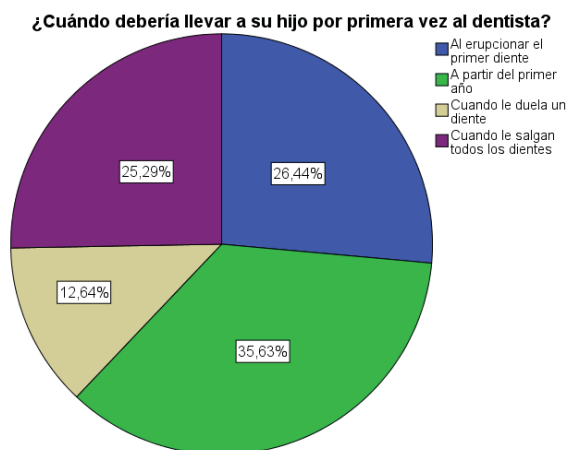


Figura 8: ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?

Luego se preguntó cuándo deberían llevar a sus hijos al dentista, a lo cual se pudo conocer que un 35,63% cree que debería ser a partir del primer año, un 26,44% considera que debería ser al erupcionar el primer diente, un 25,29% cuando les salgan todos los dientes y finalmente un 12,64% consideran que deberían llevar a su hijo al dentista cuando le duela un diente.

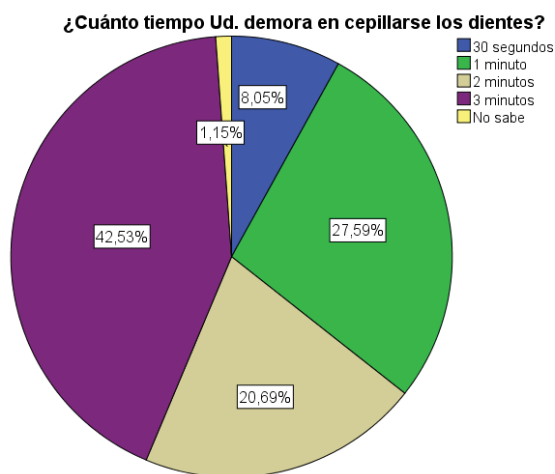


Figura 9: ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?

Se deseaba conocer el tiempo que demoran los encuestados en cepillarse los dientes, y se pudo evidenciar que el 42,53% lo hace durante tres minutos, 27,59% dijo que lo realizaba en 1 minuto, el 20,69% lo realiza en 2 minutos el 8.05% en 30 segundos y finalmente el 1.15% de encuestados dijeron no saber.

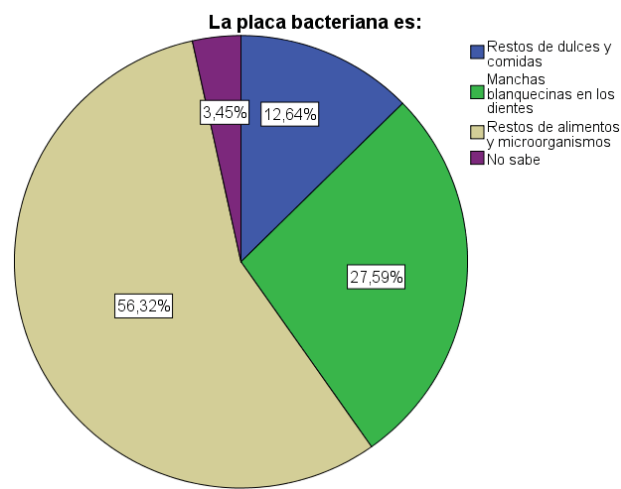


Figura 10: ¿La placa bacteriana es?

Cuando se les pregunto que era la placa bacteriana, se pudo conocer que el 56,32% de encuestados considera que la placa bacteriana son restos de alimentos y microorganismos, un 27,59% considera que son manchas blanquecinas en los dientes, un 12,64% considera que son restos de dulces y comidas y finalmente un 3,45% dijo que no conocía la respuesta.

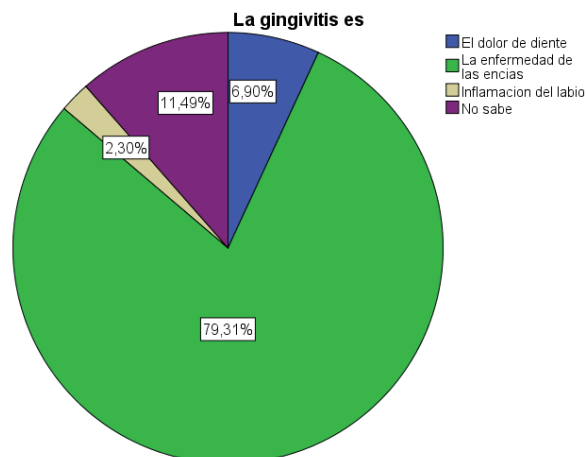


Figura 11: ¿La gingivitis es?

Luego, se preguntó que es la gingivitis, a lo que el 79.31% de los encuestados mencionaron que es la enfermedad de las encías, e1 11% dijo que no conocía cual era la respuesta, el 6,9% dijo que era el dolor de diente y finalmente un 2,3% afirmo que la gingivitis es una inflamación en el labio.

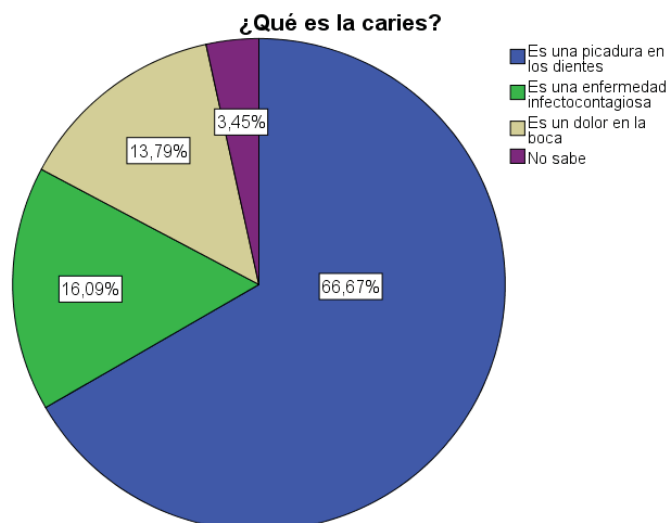


Figura 12: ¿Qué es la caries?

Adicionalmente, se preguntó que es la caries, a lo que el 66,67% de encuestados dijeron que es una picadura en los dientes, un 16,09% que es una enfermedad infectocontagiosa, el 13,79% afirmó que es un dolor en la boca y finalmente un 3,45% afirmó que no sabe que es la caries.

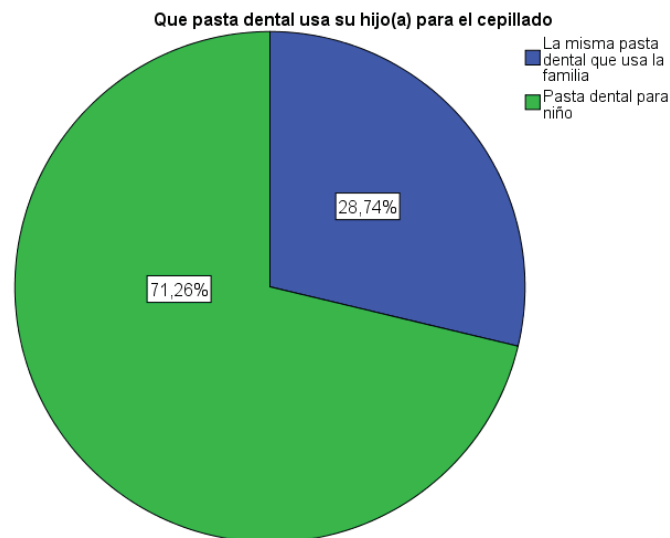


Figura 13: Que pasta dental usa su hijo(a) para el cepillado

Se deseaba conocer el tipo de pasta de dientes que los encuestados utilizan en sus hijos, y se pudo evidenciar que el 71,26% dijeron que utilizan pasta dental para niño frente a un 28,74% de encuestados afirmaron que los niños utilizan la misma pasta dental que usa el resto de la familia.

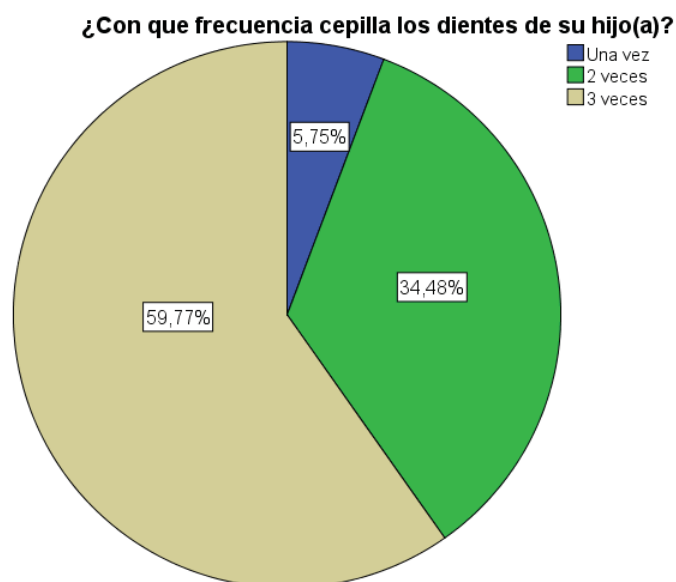


Figura 14: ¿Con que frecuencia cepilla los dientes de su hijo(a)?

Se deseaba conocer la frecuencia con la que los padres cepillan los dientes a sus hijos, y se pudo conocer que el 59,77% lo hacen 3 veces por día, el

34,48% dos veces por día y finalmente un 5,75% lavan los dientes a sus niños una vez al día.

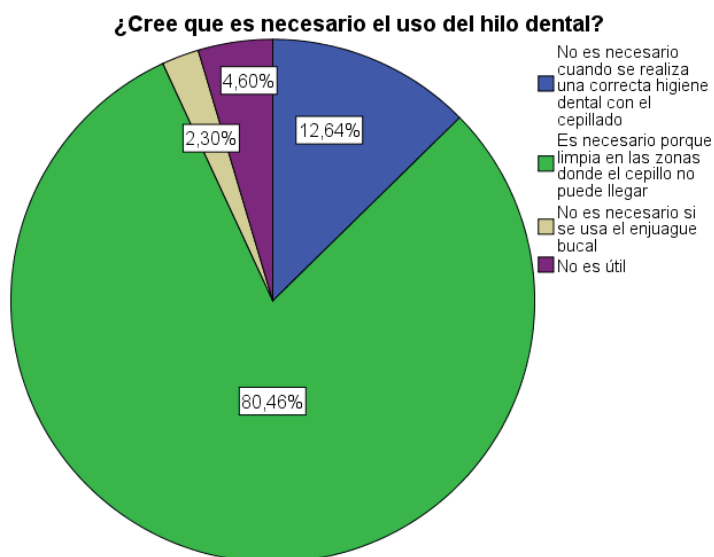


Figura 15: ¿Cree que es necesario el uso del hilo dental?

Se les preguntó si creían necesario el uso de hilo dental y se pudo comprobar que el 80,46% de encuestados considera que el uso del hilo dental es necesario porque limpia en las zonas donde el cepillo no puede llegar, el 12,64% dijo que no es necesario cuando se realiza una correcta higiene dental, el 4,6% considera que el hilo dental no es útil y finalmente un 2,3% considera que el uso del hilo dental no es necesario si se usa enjuague bucal.

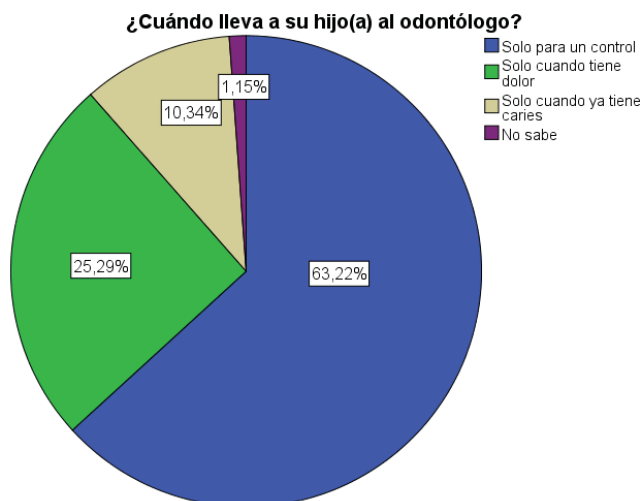


Figura 15: ¿Cree que es necesario el uso del hilo dental?

También se deseaba conocer en que ocasiones los padres llevan a sus hijos al odontólogo y se observó que el 63,22% de los encuestados lo hace solo para un control, el 25,29% de los encuestados lo hace solo cuando tiene dolor, un 10,34% lo hace solo cuando ya tiene caries y finalmente el 1.15% de encuestados, dijeron que no sabían.

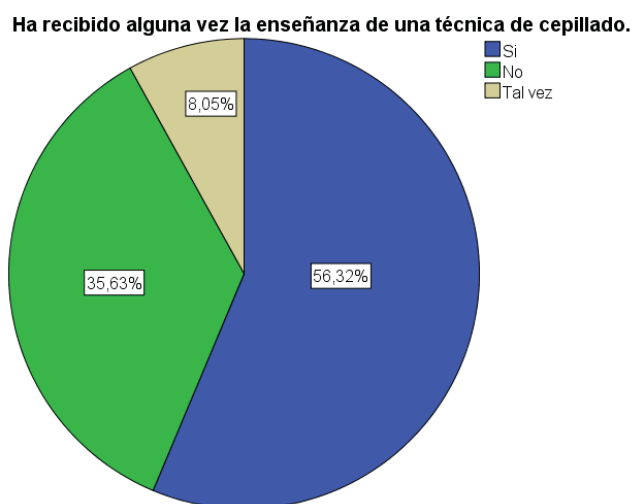


Figura 17: Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado

Se deseaba conocer si los encuestados han recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado y se pudo conocer que el 56,32% de los

encuestados si la han recibido, 35,63% no la han recibido y el 8,05% mencionó que tal vez la han recibido.

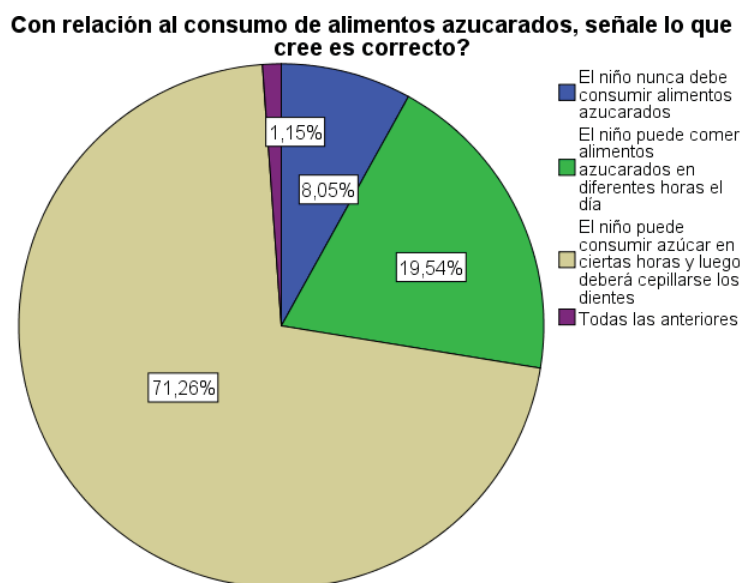


Figura 18: ¿Con relación al consumo de alimentos azucarados, señale lo que cree es correcto?

Luego, se deseaba conocer la opinión de los padres con respecto al consumo de alimentos azucarados, y se pudo observar que el 71,26% de encuestados considera que los niños pueden consumir azúcar en ciertas horas y luego debe cepillarse los dientes, el 19,54% considera que los niños pueden comer alimentos azucarados en diferentes horas del día, el 8,05% considera que los niños nunca deben consumir alimentos azucarados y finalmente el 1,15% considera que todas las opciones son válidas.

Se determinó el nivel de conocimiento a través de una escala de Likert, la cual fue construida de acuerdo con la puntuación obtenida a partir de las respuestas de cada uno de los ítems donde se analiza el conocimiento del encuestado sobre el tema; es decir las preguntas 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14 y 17. Posteriormente se determinaron 3 rangos para medir el nivel de conocimiento, los cuales fueron:

- Bajo: si el encuestado obtuvo una puntuación de 0 a 3
- Medio: si el encuestado obtuvo una puntuación de 4 a 7
- Alto: si el encuestado obtuvo 8 o más puntos

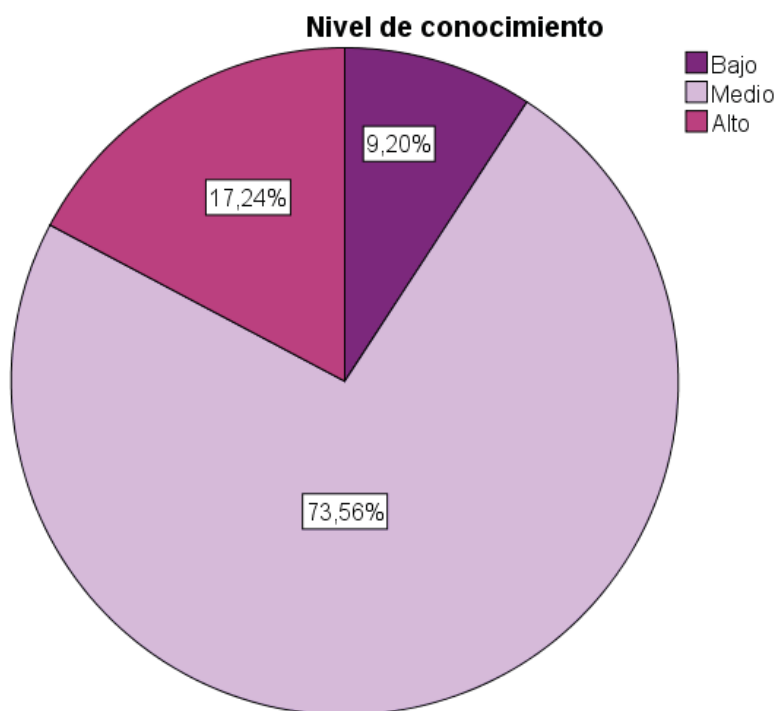


Figura 19: Nivel de conocimiento sobre higiene dental

Al analizar el nivel de conocimiento, se pudo observar el 73,56% de encuestados tienen un nivel medio de conocimientos sobre higiene oral, el 17,24% tienen un nivel alto de conocimiento y finalmente un 9,2% tiene un nivel bajo de conocimiento.

Tabla 1: Nivel de conocimiento sobre higiene oral según la edad

Edad	Nivel de conocimiento			Total
	Bajo	Medio	Alto	
De 20 a 28 años	13%	75%	13%	100%
de 29 a 33 años	8%	67%	25%	100%
de 33 a 41 años	6%	78%	17%	100%
de 42 años y más	10%	76%	14%	100%
Total	9%	74%	17%	100%

Para poder analizar el nivel de conocimiento de los encuestados según la edad, se construyeron cuartiles de la edad para clasificarlas en donde las personas con un nivel bajo de conocimiento tienen entre 20 y 28 años, de aquellas personas que tuvieron un nivel de conocimiento medio en su mayoría tienen entre 33 y 41 años de edad, y de aquellas personas que tuvieron un nivel alto de conocimiento, en su mayoría tienen de 29 a 33 años de edad.

Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre higiene oral según el sexo

Sexo	Nivel de conocimiento			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Hombre	4%	76%	20%	100%
Mujer	11%	73%	16%	100%
Total	9%	74%	17%	100%

Con respecto al nivel de conocimiento según el sexo del encuestado, se pudo observar que las personas que en su mayoría tienen un nivel bajo de

conocimiento sobre higiene oral, fueron mujeres. Aquellas personas que en su mayoría tienen un nivel medio y alto de conocimiento fueron hombres.

Tabla 3: Nivel de conocimiento sobre higiene oral según la instrucción

Nivel de instrucción	Nivel de conocimiento			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Primaria	50%	50%	0%	100%
Secundaria	7%	81%	12%	100%
Técnico o superior	5%	69%	26%	100%
Total	9%	74%	17%	100%

Finalmente, al analizar el nivel de conocimiento frente al nivel de instrucción de los encuestados, se pudo observar que en su mayoría, aquellas personas que obtuvieron un nivel bajo de conocimiento sobre higiene oral, tienen un grado de instrucción de primaria, de aquellas personas que tuvieron un nivel medio de conocimientos sobre higiene oral, en su mayoría cuentan con un grado de instrucción de secundaria, finalmente de aquellas personas que tienen un nivel de conocimiento sobre higiene oral alto, en su mayoría tienen un grado de instrucción técnico o superior.

7. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral de los padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, para lo cual se

realizó una encuesta a 87 padres de familia dándonos como resultado que los padres que acuden a este centro presentan un nivel medio sobre conocimiento.

Sehrawat et al en 2016 realizó una encuesta a un total de 598 madres de niños preescolares de la ciudad de Greater Noida en la India, el cual consistía en medir el conocimiento general, actitud y práctica con lo que se refiere a la salud oral de sus hijos. Demostró que el 45,10% de las madres tenían un conocimiento deficiente en cuanto a salud oral de sus hijos, el 29,1% mostró una actitud deficiente y el 12,5% mostró prácticas deficientes. También reveló que un 30% tenían un conocimiento adecuado, el 22,8% actitud regular y tan solo el 29,6% mostró tener buenas prácticas en lo referente a la higiene oral. Los resultados obtenidos con nuestro estudio revelaron que el 73,56% de padres de familia encuestados tienen un nivel medio de conocimientos sobre higiene oral, el 17,24% tienen un nivel alto y un 9,2% tiene un nivel bajo de conocimiento.

Con referencia a la relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral y la edad, Cupé A., et al en 2015 observó que, de las madres jóvenes 40,8% obtuvieron una calificación buena y 3,5% fue deficiente; en las madres adultas 10,4% fue buena su calificación y 1,9% una calificación deficiente. Con relación al nivel de conocimiento sobre salud oral y la edad de los padres, en los padres jóvenes un 38,5% obtuvo una calificación buena y 3,8% fue deficiente; en los padres adultos 19,2% su calificación fue regular y 1,9% deficiente y solo un padre tuvo una calificación "muy buena". Lo cual estadísticamente muestra una relación significativa entre el conocimiento sobre salud oral y la edad de los padres.

De acuerdo con los resultados que se obtuvieron en el presente trabajo de investigación con relación al conocimiento sobre higiene oral y la edad, se pudo conocer que los padres con un nivel bajo tenían entre 20 y 28 años, de 33 a 41

años tenían un nivel medio y de aquellas personas que tuvieron un alto nivel de conocimiento en su mayoría tenían de 29 a 33 años.

En un estudio realizado por Suma Sogi et al en 2016 en la ciudad de Belagavi a 210 padres obteniendo como resultados que alrededor del 18% de los participantes tenían educación primaria, mientras que el 51%, es decir, el número máximo de personas tenía educación secundaria. Solo el 30% contaba con educación a nivel universitario, dando como resultado que los participantes con un nivel de educación superior tuvieron puntuaciones de conocimiento en general significativamente mejores que los padres con un nivel de educación inferior.

Cupé A., et al en 2015 en Lima- Perú realizó un trabajo de investigación a 312 padres de familia (260 madres y 52 padres) los cuales llenaron un cuestionario. En relación con la instrucción académica y el conocimiento sobre salud oral los resultados que obtuvieron fueron: en 89 madres con instrucción superior su calificación obtenida fue buena y 5 madres fue deficiente; en 43 madres con instrucción secundaria su calificación fue buena y 2 madres fue deficiente. Por último, en 5 madres con instrucción académica primaria obtuvo una calificación deficiente, al igual que 2 madres que no tenían educación académica.

Con respecto a la instrucción académica y el conocimiento sobre salud oral de los padres: 21 padres con instrucción superior fue buena su calificación y 1 padre obtuvo una calificación deficiente; en 3 padres con instrucción secundaria su calificación fue buena y regular. Finalmente, solo 1 padre no presentaba ninguna instrucción académica y su calificación fue deficiente. Estadísticamente la relación entre la instrucción académica y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres y padres fue significativa.

Al comparar con los resultados obtenidos en este estudio se puede decir que el nivel de instrucción académica influye en el nivel de conocimiento sobre higiene oral de los padres, debido a que las personas con instrucción primaria obtuvieron un nivel bajo, aquellos con instrucción secundaria tienen un nivel medio y finalmente con un nivel alto de conocimiento sobre higiene oral, en su mayoría cuentan un grado de instrucción académica de técnico o superior

A diferencia del estudio realizado por Rajab M. et al, sobre la relación del nivel de conocimiento de higiene dental y la instrucción académica, en 2016 encuestó a 65 madres en la ciudad Al Shaab de Bagdad, dando como resultado que 27.7% son de primaria, 32.3% de secundaria, 12.3% técnicos y un 27.7% son de instrucción superior, con estos resultados dedujo que el nivel de educación no está asociado con el comportamiento de salud bucal de sus hijos.

Con respecto al cepillado, Abduljalil HS, Abuaffan AH. 2016, el 34,3% de las madres que fueron entrevistadas registraron que el cepillado de dientes de niños menores de dos años no se realizó en absoluto. Mientras que 50.6% cepilla los dientes solo una vez al día y nadie informó el uso de hilo dental ni otras ayudas para limpiar los dientes. Un poco más de la mitad de las madres (55.1%) expresaron que sus hijos usan pasta dental para niños y un 44.6% usan pasta dental para adultos. Mientras que un 34,8% de las madres revelaron que asistieron a sus hijos durante el cepillado.

El mismo estudio dio a conocer que el 67.1% de las madres nunca llevaron a sus hijos al dentista, el 2.1% acudía regularmente a las visitas con el dentista y el 22.7% informaron que llevaban a sus hijos cuando ya presentaban dolor.

Los resultados de la presente investigación revelaron que el 59,77% cepillan los dientes de sus hijos 3 veces por día, el 34,48% dos veces por día y un 5,75% lavan los dientes a sus niños una vez al día. El 80,46% de encuestados considera que el uso del hilo dental es necesario porque limpia en las zonas donde el cepillo no puede llegar y un 4,6% considera que el uso del hilo dental no es útil. El 71,26% dijeron que utilizan pasta dental para niños frente a un 28,74% que afirmaron que utilizan la misma pasta dental del resto de la familia. Un 60,92% de los padres de familia supervisa o ayudan a sus hijos en el cepillado.

8. CONCLUSIONES

Los resultados que obtuvimos de la presente investigación el cual era determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral de los padres de familia de los niños que acuden al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas demostró que:

Un 73,56% de los encuestados presentan un nivel medio de conocimientos sobre higiene oral, el 17,24% tienen un nivel alto y finalmente un 9,2% tiene un nivel bajo de conocimiento sobre higiene oral.

La instrucción académica va a interferir en el conocimiento sobre higiene oral ya que se dio como resultados que los padres con instrucción primaria tienen un nivel bajo, con instrucción secundaria presentan un nivel medio y por último los que tienen una instrucción de técnico o superior su conocimiento es alto.

Los padres desconocen que tiene que llevar a sus hijos al odontólogo por primera vez al erupcionar el primer diente deciduo, que la caries dental es infectocontagiosa y no han recibido la información adecuada sobre dicha enfermedad.

El nivel de conocimiento sobre higiene oral en relación con el sexo de los padres se concluyó que los hombres tienen mayor conocimiento que las mujeres.

La edad de los padres interfiere en el nivel de conocimiento sobre higiene oral ya que los resultados obtenidos revelaron que los padres de 20 a 28 años obtuvieron un nivel bajo, con un nivel medio tenían de 33 a 41 años y los que tuvieron un nivel alto de conocimiento en su mayoría tenían de 29 a 33 años.

RECOMENDACIONES

Los estudiantes deben brindar una adecuada explicación a los padres que acuden al Centro de Atención Odontológico de la UDLA sobre temas de prevención e higiene oral.

Se sugiere que los estudiantes reciban charlas sobre como interactuar y explicarles a los padres como prevenir las enfermedades orales de sus hijos.

Incorporar la entrega de folletos educativos sobre prevención e higiene dental a todas las personas que acuden al Centro de Atención Odontológico de la

UDLA, para que aumente su conocimiento en temas de salud oral y estén bien informados.

Reforzar este estudio con la realización de una investigación que tenga como objetivo medir el nivel de conocimiento sobre higiene oral con el nivel socioeconómico de los padres que asisten a Centro de Atención Odontológico de la UDLA.

Realizar un estudio que mida el nivel de conocimiento sobre higiene dental a los niños que son atendidos en el Centro de Atención Odontológico de la UDLA.

REFERENCIAS

- Abduljalil HS, Abuaffan AH (2016) Knowledge and Practice of Mothers in Relation to Dental Health of Pre-School Children. *Adv Genet Eng* 2016. 5:2 153.
- Albertsson KW, van Dijken JW. Awareness of toothbrushing and dentifrice habits in regularly dental care receiving adults. *Swedish Dental Journal* 2010;34:71–8.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children and adolescents. *Reference Manual*. 2014/2015; 36;6.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent* 2012;34:132–6 (special issue).
- Aspiras MBI, Barros SP, Moss KL, Barrow DA, Phillips ST, Mendoza L, et al. Clinical and subclinical effects of power brushing following experimental induction of biofilm overgrowth in subjects representing a spectrum of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 2013; 40(12):1118–25.
- Batista C. Pereira L. Ramos M.L. Silva L. (2011). Prevalence and predictive factors of sleep bruxism in children with and without cognitive impairment. *Braz Oral Res*. 2011 Sep-Oct;25(5):439-45.
- Bordoni, N. Escobar, A., Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Borges HC, Garbín CAS, Saliba O, Saliba NA, Moimaz SAS. Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. *Brazilian Oral Research*. 2012;26(6):564-70.

- British Society of Periodontology. The Young Practitioners Guide to Periodontology. London, UK: British Society of Periodontology, 2012.
- Carranza, F y Newman, M. (2010). Periodontología Clínica de Carranza. 9va ed. México: Ed. Mc Graw- Hill Interamericana.
- Chhabra N, Chhabra A. (2012). Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: a quantitative study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2012 Apr;13(2):76-82.
- Chandiwal S, Yoon RK. Assessment of an infant oral health education program on resident physician knowledge. *J Dent Child (Chic)* 2012;79(2):49–52.
- Cupé A., et al col. (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev Estomatol Herediana*. 2015 Abr-Jun;25(2):112-121.
- Edelstein BL, Chinn CH, Laughlin RJ. (2009) Early childhood caries: definition and epidemiology. En: Berg JH, Slayton RL, eds. *Early childhood oral health*, 1.^a ed. Iowa: Wiley-Blackwell.
- Farina R, Tomasi C, Trombelli L. The bleeding site: a multi-level analysis of associated factors. *Journal of Clinical Periodontology* 2013;40(8):735–42.
- Fernandes V, Nogueira M, Vera L, Silva L. (2014). Factors associated with bruxism in children with developmental disabilities. *Braz Oral Res* [online]. 2015;29(1):1-5.
- Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W (2007). Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007; 35:272-81.
- Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007;120:e510-20.

- Freire A, Mialbe F, Barbosa T, Puppim R. (2012). Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(2):116–123.
- Guedes, A., Bonecker, M., Martins, C. (2011). *Odontopediatria*. Sao Paulo: Editorial Livraria Santos.
- Higashida B (2009). *Odontología Preventiva*. 2da edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA. Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35: 429-38.
- Li Y, Zhang Y, Yang R, Zhang Q, Zou J, Kang D. Associations of social and behavioural factors with early childhood caries in Xiamen city in China. *Int J Paediatr Dent* 2011;21(2):103–11.
- Lindhe J., Lang, N., (2017). *Periodontología clínica e implantología odontológica: conceptos clínicos*. 6ta edición. Ciudad Autonoma de Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *Journal of Dental Research* 2013;92:592.
- Martins, S., Álvarez, E., Abanto, J., et al. (2014). Epidemiología de la caries dental en América Latina. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, Vol 4(2), 12-18.
- Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. (2011) Salud oral en discapacitados. *Rev.CES Odont*.2011;24(1)71-76.
- McKittrick TR1, Jacobsen KH. Oral hygiene practices among middle-school students in 44 low- and middleincome countries. *International Dental Journal* 2014.

- Nahas, M. (2009). *Odontopediatría de la Primera Infancia*. Sao Paulo: Librería Santos.
- Naidu R, Nunn J, Forde M,. (2012). Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers. *BMC Oral Health* 2012, 12:27.
- O' Mullane D, Parnell C: Early childhood caries: a complex problem requiring a complex solution. *Comm Dent Health* 2011, 28:254.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>.
- Peres MA, Sheiham A, Liu P, Demarco FF, Silva AER, Assuncao MC. Sugar consumption and changes in dental caries from childhood to adolescence. *J Dent Res* 2016; 95(4):388-394.
- Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology* 2000 2012;60(1):15–39.
- R, Nunn J, Forde M,. (2012). Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers. *BMC Oral Health* 2012, 12:27.
- Rajab M., Ibrahim M. (2016). Impact of short term intervention on mother knowledge, attitude and practice to improve oral hygiene of their children aged(4-7) Years Old in Al-Shaab Area-Baghdad City. *AL- Kindy Col Med J* 2016:Vol. 12 No. 1. Pag:44-47
- Sabbah W, Tsakos G, Sheiham A, Watt RG. The role of healthrelated behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. *Soc Sci Med*. 2009;68:298-303.
- Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008; 9:79-83.

- Saied-Moallemi Z, Murtomaa H, Tehranchi A, Virtanen JI. Oral health behaviour of Iranian mothers and their 9-year-old children. *Oral Health Prev Dent.* 2007;5:263-9.
- Sehrawat P, Shivlingesh K K, Gupta B, Anand R, Sharma A, Chaudhry M. (2016). Oral health knowledge, awareness and associated practices of pre-school children's mothers in Greater Noida, India. *Niger Postgrad Med J* 2016;23:152-7
- Suma Sogi HP, Hugar SM, Nalawade TM, Sinha A, Hugar S, Mallikarjuna RM. (2016). Knowledge, attitude, and practices of oral health care in prevention of early childhood caries among parents of children in Belagavi city: A Questionnaire study. *J Family Med Prim Care.* 2016;5(2):286-290.
- Twetman S, Dhar V. Evidence of effectiveness of current therapies to prevent and treat early childhood caries. *Pediatr Dent.* 2015;37:246–53.
- Van den Branden S, Van den Broucke S, Leroy R, Declerck D, Hoppenbrouwers K. Effects of time and socio-economic status on the determinants of oral health-related behaviours of parents of preschool children. *Eur J Oral Sci* 2012; 120: 153–160.
- Watt RG (2007). From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:1-11.

ANEXOS

ANEXO 1

Quito, 02 de octubre del 2018

Dra. Pilar Gabela

COORDINADORA DE CLÍNICAS

Presente. -

Yo, Douglas Jordy Tenorio Estupiñan, con CI 1500555394, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, tengo a bien hacerle extensivo un cordial saludo deseándole éxitos en sus labores diarias muy bien a usted encomendada.

La presente tiene como finalidad solicitarle de la manera más comedida me autorice realizar mi trabajo de Titulación en el Centro de Atención Odontológico el cual usted dignamente dirige. Dicho trabajo de Titulación tiene como propósito realizar una encuesta a los padres de familia que acuden a la clínica, para valorar el nivel de conocimiento en higiene oral que tienen los padres y el cual estará bajo la supervisión de la Dra. María Eugenia Correa.

|

Por la gentil atención que sabrá dar a la presente le reitero mis agradecimientos.

Atentamente,

Douglas Jordy Tenorio

ESTUDIANTE DE ODONTOLOGIA DE LA UDLA

Quito, 02 de octubre del 2018

Dra. Pilar Gabela
COORDINADORA DE CLÍNICAS

Presente. -

Yo, Douglas Jordy Tenorio Estupiñan, con CI 1500555394, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, tengo a bien hacerle extensivo un cordial saludo deseándole éxitos en sus labores diarias muy bien a usted encomendada.

La presente tiene como finalidad solicitarle de la manera más comedida me autorice realizar mi trabajo de Titulación en el Centro de Atención Odontológico el cual usted dignamente dirige. Dicho trabajo de Titulación tiene como propósito realizar una encuesta a los padres de familia que acuden a la clínica, para valorar el nivel de conocimiento en higiene oral que tienen los padres y el cual estará bajo la supervisión de la Dra. María Eugenia Correa.

Por la gentil atención que sabrá dar a la presente le reitero mis agradecimientos.

Atentamente,



Douglas Jordy Tenorio
ESTUDIANTE DE ODONTOLOGIA DE LA UDLA



Dra. María Pilar Gabela
COORDINADORA
CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO
UNIVERSIDAD
DE LAS AMÉRICAS

ANEXO 2



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL

Responsables: Dra. María Eugenia Correa Terán	Estudiante: Douglas Tenorio
Institución: Universidad de las Américas	Facultad de Odontología
Teléfono: +593 (2) 3981000 ext.	0979556955
Email:	douglas.tenorio@udla.edu.ec

Título del proyecto: "Nivel de conocimiento sobre higiene dental en padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA durante el periodo 2019-1."

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un especialista y un estudiante, como parte de un curso en el que están inscritos, para poder aumentar el conocimiento en cuanto al conocimiento sobre higiene bucal en padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA durante el periodo 2019-1.

PROPÓSITO

Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene dental en padres de niños que acuden al centro de Atención Odontológica de la UDLA en el periodo 2019-1

PROCEDIMIENTOS

Para participar como encuestado voluntario en el curso, usted debe ser mayor de 18 años, ser padre del niño que está siendo atendido en el Centro de Atención Odontológica de la UDLA, se realizara como procedimiento una encuesta dirigida solo al representante:

1) Explicación en la encuesta

- Explicar al representante cual es el tema de la investigación y su objetivo
- Entregar una encuesta a los padres que firmaron el consentimiento.
- La encuesta consta de 17 preguntas sobre higiene dental.

- Usted deberá contestar todas las preguntas sin omitir ninguna y señalar lo que usted crea es la respuesta correcta.
- La encuesta tendrá una duración de tiempo no mayor a los 10 minutos.

Iniciales del nombre del voluntario

RIESGOS

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en el curso. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

Nombre del Encuestado

Firma del Encuestado

Fecha

Nombre del Clínico Responsable

Firma del Clínico Responsable

Fecha

(dd-mm-aaaa)

ANEXO 3

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DENTAL EN PADRES DE NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA UDLA EN EL PERIODO 2019-1

Fecha:

encuesta N:

Edad: _____

Género: Masculino ()

Femenino ()

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene dental de los padres de niños que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

Instrucciones:

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (X) dentro del paréntesis, por favor seleccione solo una respuesta.

1) ¿Nivel de instrucción?

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Técnico o Superior ()
- d) Ninguna ()

2) ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

- a) yogurt, cepillo dental, pasta dental. ()
- b) flúor, pasta dental, hilo dental. ()
- c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental. ()

3) ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

- a) cada 6 meses ()
- b) cada 12 meses ()
- c) cada 3 meses ()
- d) no sé ()

4) El diente es:

- a) Es un elemento en la boca. ()
- b) Sirve solamente para masticar los alimentos. ()
- c) Es un órgano. ()
- d) no sé. ()

5) ¿Cuándo cree Ud. que debe cepillarse los dientes?

- a) antes de las comidas. ()
- b) después de las comidas. ()
- c) solo al acostarse. ()
- d) solo al levantarse. ()

6) Supervisa o ayuda con el cepillado de los dientes de su hijo(a)

- a) Si ()
- b) No ()
- c) A veces ()

7) ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?

- a) al erupcionar el primer diente. ()
- b) a partir del primer año. ()
- c) cuando le duela algún diente. ()
- d) cuando le salgan todos sus dientes. ()

8) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?

- a) 30 segundos. ()
- b) 1 minutos. ()
- c) 2minuto. ()
- d) 3 minutos. ()
- e) no sé. ()

9) La placa bacteriana es:

- a) restos de dulces y comidas. ()
- b) manchas blanquecinas en los dientes. ()
- c) restos de alimentos y microorganismos. ()
- d) no sé. ()

10) La gingivitis es:

- a) el dolor de diente. ()
- b) la enfermedad de las encías. ()

- c) inflamación del labio. ()
d) no sé. ()

11) ¿Qué es la caries?

- a) es una picadura en los dientes. ()
b) es una enfermedad infectocontagiosa. ()
c) es un dolor en la boca. ()
d) no sé. ()

12) Que pasta dental usa su hijo(a) para el cepillado

- a) La misma pasta dental que usa la familia ()
b) Pasta dental para niño ()
c) ninguna pasta dental ()
d) No sé ()

13) ¿Con que frecuencia cepilla los dientes de su hijo(a)?

- a) una vez. ()
b) dos veces. ()
c) tres veces. ()
d) no sé. ()

14) ¿Cree que es necesario el uso del hilo dental?

- a) No es necesario cuando se realiza una correcta higiene dental con el cepillado ()
b) Es necesario porque limpia en las zonas donde el cepillo no puede llegar ()
c) No es necesario si se usa el enjuague bucal ()
d) No es útil ()
e) No sé ()

15) ¿Cuándo lleva a su hijo(a) al odontólogo?

- a) Solo para un control ()
b) Solo cuando tiene dolor ()
c) Solo cuando ya tiene caries ()
d) No sé ()

16) Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.

- a) sí. ()
b) no. ()
c) tal vez ()

17) ¿Con relación al consumo de alimentos azucarados, señale lo que cree es correcto?

- a) El niño nunca debe consumir alimentos azucarados ()
- b) El niño puede comer alimentos azucarados en diferentes horas el día ()
- c) El niño puede consumir azúcar en ciertas horas y luego deberá cepillarse los dientes ()
- d) Todas las Anteriores ()

OBSERVACIONES:

FIRMA DE REPRESENTANTE

