

Universidad Científica del Perú



Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Estomatología

**INVESTIGACION PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
ESTOMATOLOGIA**

**TITULO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE MADRES E HIGIENE  
ORAL DE NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS DEL PRONOEI “LOS PAJARITOS”, 2016**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER EN ESTOMATOLOGIA**

**EMILIO DANIEL FILOMENO GARCIA**

**Asesor:**

**C.D. RAFAEL FERNANDO SOLOGURENANCHANTE, Dr.**

**Iquitos – 2017**

## DEDICATORIA

A Dios, por la oportunidad de tener  
esta maravillosa vida.

A mis queridos padres Patricia y Emilio,  
por todo el apoyo incondicional,  
sin ellos no sería posible este trabajo.

A mi hermana Berenice,  
por su incondicional y bella compañía.

A mi hermana Grecia,  
por la luz que me brinda desde el cielo.

## **AGRADECIMIENTO**

Al Cirujano Dentista Rafael Fernando Sologuren Anchante  
por su tiempo, aporte de experiencia y conocimiento.

Al PRONOEI PAJARITOS, por brindar las facilidades  
para el desarrollo de la presente investigación.

A la coordinadora Blanca Grattelly y demás profesoras  
encargadas, por la colaboración en el presente estudio.

Y a todas aquellas personas que contribuyeron  
en la realización del presente estudio.

## INDICE DE CONTENIDOS

I.	Introducción .....	1
	1.1 Antecedentes.....	2
	1.2 Problema de investigación .....	8
	1.3 Objetivos .....	9
II.	Marco teórico y conceptual .....	10
	2.1 Marco teórico .....	10
	2.2 Marco conceptual .....	26
III.	Recursos utilizados .....	27
IV.	Método .....	28
	4.1 Hipótesis .....	28
	4.2 Variables.....	28
	4.3 Tipo de investigación .....	28
	4.4 Diseño de la investigación .....	28
	4.4 Población y muestra .....	28
	4.5 Técnicas .....	29
	4.6 Instrumento de recolección de datos .....	29
	4.7 Procesamiento de recolección de datos .....	29
	4.8 Procesamiento de la información .....	29
V.	Resultados .....	30
VI.	Discusión de resultados .....	37
	6.1 Conclusiones .....	39
	6.2 Recomendaciones .....	40
	Bibliografía .....	41
	Anexos .....	43

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 01. Distribución de la muestra según género de los padres.....	30
Cuadro N° 02. Distribución de la muestra según género de los hijos.....	30
Cuadro N° 03. Distribución de la muestra según índice de higiene oral de los hijos.....	31
Cuadro N° 04. Distribución de la muestra según nivel de conocimiento de los padres.....	32
Cuadro N° 05. Promedio de la edad de padres.....	32
Cuadro N° 06. Promedio de la edad de hijos.....	33
Cuadro N° 07. Promedio de índice de retención de placa de hijos.....	33
Cuadro N° 08. Promedio de índice de retención de cálculo de hijos.....	33
Cuadro N° 09. Promedio de índice de higiene oral de hijos.....	33
Cuadro N° 10. Distribución de Índice de higiene oral de hijos según género.....	34
Cuadro N° 11. Distribución de índice de higiene oral según nivel de conocimientos de padres.....	34
Cuadro N° 12. Relación entre género e índice de higiene oral en hijos.....	35
Cuadro N° 13. Relación entre género y nivel de conocimientos de padres.....	35
Cuadro N° 14. Relación entre edad de padres e índice de higiene oral de los hijos.....	36
Cuadro N° 15. Relación entre nivel de conocimientos de padres e índice de higiene oral de hijos.....	36

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01. Distribución de la muestra según género de los padres.....	30
Gráfico N° 02. Distribución de la muestra según género de los hijos.....	31
Gráfico N° 03. Distribución de la muestra según índice de higiene oral de los hijos.....	31
Gráfico N° 04. Distribución de la muestra según nivel de conocimiento de los padres.	32

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimientos sobre higiene oral de las madres y la higiene oral de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”. Fue un estudio no experimental, del tipo correlacional, transversal. La población estuvo conformada por padres y madres de familia y niños de 2 a 3 años del PRONOEI PAJARITOS BELEN-BAGAZAN, fueron en total 41 niños, por lo que se tomó toda la población, entre los que se encontró que el 36.6% mujeres y el 63.4% varones. Los cuales fueron divididos en 2 grupos etáreos. Fueron realizados exámenes dentales para diagnosticar el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Los datos fueron analizados con estadísticos descriptivos y de correlación de Spearman.

Los resultados más importantes fueron: El mayor porcentaje de la muestra presentó una higiene oral regular con el 75,6%, seguido de buena con el 12,2% y mala con el 9,8%. El mayor porcentaje de padres presentó un nivel de conocimientos malo (48,8%) y muy malo (26,8%), solo el 22% fue bueno y el 2,4% muy bueno. El promedio del índice de retención de placa en los hijos fue  $1,14 + 0,48$ . El promedio del índice de retención de cálculo en los hijos fue  $0,99 + 0,52$ . El promedio del índice de higiene oral en los hijos fue  $2,12 + 0,97$ . El mayor porcentaje de higiene oral buena de hijos se presentó de igual manera en los niveles de conocimientos bueno y malo (4,9% cada uno), la higiene oral regular de hijos se presentó en mayor porcentaje en el nivel de conocimientos malo de padres (31,7%), la higiene oral mala se presentó en el nivel de conocimientos malo (9,8%). No existe relación entre género e índice de higiene oral de hijos. No existe relación entre género y nivel de conocimientos de padres. No existe relación entre edad de padres e índice de higiene oral de los hijos. No existe relación entre nivel de conocimientos de padres e índice de higiene oral de hijos.

**Palabras clave:** nivel de conocimiento, higiene oral.

## ABSTRACT

The present study aimed to establish the relationship between the level of knowledge about oral hygiene of mothers and the oral hygiene of children aged 2 to 3 years of PRONOEI "Los pajaritos". It was a non-experimental study, of the cross-correlation type. The population was made up of parents and children aged 2 to 3 years of PRONOEI PAJARITOS BELEN-BAGAZAN, totaling 41 children, so that the entire population was taken, among which it was found that 36.6% women and 63.4% of males. These were divided into 2 age groups. Dental exams were performed to diagnose the Simplified Oral Hygiene Index (IHOS). The data were analyzed with descriptive and correlation statistics of Spearman.

The most important results were: The highest percentage of the sample presented regular oral hygiene with 75.6%, followed by good with 12.2% and poor with 9.8%. The highest percentage of parents had a poor level of knowledge (48.8%) and very poor (26.8%), only 22% were good and 2.4% were very good. The mean platelet retention index in the offspring was  $1.14 + 0.48$ . The average retention rate for children was  $0.99 + 0.52$ . The average oral hygiene index in the children was  $2.12 + 0.97$ . The highest percentage of good oral hygiene of children was presented equally in the levels of good and bad knowledge (4.9% each), regular oral hygiene of children was presented in higher percentage in the level of bad knowledge of parents (31.7%), poor oral hygiene was presented at the level of poor knowledge (9.8%). There is no relationship between gender and children's oral hygiene index. There is no relation between gender and level of knowledge of parents. There is no relation between the age of parents and the index of oral hygiene of the children. There is no relationship between parents' level of knowledge and children's oral hygiene index.

**Keywords:** Level of knowledge, oral hygiene



## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

La caries es la enfermedad bucal de mayor prevalencia de los países en vías de desarrollo. El enfoque del odontólogo hacia el cuidado dental, actualmente está más orientado a la prevención para evitar tratamientos invasivos y costosos.

La OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. En lo que se refiere a los países ricos, el informe indica que la caries afecta a entre el 60 y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 1994) casi un tercio de la población en los países en desarrollo requiere alivio del dolor bucodental por lo menos unas tres veces en su vida, los otros dos tercios restantes necesitan extracciones.

La falta de conocimiento sobre salud oral por parte de las madres de familia puede presentarse como un factor de riesgo del estado de salud bucal de sus hijos, generando esto un problema familiar, social y educacional. Para promover la salud adecuada dentro de la familia debemos hacerlo a través de su estilo de vida, lo que a su vez comprende alimentación e higiene. La relación que presenta el nivel de conocimiento sobre higiene oral de madres e higiene oral de niños, nos lleva a la reflexión y a deducir una problemática cotidiana y común, la cual nos inspira a la realización de este proyecto de investigación para poder determinar situaciones puntuales y consecuentes en la salud bucal y sugerir un programa preventivo promocional sobre higiene oral dirigida a madres de familia de niños y niñas de 2 a 3 años de edad del PRONOEI PAJARITOS del distrito de Belén (Zona de Bagazán).

Los resultados del estudio presentado servirá de base para mejorar la salud oral del niño, tanto en lo estético y sistémico; como en las medidas preventivas de éstas favoreciendo así a toda la población de dicho centro.

Se aportará un sistema de control y prevención de la caries e índice de higiene oral en los niños, por otro lado con las madres se podrían implementar cursos sobre promoción y prevención en salud oral.

## 1.1 Antecedentes de Estudio

**PANDURO M, (2015)**, tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos, 2014. La investigación estuvo enmarcada dentro del método no experimental, diseño correlacional y de corte transversal. La población estuvo constituida por 108 niños y niñas entre 2 y 3 años de edad con sus respectivas madres, se consideró como muestra 60 niños y niñas para realizar el presente estudio. Se utilizaron los Índices de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Greene y Vermillion, y de CEO-D de Gruebbel para determinar el estado de salud de los niños, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario y la ficha de observación, para la validación del instrumento se utilizó el coeficiente del Alfa de Cronbach dando un resultado de 0.741. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: que de un total de 60 (100%) de madres, el 83.3 % (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7 % (10) presentó un nivel regular. Además de un total de 60 (100%) de niños, el 75 % (45) presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23.3 % (14) bueno. Con respecto a la prevalencia de Caries Dental, el Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto. Los resultados de estas pruebas fueron analizados a través del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS v20 para IBM, mediante la prueba no paramétrica de Ji – Cuadrado con un nivel de significancia del  $\alpha = 0.05$ , demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia de la zona Bagazán - Distrito de Belén, Iquitos 2014. 1

**BENAVENTE, L et al (2012)**. En Lima presentaron un estudio para 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 143 madres con sus hijos menores de cinco años de edad. El tipo de muestreo fue no probabilística

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.<sup>2</sup>

**BEDÓN, R. (2011).** Realizó un estudio titulado “Efecto de un programa preventivo en salud bucal en escolares de 6 años del centro poblado de Quistococha, 2011”. Se obtuvo la muestra de 30 escolares utilizando como instrumento la guía de observación (IHOS) y el cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos. Al inicio del estudio se obtuvo para el grupo experimental un IHOS regular de 43.3% y nivel de conocimientos inadecuado de 45.3%. En el grupo control se obtuvo un IHOS regular de 44.5% y un nivel de conocimientos inadecuados de 46.7%. El programa preventivo solo se aplicó al grupo experimental y al término del estudio se realizó un post test a ambos grupos obteniéndose como resultados: Para el grupo experimental un IHOS bueno de 98.3% y nivel de conocimientos adecuado de 100%. Para el grupo control se obtuvo un IHOS regular de 44.5% y un nivel de conocimientos inadecuado de 56.7%.<sup>3</sup>

**PISCONTE, E, 2010,** El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, y tuvo como propósito determinar si existe relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito La Esperanza - Trujillo 2010. La muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados nos permitieron concluir que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental ( $p = 0.001$ ). La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad del Distrito La Esperanza. Trujillo -2010, fue de

60.7%. Encontrándose un I ceo-d promedio de 3.2 (moderado). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue medio en un 66.5%. El nivel de conocimiento sobre salud dental en las madres de los niños examinados según rango de edad, se encontró que existe relación significativa, pero es muy baja ( $p = 0.02$ ), con un nivel de conocimiento alto en un 40% en las madres entre 25 - 35 y 35 - 45 años de edad. No se observó relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares evaluados sobre salud dental, y el tipo de institución educativa ( $p = 0.147$ ). También se observó relación significativa entre la prevalencia de caries dental y el tipo de institución educativa ( $p = 0.0002$ ). Con un promedio de I - ceo de 3.5 (moderado) en instituciones educativas estatales y un I- ceo de 2.6 (Bajo) en instituciones educativas particulares. Se halló relación significativa entre la prevalencia de caries dental y la edad de los niños ( $p = 0.005$ ).<sup>4</sup>

**MUSAC, W et al (2010).** En Loreto, presentaron su tesis titulada “Nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Cuna Jardín Corazón de Jesús, distrito de Belén”, la muestra fue de 180 madres, se construyó 2 instrumentos de Nivel de conocimiento y Actitudes en medidas preventivas en las madres con una confiabilidad de 0.78 y 0.71 respectivamente 21 evaluada con un coeficiente Alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos fueron 71.1% (128) de madres de niños presentaron conocimiento suficiente, el 89.4% (161) de las madres presentaron actitud favorable y el 67.2% (121) de las madres tenían conocimiento suficiente y actitudes favorables. Se concluye que existe relación significativo, entre el nivel de conocimiento y actitud en relación a las medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años de edad de I.E.I. Cuna Jardín Corazón de Jesús. Por lo tanto se deduce que el conocimiento sobre higiene bucal que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de niños con habilidades diferentes.<sup>5</sup>

**VASQUEZ, M, 2009,** el propósito de esta investigación fue evaluar la relación entre el conocimiento sobre higiene bucal de padres y el estado de higiene bucal de niños con habilidades diferentes. Se realizó una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 90 niños de ambos géneros que fueron

agrupados de acuerdo a la discapacidad intelectual, reportada por la ficha de matrícula, y sus respectivos padres. La evaluación del conocimiento sobre higiene bucal de los padres, se realizó mediante un cuestionario semi estructurado, los mismos que reportaron resultados de nivel bueno, regular y malo; los niños fueron seleccionados intencionalmente de acuerdo a la evaluación de conocimiento de sus padres y examinados clínicamente de acuerdo a la presencia de placa dental blanda, reportando la presencia de buena higiene bucal, si resultaban con IHOS bueno. Al relacionar el conocimiento de higiene bucal de padres, con la higiene bucal del niño con habilidades diferentes, se observó que el 84.21% de los niños cuyos padres poseían un conocimiento bueno obtuvieron una buena higiene bucal; de esta manera también se encontró que el 100% de los niños cuyos padres presentaron un conocimiento malo no presentaron buena higiene bucal.<sup>6</sup>

**QUIÑONES, M et al, 2008**, esta investigación tuvo como objetivo determinar la asociación de algunos factores de riesgo con el estado de salud bucal en la primera infancia; identificar la relación de la salud bucal de dichos niños con: la higiene bucal, el tipo de dieta, escolaridad de los padres, ocupación de los padres. **MÉTODOS:** el estudio se llevó a cabo en el municipio Bauta, provincia La Habana, en 2 etapas: la primera, descriptiva, de corte transversal, la segunda, analítica, de acuerdo con la metodología de casos y controles (200 niños de cada tipo), en el período comprendido desde junio del 2005 hasta junio del 2006. Se utilizaron las variables: estado de salud bucal, escolaridad, ocupación de los padres, higiene bucal, tipo de dieta. **RESULTADOS:** el comportamiento de la higiene bucal fue inadecuado en el 39,5% de los casos y en el 5,5% de los controles; en el grupo de casos prevaleció la dieta cariogénica 65,0%, mientras que en el grupo control se incrementó la aceptable, con el 44,0%. En cuanto a la influencia de la escolaridad y la ocupación de los padres, en el estado de salud bucal los resultados no mostraron significación estadística. **CONCLUSIONES:** la adecuada higiene bucal y la dieta no cariogénica incrementaron la posibilidad de tener un estado adecuado de salud bucal. Tanto la escolaridad como la ocupación de los padres no guardaron correlación con la salud bucal de sus hijos.<sup>7</sup>

**CABELLOS, D, 2006**, tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú, la muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). En la primera fase de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas, dividido en cuatro partes: 3 preguntas sobre elementos de higiene bucal, 3 preguntas sobre hábitos de higiene bucal, 3 preguntas sobre patología bucal relacionada a higiene bucal y 3 preguntas sobre técnicas de higiene bucal. En la segunda fase de la investigación se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con discapacidad. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un  $p < 0,05$  y una correlación inversa regular,  $r = -0,58$  con un  $p < 0,05$  es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.<sup>8</sup>

**NAVAS, R et al (2002)**. Se determinaron las condiciones de salud bucal en preescolares y su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. La salud bucal se estableció en 132 niños entre 3 y 6 años de edad, evaluándose caries inicial y manifiesta. Se midió también el índice de placa y el índice gingival, y se determinaron las actitudes hacia la higiene bucal y el nivel educativo de los padres. La caries manifiesta se reportó en el 41,9% de los preescolares cuyos padres tenían actitudes favorables ( $P < 0,05$ ). En individuos con progenitores cuya educación se ubicó en niveles bajos la caries inicial (33,3%) y manifiesta (54,2%) mostraron los valores más altos ( $P < 0,05$ ). Los grados más severos encontrados en el índice de placa y el índice gingival se observaron en individuos cuyos padres tenían actitud desfavorable hacia la higiene bucal (33,3 y 66,6% respectivamente). Se concluye que en los preescolares estudiados existe relación estadísticamente significativa entre la caries dental, el índice gingival y el índice de placa con las actitudes y nivel educativo de sus padres, reafirmando la necesidad de desarrollar programas preventivos con la participación de los padres de niños en edad preescolar, para la adquisición de hábitos de salud bucal.<sup>9</sup>

**RODRIGUEZ, M, 2002,** En el Perú existen investigaciones relacionadas con los Procesos de Simplificación Fonológica (PSF) en niños del nivel inicial y primaria en instituciones escolarizadas, sin embargo no se hallaron estudios sobre la modalidad no escolarizada como son los PRONOEI. Por consiguiente, el objeto de estudio fue determinar los niveles de desempeño en los Procesos de Simplificación Fonológica (PSF) que caracteriza a los niños de 3 a 5 años sin dificultades en el lenguaje que asisten a los PRONOEI de la UGEL 06 de Lima Metropolitana. La muestra estuvo conformada por 300 niños y se empleó el Test Teptosif-R Adaptado para determinar Procesos de Simplificación Fonológica. El método de investigación que se utilizó fue descriptivo comparativo y el diseño es no experimental. Los resultados indican que no existen diferencias significativas de manera global entre los niños de la normativa limeña y los de PRONOEI, sin embargo a los 3 y 4 años los niños pertenecientes a la normativa limeña realizan más PSF que los niños que asisten a los PRONOEI. Así mismo, el proceso más usado por los niños de 3, 4 y 5 años del PRONOEI son los de estructura. Por otro lado, a los 5 años los niños que asisten a los PRONOEI mantienen gran cantidad de procesos sustitutorios ubicando a este grupo etario en riesgo. Esto podría ser explicado por factores socioeconómicos y falta de estrategias pedagógicas destinadas al trabajo de las áreas de la conciencia fonológica.

## **1.2 Problema de investigación**

### **1.2.1 Descripción del Problema**

La falta de conocimiento sobre salud oral por parte de las madres de familia puede presentarse como un factor de riesgo del estado de salud bucal de sus hijos, generando esto un problema familiar, social y educacional. Para promover la salud adecuada dentro de la familia debemos hacerlo a través de su estilo de vida, lo que a su vez comprende alimentación e higiene. Los padres de familia son los responsables de la Educación general en los hogares, son ejemplo también de la salud bucal, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. La relación que presenta el nivel de conocimiento sobre higiene oral de madres e higiene oral de niños, nos lleva a la reflexión y a deducir una problemática cotidiana y común, la cual nos inspira a la realización de este proyecto de investigación para poder determinar situaciones puntuales y consecuentes en la salud bucal y sugerir un programa preventivo promocional sobre higiene oral dirigida a madres de familia de niños y niñas de 2 a 3 años de edad del PRONOEI PAJARITOS del distrito de Belén (Zona de Bagazán).

### **1.2.2 Formulación del Problema**

#### **- Problema General**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral de madres e higiene oral de niños de 2 a 3 años del PRONOEI “LOS PAJARITOS”, 2016?

#### **- Problema Específico**

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”?
2. ¿Cuál es el índice de Higiene Oral de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”?
3. ¿Cuál es la relación estadística entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres y la higiene oral de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”?



## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres y la higiene oral de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”.
- Identificar el Índice de Higiene Oral de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”.
- Establecer la relación estadística entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres y la higiene oral de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 2.1 Marco teórico

##### 2.1.1. Conocimiento

CABELLOS, D (2006). El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia.

La capacidad de recordar, por otra parte, implica hacer presente el material apropiado en el momento preciso. Los objetivos del conocimiento subrayan sobre todo los procesos psicológicos de evocación.

El conocimiento implica según varios autores todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, etc.

La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se le muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior de proceso mental que es el conocimiento.<sup>11</sup>

MIGUEL A. QUINTANILLA (1976). La teoría del conocimiento es una parte importante de la filosofía. Pero es difícil precisar cuál es su objeto y más aún cuáles son los resultados a los que se ha llegado en ella, sin indicar de antemano desde qué postura, o concepción filosófica se está hablando.<sup>12</sup>

##### 2.1.2. Nivel de conocimiento

IZAGUIRRE, P (2012). El nivel de conocimiento es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos.<sup>13</sup>

RODRÍGUEZ, M (2002). Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca.<sup>14</sup>

##### 2.1.3. Higiene oral

LIMONTA VIDAL E, et al (2009), La salud bucodental no depende fundamentalmente de los servicios estomatológicos: se trata más bien de facilitar la selección de alternativas sanas y de inculcar en las personas la facultad de decidir sobre

sus propias acciones. Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos. Referido a la condición del proceso Salud-enfermedad del sistema estomatognático. Hace referencia a los **cuidados, prácticas o técnicas utilizados para la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades bucales**.

Es el conjunto de normas y prácticas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.<sup>15</sup>

RODRIGUEZ, CATHERINE (2011), La higiene oral es un hábito muy importante para la salud los dientes de la boca y del organismo en general. La higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas.<sup>16</sup>

SOTO, GABRIELA (2011), La **higiene oral** comprende los procesos que mantienen limpios y sanos a nuestras encías, dientes, lengua y la boca en general, permitiéndonos tener un aliento fresco, conservar nuestras piezas dentarias y no sufrir molestias. La **higiene dental** tiene que formar parte de nuestros hábitos, realizando una limpieza de nuestros dientes al menos dos veces al día.<sup>17</sup>

#### 2.1.4. Índice de higiene oral

GREENE Y VERMILLION, (1960), elaboraron el índice de higiene bucal en 1960 y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies que representaban los segmentos anteriores y posteriores de la boca. El IHO-S mide la superficie del diente cubierta por restos de placa bacteriana y cálculos. El IHO-S consiste en dos variables; el índice de restos simplificados (DI-S) y el índice de cálculos simplificados (CI-S). Cada componente se evalúa en una escala de 0-3.

Las seis superficies dentarias examinadas en el IHO-S son las caras bucales de los dientes número 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 y las linguales de los dientes número 3.6 y 4.6. Cada superficie dentaria se divide de manera horizontal en tercio gingival, medio e incisal. El mayor valor del IHO-S es su uso en los estudios epidemiológicos y en la evaluación de

programas de educación de salud dental (longitudinal). También puede evaluar un caso individual de limpieza bucal y con extensión limitada, usarse en pruebas clínicas.

El índice es fácil de utilizar porque el criterio es objetivo, el examen puede llevarse a cabo en forma rápida y un alto grado de reproducibilidad es posible con un mínimo de sesiones de adiestramiento.

- Componentes del índice de higiene oral:

- Índices de depósitos blandos:

- Restos de alimentos, pigmentos.

- Placa Bacteriana.

- Dientes que mide: 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6.

- Se mide por la cara vestibular piezas: 1.6, 1.1, 2.6, 3.1.

- Se mide por la cara lingual piezas: 3.6, 4.6.

Si no está presente alguno de estos dientes, se toma el vecino. En el caso del incisivo central derecho, si no está, se toma el I.C. izquierdo. En el caso de los molares se elige el 2 M cuando no está el 1<sup>o</sup>.<sup>18</sup>



0

0/3



1

1/3



2

2/3



3

3/3

CRITERIOS			
TEJIDOS BLANDOS		TEJIDOS DUROS	
0	No hay depósitos ni pigmentaciones.	0	No hay tártaro.
1	Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación.	1	Tártaro supragingival que cubre no más del 1/3 de la superficie dentaria.
2	Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3.	2	Tártaro supragingival que cubre más del 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien hay porciones aisladas de tártaro supragingival.
3	Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.	3	Tártaro supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supragingival que rodea la porción cervical del diente.

- **Cálculo del índice:**

$$\text{Índice} = \frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$$

• **Niveles de IHO**

Bueno (0.0 – 1.2)

Regular (1.3 – 3.0)

Malo (3.1 – 6.0)

2.1.5. Prácticas de higiene en niños

NIH (Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial; 2015). Los dientes sanos son importantes para la salud general de un niño. Desde el momento del nacimiento, hay cosas que se pueden hacer para promover los dientes sanos y prevenir caries. En los bebés, se deben limpiar los dientes con un paño suave y limpio o con un cepillo de dientes para bebés. Evite acostar al niño con un biberón y revísele los dientes regularmente para detectar manchas.

En todos los niños se debe:

- Comenzar a usar una pequeña cantidad de pasta dental con flúor a los dos años de edad.
- Ofrecer alimentos sanos y limitar los refrigerios y las bebidas dulces.
- Programar visitas periódicas al odontólogo.

Formar buenos hábitos alimenticios a una edad temprana puede ayudar al niño a tener dientes sanos para toda la vida.<sup>19</sup>

2.1.6. MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL

- Control de la placa bacteriana: La placa bacteriana constituye el agente causal de la enfermedad periodontal y de la caries dental; el control y eliminación de la misma mediante métodos eficaces y conocidos como el cepillado dental básicamente, permitirá disminuir la gran prevalencia de estas dos enfermedades constituidas como problema de salud pública.

○ Control mecánico de la placa bacteriana:

1. Cepillado dental:

Es el primer paso en la higiene bucal para la eliminación de la placa y restos alimentarios de la superficie de los dientes, siendo este el método de eliminación mecánica de placa bacteriana. Se requiere como mínimo un cepillado diario después de cada comida como mínimo tres veces al día, haciendo hincapié en la nocturna, explicando el mayor riesgo que existe.

CUENCA, señala que el control mecánico de la placa bacteriana se realiza fundamentalmente mediante el cepillado dental. Si este es adecuado, consigue el control de la placa supragingival y subgingival situada cerca del margen gingival, aún siendo el método más utilizado y efectivo, apenas controla la placa de las superficies proximales, por lo que debe complementarse con un control específico de la placa interdental. Para ello se puede utilizar diferentes procedimientos, como el uso de hilo dental, cepillos interdentes y otros elementos auxiliares de limpieza.<sup>20</sup>

BOJ et al (2005), El inicio precoz del control y prevención de la placa bacteriana ayuda a establecer un hábito en el cuidado bucal que dura toda la vida:

- En el niño menor de 1 año: Una vez erupcionado los primeros dientes se puede limpiar con una gasita o un cepillo mojado con cerdas blandas, cuando erupciona un número determinado de ellos se debe establecer una rutina más minuciosa y sistemática para asegurarse que se limpien todos los dientes superiores e inferiores en especial en el área cercana a la encía.  
La forma más cómoda para obtener un buen acceso es colocar al niño sobre una superficie plana y la cabeza sobre el regazo de la madre o padre y para conseguir que abra la boca es útil deslizar el dedo índice de la mano izquierda a lo largo del vestíbulo inferior presionando al final de este. No debe utilizarse dentríficos porque dificulta la visión de los dientes, estimula la secreción de saliva y es fácil su ingestión.
- En el niño de 2 años: Aunque los niños a partir de los 2 años suelen mostrar inclinación a limpiarse los dientes sin ayuda, es importante tener en cuenta que sus movimientos finos son todavía deficientes, por lo tanto los padres deben supervisar y limpiar las áreas que los niños pasan por alto.

- A partir de los 3 años de edad: Suele haber un rechazo en la posición decúbite para el cepillado y debe pararse en una posición erecta. El niño se sitúa de pie y la madre por detrás del niño, hacia esta edad puede introducirse el uso del dentífrico, teniendo en cuenta que se debe limitar el dentífrico al tamaño de un guisante o frijol.

La técnica de cepillado en la edad preescolar más que la calidad del método lo que se pretende es que vaya adquiriendo el hábito de cepillarse, además a esta edad no tienen la suficiente habilidad manual por tanto se recomienda en el niño el método más sencillo, que consiste en el cepillado horizontal o técnica horizontal, en esta técnica se coloca el cepillo perpendicular a las superficies dentarias y se frota en sentido horizontal de atrás hacia adelante.

- Entre los 6 y 10 años: Se considera que entre los 6 y 10 años (período escolar) el niño debe ir responsabilizándose de forma progresiva de su higiene dental, si bien los padres deben supervisarla es necesario que se realice de manera autónoma. Además es útil el uso de revelador de placa para poder visualizarla y mejorar la técnica de cepillado, asimismo es a partir de los 6 años de edad que aparecen los molares permanentes y los contactos proximales, por tanto en los casos que creamos necesario también se le debe enseñar a manejar la seda dental. En los niños en edad escolar se recomienda sustituir la técnica horizontal por la técnica de Bass (colocación del cepillo en un ángulo de 45° respecto al eje del diente y aplicación de movimientos circulares o vibratorios) o de Stillman modificada (colocación del cepillo vertical al eje del diente y girarlo 45° hacia arriba y abajo), ambos sistemas aseguran la higiene del surco gingival además de la dentaria.<sup>21</sup>

BRASI, J et al (2005). La técnica recomendada en edad preescolar por su sencillez es la horizontal o la de barrido con movimientos circulares siempre teniendo en cuenta no realizar un cepillado demasiado enérgico. A partir de los 6 años se debe explicar a los niños la técnica de cepillado.

## 2. Técnicas de cepillado dental:

Existen varias técnicas para cepillarse los dientes, entre ellas son:

- **Técnica Horizontal:** Es la técnica más fácil de realizar; las cerdas se colocan con una angulación de  $90^\circ$  respecto a la superficie dentaria vestibular, lingual, palatina y oclusal y se realiza un movimiento de frotamiento horizontal.
- **Técnica Starkey:** Es una técnica que llevan a cabo los padres colocando al niño de espaldas a ellos y apoyándolo sobre su pecho o pierna. Se posicionan los filamentos del cepillo angulados  $45^\circ$  respecto al eje vertical del diente hacia apical y se realizan movimientos horizontales. El objetivo de esta técnica es la adquisición del hábito de higiene.
- **Técnica de Charters:** Con la boca entre abierta se colocan los filamentos del cepillo con un ángulo de  $45^\circ$  respecto al eje longitudinal del diente y se efectúa movimientos rotatorios de vaivén a lo largo de la cara vestibular, linguales, palatina y oclusal de los dientes.
- **Técnica de Bass:** Este método se acepta generalmente para eliminar de forma eficaz la placa del área del surco gingival. Se coloca el cepillo en posición de  $45^\circ$  hacia apical en el surco gingival, solo la primera hilera se aproxima al surco, mientras que la hilera adyacente tocará el margen gingival cuando el cepillo se presione ligeramente, las cerdas se adoptan a la forma del surco. Se realiza una ligera vibración mesiodistal sin desplazar las cerdas del cepillo. Este movimiento tiene un efecto de succión de modo que los restos existentes en el surco gingival o bolsa periodontal ascienden por capilaridad pasando al cepillo. Las caras oclusales se cepillan con el cabezal paralelo a la superficie oclusal con movimientos vibratorios cortos.
- **Técnica de Stillman:** En esta técnica se coloca el cepillo en zona del surco gingival con angulación de  $45^\circ$  se presiona ligeramente sobre el borde gingival y se efectúa un movimiento rotario del cabezal sin desplazar los filamentos. Puede producir cierto grado de recesión gingival por eso se usa más la técnica modificada.
- **Técnica de Bass Modificada:** Se colocan las cerdas del cepillo sobre la encía con un ángulo de  $45^\circ$ . Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Se cepilla suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Se mueve el



cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y se repite la operación. Se debe cepillar suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna luego incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Se hacen varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo, se pone el cepillo sobre la superficie oclusal y se hace un movimiento suave de adelante hacia atrás.

- Técnica de Stillman Modificada: Se colocan las cerdas del cepillo formando un ángulo de  $45^\circ$  con la superficie del diente hacia apical, y apoyadas ligeramente en la encía. Luego se realiza un movimiento vertical de barrido gingival hacia la cara oclusal de forma repetida mediante un giro de mango. En las caras oclusales se colocan las ondas perpendiculares haciendo un movimiento de barrido.
- Técnica Deslizante o de Barrido: Con la boca entre abierta se coloca los filamentos del cepillo dental en un ángulo de  $90^\circ$  respecto a la superficie dentaria dirigiendo los filamentos del cepillo hacia el margen gingival y se realiza un movimiento vertical hacia las caras oclusales de los dientes. Para las caras horizontales se utilizan las técnicas con movimientos horizontales.
- Técnica de Smith-Bell: Se coloca el cepillo dental en un ángulo de  $90^\circ$  respecto a la superficie del diente para realizar un movimiento vertical desde las superficies oclusales y bordes incisales de los dientes hacia el margen gingival.
- Técnica de Roll: Se colocan los filamentos del cepillo dental en el fondo del vestíbulo, en contacto con la encía y se realiza un movimiento de rotación en sentido oclusal.
- Técnica de Fones: Esta técnica se realiza con los dientes en oclusión en los niños. Se colocan los filamentos del cepillo dental en ángulo de  $90^\circ$  respecto a la superficie dentaria para realizar movimientos rotatorios en las caras vestibulares y oclusales de los dientes. Para las superficies linguales y oclusales se posiciona la cabeza del cepillo en sentido vertical y se realizan pequeños movimientos rotatorios.
- Técnica de Charters Modificada: En esta técnica se combina los movimientos vibratorios de la técnica de Charters con movimientos rotatorios.

3. Cepillo dental:

Es un instrumento de higiene oral utilizado para limpiar los dientes y las encías que consiste en un cuerpo o mango aproximadamente recto en cuyo uno de sus extremos (o cabeza del cepillo) se encuentra un denso conjunto de cerdas perpendiculares al cuerpo que facilita la limpieza de áreas de la boca difíciles de alcanzar. Suele utilizarse en combinación con pasta de dientes o dentífrico, que típicamente contiene flúor para aumentar la eficacia del cepillado.

Los cepillos de dientes se encuentran disponibles en el mercado en diferentes tamaños, formas, y texturas de cerdas. La mayoría de los dentistas recomiendan utilizar cepillos de cerdas suaves para evitar el daño a la capa de esmalte dental o la irritación de las encías que unas cerdas más duras podrían provocar.<sup>22</sup>

4. Limpieza de la lengua:

CORTESI, señala que realizando una correcta limpieza de la lengua se elimina depósitos que pueden causar olores (mal aliento o Halitosis) o contribuir a la formación de placa bacteriana en otras áreas de la boca.

5. Hilo dental:

Es un conjunto de finos filamentos de nailon o plástico (comúnmente teflón o polietileno) usado para retirar restos alimenticios y placa bacteriana de los dientes. La técnica más utilizada es la manual denominada manual o de carrete, en la que el hilo se enrolla alrededor de los dedos medios de ambas manos, dejando unos 2.5cm de hilo entre dedo pulgar de la mano y el índice de la otra.

El hilo se introduce entre los dientes y se hace recorrer el borde de los dientes, en especial por la zona cercana a la encía, algo que combinado con el cepillado de dientes previene infecciones de las encías, halitosis y caries dental.

CORTESI, indica que el hilo dental se utiliza para eliminar la placa interproximal y debe utilizarse al menos una vez al día para prevenir y reducir la aparición de caries interproximales e inflamaciones gingivales, el uso de hilo dental requiere la existencia de un punto de contacto entre los dientes, situación que a menudo no se da durante cambio de los mismos por lo que el procedimiento resulta más complejo e ineficaz; pero es a partir de los 6 años que aparecen los molares permanentes y a su vez los contactos interproximales.

- Control químico de la placa bacteriana

Los agentes químicos se caracterizan por ser efectivos en el control de la placa bacteriana, debido a su capacidad de reducir o retardar su formación.

CORTESI, señala que algunos interfieren en la absorción de la película adquirida y la adherencia de las bacterias a la superficie dentaria. Como complemento a los procedimientos mecánicos en el control de placa bacteriana el rol y utilidad de los químicos de aplicación tópica han sido investigados intensamente en periodoncia, asociados al tema de prevención y tratamiento adjunto de la enfermedad periodontal.

Mientras que otros autores refieren que las sustancias químicas influyen sobre la placa cuantitativa y cualitativamente por medio de varias vías.

Estos mecanismos podrían ser los siguientes:

- Evitar la adherencia de placa dentobacteriana con agentes anti adhesivos.
- Detener o retrasar la proliferación bacteriana con antimicrobianos y alterar la patogenia de la placa.

Este control químico se da a través de:

- a) Dentífricos:** Un dentífrico es un auxiliar para limpiar y pulir las superficies de los dientes, es una sustancia que se usa acompañado de un cepillo de dientes para limpiar los mismos. La higiene bucal es uno de los elementos principales del cuidado personal. Se pueden encontrar en una gran variedad de sabores, colores y envases; en gel o crema; con compuestos contra la caries, el sarro, la placa dental o para contrarrestar la sensibilidad de los dientes. En general los dentífricos ayudan a eliminar y prevenir la formación de la placa bacteriana, ayudar a remover esta y proporcionan sabor agradable a la boca y aliento fresco. Pueden aportar fluoruro, antisépticos y agentes para reducir la sensibilidad.
- b) Colutorios:** La vida diaria hace difícil cumplir con el cepillado dental tres veces al día, por lo que resultan útiles los colutorios o enjuagues bucales como alternativa para aquellos casos en los que resulte difícil cepillarse los dientes después de las comidas. El agente antiplaca bacteriana más

investigado y efectivo es la clorhexidina, es considerado un efectivo agente antibacteriano, bactericida en altas concentraciones y bacteriostático en bajas concentraciones a medida que gradualmente se diluye en la saliva.

- c) Detección de placa bacteriana: Para CORTESI, la placa bacteriana no es visible, solo podemos detectar cuando adquiere cierto grosor o se calcifica y forma cálculo. Aunque no sea visible al ojo humano, la placa tiene poder patógeno, eliminarla y concientizar al paciente sobre la presencia de ella.
- d) Reveladores de placa bacteriana: CORTESI, el objetivo principal es detectar la presencia de placa en las piezas dentarias. Los principales colorantes que se usan son: eritrosina, fucsina básica y fluorescencia. Se presentan en forma de comprimidos o solución acuosa.<sup>23</sup>

- **DIETA PARA EL INFANTE**

Según la Asociación Peruana de Odontología para Bebes (ASPOB), en el I Congreso Institucional y III Encuentro Peruano de Odontología para Bebes realizado en Lima en el 2007, llegaron a los siguientes acuerdos en lo referente a la evaluación y Propuesta de protocolos para la Salud Bucal del Infante en América Latina y el Caribe.

Los rubros que se revisaron fueron:

1. Promover una alimentación saludable en el infante.
2. Tener en cuenta la edad del niño para considerar el tipo de cuidados en su alimentación:
  - Después de la salida del primer diente (luego de 6 meses) no se continuará con una alimentación totalmente líquida, se introducirá una alimentación pastosa que permita al niño ejercitar la masticación y con ello el desarrollo maxilofacial.
  - Se aumentará gradualmente la consistencia del alimento hasta llegar al año donde deberá recibir la alimentación familiar.
  - No se recomienda el uso de azúcares antes del primer año de vida.
  - Después del primer año de vida deberá ser evitada la alimentación para dormir y durante el sueño.

3. Preconizar el uso de vasos desde temprana edad, si se usa biberón sólo será para el uso de la leche.
4. De usar biberón, se recomienda utilizar la tetina odontológica u ortodóntica.
5. Debe quitarse la transmisión de microorganismos bucales al niño durante el acto alimentario de la siguiente manera:
  - No probar el alimento con la misma cuchara que alimenta al niño.
  - No soplar los alimentos para enfriarlos.
6. Capacitar a los profesionales de la Salud y profesionales vinculados con la niñez para el reconocimiento de los alimentos con potencial cariogénico.<sup>24</sup>

- **IMPORTANCIA DE LOS FLUORUROS**

El flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza presentándose generalmente en forma iónica como fluoruro. El conocimiento de las propiedades cariostáticas del flúor surgió sobre todo a partir de los estudios de Dean en Estados Unidos (1942), siendo declarado por la OMS en 1972, único agente eficaz en la profilaxis de la caries. Los fluoruros tienen poder antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático.

#### Mecanismos de acción

1. Acción sistémica: durante el período de mineralización dental, previo a la erupción, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.
2. Acción tópica: el efecto anticaries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización - remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Estas acciones son fundamentalmente las de incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un efecto antibacteriano (toxicidad a altas concentraciones, inhibición de sistemas enzimáticos); y favorecer la remineralización.

## Vehículos de administración de flúor:

### Fluoración de aguas:

La fluoración del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Su inocuidad y eficacia han sido ampliamente documentadas. Este es todavía el método con mejor relación de costo efectividad en prevención de caries. Por otra parte el efecto tóxico de la ingestión repetida a lo largo del día de agua fluorada se añadiría a su efecto sistémico. Dependiendo de la temperatura media anual, la concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada. Hasta el momento no ha sido posible establecer ningún vínculo entre el flúor utilizado a las dosis recomendadas y condiciones médicas adversas.

### Otros aportes de flúor sistémico:

En países o comunidades donde, por razones técnicas o políticas, la fluoración de las aguas de la comunidad no pueda ser correctamente llevada a cabo o controlada, estarían indicadas otras formas de suplemento de flúor sistémico: fluoración de aguas escolares, sal o leche fluorados y suplementos con flúor oral. Debido a que las tres primeras formas comentadas ofrecen dificultades técnicas que escapan a nuestro control, la única opción en nuestra comunidad sería la aportación de flúor sistémico mediante preparados farmacéuticos que contengan flúor: comprimidos o gotas de fluoruro sódico.

### Administración de flúor prenatal

Con frecuencia se ha cuestionado los beneficios de la administración de flúor prenatal para la prevención de caries en dientes temporales. No existen dudas de que el flúor pasa la placenta y de que el feto es capaz de absorberlo, pero la eficacia verdadera de que estos suplementos a través de la madre, ya sea mediante el agua fluorada o mediante tabletas, pueda influir en la no aparición de caries es controvertido. Los diferentes

estudios no se ponen de acuerdo sobre si existe una evidencia clara que apoye su utilización. Leverett y col. en 1997 analizaron el efecto del flúor prenatal sobre la incidencia de caries en dientes temporales, así como en la aparición de fluorosis. Se administró 1 mg. de flúor diario a un grupo de mujeres embarazadas durante los últimos 6 meses de gestación mediante tabletas, mientras que el grupo control recibió un placebo. Los dos grupos fueron aconsejados de recibir suplementos de flúor en la dieta postnatal. Se analizó la incidencia de caries a los 3 y 5 años, así como la existencia o no de fluorosis a los 5 años. Los niveles de caries eran muy bajos en los dos grupos (91 % de niños libres en el primer grupo y 92 % en el grupo control). Se observó fluorosis leve en un porcentaje muy bajo de sujetos. Estos resultados no confirman la hipótesis de que el flúor prenatal tiene un fuerte efecto preventivo de las caries. Tampoco se demuestra una fuerte relación entre la aparición de fluorosis y la administración de flúor prenatal. Hemos de tener en cuenta de que, por motivos éticos, se animó a los dos grupos para que tomaran flúor postnatal. Esto pudo contribuir a la disminución de los niveles de caries en los dos grupos. Aunque durante la vida fetal se forma una parte mínima de esmalte, es posible que el flúor prenatal penetre en los huesos del feto y sea capaz, en concentraciones suficientes, de tener algún efecto en el desarrollo del esmalte.

#### Administración de flúor postnatal

La eficacia de una dieta postnatal con suplementos de flúor en la prevención de la caries en dientes permanentes ha estado demostrada. En comunidades con deficiencias de flúor estos suplementos adquieren una gran importancia.

Flúor tópico: El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental, que carece de las implicaciones de carácter ético-legislativo de la fluoración de las aguas, aunque ésta sea la forma de administración de flúor más efectiva y eficiente. Igualmente es necesario individualizar su aplicación en función del grado de riesgo de caries y del aporte de flúor que recibe por otras vías; de esta forma no sólo se determina cual es la población susceptible de recibir este tratamiento sino también la frecuencia de sus aplicaciones.

Flúor tópico de aplicación profesional: se trata de productos de elevada concentración de fluoruros que, por sus características, deben ser administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología. Esto hace que sólo presenten una buena relación costo-eficacia en grupos de población de alto riesgo de caries y especialmente en niños en período de erupción dental, pacientes irradiados o minusválidos que no dominan la técnica del cepillado o de los enjuagues. El flúor tópico en el ámbito profesional, se puede aplicar como:

#### Soluciones fluoradas.

Geles: en solución de 1,23% con un pH entre 3 y 4, que por ser acidulado, permite una rápida y profunda captación del ión flúor por el esmalte dentario, se aplica en cubetas y está contraindicado en niños muy pequeños por riesgo de ingesta excesiva involuntaria, una alternativa es su uso con hisopos, controlando la cantidad de flúor administrado, según el riesgo cariogénico es aplicado cada 2, 4 o 6 meses.

Barnices con flúor: compuestos por fluoruro de silano al 0,7% o por fluoruro de sodio al 0,2%, siendo su eficacia entre 17 y 50% de reducción de caries. Es de sabor picante, desagradable para los niños.

#### Pastas de profilaxis

Formas de liberación lenta de flúor (cápsulas, aerosoles), adhesivos ortodóncicos e iontoforesis.

Diaminofluoruro de plata: efecto cariostático, anticariogénico y antimicrobiano. Pigmenta las piezas desmineralizadas de un color oscuro (precipitado de plata). Está indicado su uso para la prevención y paralización de caries de poca profundidad, en infantes de alto riesgo y conducta difícil. Cada uno de ellos presenta unas ventajas, unas técnicas de aplicación y unas indicaciones específicas. La frecuencia de aplicación es anual o semestral, aunque puede ser mayor en casos de alto riesgo.

Flúor de autoaplicación: Los programas de autoaplicación son mucho más económicos que los métodos de aplicación profesional y a nivel individual alcanzan similar eficacia, con la ventaja añadida de crear un hábito en el



paciente. El flúor mediante este método se puede aplicar en forma de: dentífricos, colutorios, geles, seda dental y chicles.

Dentífricos fluorados: el nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica recomendado en Europa es de 1500 ppm por lo que la concentración más utilizada es al 0,1% (100mg de F en 100 g de pasta = 1000 ppm). Algunas utilizan su fórmula de Monofluorofosfato (MFP) o fluoruro de sodio (FNa).

Su aplicación no debe ser mayor al tamaño de una arveja para niños pequeños, ya que puede ser vehículo por el cual se puede producir fluorosis dental o intoxicación por ingesta excesiva. Las ventajas son su efectividad (entre 20- 30 % de reducción de caries) y el hecho de conseguir con una actividad, tres objetivos: eliminación de la placa bacteriana, administración de flúor y crear hábito de higiene bucodental.

Colutorios: son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, tanto en programas comunitarios (colegios) como a nivel individual. La frecuencia de aplicación puede ser diaria (fluoruro de sodio al 0,05% o 230 ppm) o semanal (fluoruro de sodio al 0,2% ó 900 ppm). Su uso es contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución. Es un método económico y de aplicación simple, con enjuagues de un minuto, siendo el momento más conveniente tras el cepillado nocturno con un dentífrico fluorado.

- **APLICACIÓN DE SELLANTES**

Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente las primeras molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes.

- VISITA AL DENTISTA

NOBORIKAWA, (2009). La salud bucal depende básicamente del cuidado, pero visitar periódicamente al dentista es también importante para el mantenimiento de la salud bucal ya que como en la mayoría de las enfermedades el diagnóstico precoz puede determinar qué tipo de tratamiento se requiere, por ello es necesario un control permanente y debe ser realizado en intervalos de 6 meses de acuerdo a las necesidades específica de cada uno.<sup>26</sup>

## 2.2. Marco Conceptual

**CONOCIMIENTO:** El conocimiento es una capacidad de poder recordar lo que se estudió en tiempo anterior, implica todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO:** El nivel de conocimiento es la cuantificación de los conceptos aprendidos, se miden a través de una escala, y se puede observar al entablar una conversación, elaboración de un trabajo y hasta en la vida rutinaria.

**HIGIENE ORAL:** Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos. Referido a la condición del proceso Salud-enfermedad del sistema estomatognático. Hace referencia a los cuidados, prácticas o técnicas utilizados para la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades bucales.

La higiene oral hace referencia a los cuidados, prácticas o técnicas utilizados para la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades bucales. Es el conjunto de normas y prácticas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.

**IHOS:** Establecido desde 1960 por Green y Vermillion como el “INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO”.

## **CAPITULO III**

### **RECURSOS UTILIZADOS**

**Humanos:** Emilio Daniel Filomeno García.

**Instituciones:** PRONOEI “Los Pajaritos”.

**Equipos:** Mesa y silla comunes.

**Materiales:** guantes, mascarilla, gorro, revelador de placa (liquido y pastilla), cepillo, tipodont, lapiceros azules e instrumentos (cuestionario y ficha IHOS).

## CAPITULO IV

### METODO

#### 4.1. Hipótesis

Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres y la higiene oral de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”.

#### 4.2. Variables

- **Variable 1:** Nivel de conocimiento sobre higiene oral
- **Variable 2:** Higiene oral

#### 4.3. Tipo de investigación

El estudio fue de tipo cuantitativo.

##### 4.3.1. Diseño de la investigación

El diseño que se utilizó fue no experimental del tipo correlacional, transversal. El esquema es el siguiente:

$$\begin{array}{ccc} & & O_1 \\ M & & r \\ & & O_2 \end{array}$$

Donde:

M = Muestra.

$O_{1,2}$  = Observaciones obtenidas en cada una de las variables.

r = relación entre las variables.

#### 4.4. Población y muestra

**4.4.1 Población:** Estuvo conformada por padres y madres de familia y niños de 2 a 3 años del PRONOEI PAJARITOS BELEN-BAGAZAN. Fueron en Total 41 niños, por lo que se tomo toda la población.

#### **4.5. Técnicas**

Para efectos de estudio, se realizó de la siguiente manera:

- Se procedió a identificar la muestra en estudio.
- Se realizó una evaluación a las madres por medio del instrumento N°1.
- Se realizó un examen de IHOS a los niños de 2 a 3 años de edad del PRONOEI PAJARITOS.
- Se tabularon los datos.
- Se procesaron los datos en el programa estadístico informático (SPSS 17.0).
- Se procedió a analizar la información y elaborar el informe.

#### **4.6. Instrumento de recolección de datos**

Se utilizó los siguientes instrumentos:

- Ficha de IHOS para los niños. (Anexo N° 01)
- Ficha para identificar el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral de las madres de familia. (Anexo N° 02)

#### **4.7. Procesamiento de recolección de datos**

- Se emitió una solicitud de permiso de trabajo dirigido a la Directora del PRONOEI PAJARITOS, BELEN-BAGAZAN.
- Se elaboró un consentimiento informado del paciente, firmado por las madres.
- Se realizó la selección del instrumental necesario.
- Se realizó la evaluación estomatológica del paciente.
- Se realizó la recopilación y baseado de datos en el programa estadístico.
- Se realizó el análisis e interpretación de la información.

#### **4.8. Procesamiento de la información**

Se utilizó estadística descriptiva y estadística inferencial. Se utilizó el paquete informativo SPSS 17.0.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

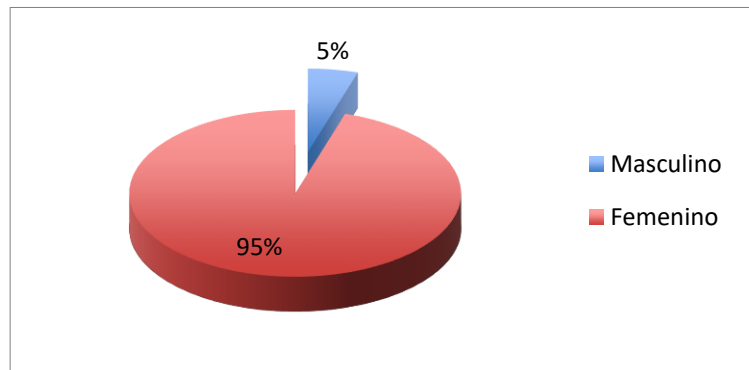
#### 5.1 Análisis univariado:

- El mayor porcentaje de padres que participaron del estudio fueron del género femenino (95,1%)

**Cuadro N° 01. Distribución de la muestra según género de los padres**

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	2	4.9
Femenino	39	95.1
Total	41	100.0

**Gráfico N° 01. Distribución de la muestra según género de los padres**

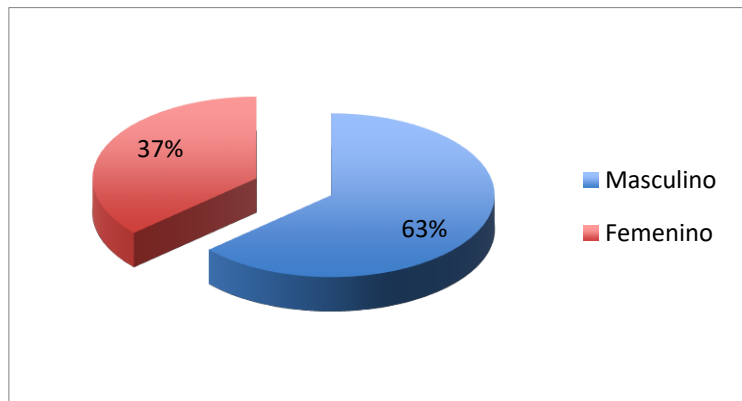


- El mayor porcentaje de hijos que participaron del estudio fueron del género masculino (63,4%)

**Cuadro N° 02. Distribución de la muestra según género de los hijos**

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	26	63.4
Femenino	15	36.6
Total	41	100.0

**Gráfico N° 02. Distribución de la muestra según género de los hijos**

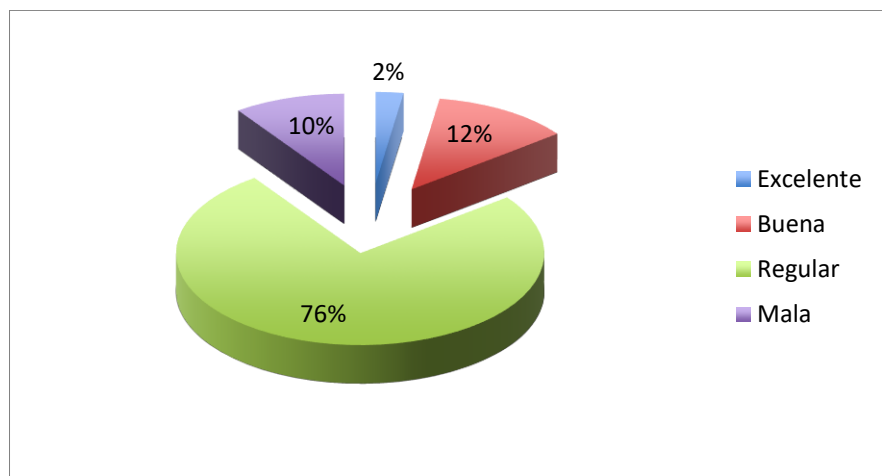


- El mayor porcentaje de la muestra presento una higiene oral regular con el 75,6%, seguido de buena con el 12,2% y mala con el 9,8%.

**Cuadro N° 03. Distribución de la muestra según índice de higiene oral de los hijos**

	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	1	2.4
Buena	5	12.2
Regular	31	75.6
Mala	4	9.8
Total	41	100.0

**Gráfico N° 03. Distribución de la muestra según índice de higiene oral de los hijos**



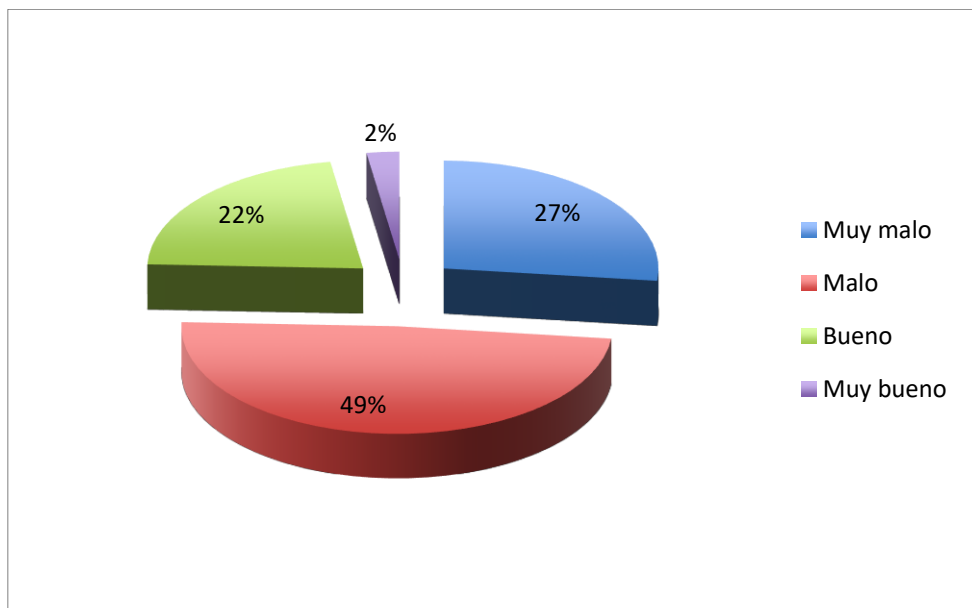


- El mayor porcentaje de padres presentó un nivel de conocimientos malo (48,8%) y muy malo (26,8%), solo el 22% fue bueno y el 2,4% muy bueno.

**Cuadro N° 04. Distribución de la muestra según nivel de conocimiento de los padres**

	Frecuencia	Porcentaje
Muy malo	11	26.8
Malo	20	48.8
Bueno	9	22.0
Muy bueno	1	2.4
Total	41	100.0

**Gráfico N° 04. Distribución de la muestra según nivel de conocimiento de los padres**



- La edad promedio de los padres fue  $30,32 \pm 10$  años.

**Cuadro N° 05. Promedio de la edad de padres**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad de los padres	41	18.00	70.00	30.32	10.01
N válido (según lista)	41				

- La edad promedio de los hijos fue  $2,5 \pm 0,5$  años.

**Cuadro N° 06. Promedio de la edad de hijos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad de los niños	41	2.00	3.00	2.56	0.50
N válido (según lista)	41				

- El promedio del índice de retención de placa en los hijos fue  $1,14 \pm 0,48$ .

**Cuadro N° 07. Promedio de índice de retención de placa de hijos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Índice de retención de placa	41	0.00	2.80	1.14	0.48
N válido (según lista)	41				

- El promedio del índice de retención de cálculo en los hijos fue  $0,99 \pm 0,52$ .

**Cuadro N° 08. Promedio de índice de retención de cálculo de hijos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Índice de retención de calculo	41	0.00	2.80	.99	.52
N válido (según lista)	41				

- El promedio del índice de higiene oral en los hijos fue  $2,12 \pm 0,97$ .

**Cuadro N° 09. Promedio de índice de higiene oral de hijos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Índice de higiene oral simplificado	41	0.00	5.60	2.12	0.97
N válido (según lista)	41				

### 5.2 Análisis bivariado:

- El mayor porcentaje de higiene oral buena y regular se presentó en el género masculino (60% y 64,5% respectivamente) y la higiene oral mala fue igual en ambos géneros.

**Cuadro N° 10. Distribución de Índice de higiene oral de hijos según género**

			Índice de higiene oral				Total
			Excelente	Buena	Regular	Mala	
Género	Masculino	Recuento	1	3	20	2	26
		% dentro de género	3.8%	11.5%	76.9%	7.7%	100.0%
		% dentro de IHOS	100.0%	60.0%	64.5%	50.0%	63.4%
		% del total	2.4%	7.3%	48.8%	4.9%	63.4%
	Femenino	Recuento	0	2	11	2	15
		% dentro de género	0.0%	13.3%	73.3%	13.3%	100.0%
		% dentro de IHOS	0.0%	40.0%	35.5%	50.0%	36.6%
		% del total	0.0%	4.9%	26.8%	4.9%	36.6%
Total		Recuento	1	5	31	4	41
		% dentro de género	2.4%	12.2%	75.6%	9.8%	100.0%
		% dentro de IHOS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	2.4%	12.2%	75.6%	9.8%	100.0%

- El mayor porcentaje de higiene oral buena de hijos se presentó de igual manera en los niveles de conocimientos bueno y malo (4,9% cada uno), la higiene oral regular de hijos se presentó en mayor porcentaje en el nivel de conocimientos malo de padres (31,7%), la higiene oral mala se presentó en el nivel de conocimientos malo (9,8%).

**Cuadro N° 11. Distribución de índice de higiene oral según nivel de conocimientos de padres**

		Nivel de conocimientos								Total	Porcentaje
		Muy malo	Porcentaje	Malo	Porcentaje	Bueno	Porcentaje	Muy bueno	Porcentaje		
Índice de higiene oral	Excelente	0.0	0.0	1.0	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	2.4
	Buena	1.0	2.4	2.0	4.9	2.0	4.9	0.0	0.0	5.0	12.2
	Regular	10.0	24.4	13.0	31.7	7.0	17.1	1.0	2.4	31.0	75.6
	Mala	0.0	0.0	4.0	9.8	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	9.8
Total		11.0	26.8	20.0	48.8	9.0	22.0	1.0	2.4	41.0	100.0

- No existe relación entre género e índice de higiene oral de hijos.

**Cuadro N° 12. Relación entre género e índice de higiene oral en hijos**

Correlaciones			Género del hijo	Índice de higiene oral
Rho de Spearman	Género del hijo	Coefficiente de correlación	1.000	-.034
		Sig. (bilateral)		.831
		N	41	41
	Índice de higiene oral	Coefficiente de correlación	-.034	1.000
		Sig. (bilateral)	.831	
		N	41	41

- No existe relación entre género y nivel de conocimientos de padres.

**Cuadro N° 13. Relación entre género y nivel de conocimientos de padres**

Correlaciones			Género de padres	Nivel de conocimientos
Rho de Spearman	Género de padres	Coefficiente de correlación	1.000	.097
		Sig. (bilateral)		.548
		N	41	41
	Nivel de conocimientos	Coefficiente de correlación	.097	1.000
		Sig. (bilateral)	.548	
		N	41	41

- No existe relación entre la edad de padres e índice de higiene oral de los hijos.

**Cuadro N° 14. Relación entre edad de padres e índice de higiene oral de los hijos.**

			Edad de padres	Índice de higiene oral de hijos
Rho de Spearman	Edad de padres	Coefficiente de correlación	1.000	-.050
		Sig. (bilateral)		.757
		N	41	41
	Índice de higiene oral de hijos	Coefficiente de correlación	-.050	1.000
		Sig. (bilateral)	.757	
		N	41	41

## Prueba de hipótesis

- No existe relación entre nivel de conocimientos de padres e índice de higiene oral de hijos.

**Cuadro N° 15. Relación entre nivel de conocimientos de padres e índice de higiene oral de hijos**

Correlaciones			Nivel de conocimientos	Índice de higiene oral
Rho de Spearman	Nivel de conocimientos	Coefficiente de correlación	1.000	-.109
		Sig. (bilateral)		.498
		N	41	41
	Índice de higiene oral	Coefficiente de correlación	-.109	1.000
		Sig. (bilateral)	.498	
		N	41	41

## CAPITULO VI

### DISCUSION DE RESULTADOS

- En la investigación realizada se encontró una higiene oral regular con el 75,6%, seguido de buena con el 12,2% y mala con el 9,8%, es similar a PANDURO; encontró que de 60 (100%) de niños, el 75 % (45) presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23.3 % (14) bueno.
- En la investigación realizada se encontró una higiene oral regular con el 75,6%, seguido de buena con el 12,2% y mala con el 9,8%, es diferente a BEDON; encontró al inicio del estudio para el grupo experimental un IHOS regular de 43.3%, En el grupo control se obtuvo un IHOS regular de 44.5%, y en un segundo momento para el grupo experimental; un IHOS bueno de 98.3% y para el grupo control; un IHOS regular de 44.5%.
- En la investigación se encontró que el mayor porcentaje de padres presentó un nivel de conocimientos malo (48,8%) y muy malo (26,8%), solo el 22% fue bueno y el 2,4% muy bueno; es diferente a PANDURO encontró que de un total de 60 (100%) de madres, el 83.3 % (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7 % (10) presentó un nivel regular.
- En la investigación se encontró que el mayor porcentaje de padres presentó un nivel de conocimientos malo (48,8%) y muy malo (26,8%), solo el 22% fue bueno y el 2,4% muy bueno; es diferente a BENAVENTE; encontró que las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, los cuales no son aplicados adecuadamente.
- En la investigación realizada se encontró que el mayor porcentaje de higiene oral buena de hijos se presentó de igual manera en los niveles de conocimientos bueno y malo (4,9% cada uno), la higiene oral regular de hijos se presentó en mayor porcentaje en el nivel de conocimientos malo de padres (31,7%), la higiene oral mala se presentó en el nivel de conocimientos malo (9,8%), es diferente a BENAVENTE; no encontró 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 ( $p = 0,16$ ).
- En la investigación realizada se encontró que el mayor porcentaje de higiene oral buena de hijos se presentó de igual manera en los niveles de conocimientos bueno y malo (4,9% cada uno), la higiene oral regular de hijos se presentó en mayor porcentaje en el nivel de conocimientos malo de padres (31,7%), la higiene oral mala se presentó en el nivel de conocimientos malo (9,8%), es similar a PISCONTE, E; pudo concluir que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental ( $p = 0.001$ ).

- En la investigación realizada se encontró que el mayor porcentaje de higiene oral buena de hijos se presentó de igual manera en los niveles de conocimientos bueno y malo (4,9% cada uno), la higiene oral regular de hijos se presentó en mayor porcentaje en el nivel de conocimientos malo de padres (31,7%), la higiene oral mala se presentó en el nivel de conocimientos malo (9,8%), es similar a MUSAC, W; obtuvo los resultados que fueron 71.1% (128) de madres de niños presentaron conocimiento suficiente, el 89.4% (161) de las madres presentaron actitud favorable y el 67.2% (121) de las madres tenían conocimiento suficiente y actitudes favorables.
- En la investigación realizada se encontró que el mayor porcentaje de higiene oral buena de hijos se presentó de igual manera en los niveles de conocimientos bueno y malo (4,9% cada uno), la higiene oral regular de hijos se presentó en mayor porcentaje en el nivel de conocimientos malo de padres (31,7%), la higiene oral mala se presentó en el nivel de conocimientos malo (9,8%), es similar a VASQUEZ, M; Al relacionar el conocimiento de higiene bucal de padres, con la higiene bucal del niño con habilidades diferentes, se observó que el 84.21% de los niños cuyos padres poseían un conocimiento bueno obtuvieron una buena higiene bucal; de esta manera también se encontró que el 100% de los niños cuyos padres presentaron un conocimiento malo no presentaron buena higiene bucal.
- En la investigación se encontró que no existe relación entre la edad de padres e índice de higiene oral de los hijos, es diferente a PISCONTE, E encontró que entre el nivel de conocimiento sobre salud dental en las madres de los niños examinados según rango de edad, existe relación significativa, pero es muy baja ( $p = 0.02$ ), con un nivel de conocimiento alto en un 40% en las madres entre 25 - 35 y 35 - 45 años de edad.
- En la investigación se encontró que no existe relación entre nivel de conocimientos de padres e índice de higiene oral de hijos, es similar a **BEDÓN**; comparando su guía de observación (IHOS) y el cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, no encontró relación alguna.
- En la investigación se encontró que no existe relación entre nivel de conocimientos de padres e índice de higiene oral de hijos, es similar a **BENAVENTE**; no encontró 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 ( $p 0,16$ ).
- En la investigación se encontró que no existe relación entre nivel de conocimientos de padres e índice de higiene oral de hijos, es diferente a **NAVAS, R**; concluye que en los preescolares estudiados existe relación estadísticamente significativa entre la caries dental, el índice gingival y el índice de placa con las actitudes y nivel educativo de sus padres.



## CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de la muestra presento una higiene oral regular con el 75,6%, seguido de buena con el 12,2% y mala con el 9,8%.
2. El mayor porcentaje de padres presento un nivel de conocimientos malo (48,8%) y muy malo (26,8%), solo el 22% fue bueno y el 2,4% muy bueno.
3. El promedio del índice de retención de placa en los hijos fue  $1,14 \pm 0,48$ .
4. El promedio del índice de retención de cálculo en los hijos fue  $0,99 \pm 0,52$ .
5. El promedio del índice de higiene oral en los hijos fue  $2,12 \pm 0,97$ .
6. El mayor porcentaje de higiene oral buena y regular se presentó en el género masculino (60% y 64,5% respectivamente) y la higiene oral mala fue igual en ambos géneros.
7. El mayor porcentaje de higiene oral buena de hijos se presentó de igual manera en los niveles de conocimientos bueno y malo (4,9% cada uno), la higiene oral regular de hijos se presentó en mayor porcentaje en el nivel de conocimientos malo de padres (31,7%), la higiene oral mala se presentó en el nivel de conocimientos malo (9,8%).
8. No existe relación entre género e índice de higiene oral de hijos.
9. No existe relación entre género y nivel de conocimientos de padres.
10. No existe relación entre edad de padres e índice de higiene oral de los hijos.
11. No Existe relación entre nivel de conocimientos de padres e índice de higiene oral de hijos.

## RECOMENDACIONES

- Elevar el nivel de conocimiento de los padres, mediante charlas educativas en salud bucal para mejorar la higiene de niños.
- Sensibilizar a los padres, así llegar a un índice de higiene oral bueno.
- Trabajo del PRONOEI en conjunto con el centros de salud para atención de los niños que viven sin padres.
- Enseñar las técnicas de cuidado necesario para los materiales de higiene oral (cepillo, pasta dental, hilo dental).
- Implementar un Programa de salud oral enfocado al PRONOEI LOS PAJARITOS, como también podría gestionarse para toda la población del distrito de Belén.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Panduro M, (2015), “nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – distrito belén, iquitos 2014”.
2. Benavente L, 2012, nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología sanmarquina* 2012; 15(1): 14 – 18. Citado en: [Http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](Http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)
3. Bedón R. Et al. 2011 “efecto de un programa preventivo en salud bucal en escolares de 6 años del centro poblado de quistococha, 2011” – iquitos-perú – 2012 pág. 120.
4. Pisconte, E, 2010, “relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito la esperanza – trujillo. 2010”
5. Musac W et al, 2010. Nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal en las madres de niños de 3 a 5 años de la i.e.i. cuna jardín corazón de jesús, distrito de belén. [tesis bachiller]. Loreto: universidad nacional de la amazonia peruana.
6. Vasquez, M, 2009, conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes.
7. Quiñones, M et al, 2008, relación del estado de salud bucal con algunos factores socioeconómicos en niños de 2-5 años.
8. Cabellos, D, 2006, “relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro ann sullivan del peru”.
9. Navas R, et al, 2002. “Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres”. *Interciencia*, noviembre, año/vol. 27, número 011. Asociación interciencia, venezuela pp. 631-634. Citado en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s037818442002001100009&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s037818442002001100009&script=sci_arttext&tlng=es)
10. Rodríguez, M; 2002. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del hospital nacional daniel a. Carrión. [tesis bachiller]. Lima: universidad nacional mayor de san marcos.
11. Op Cit (8).
12. Quintanilla M, 1976. Teoría del conocimiento, diccionario de filosofía contemporánea, página 97-98.

13. Izaguirre P, (2012), nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de lima, 2012.
14. Op Cit (10).
15. Limonta V, et al, 2009. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. Medisan [serie en internet] 2000; 4 (3): 9-15. Disponible en: url: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4\\_3\\_00/san03300.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san03300.htm).
16. Rodriguez C (2011), higiene oral en niños, disponible en: <http://higienoralcatherinerodriguez.blogspot.pe/>
17. Soto G, (2011), imujersalud, importancia de la higiene bucal, disponible en: <http://www.imujer.com/salud/2011/10/29/la-importancia-de-la-higiene-bucal>.
18. Green y Vermillion (1960). Índice de higiene oral simplificado. Disponible en la web: <http://www.minsa.ch/.../indicehigieneoral.pdf>
19. NIH (instituto nacional de investigación dental y craneofacial) 2015, práctica de higiene en niños, disponible en: [www.nidcr.nih.gov/espanol/saludoral/](http://www.nidcr.nih.gov/espanol/saludoral/)
20. Cuenca E, Baca P, 2005. Odontología preventiva. Principios, métodos y aplicaciones. 3era edición. Barcelona-españa: editorial masson s.a. 91 páginas.
21. Boj J, Catala M. García C. Mendoza A, 2005. Odontopediatría. 1era edición barcelona-españa: editorial masson s.a; 515 páginas.
22. Brasi J et al, 2005. Pediatría en atención primaria. 2da edición. Barcelona-españa: editorial masson s.a; 1012 páginas.
23. Cortesi v, 2008. El auxiliar de odontología. 1era edición versión en español. Barcelona-españa: editorial masson s.a.
24. Asociación peruana de odontología para bebés (aspob), 2007, i congreso institucional y iii encuentro peruano de odontología para bebés realizado, lima.
25. Dean, estados unidos (1942), declarado por la organización mundial de la salud, 1972.
26. Noborikawa a, kanashiro c. Evaluación de un programa educativo – preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. Rev estomatol herediana. 2009; 19 (1):31-38.
27. Op Cit (10).
28. Eufic (european food information council), 2006, salud dental, disponible en: <http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental/>.



ANEXO N° 01

INSTRUMENTO N°01

FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: .....

Edad: ..... Sexo:.....

Fecha de aplicación:.....

ANTECEDENTES PERSONALES:

Diagnóstico:.....

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREEN Y VERMILLION:

Índice de Placa Bacteriana

	Molar Derecha	Anterior	Molar Izquierda	TOTAL
Superior				
Inferior				
TOTAL				

Promedio: \_\_\_\_\_.

Índice de Cálculo

	Molar Derecha	Anterior	Molar Izquierda	TOTAL
Superior				
Inferior				
TOTAL				

Promedio: \_\_\_\_\_.

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL= \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ = ( \_\_\_\_\_ )

<b>Bueno</b>	<b>0.0 -- 1.2</b>
<b>Regular</b>	<b>1.3 – 3.0</b>
<b>Malo</b>	<b>3.1 – 6.0</b>

ANEXO N° 02  
INSTRUMENTO N° 02



FICHA PARA IDENTIFICACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE  
HIGIENE ORAL

PRESENTACION:

El presente instrumento tiene como objetivo; Identificar el nivel de conocimientos sobre higiene oral de las madres de los niños de 2 a 3 años del PRONOEI “Los pajaritos”.

INSTRUCCIONES:

Se le indicará al paciente que se siente cómodamente en una silla.

Se instruirá al paciente que mastique una tableta de silicona optosil, de manera habitual y lo más completamente posible hasta 20 golpes masticatorios.

Expectoración de la muestra en un recipiente.

Se le pedirá al paciente que se enjuague con agua y realice una nueva expectoración de los residuos.

CONTENIDO:

Datos generales

Nombre:.....

Edad:.....

Sexo:.....

Fecha:.....

## CUESTIONARIO

1. El diente es:
  - a) Es un elemento en la boca.
  - b) Sirve solamente para masticar los alimentos.
  - c) Es un órgano.
  - d) no sé.
  
2. ¿Cuántos dientes tienen los niños?
  - a) 20
  - b) 18
  - c) 32
  - d) 40
  
3. ¿Cómo se llaman los dientes?
  - a) anteriores, caninos, posteriores, molares.
  - b) incisivos, caninos, premolares, molares.
  - c) incisivos, moledores, trituradores.
  - d) cortadores, trituradores, caninos.
  
4. ¿Cómo se llama el último diente que aparece en la boca del niño?
  - a) molares.
  - b) caninos.
  - c) trituradores.
  - d) anteriores.
  
5. ¿Cómo se llama el músculo que está en medio de la boca?
  - a) labio
  - b) carrillo
  - c) lengua
  - d) paladar
  
6. ¿Qué función cumplen los dientes con los alimentos?
  - a) cortar, desgarrar, moler, triturar.
  - b) deshilar, cortar, triturar.
  - c) cortar, tragar, alimentar.
  - d) moler, deshilar, tragar.

7. ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?
- a) 1 á 2 años
  - b) 2 á 3 años
  - c) 3 á 4 años
  - d) Cuando tienes más de 4 años
8. Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.
- a) si.
  - b) no.
  - c) tal vez
9. ¿Cuántas veces se cepilla al día?
- a) una vez.
  - b) dos veces.
  - c) tres veces.
  - d) ninguna.
10. ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?
- a) 30 segundos.
  - b) 1 minuto.
  - c) 2 minutos.
  - d) 3 minutos.
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 se.
12. ¿Por qué cree usted que se produce la enfermedad de la caries dental?
- a) Por comer alimentos azucarados
  - b) por microorganismos (bacterias en la boca)
  - c) por no cepillarse los dientes
  - d) todas las anteriores



13. 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.
14. La enfermedad periodontal es:
- a) el dolor de diente.
  - b) la enfermedad de las encías.
  - c) inflamación del labio.
  - d) no se.
15. Si su niño pierde un diente de leche porque está picado, antes del tiempo que deba salir su diente de adulto ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?
- a) Si
  - b) No
  - c) No sabe
16. ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?
- a) dulces, cepillo dental, pasta dental.
  - b) fluor, pasta dental, hilo dental.
  - c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental.
17. ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?
- a) al erupcionar el primer diente.
  - b) cuando tenga edad suficiente.
  - c) cuando le duela algún diente.
  - d) cuando le salgan todos sus dientes
18. Principalmente, ¿cuándo Ud. cree que debe cepillarse los dientes?
- a) antes de las comidas.
  - b) después de las comidas.
  - c) solo al acostarse.
  - d) solo al levantarse.

19. ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

- a) cada 6 meses.
- b) cada 12 meses.
- c) cada 3 meses.
- d) no se.

20. ¿A qué edad se recomienda el uso de la pasta dental en los niños?

- a) 8 meses
- b) 1 año
- c) 3 años
- d) 5 años
- e) 6 años

#### VALORACION

0 a 5	Muy Malo
6 a 10	Malo
11 a 15	Bueno
16 a 20	Muy bueno



ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con  
DNI:.....acepto formar parte en la investigación titulada, “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE MADRES E HIGIENE ORAL DE NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS DEL PRONOEI “LOS PAJARITOS”, 2016.”. Doy constancia de haber sido informada y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; por ende acepto llenar la encuesta. Teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y únicamente para fines de estudio.

Responsable del trabajo: Emilio Daniel Filomeno García.

Nombre del niño:.....

Firma de la madre o apoderado:.....

Fecha de aplicación:.....