

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA NACIONAL DE NICARAGUA UNAN - LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Monografía para optar al título de Cirujano Dentista

Nivel de conocimiento y práctica de salud bucal que aplican los padres o tutores en los niños y niñas que asisten a un centro escolar público de la ciudad de León, junio-julio 2022.

Autoras:

- Bra. Zharely José Briones Narváez
- Bra. Nachiry Josebeth Narváez
- Bra. Marileth Leonor Solís Reyes

Tutora: Dra. Marlen Balmaceda Trujillo

León, febrero 2023

“A la libertad por la Universidad”

Resumen

Los conocimientos y prácticas en salud bucodental son necesario en la prevención de enfermedades de alta prevalencia como la caries y la enfermedad periodontal sin embargo el acceso y el interés que muchos padres no tienen es lo que nos lleva a permanecer en estas altas prevalencias, se realizo un estudio para determinar el nivel de conocimiento y prácticas de higiene bucal que poseen y aplican los padres o responsables de los niños y niñas en un centro escolar primario, este estudio es descriptivo de corte transversal en una población de 36 utilizando una muestra universal donde los participantes cumplieron con los criterios de inclusión, como resultado se obtuvo que mas de la mitad de la población tiene un conocimiento y practicas es bajo, se realizo una prueba de chi cuadrado para evidenciar la asociación de variables con un resultado de 0.017

Palabras claves: Conocimiento, practicas, salud bucal, padres, centro escolar

Dedicatoria

Este estudio se lo dedicamos primeramente a Dios quien supo guiarnos por el buen camino dándonos fe, fortaleza y toda la paciencia necesaria para no rendirnos ante las adversidades.

Se lo dedico a mi madre Oneyda María Narváez Altamirano quien el día de hoy ya no está presente con nosotros, pero fue la persona mas importante en mi vida, me dio su amor, esfuerzo, dedicación y motivación para que el día de hoy yo pueda lograr mis sueños y seguir adelante. (Zharely Narváez)

Se lo dedico a mi madre Xochilt Carolina Narváez Bonilla, quien ha sido el mayor pilar de mi vida, con todo su esfuerzo, apoyo y amor incondicional me ha brindado todo el impulso para lograr cumplir mis metas. (Nachiry Narváez)

*Se lo dedico a mi madre Maria Arcenia Picado Pineda ya que sin ella no lo hubiera logrado. Su bendición y apoyo a lo largo de mi vida me ha protegido y llevado por un buen camino. Por eso te dedico este trabajo por ti paciencia y amor incondicional.
(Marileth Solis)*

A nuestras familias por el apoyo incondicional que nos brindaron día a día a lo largo de nuestra carrera.

A nuestros docentes quienes a lo largo de este camino han sido participe de nuestra formación y habernos brindado todos sus conocimientos.

Agradecimiento

Agradecemos primeramente a Dios por que nos ha dado vida, salud y paciencia para salir adelante, porque sobre todas las adversidades que se nos presentaron nos dio la oportunidad de no declinar y culminar esta etapa.

A nuestros padres quienes han sido nuestro apoyo incondicional para lograr esta meta.

Gracias a nuestros docentes que nos han enseñado sus conocimientos, nos inculcaron a desempeñar esta labor con vocación y amor.

A nuestra tutora Marlen Balmaceda, gracias por habernos guiado en este trabajo ante las circunstancias diarias, por su esfuerzo, dedicación y empatía.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y en especial a la Facultad de Odontología que nos dió la oportunidad de formar parte de ella. ¡Gracias!

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Objetivos.....	3
III.	Marco teórico.....	4
2.1	Definiciones.....	4
2.2	Técnicas de cepillado dental	9
2.2.1	Técnica de Starkey	9
2.2.2	Técnica de Charters.....	10
2.2.3	Técnica de Bass	11
2.2.4	Técnica de Stillman	12
2.2.5	Técnica deslizante (o técnica de Barrido)	12
2.2.6	Técnica de Bass modificado	12
2.2.7	Técnica de Stillman modificado	13
2.2.8	Técnica de Fones	13
2.3	Tipos de pasta dental	14
2.4	Hilo dental	16
2.5	Niveles de salud según Leavell y Clark	16
IV.	Diseño metodológico	19
A.	El tipo de estudio	19
B.	Área de estudio	19
C.	Población a estudiar	19
D.	Muestra:	19
E.	Tipo de muestra	19
F.	Unidad de análisis	19
G.	Criterios de inclusión y/o exclusión.....	19
H.	Fuentes de información	19
I.	Recolección de datos	19
J.	Análisis de resultados.....	21
V.	Análisis de resultados	22
VI.	Discusión de los resultados	30
VII.	Conclusiones	33
VIII.	Recomendaciones.....	34

IX. Referencias bibliográficas.....35

X. Anexos38

I. Introducción

La Salud Bucal se entiende como la ausencia de enfermedades en los dientes, encías y demás estructuras de la cavidad bucal, que nos permite sonreír, hablar, masticar y deglutir alimentos de manera correcta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el principal indicador de salud, bienestar y calidad de vida.

La salud oral es tener un estado óptimo de tu boca, es decir, que esté libre de cualquier agente que afecte tu vida de alguna u otra manera, tales como caries, dolores en encías, falta de piezas dentales, trastornos bucodentales como halitosis, gingivitis o incluso enfermedades como el cáncer.

Según la revista Scielo existen estudios que documentan que los conocimientos de salud bucodental se encuentran directamente relacionados con el nivel socioeconómico, con las actitudes hacia la prevención de patologías bucales y con el estado de salud bucal que presentan los individuos.

Es de vital importancia el estudio y conocimiento de salud bucal, ya que esto nos llevará a emplear las practicas necesarias para mantener una buena higiene bucal, y por consiguiente gozar de información que nos ayude a prevenir o corregir cualquier enfermedad o anomalía buco dental.

Las madres o los tutores legales de los niños, son quienes juegan un papel fundamental en la salud de la familia, recae la responsabilidad de la salud e higiene buco dental de los niños y niñas, es por eso la necesidad de establecer cambios en estilos de vida, brindar los conocimientos necesarios que ayuden a disminuir prevalencias de enfermedades como resultados de poca educación en salud bucal e higiene bucal.

Este tema de investigación es de gran interés tanto social como Odontológico, ya que a través de éste podremos describir los conocimientos sobre salud bucal que tienen los padres y así observar la asociación con la práctica de higiene bucal que aplican estos para la salud bucodental en los niños y niñas, el estudio es descriptivo de corte transversal, se aplicó una población de 36 padres, con una muestra universal y estos

aceptaron de manera voluntaria ser parte del estudio y cumplían con los criterios de inclusión.

Este estudio demostró los conocimientos y prácticas de los padres o tutores de los niños y niñas que asisten a este centro escolar público de León en el período de junio a julio del 2022, además, reconocer las debilidades y/o vacíos de conocimientos para implementar hábitos saludables, disminuir la prevalencia de enfermedades bucodentales a temprana edad, establecer un precedente de salud bucal en los centros de educación a menores de edad, además servirá de base a futuras investigaciones institucionales como antecedente a problemas relacionados.

II. Objetivos

Objetivo General:

- Evaluar el nivel de conocimiento y práctica de salud bucal de padres o tutores en los niños y niñas que asisten a un centro escolar público de la ciudad de León.

Objetivos específicos:

- Caracterizar socio demográficamente la población de estudio
- Identificar el nivel de conocimiento y práctica de salud bucal según sus características sociodemográficas
- Relacionar el nivel de conocimiento y practica de higiene bucal que aplican los tutores en los niños y niñas.

III. Marco teórico

El conocimiento sobre salud bucal radica en conocer las medidas preventivas de enfermedades bucales, el uso de aditamentos como el cepillo dental, enjuague bucal y el hilo dental, a través de los cuales se puede llegar a mantener un estado de higiene bucal óptimo. La salud bucal debe ser considerada como un aprendizaje sumamente necesario para el desarrollo humano.

2.1 Definiciones

Conocimiento

El conocimiento es una de las capacidades más relevantes del ser humano, ya que le permite entender la naturaleza de las cosas que los rodean, sus relaciones y cualidades por medio del razonamiento. (Modelo de la gestión del conocimiento, Diaz J. 2003)

Nivel de Conocimiento: Aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa (ejemplo: excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa.

Así el nivel de conocimiento surge de la relación entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. En el proceso de conocimiento, el ser humano se introduce en la realidad propia de los objetos para tomar posesión de ellos, ahora bien, esta realidad se presenta en diferentes grados o niveles de abstracción. (Modelo de la gestión del conocimiento, Diaz J. 2003)

Práctica

La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos, creando la actividad y esfuerzo de lo aprendido/Uso continuado, costumbre o estilo de algo. Se dice de los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo.

Salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente

médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono. (Organización Mundial de la Salud (OMS), Revista universitaria de la salud, 2008)

Practica de salud bucal:

Práctica salud bucal, brinda criterios estandarizados para evaluar signos de enfermedad y de la condición general de un paciente, clasificar de acuerdo a ellos, determinar el tratamiento adecuado y las recomendaciones para la atención y cuidado oral en el hogar. Brinda también atención de seguimiento para controlar la evolución a partir del tratamiento indicado. Como parte de la atención, en la práctica se debe promover y brindar las herramientas para que todos y todas estén capacitados en promocionar la salud bucal y prevenir las principales enfermedades bucales detectadas e intervenir en acciones emergentes y remitir a las unidades operativas los casos que se requiera.

Conocimiento de Salud Bucal:

Es el nivel de educación que poseen las personas acerca de la situación de salud o enfermedad, y que se puede medir a través de la identificación de factores de riesgo, se evidencia por su capacidad de prevenirlos o controlarlos a nivel individual o grupal. (Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. 2015)

Salud oral

La Salud oral es la salud de los dientes, encías y el sistema estomatognático que nos permite sonreír, hablar y masticar. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el principal indicador de salud, bienestar y calidad de vida.

La mayoría de patologías bucales y enfermedades no transmisibles están íntimamente vinculadas y comparten factores de riesgo comunes, como una dieta poco saludable, nutrición deficiente, consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, por lo tanto, la intervención contra enfermedades bucodentales y enfermedades no transmisibles debe integrarse.

La salud bucal afecta a todos los aspectos de nuestras vidas, pero con frecuencia se da por sentado. La boca es un reflejo de la salud de su cuerpo. Puede mostrar signos de deficiencias nutricionales o infección. Las enfermedades sistémicas, las que afectan al cuerpo entero, podrían ponerse de manifiesto debido a lesiones en la boca u otros problemas bucales. (OMS, Determinantes sociales de la salud 2016)

Higiene oral

La higiene oral es considerada como una condición fundamental, en la formación de hábitos adecuados de higiene oral, la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad juegan un papel preponderante y se consideran acciones fundamentales para el control de la placa bacteriana. La educación en salud, como componente básico de la promoción de la salud, propicia cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud oral, a la enfermedad y al uso de servicios; refuerza conductas positivas a nivel colectivo e individual; y reconoce la necesidad particular de planificar y definir estrategias aplicables a su estilo de vida.

Los métodos más utilizados para la remoción mecánica de la placa bacteriana son el cepillado y el uso del hilo dental, técnicas fácilmente realizables, pero que requieren implementarse en el contexto social y cultural, para lograr su incorporación como hábitos diarios en la población. (Oral health surveys 5ta ed. OMS.2013)

Salud oral en niños

Para conseguir una buena salud bucodental durante la infancia y prevenir la aparición de caries, la patología bucal más frecuente en esta etapa, resulta fundamental que el niño siga una adecuada higiene bucodental desde su nacimiento. La adquisición de este hábito y su mantenimiento comportará que cuando sea adulto pueda conservar sus dientes para toda la vida. Sin embargo, las necesidades no son las mismas en los recién nacidos que en niños de mayor edad.

0-2 años, Erupción de los dientes temporales El proceso de erupción suele comenzar a los seis meses de vida y terminar sobre los dos años. La dentición temporal está formada por un total de 20 dientes de leche (cinco por cuadrante de la boca). Es importante tener presente que desde antes de que aparezcan los primeros dientes es aconsejable

empezar con la higiene bucal. Cuando los bebés aún no tienen dientes se recomienda limpiar las encías con una gasa humedecida o con un dedal de silicona después de cada toma. Cuando erupcione el primer diente ya se recomienda, por un lado, acudir al odontólogo u odontopediatra y, por otro, comenzar a cepillarlo para evitar que se acumule el biofilm dental. El cepillado a esta edad deben realizarlo los padres (o el adulto que esté cuidando del bebé). Se recomienda utilizar un cepillo infantil adaptado a la mano del adulto y a la boca del bebé, con filamentos ultrasuaves que logren una correcta higiene a la vez que respeten las encías y los dientes. Es aconsejable acudir al odontopediatra dentro del primer año de vida. La revisión del odontopediatra controlará la correcta erupción de los dientes y factores como la oclusión o la alineación, y permitirá anticiparse a cualquier trastorno o patología bucal como la detección temprana de caries.

2-6 años, en este periodo el niño ya tiene todos los dientes de leche, y se aconseja que comience a hacerse cargo de su higiene bucal y que comprenda su necesidad. Para ello, lo más importante es crear el hábito. Se recomienda que el niño comience a realizar el cepillado él mismo, al menos dos veces al día (mañana y, sobre todo, noche) o preferiblemente después de las comidas, e intentando conseguir la duración de dos minutos. Para ayudar a adquirir el hábito existen ciertos recursos, como que los padres se cepillen a la vez que el niño, y multitud de aplicaciones, juegos, canciones, etc. Para un cepillado óptimo, el cepillo debe estar adaptado a la mano y la boca del niño, con un cabezal muy pequeño, que permita llegar a todas las zonas de la boca, y con filamentos suaves, que respeten dientes y encías. El cepillo tiene que ser manejable también para los padres, que deberán repasar diariamente el cepillado de los niños.

6-12 años, a esta edad ya comienza la erupción de los dientes permanentes en un proceso que termina en torno a los 12 años. Durante esta etapa, los niños tienen una dentición mixta, ya que conviven los dientes de leche con los dientes permanentes. La dentición definitiva está formada por 32 dientes (ocho por cada cuadrante de la boca), contando con los terceros molares o muelas del juicio, que erupcionan a partir de los 18 años o incluso no erupcionan nunca. Se recomienda utilizar un cepillo adaptado para el manejo por parte el niño, con un cabezal pequeño de filamentos suaves y un cuello estrecho que permitan llegar a todas las zonas de la boca.

A partir de los seis años se estima que el niño puede controlar el reflejo de la deglución y de escupir. Por ello, siempre y cuando sea así, se puede introducir el uso del colutorio y el uso de hilo dental, el colutorio aportará, además de buen sabor en la boca, un extra de protección frente a la caries y ayudará a llegar a todas las zonas de la boca, así como el hilo dental evitara la acumulación de alimentos interdentalmente.

Salud oral en adultos

El cuidado oral garantiza una buena salud oral, previene enfermedades y mejora la calidad de vida. Por ello, se aconseja seguir las siguientes recomendaciones:

- Cepílese los dientes después de cada comida con un cepillo para dientes suave o medio y pasta dental con flúor. Este cepillado es eficaz para eliminar la placa bacteriana y prevenir la enfermedad periodontal. Procure no dejar pasar más de 15 minutos entre el final de cada comida y el cepillado.
- Visitar al odontólogo cada 6 meses
- Cepillado dental
- Cepillarse los dientes es una parte importante de la higiene bucal habitual. Para tener una boca y sonrisa sanas, la ADA le recomienda:
- Cepílese los dientes dos veces al día con un cepillo de cerdas suaves. El tamaño y la forma del cepillo deben adaptarse a su boca y permitirle llegar a todas las zonas con facilidad.
- Sustituya el cepillo de dientes cada tres o cuatro meses, o antes si las cerdas se desgastan. Un cepillo de dientes desgastado no servirá para una adecuada limpieza bucal. (Odontología preventiva primaria Harris 2da ed., ADA. 2005)
- Asegúrese de usar una pasta dentífrica fluorada aceptada por la ADA.

Cepillo dental

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- Estimular los tejidos gingivales.

- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental. Se recomienda el uso de cepillos de fibra artificial con puntas redondeadas para minimizar las lesiones gingivales, de dureza suave y cabeza pequeña para poder llegar a zonas de difícil acceso. El mango debe tener una longitud y una anchura suficientes para poder manejarlo con seguridad. Para que sea eficaz es necesario remplazarlo cada mes a tres meses en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen. (Noemi Bordono, Odontología Preventiva (OPS) Módulo II, 1999)

2.2 Técnicas de cepillado dental

Cepillarse los dientes es una parte importante de la higiene bucal habitual. Para tener una boca y sonrisa sanas, la ADA le recomienda:

- Cepílese los dientes tres veces al día con un cepillo de cerdas suaves. El tamaño y la forma del cepillo deben adaptarse a su boca y permitirle llegar a todas las zonas con facilidad.
- Sustituya el cepillo de dientes cada tres o cuatro meses, o antes si se las cerdas se desgastan. Un cepillo de dientes desgastado no servirá para limpiar los dientes.
- Asegúrese de usar una pasta dentífrica fluorada aceptada por la ADA.
- Técnica adecuada para cepillarse los dientes
- Coloque el cepillo de dientes formando un ángulo de 45° con las encías.
- Mueva el cepillo adelante y atrás suavemente con movimientos cortos que cubran los dientes por completo.
- Cepille los dientes por las superficies exteriores, las interiores y las de masticar.
- Para limpiar las superficies interiores de los dientes frontales, incline el cepillo en sentido vertical y realice varios movimientos arriba y abajo.
- Cepílese la lengua para eliminar las bacterias y mantener el aliento fresco.

2.2.1 Técnica de Starkey

Se divide la arcada dental en sextantes. Es una técnica ejecutada por los padres, colocando al niño por su espalda y apoyado sobre el pecho o la pierna del padre o tutor. Cuando el niño ya tiene más de 2 ó 3 años esta técnica se realiza de pie y delante de un espejo. Los filamentos se dirigen en una inclinación de 45° hacia apical y se realizan

movimientos horizontales unas 15 veces por sextante. El cepillo debe ser de filamentos muy suaves. Indicaciones: bebés y niños hasta los 7 años. Movimientos vibratorios
Hablamos de movimientos vibratorios o movimientos «shimmy» cuando se realizan movimientos cortos en sentido antero-posterior y en los que los filamentos del cepillo no se desplazan del lugar en que se colocan. Con este movimiento conseguimos que la placa sea eliminada por un efecto de capilaridad de los filamentos del cepillo.



(Universidad central del Ecuador, facultad de odontología, carrera de odontología, descontaminación de cepillos dentales de niños, CIBY)

2.2.2 Técnica de Charters

Descrita por Charters en 1928.

Boca ligeramente abierta. El objetivo de esta técnica es la eliminación de la placa interproximal. El cepillo se coloca en ángulo de 45° con respecto al eje dental pero dirigido al borde incisal y se presiona ligeramente para que los filamentos penetren en el espacio interdental. Se realizan movimientos vibratorios que producen un masaje en las encías. Es necesario un buche potente después del cepillado para eliminar la placa. Requiere mucha habilidad manual. Indicaciones: pacientes adultos con enfermedades periodontales. Cuando mantenemos las arcadas en oclusión esta técnica recibe el nombre de Técnica de Hirschfeld.



(Rodríguez, Rodrigo. Las diferentes técnicas para cepillar los dientes, España: Toledo, 01 JUN 2002, Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/tecnicas-para-cepillar-los-dientes/>)

2.2.3 Técnica de Bass

Descrito por Bass en 1954.

Boca ligeramente abierta. El cepillo se coloca en ángulo de 45° con respecto al eje dental. Los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdentales y el surco gingival sin producir compresión. Se realizan movimientos vibratorios durante 15 seg. cada dos dientes. En las caras linguopalatinas del grupo anterior se utilizará la técnica del cepillo separado (colocación del cabezal en sentido vertical respecto al eje longitudinal del

diente). Indicaciones: adultos con tejido periodontal sano y pacientes con gingivitis y/o periodontitis.



(Jaramillo, Esmeralda. Técnica de cepillado dental. México: Toledo, 29 OCT 2009. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/uso-cepillo-dental>)

2.2.4 Técnica de Stillman

Igual que la técnica de Bass, pero los filamentos se colocan 2 mm por encima del margen gingival, es decir, encima de la encía adherida. Se realiza mayor presión que en Bass hasta observar la palidez de los márgenes gingivales. La vibración se mantendrá unos 15 seg. por cada dos dientes. Para las caras linguopalatinas se utilizará la técnica del cepillo separado. Indicaciones: pacientes adultos sin enfermedades periodontales.

2.2.5 Técnica deslizante (o técnica de Barrido)

Boca ligeramente abierta. El cepillo se coloca paralelo respecto al eje dental y apuntando hacia apical, con ligera presión sobre las encías y lo más arriba posible para los dientes de la arcada superior y lo más abajo, para los dientes de la arcada inferior. Se realizan movimientos de giro de muñeca. Las caras internas se cepillan igual y las caras oclusales con movimientos horizontales. Indicaciones: pacientes jóvenes y pacientes con tejido periodontal sano.

2.2.6 Técnica de Bass modificado

Se realiza la técnica de Bass y la modificación consiste en que una vez que el cepillo esté contra el margen gingival y hayamos realizado los pequeños movimientos vibratorios, se realiza un movimiento de barrido hacia oclusal. Con esta técnica está limitada la limpieza de las superficies oclusales.

2.2.7 Técnica de Stillman modificado

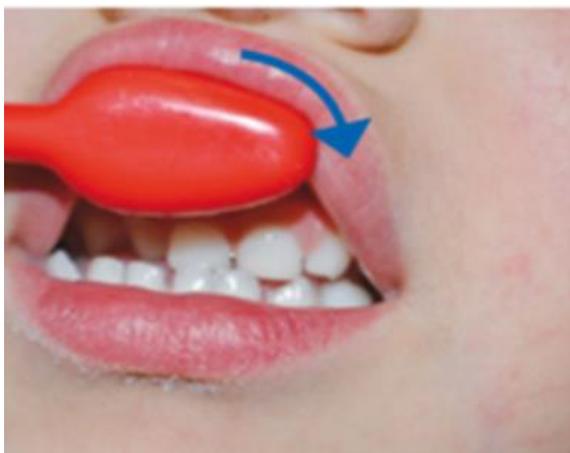
Se realiza la técnica de Stillman y la modificación consiste en realizar un movimiento de barrido hacia oclusal al finalizar cada movimiento.



(Dra. Verónica Rodríguez, <https://odverorodriguez.com/cual-es-tu-tecnica-de-cepillado/>)

2.2.8 Técnica de Fones

Descrito por Fones en 1934. Para las superficies vestibulares o bucales, los dientes se mantienen en oclusión (niños) o en posición de reposo (adolescentes y adultos) y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90° respecto a la superficie bucal dentaria. Estas superficies se dividen en 6 sectores y realizamos 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. Para las caras oclusales, se abre la boca y se realizan movimientos de vaivén o circulares y en las caras linguopalatinas se coloca el cepillo según la técnica del cepillo separado (se gira el cabezal hasta su posición vertical)



y se realizan pequeños movimientos rotatorios. (Periodoncia para el higienista dental (sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual) 2005.)

(Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2016) Orientaciones técnicas para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia. 2da Edición)

2.3 Tipos de pasta dental

Pasta de dientes para niños

Comenzamos por los más pequeños de la familia, con un tipo de dentífrico especial que contiene una menor cantidad de flúor. Aunque el flúor es un elemento esencial para la correcta mineralización de los dientes de los niños en todas sus etapas de crecimiento, su ingestión en grandes cantidades puede ser tóxica. Por ello, las pastas de dientes para niños tienen un contenido en flúor menor, que va aumentando a medida que los pequeños crecen. Desde los 0 a los 3 años, se recomienda el uso de pastas dentales con 1.000 ppm F⁻ en cantidad equivalente a un grano de arroz, pasando a ser la equivalente a un guisante a partir de los 3 años de edad.

Pasta de dientes fluorada

Para prevenir de forma eficaz la caries dental es indispensable una correcta higiene bucodental y la utilización de pastas dentales fluoradas.

Pasta de dientes blanqueadora

Uno de los mayores deseos de la mayor parte de la población en los últimos años es lucir una sonrisa más blanca, así se recupera el tono natural de los dientes sin dañar el esmalte. Con su uso diario, los dientes se ven cada día más blancos, eliminando manchas superficiales de forma progresiva además de controlar la formación de sarro o cálculo dental. También contiene flúor para reforzar el esmalte y prevenir la caries dental.

Dentífrico para dientes sensibles

La sensibilidad dental se manifiesta como un dolor agudo en respuesta a un estímulo externo como pueden ser bebidas frías o calientes. Es muy importante utilizar pastas de dientes específicas para tratar la sensibilidad dental, puesto que con el dolor se dificulta

la higiene dental y se incrementa el riesgo de padecer otras afecciones. La pasta para dientes sensibles con nitrato potásico y flúor, previene y actúa contra la sensibilidad dental, reforzando el esmalte dental y proporcionando confort en la higiene oral diaria.

5. Dentífricos con aceites esenciales

Los ingredientes de aceites esenciales encontrados en el enjuague bucal Listerine también se encuentran disponibles en una fórmula de dentífrico. Los datos clínicos y de laboratorio sugieren un beneficio para la salud gingival y reducción de la placa. Este producto no posee el sello de aceptación de la ADA

Dentífricos terapéuticos

El fluoruro constituye el agente terapéutico que con mayor frecuencia se utiliza adicionado a los dentífricos como auxiliar para el control de caries. En 1960, el Council on Dental Association de la ADA, con base en algunos estudios que indicaban tal efectividad, clasificó a la pasta dental Crest con fluoruro de estaño como un dentífrico profiláctico de la caries. Por primera vez a un dentífrico terapéutico se le otorgó el Sello de Aceptación Provisional. En 1964, basada en información subsecuente nueva y favorable, la clasificación se actualizó para otorgar la aceptación definitiva. (Odontología preventiva primaria Harris 2da ed., ADA. 2005)

2.4 Hilo dental

El hilo dental, también conocido como seda dental, es un conjunto de finos filamentos de nailon o plástico (comúnmente teflón o polietileno) usado para retirar pequeños trozos de comida y placa dental entre los dientes. El hilo se introduce entre los dientes, cuidadosamente, 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 dentales. (Odontología preventiva primaria Harris 2da ed., ADA. 2005) (Periodoncia para el higienista dental (sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual) 2005.)



(Farmacia Álvarez. Higiene dental 2011, disponible en: <http://www.farmaciaalvarez.es/Higiene-dental/Higienedental.html>)

2.5 Niveles de salud según Leavell y Clark

1º nivel de prevención: Promoción de la Salud

No está dirigido a ninguna enfermedad en particular. Incluye medidas que mantienen y promueven la salud del individuo como: Alimentación, Vivienda, Educación, Condiciones de trabajo, Exámenes periódicos, Educación para la Salud 2 Modelo de Leavell y Clark (1965)

2º nivel de prevención: Protección inespecífica y específica

Son medidas que protegen y previenen la aparición de alguna enfermedad en particular como: inmunizaciones, Higiene personal, saneamiento ambiental, potabilización del agua, Dieta, lavado de manos, entre otros.

El objetivo de la prevención secundaria es:

- Limitar el daño.
- Curar a los pacientes y/o
- Reducir las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

3º nivel de prevención: Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

Su objetivo es detener tempranamente el avance de la enfermedad y prevenir la difusión de la misma. Comprende acciones que llevan al reconocimiento y la eliminación temprana de la misma como: análisis clínicos, Rx diagnósticas, exámenes clínicos, entre otras.

4º nivel de prevención: Limitación del daño

Tratamientos adecuados para detener la enfermedad e impedir que siga avanzando hasta su desenlace. Comprende todas las medidas disponibles para detener el avance de la enfermedad hacia un estadio crítico a través de una intervención rápida y efectiva.

Son aquellas medidas encaminadas a:

- Reducir las secuelas y discapacidades
- Minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y Facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables

5º nivel de prevención 8: Rehabilitación

La prevención terciaria se refiere a las acciones de rehabilitación brindadas a las personas a fin de que puedan utilizar sus capacidades remanentes y de esta manera, reintegrarse a la sociedad. (Modelo de Leavell y Clark, adaptado por Milton Terris (1978).)

Escala Likert

La escala de Likert contiene un número impar de opciones, popularmente se usan cinco o siete y se etiqueta un extremo como muy negativo y el otro como muy positivo, incluyendo una etiqueta de "Neutral" en medio de la escala.

Puedes utilizar frases como: "Muy insatisfecho – Muy satisfecho" o "Totalmente en desacuerdo – Totalmente de acuerdo"; "Bueno-Malo, Bajo-Alto". "Alto, Medio, Bajo".

- Alto

El término alto se emplea cuando se quiere dar cuenta de aquello que resulta ser muy bueno, que no puede ser mejor de lo que es, es decir, alto será el superlativo del término bueno.

- Medio

Según la real academia española es consiguiente de que puede mejorar en dicho tema

- Bajo

La noción de bajo se emplea para aludir a aquello que no es alto de acuerdo al conocimiento y practica del tema en cuestión. Bajo es aquello que no se adapta a las necesidades de alguien o a los requisitos de un proyecto en particular, entre otras posibilidades.

- Muy Bajo

Que no tiene en consideración acerca de los hechos, o que se plantea ante un órgano no competente. No es alto, ni acertado u oportuno en el tema.

IV. Diseño metodológico

A. El tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal

B. Área de estudio

Centro escolar público de la ciudad de León.

C. Población a estudiar

Padres o tutores responsables de los niños y niñas del centro escolar público.

D. Muestra:

Universal

E. Tipo de muestra

No aplica

F. Unidad de análisis

Cada uno de los Padres o tutores responsable de niños que asisten al centro escolar público presentes al momento de la encuesta.

G. Criterios de inclusión y/o exclusión

Inclusión

- Ser padre o tutor responsable de uno de los niños
- Que el padre o tutor desee participar voluntariamente en el estudio.
- Que el padre o tutor asista durante el tiempo de recolección de datos.

H. Fuentes de información

Primaria: Los datos se recolectarán directamente de cada persona.

I. Recolección de datos

Previo a la recolección de datos, se aplicará una prueba piloto aplicada en padres o tutores de niños y niñas que asisten a la clínica niños mártires de ayapal, para dar validez y confiabilidad al instrumento de recolección de datos.

Una vez validado el instrumento se procederá a la recolección de datos propiamente dicha, y se entregará una carta de solicitud de permiso de acceso a las instalaciones del Centro escolar público de León, para ejecutar la recolección de datos. Posteriormente se le explicara a cada padre o tutor la aplicación y el objetivo del estudio con un lenguaje claro y conciso y se aclarara cualquier duda sobre la investigación y su participación.

La encuesta o instrumento de recolección de datos tendrá 10 ítems sobre conocimiento en salud bucal, y 10 ítems sobre prácticas de higiene bucal que aplican los padres o tutores en los niños y niñas, estos ítems recibirán un valor de 0 a 10 puntos para evaluar el nivel de conocimientos y prácticas en cada menor, para determinar la clasificación de estas variables se utilizara la escala de Likert y determinar un conocimiento y practica: bueno de 7-10 respuestas correctas, medio 4-6 respuestas correctas y bajo de 0-3 respuestas correctas.

Aspectos éticos

1) Consentimiento del participante: Todo participante debe consentir en ser sujeto de estudio antes de comenzar el estudio.

2) Confidencialidad y privacidad: La información recogida es confidencial. Nadie, excepto el investigador y sus asociados pueden tener acceso a la información. Al utilizar los datos, el investigador debe asegurarse que nadie identifique, o relacione la información con el participante.

3) Principios: El investigador es responsable de conducir el estudio con honestidad, responsabilidad y prudencia. En estudios donde hay riesgos para el participante, el investigador debe de establecer un acuerdo con estos estableciendo las responsabilidades del investigador y el participante.

4) Autonomía: Principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección.

5) Veracidad: Principio sencillo, en esencia el más vulnerado en la investigación científica. La regulación aclara que: —No incluye el error o las diferencias honestos en la interpretación o juicio de los datos^{ll}. La palabra honestidad, sinónimo de verdad, nos invita a presentar a las autoridades la información sin ser manipulada.

6) No maleficencia: se refiere a la obligación de evitar hacer daño a otros.

7) Beneficencia: Consideramos este principio, pues buscamos con el desarrollo del proyecto actuar en beneficio de otros.

J. Análisis de resultados

Una vez recolectados los datos, se procederá a ingresarlos en una base de datos SPSS versión 21, para obtener tablas de frecuencia, cruzadas y pruebas estadísticas que permitan determinar si existe relación y dependencia de variables.

V. Análisis de resultados

Tabla #1: Sexo

Sexo de los padres o tutores de los niños y niñas		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	20	55.6
Masculino	16	44.4
Total	36	100.0

El sexo que más prevaleció fue el femenino con el 55.6%

Tabla #2: Grupo de Edades

Grupo de edades de los padres o tutores		
Grupo de edades	Frecuencia	Porcentaje
18-28	9	25.0
29-38	11	30.6
39-48	7	19.4
49-58	6	16.7
59-68	1	2.8
69-78	1	2.8
79 a mas	1	2.8
Total	36	100.0

El grupo de edades que más se observó fue 29-38 años con el 30.6%

Tabla #3: Escolaridades

Escolaridad de los padres o tutores responsables de los niños y niñas		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	3	8.3
Secundaria	17	47.2
Universidad	16	44.4
Total	36	100.0

La escolaridad que más prevaleció fue secundaria con un 47.2%.

Tabla #4: Procedencia

Procedencia de los padres o tutores de los niños y niñas del CDI.		
Zona geográfica	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	26	72.2
Rural	10	27.8
Total	36	100.0

El grupo con procedencia urbana prevaleció con un 72.2%

Tabla #5: nivel de conocimiento según sexo

Sexo del tutor	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL			
	Bajo	Medio	Alto	Total
Femenino	9	9	2	20
	45.0%	45.0%	10.0%	100.0%
Masculino	10	6	0	16
	62.5%	37.5%	0.0%	100.0%
Total	19	15	2	36
	52.8%	41.7%	5.6%	100.0%

Se observó un nivel de conocimiento en salud bucal alto con un 10% del sexo femenino, medio del 45% y bajo del 45%. En el sexo masculino se observó un 62.5% con conocimiento bajo y un 37.5% medio. La mayoría de encuestados fueron del sexo femenino.

Tabla #6: Nivel de conocimiento según escolaridad

Escolaridad del tutor	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL			
	Bajo	Medio	Alto	Total
Primaria	3	0	0	3
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Secundaria	10	6	1	17
	58.8%	35.3%	5.9%	100.0%
Universidad	6	9	1	16
	37.5%	56.3%	6.3%	100.0%
Total	19	15	2	36
	52.8%	41.7%	5.6%	100.0%

Se observó un nivel de conocimiento de salud bucal bajo en un 100% en personas con escolaridad primaria, también bajo con un 58.8% en escolaridad secundaria y medio con un 56.3% en escolaridad universitaria. Solo la escolaridad secundaria con un 5.9% y universitaria con un 6.3% demostraron conocimientos altos en salud bucal.

Tabla #7: Nivel de conocimiento según procedencia

Procedencia del tutor	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL			
	Bajo	Medio	Alto	Total
Zona urbana	11	13	2	26
	42.3%	50.0%	7.7%	100.0%
Zona rural	8	2	0	10
	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%

Total	19	15	2	36
	52.8%	41.7%	5.6%	100.0%

Se observó un nivel de conocimiento de salud bucal medio en la zona urbana con un 50% y bajo en la zona rural con un 80%.

Tabla #8: Nivel de conocimiento según edad

Edad del tutor	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL			
	Bajo	Medio	Alto	Total
18-28	2	4	0	6
	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
29-38	4	4	0	8
	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
39-48	2	3	1	6
	33.3%	50.0%	16.7%	100.0%
49-58	1	4	1	6
	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%
59-68	1	0	0	1
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
69-78	1	0	0	1
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total	11	15	2	28
	39.3%	53.6%	7.1%	100.0%

Se observó un nivel de conocimiento alto en edades de 39-48 y 49-58 años con un 16.7%

Tabla #9: Nivel de práctica según sexo

Sexo del tutor	NIVEL DE PRACTICAS EN SALUD BUCAL		
	Bajo	Medio	Total
Femenino	15	5	20
	75.0%	25.0%	100.0%
Masculino	12	4	16
	75.0%	25.0%	100.0%
Total	27	9	36
	75.0%	25.0%	100.0%

Se observó un nivel de práctica de salud bucal bajo con un 75% tanto en el grupo femenino como masculino. Siendo las mujeres las más encuestadas.

Tabla #10: Nivel de práctica según escolaridad

Escolaridad del tutor	NIVEL DE PRACTICAS EN SALUD BUCAL		
	Bajo	Medio	Total
Primaria	3	0	3
	100.0%	0.0%	100.0%
Secundaria	12	5	17
	70.6%	29.4%	100.0%
Universidad	12	4	16
	75.0%	25.0%	100.0%
Total	27	9	36
	75.0%	25.0%	100.0%

Se observó un nivel de práctica de salud bucal bajo en personas con escolaridades de primaria con un 100%, secundaria con un 70.6%, universitaria con un 75%.

Tabla #11: Nivel de práctica según procedencia

Procedencia del tutor	NIVEL DE PRACTICAS EN SALUD BUCAL		
	Bajo	Medio	Total
Zona urbana	20	6	26
	76.9%	23.1%	100.0%
Zona rural	7	3	10
	70.0%	30.0%	100.0%
Total	27	9	36
	75.0%	25.0%	100.0%

Se observó el nivel de práctica de salud bucal bajo con un 76.9% en zona urbana y con un 70% en zona rural.

Tabla #12: Nivel de práctica según edad

Edad del tutor	NIVEL DE PRACTICAS EN SALUD BUCAL		
	Bajo	Medio	Total
18-28	8	1	9
	88.9%	11.1%	100.0%
29-38	7	4	11
	63.6%	36.4%	100.0%
39-48	5	2	7
	71.4%	28.6%	100.0%
49-58	5	1	6
	83.3%	16.7%	100.0%
59-68	1	0	1
	100.0%	0.0%	100.0%
69-78	0	1	1
	0.0%	100.0%	100.0%
79 a mas	1	0	1
	100.0%	0.0%	100.0%
Total	27	9	36
	75.0%	25.0%	100.0%

Se observó un nivel de prácticas de salud bucal medio en edades de 18-28 años con un 11.1%, 29-38 años con un 36.4%, 39-48 años con un 28.6% y 49-58 años con un 16.7%.

Tabla #13: Nivel de conocimiento de la salud bucal

Nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres o tutores de los niños		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	34	94.4
Medio	2	5.6
Total	36	100.0

Se observó un nivel de conocimiento de la salud bucal bajo con un 94.4%

Tabla #14: Nivel de práctica en higiene oral

Nivel de prácticas de higiene bucal en padres o tutores de los niños		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	27	75.0
Medio	7	19.4
Alto	2	5.6
Total	36	100.0

Se observó un nivel bajo de prácticas en la higiene oral con un 75%.

Tabla #15: Asociación del nivel de conocimiento de salud bucal y el nivel de práctica de la higiene oral.

Pruebas de chi-cuadrado	
	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.017

Existe asociación de variables ya que el valor de p es 0.017

VI. Discusión de los resultados

Los padres o responsables de los niños y niñas, son los que en el hogar contribuyen a la higiene y salud bucal de los menores quienes por su edad son seres dependientes, esta investigación tiene por objetivo asociar los conocimientos que tienen los padres con las prácticas de higiene bucal que aplican en los niños y niñas.

En los resultados se observó, que de 36 padres el 55.6% corresponden al sexo femenino del total de la población, el 72.2% pertenecen al área urbana de la ciudad, el grupo de edad más frecuente fue entre 29 a 38 años, una población joven, en cuanto a las actitudes escolares se observó que el 44.4% llegó a cursar la universidad, el 47.2% la secundaria y el 8.3% la primaria. Se observó un nivel de conocimiento alto en edades de 39-48 y 49-58 años con un 16.7%

Se observó un nivel de conocimiento en salud bucal alto en el 10%, 45% conocimiento medio y 45% conocimiento bajo que corresponden al sexo femenino. En el sexo masculino se observó un 62.5% con conocimiento bajo y un 37.5% medio. La mayoría de encuestados fueron del sexo femenino. En cambio, un nivel de práctica de salud bucal bajo con un 75% tanto en el sexo femenino y masculino.

Estos resultados tienen relación con un estudio realizado por Kelita Mercedes Vilchez Baca en Florencia De Mora, La Libertad (2015), en el cual se investigó el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de niños en educación primaria. Se evaluó un nivel de conocimiento según sexo donde se observó que el mayor porcentaje (43.75%) correspondía al sexo femenino, ubicándose en un rango regular, esto se debe posiblemente a que son las madres quienes se involucran más con el cuidado de los niños y niñas y desde el embarazo reciben educación en salud bucal para los niños desde el nacimiento, momento donde se implementa la higiene bucal.

Se observó un nivel de conocimiento de salud bucal medio del 50% en la zona urbana, conocimiento bajo en el 42.3% y conocimiento alto en el 7.7% de la población de estudio y conocimiento bajo en la zona rural en el 80% de la población. En cuanto a la procedencia, en un estudio realizado por Miguel Ángel Meléndez García en UNAN-Managua (2005-2007) donde se investigó los conocimientos y hábitos en higiene bucal

de usuarios que acuden a la clínica Odontológica del Centro de salud de Bluefields, se observó que la mayor parte de los entrevistados eran del área urbana con un 72%, lo que pone de manifiesto la falta de accesibilidad de la población rural hacia los servicios públicos de salud oral.

Se observó un nivel de conocimiento de salud bucal bajo en un 100% en personas con escolaridad primaria, también bajo con un 58.8% en escolaridad secundaria y medio con un 56.3% en escolaridad universitaria. Solo la escolaridad secundaria con un 5.9% y universitaria con un 6.3% demostraron conocimientos altos en salud bucal. Lo cual se relaciona con los resultados de nivel de práctica de salud bucal, en los cuales se obtuvo un nivel de práctica bajo en personas con escolaridades de primaria con un 100%, secundaria con un 70.6%, universitaria con un 75%, pero de ninguno de los grupos tuvo un nivel de práctica alto.

En cuanto a nivel de conocimiento estos presentaron conocimientos medios en el 94.4% de la población y conocimientos bajos con un 5.6% de la población de estudio. Este estudio difiere en relación con un estudio nacional realizado por Cynthia Gonzales en donde se obtuvo como resultado que el 53.1% presentó conocimientos buenos sobre higiene oral, el 28.1% conocimientos regulares y el 18.8% conocimientos malos.

Considerando que los resultados obtenidos de ambos estudios difieren debido a la localización porque el estudio de Minerva Gonzales fue realizado en las clínicas de Odontopediatría, en las cuales los padres o tutores por la visita constante a la clínica tienen mayor disponibilidad de información y ayudas para el mejor desempeño de técnicas para su salud oral a diferencia de este estudio realizado en la escuela pública de León, donde se observa un nivel medio de conocimientos en salud bucal, pero de la misma manera en este estudio no deja de ser interesante la necesidad de realizar estrategias para mejorar la educación, aprendizajes en salud oral en los padres o responsables de familias.

En cuanto a nivel de prácticas en higiene oral se obtuvo que un 75% presentó un nivel de práctica bajo, un 19.4% presentó un nivel de práctica medio y un 5.6% un nivel de práctica alto. A diferencia de un estudio de Johana Pérez, sobre la relación entre conocimientos y prácticas de padres o cuidadores sobre salud bucal de niño de tres a

cinco años de edad que pertenecen al educativo inicial número 120 “Casuarinas”, 2017 Lima, Perú. Donde los encuestados obtuvieron un nivel de practica bueno con un 91.5%, medio con 6.4% y bajo con un 2.1%.

Hooley, en el año 2012 encontró una relación estadísticamente significativa entre conocimientos de los padres y caries dental en sus niños, afirmando que los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, influyen en las conductas de sus hijos. Estos resultados se pueden explicar por la falta de tiempo de algunos padres para dedicarse al cuidado de sus niños, pues a pesar de tener buenos conocimientos sobre salud bucal, eso no se ve reflejado en sus prácticas.

También se realizó un cruce de variables, para observar la asociación entre el nivel de conocimiento con las prácticas en salud oral de padres o tutores de niños que asisten a un centro escolar público de León. Para ello se hizo la prueba de estadística significativa chi-cuadrado la cual establece que existe asociación significativa con valor de 0.017, por lo cual se puede afirmar que el nivel de conocimiento si influye en la práctica que aplican los padres o tutores responsables de los niños en su salud bucal.

VII. Conclusiones

El grupo poblacional que se observó con más frecuencia eran del sexo femenino con más de la mitad de la población, el grupo de edades de 29 – 38 años, el nivel de escolaridad con mas frecuencia fue secundaria en un 47.2% y con procedencia de la zona urbana con mas de la mitad de la población.

El nivel de conocimiento según sexo femenino y masculino tienen un conocimiento medio y bajo en mas de la mitad de la población, de acuerdo al grupo de edades de 18 a 48 años tienen un conocimiento medio y de 49 años a mas se observa un conocimiento bajo, según el nivel de escolaridad primaria y secundaria tienen un nivel de conocimiento bajo, y los que tienen nivel universitario tienen conocimiento medio y según la procedencia la zona urbana tiene un nivel de conocimiento medio y bajo en la zona rural.

Existe asociación en el nivel de conocimiento con el nivel prácticas que realizan de higiene bucal en los niños y niñas.

VIII. Recomendaciones

- Los estudiantes deberán realizar actividades que transmitan conocimientos acerca de los beneficios de tener buena salud bucodental tanto a padres responsables de los niños y niñas así como a estos mismos en las escuelas, hogares y centros de atención en salud.
- Utilizar este documento como referente para continuar actualizaciones de datos en futuras investigaciones

IX. Referencias bibliográficas

1. Alejandro Pavez Salazar, (2000). Modelo de implantación de gestión del conocimiento y tecnologías de información para la generación de ventajas competitivas. Documento pdf, recuperado 20 de octubre 2002, disponible en www.gestiondelconocimiento.com/tesis.htm
2. Vázquez, G. (1982) El principio curricular de la relación entre la teoría y la práctica. Aplicación a la formación de profesores y de pedagogos, p. Bordón
3. Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS Informe sobre Salud en el mundo-2008.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf)
4. Servicio Andaluz de salud, consejería de salud, hospital universitario Reina Sofia.
5. Campos Lawder JA, Mendes YB, Da Silva LC, Andrade KC, Rocha LM, Rogalla TM et al. Conhecimento e Práticas em Saúde Bucal Entre Usuários de Serviços Odontológicos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2008; disponible en: Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
6. OMS, Determinantes sociales de la salud 2016.
7. Corchuelo J. Sensibilidad de un Nuevo indicador de placa dental de uso comunitario para el monitoreo de programas dirigidos a grupos del plan de atención básica y el POS. Memorias VII Encuentro Nacional de Investigación Odontológica de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO- Universidad Autónoma de Manizales 1996.
8. Leverett DH, et ai. 1983. Use of sealants in the prevention and treatment of early carious lesions. ADA
9. Muñoz S.J. Higiene bucodental. Pastas dentífricas y enjuagues bucales. Dermofarmacia. Ámbito farmacéutico. [sede Web]. España: Doyfarma.com;2000 - [actualizada el 27 de febrero de 2008; acceso 18 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.doymafarma.com>
10. Periodoncia para el higienista dental (sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual) 2005.

11. - Garrote A. Enfermedades bucales y productos para la higiene bucodental. Ámbito farmacéutico. Madrid: Doyfarma.com; 2000 - [actualizada el 27 de febrero de 2008; acceso 30 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.doymafarma.com>
12. Zambrano Looor CJ. "Bass modificada y Stillman modificada; Eficacia en reducción de placa bacteriana, escolares unidad educativa #408, Guayaquil 2014." [Guayaquil, Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
13. World Health Organization. Oral health. [citado el 2 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
14. Revista: Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, Prensa Médica Latinoamericana, 2011
15. Veronesi, I.M. Ministerio de Salud. Santa Fé. Argentina. 2005
16. Cabrera GA. Teorías y modelos en salud pública. Trabajo original para ascenso a la categoría de Profesor Titular del Escalafón Docente de la República de Colombia. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, Julio 2007
17. Sánchez J. Marco conceptual de la promoción y educación para la salud. En: Marqués F, Sáez S, Guayta R, editores. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Editorial UOC: Barcelona 2004:
18. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) www.aapd.org Folleto informativo para padres: www.aapd.org/pediatricinformation/brochurelist.asp Evaluación de riesgo de caries. Disponible en: (CAT) www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/RS_CAT.pdf
19. Escalas de valoración, D.R. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, México 2010.
20. Universidad central del Ecuador, facultad de odontología, carrera de odontología , descontaminación de cepillos dentales de niños de CIBV.
21. RODRIGUEZ, Rodrigo. Las diferentes técnicas para cepillar los dientes, España: Toledo, 01 JUN 2002 ,Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/tecnicas-para-cepillar-los-dientes/>
22. Jaramillo, Esmeralda. Técnica de cepillado dental. México: Toledo, 29 OCT 2009. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/uso-cepillo-dental>

23. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2016) Orientaciones técnicas para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia. 2da Edición
24. Farmacia Álvarez. Higiene dental 2011, disponible en: <http://www.farmaciaalvarez.es/Higiene-dental/Higienedental.html>)
25. Dra. Verónica Rodríguez, 2012 <https://odverorodriguez.com/cual-es-tu-tecnica-de-cepillado/>.
26. Jhoana Victorio-Pérez ,Wilfredo Mormontoy Laurel, Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla, Lima, Perú, 2019.
27. Vilchez Baca, Kelita Mercedes, “ Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de niños de educación primaria en la institución educativa particular “CIRO ALEGRIA” Florencia de Mora, La Libertad, 2015”.

X. Anexos

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León

Facultad de Odontología

Director (a) de centro escolar público Rubén Darío

Estimado director (a):

Junto con saludar, tengo el agrado de dirigirme a Ud. para solicitar su colaboración en la realización de nuestro trabajo de investigación “Nivel de conocimiento y práctica de salud bucal que aplican los padres o tutores en los niños y niñas que asisten a un centro escolar público de la ciudad de León, junio- julio 2022.” para poder optar al título de cirujano dentista, que consiste en una tesis de investigación con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento y práctica de salud bucal de padres o tutores en los niños y niñas que asisten a un centro escolar público de la ciudad de León.

El centro escolar bajo su dirección ha sido seleccionado como parte de este estudio razón por la cual se solicita a Ud. y su equipo colaborador apoye el desarrollo de esta actividad con el fin de contribuir a obtener datos para determinar el conocimiento y la práctica de la salud bucal que tienen los padres y así implementar estrategias que ayuden a mantener o mejorar el nivel de educación en salud bucal. Los datos obtenidos serán para fines de investigación y no revelarán la identidad del centro escolar y los padres o responsables.

Esperando contar con su colaboración y quedando atenta a todas sus consultas, le saluda atentamente:

Marileth Solís Reyes, Zharely José Narváez y Nachiry Josebeth Narváez, estudiantes de V año de Odontología.

La investigación estará dirigida por el Dra. Marlen Balmaceda Trujillo profesora activo de la facultad de Odontología UNAN-León.

Tutora: Dra. Marlen Balmaceda Trujillo.

Secretaria Académica:

Dra. Samantha Espinoza.

ENCUESTA

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León

Facultad de Odontología



Entrevista dirigida a padres o tutores responsables de niños que asisten al centro escolar público.

Somos estudiantes de la carrera de Odontología de la universidad UNAN-León, estamos realizando nuestra investigación monográfica Titulada “Nivel de conocimiento y prácticas de salud bucal que aplican los padres o tutores responsables de niños y niñas que asisten al centro escolar público de la ciudad de León, junio-julio 2022.

Para ello les solicitamos de manera voluntaria que por favor contesten las siguientes preguntas de manera honesta. Esta encuesta mantendrá por completo el anonimato de quien la conteste.

Ficha #: _____ Sexo: _____ Edad _____ Procedencia: Urbana _____ Rural _____

Nivel de Escolaridad:

Primaria____. Secundaria____. Universitario_____.

1. ¿sabe usted desde qué edad se debe hacer la higiene bucal en un niño o niña?

- 1) Desde que sale el primer diente
- 2) Hasta que salgan sus dientes permanentes
- 3) Hasta que los dientes de leche estén completos
- 4) Desde que nace el niño o niña
- 5) Ninguna de las anteriores

2. ¿sabe usted con qué frecuencia se debe cepillar los dientes a los niños y niñas?

- 1) Una vez al día.

- 2) Dos veces al día.
- 3) Tres veces al día.

3. ¿sabe usted qué tipo de cepillo es ideal para un buen cepillado de dientes en los niños y niñas?

- 1)Cerdas suaves
- 2) Cerdas duras
- 3) Mixtas

4. ¿Conoce usted alguna de estas técnicas de cepillado dental?

- 1). Rotacional (se cepillado de manera circular)
- 2) La de barrido(se cepillado de adentro hacia fuera
- 3) ambas técnicas
- 4) Ninguna

5. ¿Qué otras ayudas de higiene bucal conocen para los niños?

- 1) Enjuague bucal
- 2) Hilo dental
- 3) Todas las anteriores
- 4) Ninguna

6. ¿Cuántas veces usted le cepilla los dientes al niño o niña?

- 1. Después de cada comida
- 2. 1 o 2 veces al día
- 3. 3 veces al día
- 4. Solo por las noches.
- 5. Cuando lo recuerdo

7. ¿usted utiliza hilo dental para limpiarle los dientes a al niño o niña?

- 1. Si
- 2. No

3. A veces

8. ¿Cada cuánto le cambia usted el cepillo de dientes a su niño?

- 1) Cuando las cerdas o pelitos se dañan
- 2) Cuando se pierde
- 3) Cada 3 meses
- 4) Si le da gripe o una enfermedad viral
- 5) No se lo cambia

9. ¿Utiliza enjuague bucal para limpiar la boca de su niño o niña?

- 1) Si
- 2) No

10. ¿utiliza pasta de diente ideal para la edad de su niño o niña?

- 1) Si
- 2) No

Operalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Valores	Escala
Sexo	Características físicas, orgánicas y biológicas que diferencian a los seres vivos.	*Ced. De identidad *Rasgos físicos.	*Femenino *Masculino	Nominal
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	*Ced. De identidad	< de 20 años 20-25 años 25-30 años 30-35 años 35-40 años 40 < más años	Ordinal
Escolaridad	Tiempo de duración en el cual un alumno asiste a acreditar sus estudios en algún centro de enseñanza o escuela.	Encuesta	Primaria (culminada) Bachiller Universitario	Nominal
Procedencia	Área geográfica de	Encuesta	Zona urbana Zona rural	Nominal

	nacimiento o vivienda.			
Nivel de conocimiento en salud bucal	Cantidad o alcance que tuvo para aprender sobre salud oral.	Respuesta del encuestado	Alto 3 a 5 respuestas correctas Medio 1 a 2 respuestas correctas Bajo 0 respuestas correctas	Ordinal
Nivel de practicas de higiene oral	Cantidad de prácticas que ha llegado a aprender y desempeñar para su salud oral.	Respuesta del encuestado (en dependencia de cuáles y cuántas prácticas de higiene bucal realiza)	Alto 3 a 5 respuestas correctas Medio 1 a 2 respuestas correctas Bajo 0 respuestas correctas	Nominal