

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Odontología

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE HIGIENE ORAL EN PADRES DE NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS EN RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL

Madrid, curso académico 2024/2025

RESUMEN

Introducción: el presente trabajo de investigación aborda un estudio sobre el conocimiento y prácticas de higiene oral en padres con hijos de entre 3-6 años. Para ello, se diseñó una encuesta centrada en hábitos de cepillado, alimentación y medidas preventivas. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral y prevención de caries entre los padres. **Metodología:** se realizó un estudio observacional y descriptivo mediante una encuesta estandarizada compuesta por 15 preguntas cerradas, aplicada a una muestra de 95 participantes. **Resultados:** la mayoría de los padres indicaron que sus hijos se cepillan dos o más veces al día y reconocen que la salud oral repercute en la salud general del individuo. No obstante, se observaron deficiencias en aspectos preventivos como el conocimiento sobre el uso del flúor, la dieta no cariogénica, la supervisión del cepillado y los tratamientos preventivos. **Conclusión:** los resultados reflejan un conocimiento general básico en higiene oral y carencias en la prevención bucodental. Se destaca la necesidad de reforzar la educación sobre el uso del flúor, la dieta, la supervisión del cepillado y la importancia de las visitas tempranas al dentista.

PALABRAS CLAVE

Odontología; Caries dental; Higiene oral; Salud bucal infantil; Prevención dental.

ABSTRACT

Introduction: this research study analyzes the oral hygiene knowledge and practices of parents who have at least one child between the ages of 3 and 6. To this end, a survey was designed focusing on brushing habits, diet, and preventive treatments. **Objective:** to determine the level of knowledge on oral hygiene and dental caries prevention among parents. **Methodology:** an observational and descriptive study was conducted using a standardized questionnaire consisting of 15 closed-ended questions, administered to a sample of 95 participants. **Results:** most parents reported that their children brush their teeth two or more times per day and acknowledged that oral health has an impact on overall health. However, deficiencies were observed in key preventive aspects such as knowledge about fluoride, non-cariogenic diets, supervision of brushing, and awareness of preventive treatments. **Conclusion:** the results reflect a basic general knowledge of oral hygiene and notable gaps in preventive practices. It is essential to reinforce education on fluoride use, dietary habits, brushing supervision, and the importance of early dental visits.

KEY WORDS

Dentistry; Dental caries; Oral hygiene; Child Oral Health; Dental Prevention.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Importancia de la salud bucodental en la infancia	1
1.2 ¿Qué es la caries dental y cómo se produce?	2
1.3 Prevención	3
1.3.1 Uso del Flúor	3
1.3.2 Dentífricos Fluorados	3
1.3.3 Flúor Tópico Profesional	3
1.3.4 Cepillado	4
1.3.5 Higiene Interproximal	4
1.3.6 Selladores de fosas y fisuras	5
1.4 El rol de los padres en la higiene oral infantil	5
1.5 Justificación	6
2. OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo General y Objetivos Específicos	7
2.2 Pregunta de investigación	7
2.3 Hipótesis	7
3. MATERIALES Y MÉTODOS	8
3.1 Tipo y diseño de estudio:	8
3.2 Criterios de inclusión:	8
3.3 Criterios de exclusión:	8
3.4 Intervención:	8
3.5 Método de recolección de datos:	8
3.6 Aspectos éticos:	9
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSIÓN	18
6. CONCLUSIONES	22
7. SOSTENIBILIDAD	22
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
9. ANEXOS	26

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Importancia de la salud bucodental en la infancia

La salud bucodental es un pilar fundamental del bienestar general y desempeña un papel crucial en el desarrollo físico, social y emocional de los niños (1).

La Organización mundial de la salud define la Salud bucodental como *‘el estado de boca, los dientes y las estructuras bucofaciales que permite a las personas realizar funciones básicas, como comer, respirar y hablar, y afecta a las dimensiones psicosociales, como la confianza en uno mismo, el bienestar, y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad ni vergüenza’* (2). *La salud bucodental varía a lo largo de la vida, desde la edad temprana hasta la vejez, es parte integral de la salud general y ayuda a las personas a participar en la sociedad y alcanzar su potencial* (2).

Uno de los principales problemas de salud oral en la infancia es la caries dental. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) realizada en 2017, en la población infantil, el 21,0% de los sujetos presenta una obturación realizada, al 10,3% le han extraído alguna pieza, el 9,2% presenta caries y al 4,0% presentan sangrado de encías (3). Por último, el 79,6% no presenta ninguna patología (3).

A nivel mundial, la caries es más frecuente en poblaciones más desfavorecidas, en ello juega un papel crucial los factores socioeconómicos, relacionado con el acceso a la atención primaria en salud bucodental (4,5). Esto es debido a que las familias con menores recursos económicos tienen menor probabilidad de acudir a los servicios odontológicos, lo que aumenta la desigualdad en la prevención y el tratamiento de enfermedades bucales (5).

Por esta razón, es de gran importancia analizar el conocimiento y las prácticas de higiene oral en padres, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico y sus implicaciones en la salud dental de sus hijos (3).

1.2 ¿Qué es la caries dental y cómo se produce?

La caries dental se considera una enfermedad prevenible, no transmisible de origen microbiano (6,7). La principal bacteria implicada en el proceso de la caries es el *Streptococcus Mutans* (8). Estos microorganismos presentes en nuestra saliva metabolizan los carbohidratos que ingerimos en la dieta, como consecuencia generan ácidos causando una bajada del pH de la cavidad bucal a 5,5 produciendo la desmineralización de la hidroxiapatita presente en el esmalte, provocando la pérdida de tejido dental y dando lugar a la formación de caries (8,9). Es un proceso dinámico que consta de períodos de desmineralización y remineralización, siendo la caries reversible en sus etapas iniciales debido a la difusión de calcio y fosfato presentes en la saliva, además de la administración tópica de flúor para acelerar el proceso (6,8).

Al ser la caries una enfermedad multifactorial, son varios determinantes que afectan a esta patología (6). Los principales factores asociados a la caries dental son los microorganismos presentes en la saliva, los carbohidratos ingeridos en la dieta, la placa bacteriana y el tiempo (6). No obstante, debemos contemplar otros factores más específicos que influyen en la presentación de caries, estos son la morfología dentaria, la erupción y maduración dental, el desarrollo dentario y el desarrollo intelectual del niño (10).

En la dentición temporal, la caries aparece con mayor frecuencia en los primeros y segundos molares, seguido de incisivos y caninos superiores (6). Respecto a los incisivos inferiores, no es común que presenten caries, debido a los constantes movimientos de la lengua y la distribución de la saliva, la cual favorece una defensa natural (6). Si un niño presenta caries en los incisivos inferiores es un indicador de un paciente con un riesgo extremo de caries (6).

1.3 Prevención

La prevención es esencial para reducir el riesgo de caries en la infancia (1,11). Un control en la prevención de las posibles patologías causadas por la caries, puede minimizar el riesgo de desarrollar patologías sistémicas en la vida adulta (1,12). Perder prematuramente un diente puede provocar alteraciones en la oclusión de la dentición temporal y permanente, produciendo movimientos dentarios y maloclusiones esqueléticas, las cuales pueden evitarse impidiendo las pérdidas dentarias prematuras (6). Además, otras funciones como la deglución o la fonación pueden verse negativamente afectas por la ausencia de estos dientes (6).

1.3.1 Uso del Flúor

Los compuestos fluorados han demostrado reducir la prevalencia de caries a nivel mundial y contribuir en el proceso de remineralización del esmalte, siendo seguro y eficaz cuando se utiliza adecuadamente (9,13). Su administración debe basarse en el riesgo individual de caries, seleccionando el tipo y la frecuencia, ya sea mediante pastas dentales, barnices, geles o colutorios (14).

1.3.2 Dentífricos Fluorados

Durante el cepillado dental en la infancia, se deben usar dentífricos fluorados con una concentración de 1000 ppm desde la erupción del primer diente temporal hasta los 6 años (11,13–15). A partir de esta edad la concentración de flúor debe ser de 1450 ppm (14,15). Además, para los niños con un riesgo muy alto de caries o que presenten hipomineralización del esmalte, existen pastas dentales con más de 1500 ppm de flúor, las cuales serán recomendadas por el odontólogo en caso de que lo considere necesario (11,15).

Ppm= partes por millón.

1.3.3 Flúor Tópico Profesional

En la consulta dental podemos aplicar dos tipos de flúor tópicos, flúor en cubeta y flúor en barniz (11,16,17). Estos han demostrado prevenir las lesiones de caries significativamente e incluso remineralizar lesiones incipientes de caries, tanto en dientes permanentes como en dientes temporales (15,17).

El componente principal del gel en cubeta es el fluorofosfato acidulado (APF), el cual contiene 12.300 ppm, es decir, un 1,23% de flúor (11). En los menores de 6 años está completamente contraindicado el gel en cubeta, debido a la probabilidad de ingesta

por parte de los niños (15). En mayores de 6 años puede ser aplicado de 2 a 4 veces por año, dependiendo del riesgo de caries que presente (6,15,17).

El barniz de flúor está compuesto por fluoruro sódico al 5%, contiene una cantidad de 22.600 ppm de ion flúor (11,18). Se puede aplicar en todos los niños mayores a 2 años y también puede ser aplicado hasta 4 veces al año si existe una alta probabilidad de padecer caries (15,18).

1.3.4 Cepillado

El cepillo dental infantil debe tener un tamaño de cabezal apropiado para el tamaño de la boca del niño, asimismo, las cerdas tienen que ser de nylon, suaves y blandas (6,11). A partir de los 6 años ya se podrá utilizar un cepillo de cerdas medias (11).

Existen dos tipos de cepillos, los manuales o eléctricos, estos últimos han demostrado ser más eficaces tanto en niños como adultos para la remoción de placa bacteriana (19). Los niños de edades temprana presentan poca destreza manual, por esta razón les costará más realizar el cepillado con un cepillo manual y no lograrán tener resultados tan efectivos con respecto a la remoción completa de la placa bacteriana, aunque, algunos autores recomiendan usar un cepillo manual hasta los 10 años para mejorar la habilidad manual durante el cepillado (11,19).

En cuanto a la cantidad de pasta dental fluorada usada durante el cepillado, en los menores de 3 años únicamente vamos a rozar las cerdas del cepillo con la pasta dental fluorada (correspondería aproximadamente al tamaño de un grano de arroz), entre los 3 y 6 años se debe utilizar la cantidad de pasta del tamaño de un guisante y a partir de los 6 años, la cantidad adecuada de pasta dental fluorada será parecido al tamaño de un garbanzo (15,18).

1.3.5 Higiene Interproximal

El uso del hilo dental está indicado cuando existan contactos interdetales, de esta manera eliminamos los restos de comida depositados entre los dientes y prevenimos la formación de caries interproximales (6,11). Los portahilos son instrumentos fáciles y cómodos de usar para los padres como para los niños (11). Cuando tengan una edad más avanzada, se podrá optar por el uso de seda dental (6,11).

1.3.6 Selladores de fosas y fisuras

En la consulta odontológica podemos aplicar selladores a base de resina, en las fosas y fisuras de los molares permanentes en los niños con alta susceptibilidad de caries, de esta manera logramos que la placa bacteriana no se deposite directamente sobre los surcos y comience el proceso de desmineralización (6,18,20).

1.4 El rol de los padres en la higiene oral infantil

Es fundamental el conocimiento de las técnicas de higiene oral por parte de los padres, ya que son los responsables de transmitir estos conocimientos e inculcar hábitos de higiene oral en sus hijos (21). Gracias a ello podemos prevenir la aparición de gingivitis, lesiones cariosas y otras patologías bucodentales (11,21).

Los padres deberán supervisar y realizar una correcta remoción de dicha placa para garantizar una higiene adecuada (6,11). Entre los 3 y 6 años los niños pueden realizar su cepillado para adquirir una rutina, sin embargo, la remoción de placa será insuficiente debido a la escasa habilidad manual, por lo tanto, los padres deberán repasar el cepillado dental y realizar la higiene interproximal (6,11).

Entre las recomendaciones a seguir se encuentra un cepillado mínimo de dos veces al día durante dos minutos, usar el hilo dental mínimo una vez al día (preferiblemente por la noche), además de una supervisión por parte de los padres hasta aproximadamente los 8 años, ya que a esta edad se considera que el niño tiene buena habilidad práctica (6,11).

Es importante que los padres vigilen a su hijo/a mientras se cepillan los dientes, para asegurar que no ingieran la pasta dental y usen una cantidad adecuada, de esta manera evitaremos intoxicaciones crónicas o agudas por ingesta de exceso de flúor (9).

1.5 Justificación

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene como objetivo analizar el nivel de conocimiento y las prácticas de higiene oral en padres con niños de entre 3 y 6 años, con el fin de evaluar los hábitos de higiene oral en sus hijos, la frecuencia de ingesta de alimentos cariogénicos, las creencias respecto a la etiología de la caries dental y el grado de implicación en la salud bucodental de sus hijos.

Este trabajo aspira a contribuir al desarrollo de iniciativas que promuevan la educación sobre la salud bucodental desde la infancia. Los resultados obtenidos permitirán identificar las carencias en el conocimiento de higiene oral en los padres y poder así diseñar estrategias preventivas específicas para abordar el desconocimiento, contribuyendo en la prevención de enfermedades bucodentales desde edades tempranas. Al enfocarnos en la educación de los padres, se pretende mejorar la calidad de vida tanto de los niños como de los propios adultos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General y Objetivos Específicos

Objetivo General: Evaluar el conocimiento y prácticas de higiene oral de padres con niños comprendidos entre las edades de 3 a 6 años.

Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre caries y prevención entre los padres.
- Identificar las prácticas de higiene oral que realizan en casa.

2.1 Pregunta de investigación

Se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento y cuáles son las prácticas de higiene oral infantil que realizan los padres de niños de entre 3 y 6 años?

2.3 Hipótesis

Hipótesis nula (H_0): Los padres no presentan deficiencias significativas en su conocimiento ni en sus prácticas de higiene oral infantil.

Hipótesis alternativa (H_1): Los padres presentan un conocimiento muy limitado respecto a la higiene oral infantil, y las prácticas que realizan con sus hijos se centran en acciones básicas, como el cepillado dental diario, sin profundizar en factores importantes como el uso de flúor, la higiene interproximal, la dieta y la supervisión o repaso del cepillado.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo y diseño de estudio:

El presente estudio observacional transversal analizó un total de 95 encuestas de las 150 repartidas a padres con niños con edades comprendidas entre los 3 y 6 años. El cuestionario era anónimo y constaba de 15 preguntas de respuestas múltiples y cerradas. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y se han seguido los principios éticos establecidos. La encuesta y el consentimiento han sido diseñados por la aplicación de “Canva” y “Microsoft forms”.

3.2 Criterios de inclusión:

Padre o Madre que tengan al menos un hijo/a con edad comprendida entre 3 y 6 años.

3.3 Criterios de exclusión:

Padre o Madre con un hijo/a mayor a 6 años.

Padre o Madre con un hijo/a menor a 3 años.

Padre o Madre que no firme el consentimiento informado.

Adultos que no tengan hijos.

Familiares como abuelos, hermanos y tíos.

3.4 Intervención:

No se han realizado intervenciones específicas debido a que se trata de un estudio observacional. No obstante, se ha realizado una encuesta estandarizada de 15 preguntas, que ha sido respondida por los padres con al menos un hijo entre la edad de 3-6 años.

3.5 Método de recolección de datos:

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en bases de datos como ‘PubMed’ y ‘Google Académico’, así como una revisión de libros disponibles en la Biblioteca ‘Craí Dulce Chacón’. Además, se consultaron revistas y documentos oficiales del Ministerio de Sanidad de España y de la Sociedad Española de Odontopediatría.

Se han usado palabras clave como ‘Oral Hygiene in Children’, ‘Dental Caries Prevention’, ‘Knowledge Parents Caries’.

Se ha combinado las palabras claves con operadores booleanos “AND Y OR” de la siguiente manera: “Oral Hygiene” AND “Children”, ‘ Knowledge OR Practices AND Children OR Parents’.

Asimismo, se obtuvieron datos específicos a partir de la encuesta realizada a los padres. Esta incluía 15 preguntas cerradas destinadas a recopilar información sobre la higiene oral del niño/a, saber si tiene una dieta cariogénica y conocer tanto las pautas preventivas realizadas en consulta (profilaxis, selladores, flúor) como aquellas que se realicen en casa (cepillado, frecuencia, uso de pasta dentífrica fluorada).

3.6 Aspectos éticos:

El estudio incluye:

- Consentimiento informado para todos los participantes. Recibieron información detallada sobre el objetivo del estudio, los procedimientos, el manejo de datos y su derecho a retirarse en cualquier momento. Los participantes han firmado el consentimiento informado antes de realizar la encuesta.
- Confidencialidad: los datos son anónimos para proteger la identidad de los participantes y son utilizados exclusivamente con fines de investigación para este trabajo de fin de grado.
- Aprobación ética: El protocolo del estudio ha sido sometido, revisado y aprobado por el comité de Ética de Investigación de la Universidad Europea.

El presente estudio cuenta con la aprobación del Departamento Pre-Clínico de la Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud con el código OD.045/2425, así como la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Europea con el código 2025-92.

4. RESULTADOS

Se analizaron un total de 95 encuestas válidas, sin distinción de sexo, siguiendo los criterios mencionados anteriormente de inclusión y exclusión.

Respecto al consentimiento informado, el 100% de los participantes (n=95) aceptaron responder voluntariamente a la encuesta (Figura 1).

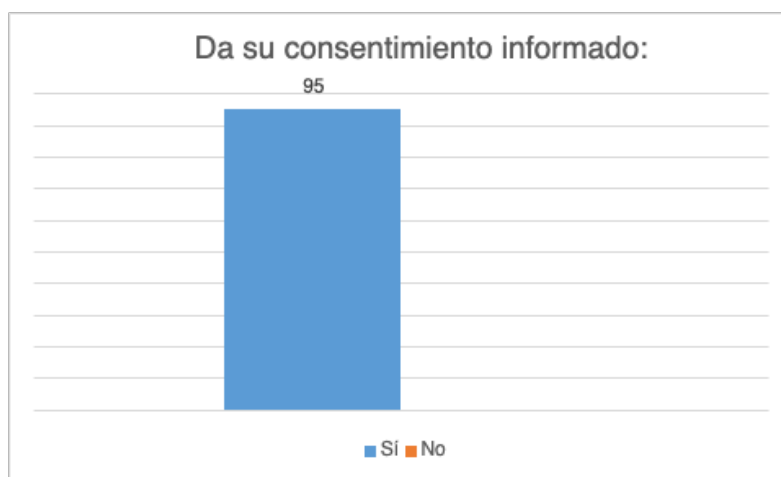


Figura 1: Aceptación de consentimiento informado.

En cuanto a la edad de los padres encuestados, el 40% (n=38) se encontraba en el rango de 30 a 40 años, seguido por el 36,8% (n=35) en el rango de 40-50 años, mientras que el 11,6% (n=11) tenían entre 20 y 30 años, y otro 11,6% eran mayores de 50 años (Figura 2).

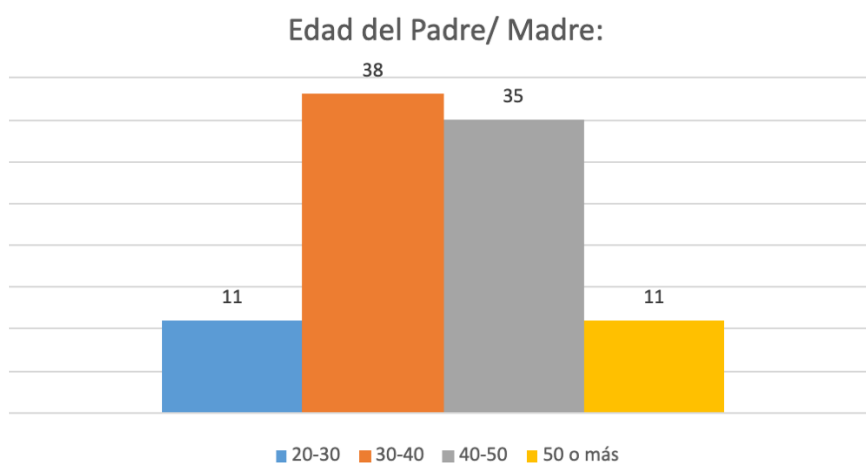


Figura 2: Distribución por edad de los padres encuestados.

Respecto al nivel educativo, el 54,7% (n=52) contaban con estudios universitarios, el 29,5% (n=28) tenían formación de grado superior, 13,7% (n=13) poseía la educación secundaria obligatoria, mientras que sólo un 2% (n=2) contaba con el nivel de primaria (Figura 3).

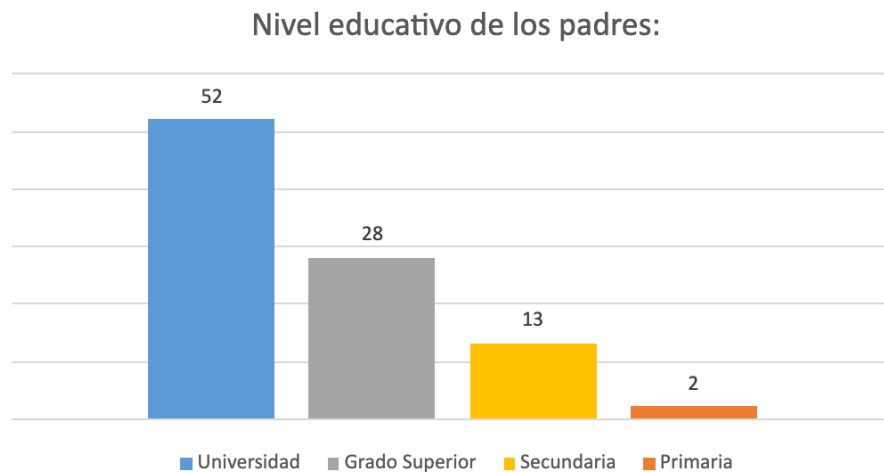


Figura 3: Nivel educativo de los participantes.

En relación con el inicio del cepillado dental en los niños, el 40% (n=38) de los padres comenzó a cepillar los dientes de sus hijos al cumplir el año de vida, mientras que el 32,6% (n=31) de los padres lo iniciaron desde la erupción del primer diente. Un 21% (n=20) inició el cepillado a los dos años y el 6,3% (n=6) a partir de los tres años (Figura 4).

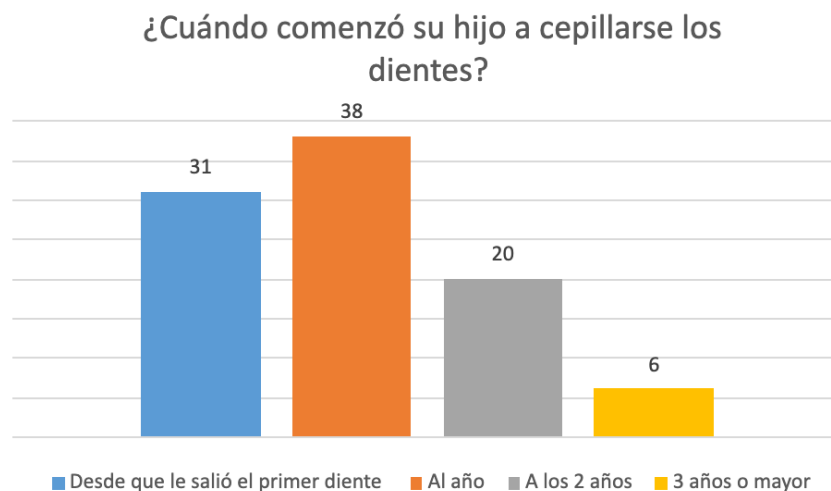


Figura 4: Edad de inicio del cepillado dental infantil.

En cuanto a la frecuencia de cepillado dental en el niño, el 72,6% (n=69) indicó que su hijo/a se cepilla los dientes dos o más veces al día, un 26,3% (n=25) lo hace una vez al día, y un 1,1% (n=1) reportó una frecuencia de 2-3 veces por semana. Ningún encuestado respondió que lo hiciera cada dos días (0%) (Figura 5).

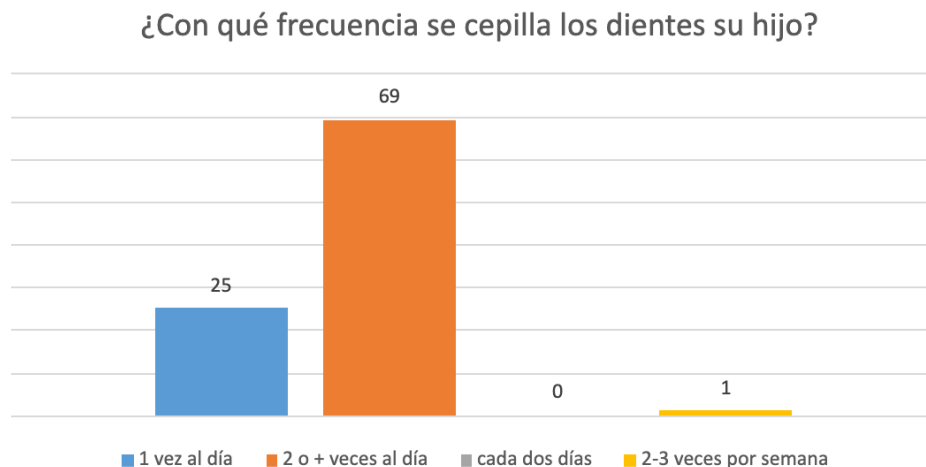


Figura 5: Frecuencia del cepillado dental en niños.

Al preguntar sobre la frecuencia con la que los padres repasan el cepillado de sus hijos, el 31,6% (n=30) lo hace dos o más veces al día, un 25,3% (n=24) una vez al día, otro 25,3% (n=24) no repasa el cepillado, el 11,6% (n=11) cada dos días, y el 12,6% (n=11) dos a tres veces por semana (Figura 6).

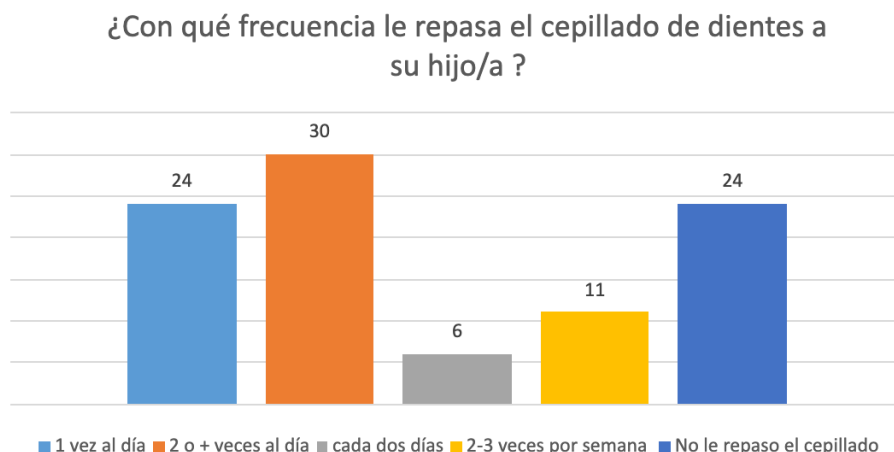


Figura 6: Frecuencia con la que los padres repasan el cepillado de sus hijos.

En cuanto a la enseñanza del cepillado dental, la mayoría de los niños (85,3%, n=81) aprendieron esta práctica de sus padres. Un 8,4% (n=8) recibió esta información por parte de un dentista, mientras que el 2,1% (n=2), fue enseñado en el colegio. Por otro lado, el 4,2% (n=4) de los niños no había recibido enseñanza sobre cómo cepillarse los dientes (Figura 7).

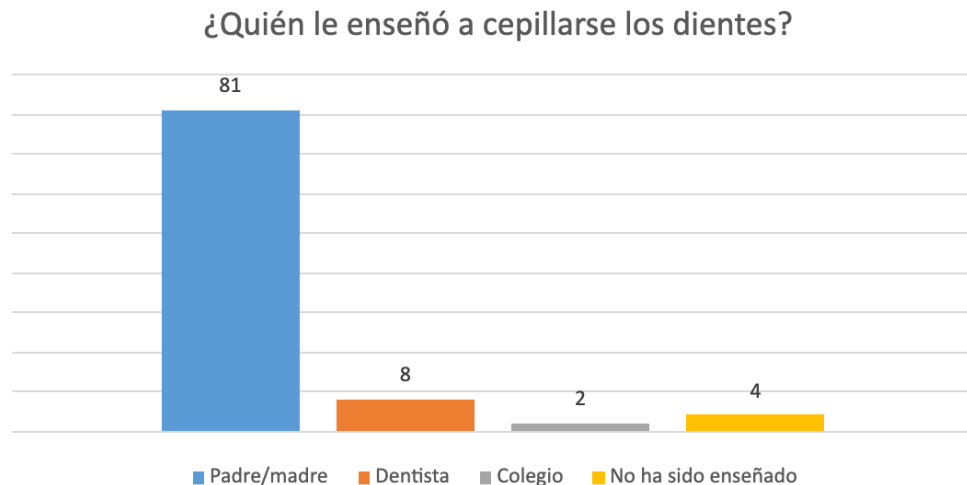


Figura 7: Persona encargada de la enseñanza del cepillado dental.

En relación con el tiempo que transcurre entre la comida y el cepillado, el 42,1% (n=40) de los padres señaló que sus hijos esperan entre 30 minutos y una hora, el 40% (n=38) tan solo 15 minutos y el 17,9% (n=17) más de una hora (Figura 8).

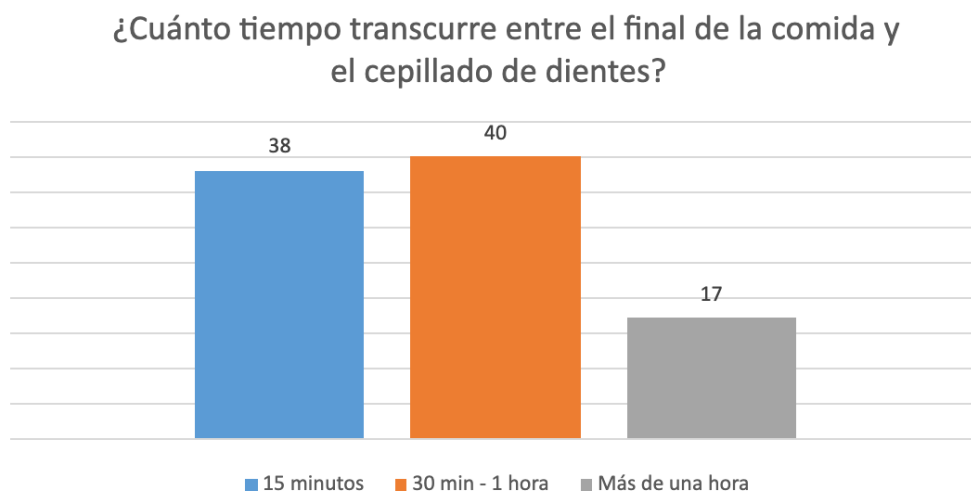


Figura 8: Tiempo entre las comidas y el cepillado dental.

Sobre la frecuencia de consumo de alimentos azucarados, un 42,1% (n=40) indicó que su hijo consume alimentos azucarados a diario, el 22,1% (n=21) dos veces a la semana, el 22,1% (n=22) cuatro veces por semana y el 12,6% (n=12) una vez a la semana (Figura 9).

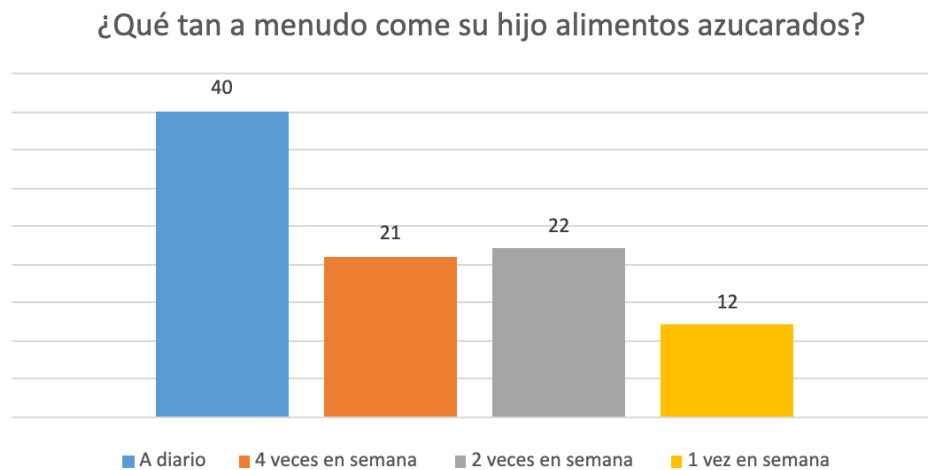


Figura 9: Frecuencia de consumo de alimentos azucarados.

El 79% (n=75) de los encuestados identificó la falta de higiene oral como la principal causa de la caries, el 10,5% (n=10) mencionó los alimentos ricos en hidratos de carbono, el 6,3% (n=6) a los factores genéticos y el 4,2% (n=4) no sabía la causa (Figura 10).

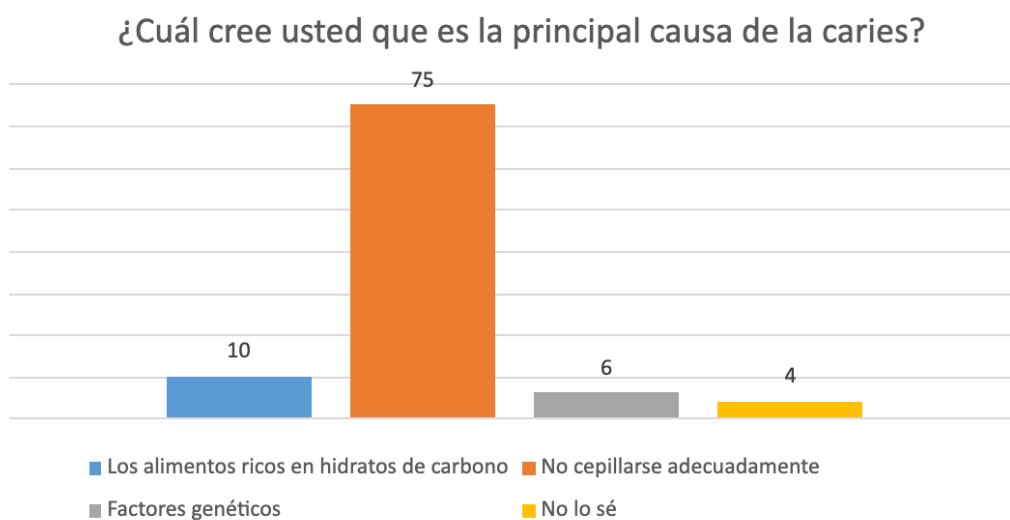


Figura 10: Percepción parental sobre la causa principal de la caries.

El 88,4% (n=88) de los padres consideró que la salud oral influye en la salud general de sus hijos, el 5,3% (n=5) no estaba seguro y el 2,1% (n=2) negó esta relación (Figura 11).

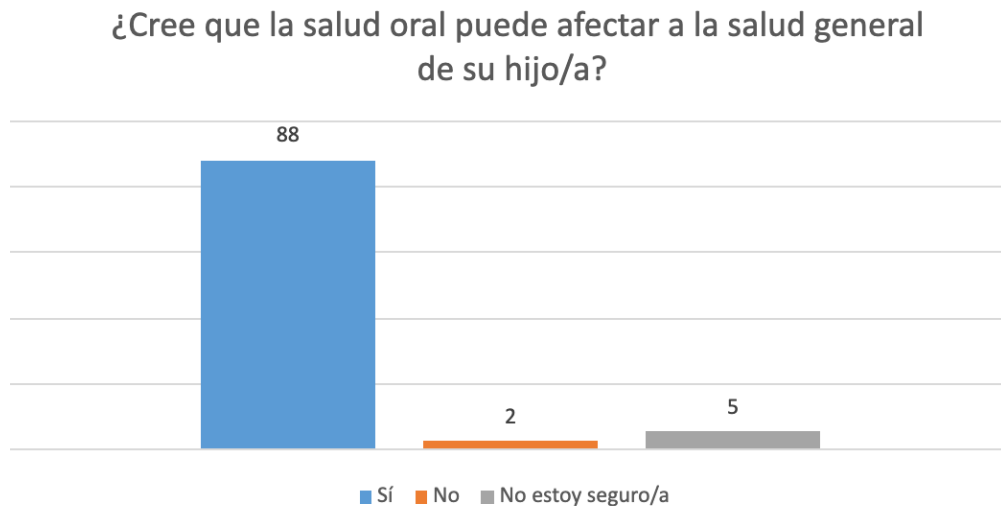


Figura 11: Percepción sobre la relación entre salud oral y general.

El 45,3% (n=45) de los padres consideran que la primera visita al dentista debe realizarse a los tres años, el 31,6% (n=30) a partir de los seis años, el 16,8% (n= 16) cuando saliera el primer diente y el 4,2% (n=4) solo cuando el niño sintiera dolor (Figura 12).

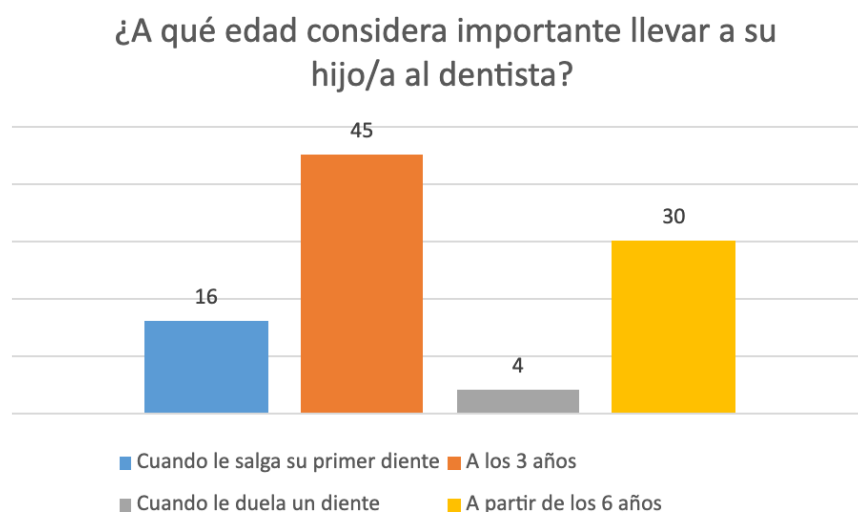


Figura 12: Edad considerada adecuada para la primera visita al dentista.

El 36,8% (n=36) de los padres indicó que sus hijos han recibido limpieza dental y aplicación de flúor. Un 30,5% (n=29) manifestó no saber si su hijo ha recibido algún tipo de tratamiento preventivo. El 12,6% (n=12) indicó que su hijo se realizó selladores, el 10,5% (n=10) todos los tratamientos mencionados, y el 8,4% (n=8) señaló que no ha recibido ninguno (Figura 13).

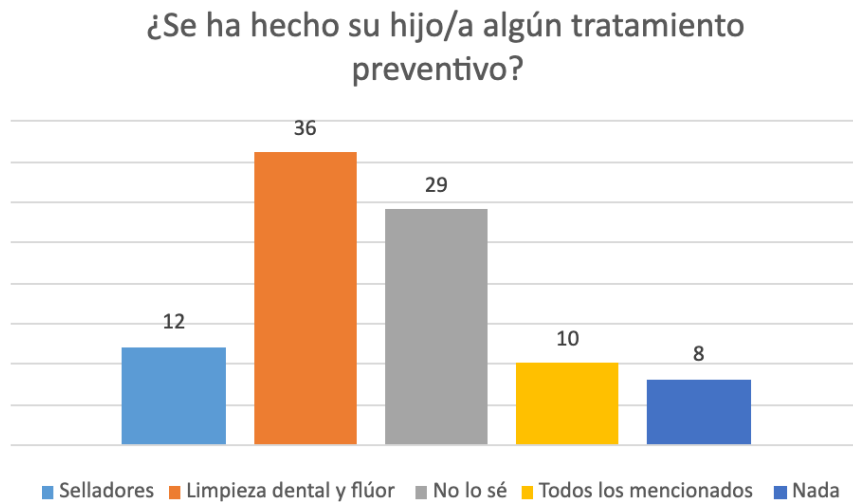


Figura 13: Realización de tratamientos preventivos.

En cuanto a la realización de empastes dentales, el 76,8% (n=73) de los padres indicó que sus hijos nunca habían recibido uno, el 22,1% (n=21) afirmó que sí y el 1,1% (n=1) dijo no saberlo (Figura 14).

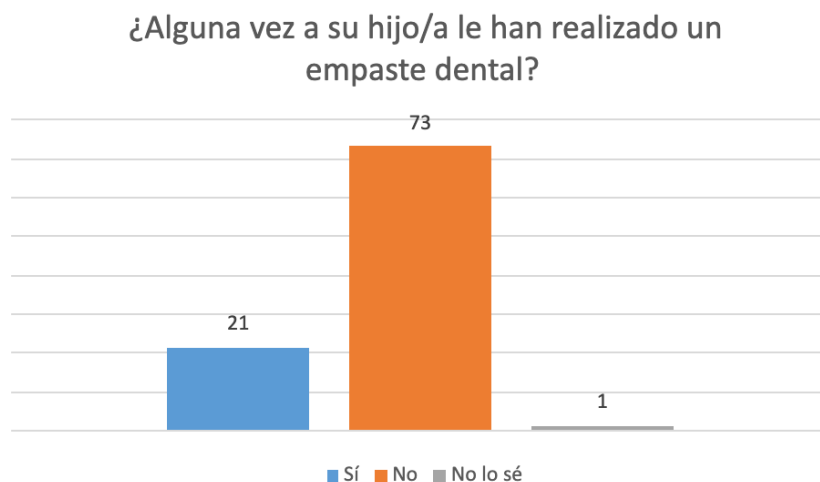


Figura 14: Presencia de obturaciones en los niños.

La mayoría de los padres adquieren la pasta dental en el supermercado (72,6% n=69), seguido por la farmacia (24,2% n=23) y el herbolario (3,2% n=3) (Figura 15).

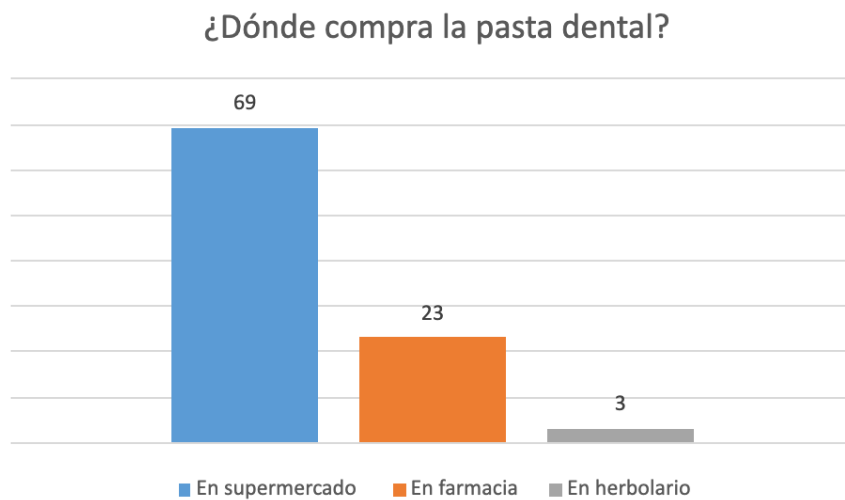


Figura 15: Lugar de compra habitual de la pasta dental.

Un 52,6% (n=50) de los padres no se ha fijado nunca en la concentración de flúor de la pasta dental, mientras que el 47,4% (n=45) sí lo han hecho (Figura 16).

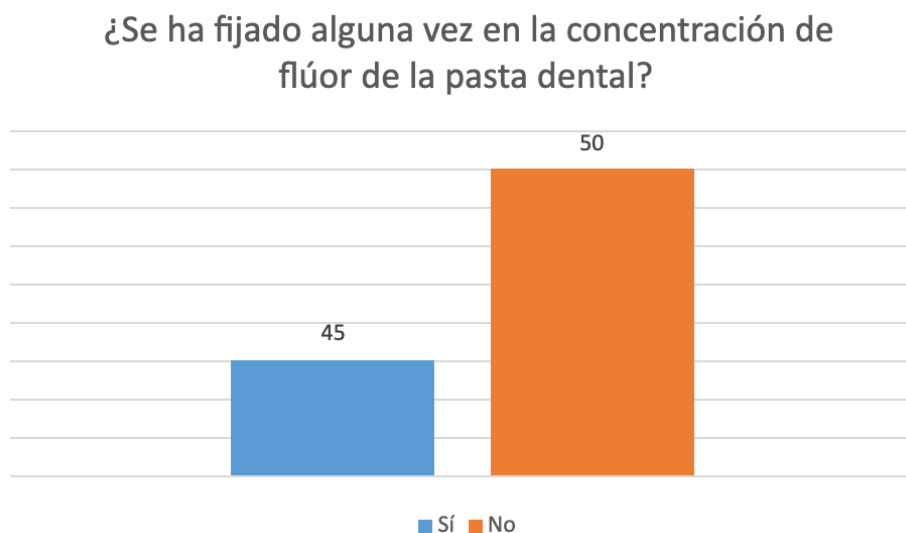


Figura 16: Atención prestada a la concentración de flúor en la pasta dental.

5. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio reflejan un nivel de conocimiento limitado por parte de los padres en relación con la higiene bucodental infantil. Se identifican áreas que requieren una mayor educación, concienciación y orientación profesional para lograr una prevención más eficaz desde edades tempranas.

En cuanto al inicio del cepillado dental, el 32,6% de los padres indicó que comenzaron a cepillar los dientes de sus hijos desde la aparición del primer diente, mientras que el 40% señaló que iniciaron el cepillado al año. Estos resultados son inferiores a los reportados en el estudio de Plagia et al. (2022) en el que el 70% de los padres en España e Italia afirmó haber iniciado el cepillado desde la aparición del primer diente temporal (22). En contraste, en el estudio de Vu et al. (2023) realizado en Vietnam, el 81,3% de los padres comenzaron el cepillado a los 3 años, una edad bastante tarde para comenzar con la higiene bucal, lo que refleja la necesidad de reforzar la educación sobre higiene oral desde edades muy tempranas (23).

En relación con la frecuencia de cepillado, un 72.6% de los padres encuestados afirmó que sus hijos se cepillan los dientes dos o más veces al día, lo que refleja una buena práctica. Según el estudio de Plagia et al. (2022), el 64% de los padres italianos y el 48% de los padres españoles indican que sus hijos se cepillan los dientes dos o más veces al día, estos resultados son inferiores en comparación con los obtenidos en nuestro estudio.

Respecto a la supervisión y repaso del cepillado, el 31,6% de los padres afirma repasar el cepillado de sus hijos dos o más veces al día, mientras que el 25,3% admitió no hacerlo nunca. Esta falta de práctica es similar a la reportada por Plagia et al.(2022), donde entre el 23% de los padres italianos y 18,5% de los padres españoles tampoco la realizaban (22).

La supervisión activa por parte de los cuidadores es esencial para garantizar una técnica de cepillado eficaz, especialmente en edades tempranas donde los niños carecen de la destreza motora necesaria (6).

En cuanto a la etiología de la caries, un 78,9% de los padres la asoció a un cepillado inadecuado, mientras que solo el 10,5% lo atribuye a los alimentos azucarados como la causa principal. En el estudio de González et al. (2015), solamente el 28,6% de los padres indicó saber la relación entre los alimentos y la producción de caries, lo que evidencia una falta de concienciación de la dieta y su papel en la producción de caries (24).

Además, el estudio de Plagia et al. (2022), el 19% de los padres italianos y el 4% de los padres españoles indican que sus hijos consumen dulces a diario, un 11% y 18% afirman que sus hijos consumen productos lácteos azucarados a diario. Estas cifras son relativamente inferiores respecto a nuestros resultados, donde el 42,1% de los padres indicaron que sus hijos consumen alimentos azucarados a diario (22). Esto junto con la falta de conciencia sobre el vínculo entre el azúcar y caries, refuerza la necesidad de intervenciones educativas enfocadas en la dieta.

En relación con los tratamientos preventivos, el 12,6% de los niños habían recibido selladores, teniendo en cuenta que los molares permanentes erupcionan a los 6 años, es un porcentaje aceptable, ya que la encuesta engloba a niños entre 3 y 6 años. Por otro lado, un 37,9% refirió haberse realizado limpieza dental y flúor. Llama la atención que un 30,5% de los padres desconocía si sus hijos habían recibido alguno de estos tratamientos. Esto se asemeja con lo descrito por Karkare et al. (2022), donde el 75,6% de los padres no conocían los tratamientos disponibles en dientes temporales (25). Esta falta de conocimiento puede limitar el acceso y aprovechamiento de medidas preventivas fundamentales.

El 75,8% de los niños nunca han requerido un empaste dental, lo que podría reflejar buenos hábitos o, alternativamente, falta de visitas al dentista. Esto cobra especial relevancia si se tiene en cuenta que solo el 16,8% de los padres indicó que era adecuado llevar a sus hijos al dentista cuando erupcione el primer diente. En contraste, el 47,4% considera a los 3 años como una edad adecuada y un 31,6% a los 6 años. En comparación con el estudio de González et al. (2015), el 47,3% de los padres refirió que la edad adecuada para acudir al dentista sería al año, mientras que el 31,2% refieren a los dos años, y un 21,4% no saben la respuesta (24). Según Plagia et al. (2022), 6% y 20% de los padres italianos y españoles, llevaron a sus hijos por primera vez al dentista al año (22).

En nuestro estudio, un 4% indicó que considera importante llevar a su hijo/a al dentista cuando le duela un diente. Esto podría ser preocupante desde el punto de vista de la salud preventiva, ya que esperar hasta que el niño experimente dolor puede significar que ya ha surgido un problema mayor, como la invasión de caries a nivel pulpar o presencia de infección, tanto en dientes temporales como en los definitivos (6). Las visitas preventivas al dentista son esenciales para prevenir complicaciones a largo plazo (11).

Este grupo de padres parece estar adoptando un enfoque más tardío en cuanto a la atención dental, lo que podría estar influenciado por la idea de que los dientes permanentes son los más importantes y que los dientes temporales no requieren tanto cuidado. Aunque, según González et al. (2015), el 67% de los padres andaluces respondieron que los dientes de leche deben ser tratados, un 27,7% no lo tienen claro, y únicamente un 5,4% afirman que no deben tratarse (24).

En lo que respecta a la enseñanza del cepillado, un 85,3% de los niños fue enseñado por sus padres. No obstante, un 4,2% de los niños no habían sido enseñados a cepillarse, lo cual evidencia una oportunidad para que los odontopediatras refuercen la educación en higiene bucal infantil, promoviendo medidas preventivas y técnicas de cepillado adecuadas (26,27)

Las intervenciones educativas sobre higiene oral en niños han demostrado ser eficaces, con resultados positivos como la reducción de placa bacteriana y la disminución de la gingivitis (28). En términos generales, este tipo de iniciativas pueden contribuir significativamente a la prevención de la caries dental, mejorando la salud bucal infantil a largo plazo (26–28).

El conocimiento sobre la concentración de flúor en las pastas dentales fue limitado. El 52,6% de los padres nunca se había fijado en ese aspecto. Este desconocimiento es preocupante, dado el papel preventivo del flúor en la caries (14). Según el estudio de Vu et al. (2023), el 65,5% de los padres reconocieron el papel preventivo del flúor, entre otras medidas preventivas (23).

En relación con el lugar donde los padres compran la pasta dental, el 72,6% indicó que la compran en supermercados. Esto podría explicarse por la conveniencia, accesibilidad y los precios competitivos que estos establecimientos suelen ofrecer. Por otro lado, un 24,2% de los padres señaló que la adquieren en farmacias, lo que podría

sugerir una preferencia por productos específicos o recomendados por profesionales. Finalmente, solo 3,2 % afirmó comprarla en herbolarios, lugares que habitualmente ofrecen pastas dentales con ingredientes naturales o menos procesados (29).

Por último, un 88,4% de los padres reconoció que la salud oral influye directamente en la salud general de sus hijos, lo que refleja un alto nivel de conciencia sobre la conexión entre enfermedades bucales y sistémicas (30). Diversos estudios han demostrado que las infecciones orales crónicas, como la periodontitis, pueden inducir inflamación sistémica, favorecer la diseminación bacteriana y alterar la respuesta inmune del huésped, lo cual puede agravar o predisponer enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, pulmonares e incluso neurodegenerativas como el Alzheimer (31,32). En general, la mejora de la salud bucodental puede contribuir a la prevención de enfermedades sistémicas a lo largo de la vida (30).

6. CONCLUSIONES

1. El conocimiento actual de los padres sobre la higiene bucodental infantil es básico y limitado. Si bien existe una conciencia general sobre la importancia de la salud oral y prácticas como el cepillado diario, se observan carencias importantes, como la supervisión del cepillado, el uso del flúor, la prevención profesional y el conocimiento sobre el impacto de los alimentos azucarados en la aparición de caries.
2. Es fundamental implementar programas educativos dirigidos a padres y cuidadores que refuercen el conocimiento y fomenten prácticas de higiene oral adecuadas desde los primeros años de vida, ya que estos hábitos repercuten directamente en la salud oral actual y futura del niño.
3. Se recomienda incentivar la visita temprana al odontólogo, reforzar la educación sobre los efectos de la dieta, especialmente de los carbohidratos, además de reconocer la importancia del flúor y promover la implicación activa de los padres en la rutina de higiene oral de sus hijos.

7. SOSTENIBILIDAD

Este estudio promueve prácticas de salud bucodental sostenibles al concienciar a los padres sobre la importancia de instaurar hábitos de higiene oral adecuados desde la infancia. La educación en higiene bucodental no solo contribuye al bienestar individual, sino que también favorece la sostenibilidad del sistema sanitario al reducir la necesidad de tratamientos invasivos y costosos a largo plazo. Por tanto, ayuda a disminuir el impacto económico y ambiental asociado al tratamiento de enfermedades prevenibles.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Poner fin a la caries dental en la infancia: manual de aplicación de la OMS. Ginebra: OMS; 2021. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de aquí a 2030. Resumen ejecutivo [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado el [fecha de consulta]]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061880>.
3. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España 2017: Informes monográficos nº 5 - Salud Bucodental. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018.
4. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol.* junio de 2017;45(3):216-24. DOI: 10.1111/cdoe.12279
5. Yousaf M, Aslam T, Saeed S, Sarfraz A, Sarfraz Z, Cherrez-Ojeda I. Individual, Family, and Socioeconomic Contributors to Dental Caries in Children from Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health.* 10 de junio de 2022;19(12):7114. DOI: 10.3390/ijerph19127114
6. Barbería Leache E, Boj Quesada JR, Catalá Pizarro M, García Ballesta C, Mendoza Mendoza A. *Odontopediatría*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
7. Twetman S. Prevention of dental caries as a non-communicable disease. *Eur J Oral Sci.* octubre de 2018;126(S1):19-25. DOI: 10.1111/eos.12528
8. Struzycka I. The oral microbiome in dental caries. *Pol J Microbiol.* 2014;63(2):127–135. PMID: 25115106
9. Javier Pérez R, Rubio Armendáriz C, Gutiérrez Fernández ÁJ, Paz Montelongo S, Hardisson A. Niveles de fluoruro en dentífricos y colutorios. *J Negat No Posit Results.* 2 de abril de 2020;5(5):491-503. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3326>
10. Boj Quesada JR. *odontopediatría*. 1.a ed. Editorial Elsevier-Masson; 2014. 1.ª ed. Editorial Elsevier-Masson; 2014.
11. Martín BA, Pérez AR, Juyol MH. La prevención en odontopediatría boj(SEOP).
12. Peng X, Cheng L, You Y, Tang C, Ren B, Li Y, et al. Oral microbiota in human systematic diseases. *Int J Oral Sci.* diciembre de 2022;14(1):14. DOI: 10.1038/s41368-022-00163-7
13. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VC, Jeroncic A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Oral Health Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 4 de marzo de 2019 [citado 9 de febrero de 2025]; DOI: 10.1002/14651858.CD007868.pub3
14. Sociedad Española de Odontopediatría. *Uso de compuestos fluorados para uso individual*. Madrid: SEOP; 2022.

15. Veneri F. Fluoride and caries prevention: a scoping review of public health policies. *Ann Ig Med Prev E COMUNITÀ*. 23 de abril de 2024;36(3):270-80. DOI: 10.7416/ai.2024.2593
16. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Oral Health Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 11 de julio de 2013 [citado 5 de marzo de 2025];2014(2). DOI: 10.1002/14651858.CD002279.pub2
17. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Chong LY. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Oral Health Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 15 de junio de 2015 [citado 5 de marzo de 2025];2021(2). DOI: 10.1002/14651858.CD002280.pub2
18. Consejo General de Colegios de Dentistas de España. Guía de la salud oral infantil. Madrid: Grupo ICM de Comunicación; 2023.
19. Davidovich E, Shafir S, Shay B, Zini A. Plaque Removal by a Powered Toothbrush Versus a Manual Toothbrush in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *POW ER*. 42(4). PMID: 32847667
20. Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth. Cochrane Oral Health Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 31 de julio de 2017 [citado 6 de marzo de 2025];2017(7). DOI: 10.1002/14651858.CD001830.pub5
21. Pranno N, Zumbo G, Tranquilli M, Stamegna L, Zara F, Vozza I. Oral Hygiene Habits and Use of Fluoride in Developmental Age: Role of Parents and Impact on their Children. Cherstvy A, editor. *BioMed Res Int*. enero de 2022;2022(1):6779165. DOI: 10.1155/2022/6779165
22. Paglia L, Guinot F, Veloso A, Vallés A, Lluch C, Munné C. Comparison of knowledge between Italian and Spanish parents about the oral health of their preschool children. *Eur J Paediatr Dent*. 2022;23(3):194-200. DOI: 10.23804/ejpd.2022.23.03.05
23. Vu DA, Vu HM, Vu HM, Tran PT, Duong HH, Tran KQ, et al. Parental knowledge and practice on childhood caries prevention in northern Vietnam. *Front Public Health*. 11 de octubre de 2023;11:1254479. DOI 10.3389/fpubh.2023.1254479
24. González E, Pérez-Hinojosa S, Alarcón JA, Peñalver MA. Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana. *An Pediatría*. enero de 2015;82(1):19-26. DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.01.014
25. Karkare S, Patil AN, Jadhav HS, Damade Y, Punjari BK. Knowledge, Attitude, and Practice of Parents toward Their Children's Oral Health and its Influence on the Dental Caries Status of 5-10-year-old Schoolchildren in Nashik, Maharashtra: A Cross-sectional Study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 16 de marzo de 2022;15(S2):S126-30. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-2137
26. Hakojarvi HR. Child involvement in oral health education interventions - a systematic review of randomised controlled studies. *Community Dent Health*. 2019;(36):286-92. DOI: 10.1922/CDH_Hakojarvi07

27. Calderón Larrañaga S, Expósito Ruiz M, Cruz Vela P, Cuadrado Conde A, Alquézar Villarroya L, Garach Gómez A, et al. Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: evaluación de una intervención educativa en población infantil. *Aten Primaria*. agosto de 2019;51(7):416-23. doi: 10.1016/j.aprim.2018.05.003
28. Das H, Janakiram C, S VK, Karuveetil V. Effectiveness of school-based oral health education interventions on oral health status and oral hygiene behaviors among schoolchildren: an umbrella review. *Evid Based Dent [Internet]*. 20 de enero de 2025 [citado 30 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41432-024-01101-8> DOI: 10.1038/s41432-024-01101-8
29. Mazur M, Ndokaj A, Bietolini S, Duś-Ilnicka I, Ottolenghi L. Green dentistry: Organic toothpaste formulations. A literature review. *Dent Med Probl*. 30 de septiembre de 2022;59(3):461-74. DOI: 10.17219/dmp/146133
30. Fiorillo L. Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina (Mex)*. 7 de octubre de 2019;55(10):676. DOI: 10.3390/medicina55100676
31. Oral Infections and Systemic Health – More than Just Links to Cardiovascular Diseases. *Oral Health Prev Dent*. 7 de enero de 2021;19(1):441-8. DOI: 10.3290/j.ohpd.b1993965
32. Kapila YL. Oral health's inextricable connection to systemic health: Special populations bring to bear multimodal relationships and factors connecting periodontal disease to systemic diseases and conditions. *Periodontol 2000*. octubre de 2021;87(1):11-6. DOI: 10.1111/prd.12398

9. ANEXOS

Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ENCUESTA TRABAJO FIN DE GRADO

El presente cuestionario forma parte del Trabajo de Fin de Grado en Odontología de la Universidad Europea de Madrid titulado 'Conocimiento y prácticas de higiene oral en padres de niños de 3 a 6 años en relación con la prevención de caries dental'.

El propósito de este trabajo es evaluar el nivel de conocimiento sobre la caries dental y las medidas de prevención en padres con niños en edades comprendidas entre 3 a 6 años.

La información será recogida a través de una breve encuesta. Su participación en este estudio es de carácter libre y voluntario, pudiendo solicitar ser excluido del mismo, sin justificación previa ni perjuicio para usted. La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación y derivados de la divulgación investigativa. Los datos recogidos serán completamente anónimos. No se solicitarán datos personales identificativos. Los datos que se recojan en la encuesta se tratarán de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

¿Da su consentimiento de participación en la encuesta como voluntario/a para que los resultados en la encuesta se utilicen en el Trabajo Fin de Grado?

- ☐ Doy mi consentimiento
- ☐ No doy mi consentimiento

Firma del Participante:



ENCUESTA HIGIENE ORAL

TRABAJO FIN DE GRADO, UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

1. Edad del Padre/ Madre:

- ☐ 20-30 ☐ 30-40 ☐ 40-50 ☐ 50 o más

2. Nivel educativo de los padres:

- ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Grado Superior ☐ Universidad

3. ¿Cuándo comenzó su hijo/a a cepillarse los dientes?

- ☐ Desde que le salió el primer diente ☐ A los 2 años
☐ Al año ☐ 3 años o mayor

4. ¿Cuál cree usted que es la principal causa de la caries?

- ☐ Los alimentos ricos en hidratos de carbono ☐ Factores genéticos
☐ No cepillarse adecuadamente ☐ No lo sé

5. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo/a?

- ☐ 1 vez al día ☐ 2 o + veces al día ☐ cada dos días ☐ 2-3 veces por semana

6. ¿Con qué frecuencia le repasa el cepillado de dientes a su hijo/a ?

- ☐ 1 vez al día ☐ 2 o + veces al día ☐ cada dos días ☐ 2-3 veces por semana
☐ No le repasa el cepillado

7. ¿Quién le enseñó a cepillarse los dientes?

- ☐ Padre/ Madre ☐ Dentista ☐ Colegio ☐ No ha sido enseñado

8. ¿Cuánto tiempo tarda entre terminar de comer y lavarse los dientes?

- ☐ 15 minutos ☐ 30 min- 1 hora ☐ Más de una hora

9. ¿Con que frecuencia ingiere su hijo/a alimentos azucarados?

- ☐ A diario ☐ 4 veces en semana ☐ 2 veces en semana
☐ 1 vez en semana





ENCUESTA HIGIENE ORAL

10. ¿Cree que la salud oral puede afectar a la salud general de su hijo/a?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

11. ¿A qué edad considera importante llevar a su hijo/a al dentista?

- ☐ cuando le salga su primer diente ☐ Cuando le duela un diente
☐ A los 3 años ☐ A partir de los 6 años

12. ¿Se ha hecho su hijo/a algún tratamiento preventivo?

- ☐ Selladores ☐ Limpieza dental y flúor ☐ No lo sé ☐ Todos los mencionados

13. ¿Alguna vez a su hijo/a le han realizado un empaste dental?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

14. ¿Dónde compra la pasta dental?

- ☐ En supermercado ☐ En farmacia ☐ En herbolario

15. ¿Se ha fijado alguna vez en la concentración de flúor de la pasta dental?

- ☐ Sí ☐ No



MUCHAS GRACIAS POR SU
COLABORACIÓN

