

Fecha de recepción:
03/06/2025

Fecha de aceptación:
17/09/2025

Fecha de publicación:
23/01/2026

Cómo citar:

Párraga Delgado V, Carvajal Campos F, Alvarado Solórzano A. Índice de higiene oral simplificada y su distribución según los factores demográficos en niños y adolescentes en la provincia de Manabí 2024 (estudio analítico transversal). *Rev la Fac Odontol la Univ Cuenca.* 2026; 4(1): 18-27. Disponible en: <https://doi.org/10.18537/fouc.vo4.no1.a02>

Autor de correspondencia:
Valentina Párraga Delgado

Correo electrónico:
e1350769152@live.uleam.edu.ec

Índice de higiene oral simplificada y su distribución según los factores demográficos en niños y adolescentes en la provincia de Manabí 2024 (estudio analítico transversal)

Simplified oral hygiene index and its distribution according to demographic factors in children and adolescents in the province of Manabí 2024 (cross-sectional analytical study)

DOI: <https://doi.org/10.18537/fouc.vo4.no1.a02>

Valentina Párraga Delgado¹

ORCID: 0009-0008-1840-5459

Fernanda Carvajal Campos¹

ORCID: 0000-0003-2050-6853

Alcira Alvarado Solórzano¹

ORCID: 0000-0002-5499-9660

1. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta-Ecuador

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y factores demográficos en niños y adolescentes atendidos por la clínica odontológica móvil de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) en el año 2024. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico y transversal, basado en la revisión de 1.349 historias clínicas de pacientes entre 4 y 14 años, recolectadas durante actividades de vinculación comunitaria. El IHOS se evaluó según los criterios de Greene y Vermillion, considerando placa dentobacteriana y cálculo dental. Se analizaron variables como edad, sexo y cantón de residencia mediante estadística descriptiva y prueba de chi-cuadrado ($\alpha = 0,05$). **Resultados:** Del total de pacientes, el 71,91% presentó higiene oral “buena”, el 22,02% “excelente”, el 5,63% “regular” y el 0,44% “deficiente”. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el IHOS y el sexo ($p = 0,0005$), así como entre el IHOS y el grupo etario ($p = 4,56 \times 10^{-7}$), observándose mejores niveles de higiene en niñas y en el grupo de edad de 4 a 7 años. Las zonas urbanas como Manta y Jipijapa mostraron resultados más favorables, mientras que las zonas rurales presentaron mayores índices de higiene deficiente, posiblemente debido a barreras en el acceso a atención odontológica y desigualdades socioeconómicas.



e-ISSN: 2960-8325

ISSN: 1390-0889

Conclusión: Los factores demográficos influyen significativamente en los niveles de higiene oral en poblaciones pediátricas, lo que respalda la necesidad de estrategias preventivas focalizadas y políticas públicas orientadas a promover la equidad en salud bucodental.

Palabras clave: higiene oral; Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS); factores demográficos; odontología preventiva

Abstract

Objective: To analyze the relationship between the Simplified Oral Hygiene Index (OHIS) and demographic factors in children and adolescents treated at the mobile dental clinic of the Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) in 2024.

Methods: A quantitative, descriptive, analytical, and cross-sectional study was conducted based on the review of 1,349 medical records of patients between 4 and 14 years of age, collected during community outreach activities. The OHIS was evaluated according to the Greene and Vermillion criteria, considering dental plaque and dental calculus. Variables such as age, sex, and canton of residence were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test ($\alpha = 0.05$). **Results:** Of the total patients, 71,91% had "good" oral hygiene, 22,02% "excellent," 5,63% "fair," and 0,44% "poor." Statistically significant associations were found between the OHIS and sex ($p = 0.0005$), as well as between the OHIS and age group ($p = 4,56 \times 10^{-7}$), with better levels of hygiene observed in girls and in the 4- to 7-year-old age group. Urban areas such as Manta and Jipijapa showed more favorable results, while rural areas had higher rates of poor hygiene, possibly due to barriers to accessing dental care and socioeconomic disparities. **Conclusion:** Demographic factors significantly influence oral hygiene levels in pediatric populations, supporting the need for targeted preventive strategies and public policies to promote equity in oral health.

Keywords: oral hygiene; Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S); demographic factors; preventive dentistry

1. Introducción

La salud bucal representa un componente esencial del bienestar general y del desarrollo integral del ser humano, especialmente durante la infancia y adolescencia, etapas críticas para la adquisición de hábitos saludables. En estas etapas, las enfermedades bucodentales como la caries y la enfermedad periodontal son altamente prevalentes y constituyen una de las principales causas del dolor, ausentismo escolar y deterioro de la calidad de vida infantil¹. Estas afecciones están directamente asociadas con la acumulación de placa bacteriana, una biopelícula compleja que se adhiere a las superficies dentales y que, si no se controla mediante una higiene adecuada, promueve procesos inflamatorios².

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), desarrollado por Greene y Vermillion en 1964, es una herramienta útil y ampliamente aplicada en estudios epidemiológicos y clínicos para valorar el estado de higiene bucal en poblaciones³. Este índice permite clasificar la higiene oral en categorías que van desde excelente hasta deficiente, en función de la presencia de placa dentobacteriana (índice de detritos) y cálculo dental (índice de cálculo). Su aplicabilidad en contextos escolares o comunitarios ha sido validada como método efectivo para la evaluación de salud bucal en niños y adolescentes⁴.

Estudios previos han evidenciado que factores demográficos y sociales, incluyendo el nivel socioeconómico, el nivel educativo de los padres, la edad, el sexo y el lugar de residencia, influyen en la condición bucal y en la adopción de hábitos de higiene oral⁵. Mientras que el acceso a servicios odontológicos afecta la prevalencia de enfermedades dentales⁶. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que las enfermedades bucodentales, al igual que otras enfermedades no transmisibles, comparten determinantes sociales que deben ser considerados en los programas de salud pública⁷.

En la provincia de Manabí, ubicada en la región costera del Ecuador, persisten desigualdades significativas en el acceso a servicios de salud bucal, especialmente en zonas rurales y comunidades con vulnerabilidad económica. Estudios han identificado que las zonas más afectadas por pobreza multidimensional incluyen la zona 5, con un 54,6%,

y la zona 1, con un 50,7% de pobreza, afectando principalmente a grupos montubios e indígenas⁸. En este contexto, la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM), a través de su clínica odontológica móvil, ha implementado programas de atención en diversos cantones de la provincia, facilitando la recopilación de información clínica valiosa para evaluar el estado bucal de niños y adolescentes.

Objetivo del estudio: Evaluar el IHOS y su distribución según edad, sexo y cantón de residencia en niños y adolescentes de 4 a 14 años atendidos por la clínica odontológica móvil de la ULEAM en 2024. El estudio busca generar evidencia científica que permita orientar estrategias de prevención, educación y promoción de la salud oral en la población pediátrica de la provincia de Manabí.

¿Cuál es el índice de higiene oral simplificada (IHOS) y cómo se distribuye según los factores demográficos (edad, sexo y cantón de residencia) en niños y adolescentes que acudieron a la unidad móvil odontológica en la provincia de Manabí en 2024?

2. Materiales y métodos

Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico, transversal cuyo objetivo fue evaluar la distribución del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) según factores demográficos en niños y adolescentes atendidos por la clínica odontológica móvil de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) durante el año 2024.

Población y muestra

La población del estudio estuvo conformada por historias clínicas de niños y adolescentes de entre 4 y 14 años que recibieron atención odontológica en distintos cantones de la provincia de Manabí. Se empleó muestreo no probabilístico por conveniencia debido a la disponibilidad de historias clínicas completas registradas durante la agenda de vinculación 2024. Esta decisión priorizó la exhaustividad de los registros frente a la representatividad poblacional

Calibración: Los evaluadores recibieron capacitación estandarizada y calibración interevaluador. No se dispuso de coeficiente Kappa/CCI cuantitativo; esta ausencia se reconoce como limitación, mitigada mediante listas de verificación y supervisión docente.

Análisis estadístico: “Se aplicó χ^2 de Pearson para comparar IHOS por sexo y por grupos etarios (4–7, 8–11, 12–14). Dado el bajo recuento en la categoría ‘Malo’ (n=6), se verificaron los supuestos de frecuencias esperadas; alternativamente, se evaluó la agrupación (Regular+Malo) para robustecer la prueba. Se utilizó Microsoft Excel 2021 con $\alpha=0,05$ ”.

Ética: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH-Uleam_0263, 27 de enero de 2025). Todos los participantes menores de edad contaban con consentimiento informado de sus padres o tutores, y asentimiento en los casos aplicables. Los datos fueron anonimizados antes del análisis. En el caso del uso secundario de registros clínicos, el CEISH otorgó autorización expresa para su empleo con fines de investigación.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron pacientes dentro del rango etario definido (4 a 14 años), con registro completo de datos sociodemográficos y del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), y con consentimiento informado de padres/tutores y asentimiento del menor cuando correspondió. Se excluyeron las historias clínicas con datos incompletos, ilegibles o duplicados, así como aquellas sin registro de IHOS.

Variables de estudio

Las principales variables analizadas fueron:

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS): obtenido mediante la suma de los puntajes de placa blanda (DI-S) y cálculo dental (CI-S) en seis superficies dentales seleccionadas, dividido entre el número de superficies evaluadas³.

La interpretación se realizó según los rangos propuestos por Greene y Vermillion (1964):

- **Excelente:** 0,0 – 0,6
- **Bueno:** 0,7 – 1,8
- **Regular:** 1,9 – 3,0
- **Malo:** 3,1 – 6,0

Factores demográficos: edad, género y cantón de residencia.

Recolección de datos

Los datos se obtuvieron a partir de los registros clínicos de la unidad móvil odontológica de la Universidad Laica Eloy Alfaro (ULEAM). La información fue organizada en Microsoft Excel, y procesada estadística mediante estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas). Para la condición de higiene oral —determinada mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de Greeny Vermillion— según las variables demográficas de sexo y grupo etario, aplicando la prueba de independencia χ^2 de Pearson, con un nivel de significancia $\alpha=0,05$, utilizando Microsoft Excel.

Los evaluadores participaron en un proceso de capacitación estandarizada y calibración interevaluador previo al trabajo de campo, con el fin de garantizar la uniformidad en la aplicación del IHOS y la confiabilidad de los registros. No se dispuso de coeficiente Kappa o CCI para cuantificar la concordancia, lo que se reconoce como una limitación del estudio. Sin embargo, se mitigó mediante listas de verificación y supervisión docente durante el levantamiento de datos.

La investigación respetó los principios de confidencialidad y bioética establecidos en la Declaración de Helsinki. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ULEAM con código CEISH-Uleam_0263 y se gestionaron los permisos institucionales pertinentes para el uso de la información con fines académicos.

Tabla 1. Distribución por sexo de 1349 pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM, 2024

Sexo	N	%
Masculino	718	53,22%
Femenino	631	46,78%
Total	1349	100,00%

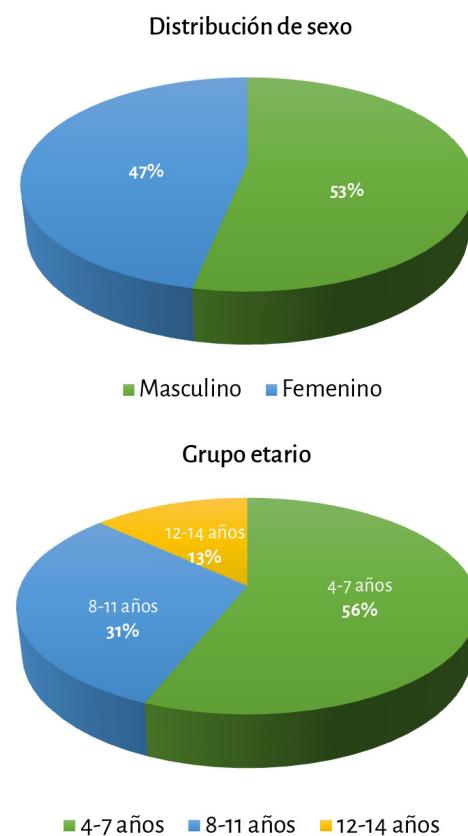
Fuente: Base de datos de vinculación de la carrera de odontología

Elaborado por: Párraga (2024)

3. Resultados

Análisis: La Tabla 1 y la Figura 1 presentan la distribución de frecuencias de niños, niñas y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí durante el 2024, diferenciados por sexo. Los resultados indican que el 53% de los pacientes son de sexo masculino, mientras que el 47% de sexo femenino, lo que evidencia una ligera predominancia de pacientes masculinos en la muestra analizada.

Figura 1. Distribución por sexo de 1349 pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM, 2024



Elaborado por: Párraga (2024)

Análisis: La Tabla 2 y la Figura 2 presentan la distribución por edad de los 1.349 niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí durante 2024. El grupo de 4 a 7 años fue el más numeroso, con 757 pacientes (56,12% del total de la muestra), seguido del grupo de 8 a 11 años con 415 pacientes

(30,76% del total). Por su parte, el grupo de 12 a 14 años estuvo conformado por 177 adolescentes, lo que representa 13,12% del total. Esta distribución evidencia una mayor concentración de pacientes en edades tempranas, lo que podría estar relacionado con la programación de actividades preventivas y educativas dirigidas principalmente a escolares de menor edad.

Tabla 2. La distribución de frecuencias de niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí según la edad permite identificar los grupos etarios con mayor presencia en la muestra analizada

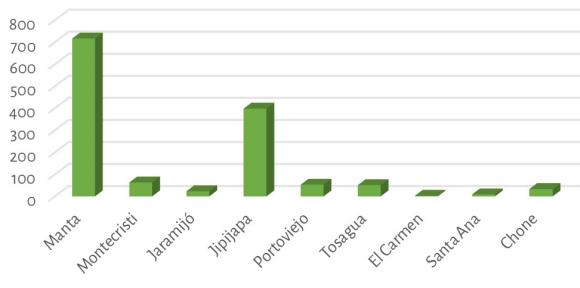
Grupo etario	N	%
4-7 años	757	56,12%
8-11 años	415	30,76%
12-14 años	177	13,12%
Total	1349	100,00%

Fuente: Base de datos de vinculación de la carrera de odontología

Elaborado por: Párraga (2024)

Figura 2. La distribución de frecuencias de niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí según la edad permitirá identificar los rangos etarios más frecuentes en la muestra estudiada

Distribución por cantón



Elaborado por: Párraga (2024)

Análisis: La Tabla 3 y la Figura 3 presentan la distribución de frecuencias de niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí durante el 2024,

el cantón con mayor representación de atenciones fue Manta, con un 53,08% de los pacientes, seguido por Jipijapa, con un 29,50%. En menor proporción, Montecristi registró un 4,67%, mientras que Portoviejo representó el 3,93% de la muestra analizada.

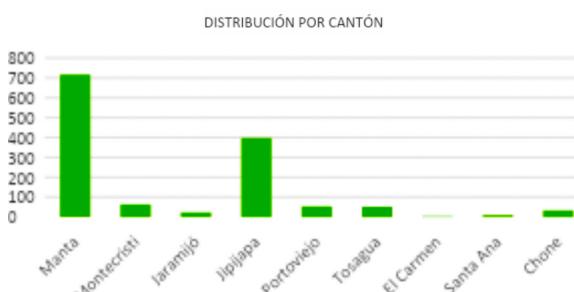
Tabla 3. Distribución de frecuencias de niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí 2024 según el cantón

Cantón	N	%
Manta	716	53,08%
Montecristi	63	4,67%
Jaramijó	23	1,70%
Jipijapa	398	29,50%
Portoviejo	53	3,93%
Tosagua	51	3,78%
El Carmen	3	0,22%
Santa Ana	9	0,67%
Chone	33	2,45%
Total	1349	100,00%

Fuente: Base de datos de vinculación de la carrera de odontología

Elaborado por: Párraga (2024)

Figura 3. La distribución de frecuencias de niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí durante el 2024, según el cantón, permitirá identificar las localidades con mayor número de pacientes atendidos



Elaborado por: Párraga (2024)

Análisis: La Tabla 4 y la figura 4 presentan la interpretación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la

provincia de Manabí durante el 2024. Los resultados muestran que el 71,91% de los pacientes obtuvo una categoría de “bueno”, mientras que un 22,02% alcanzó la categoría de “excelente”, evidenciando un adecuado nivel de higiene oral en la mayoría de la población analizada.

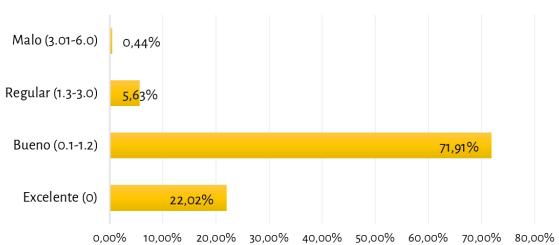
Tabla 4. La distribución de frecuencia de niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí durante el 2024, según su categoría, permitirá clasificar a los pacientes en distintos grupos según criterios específicos

Categoría	N	Porcentaje
Excelente (o)	297	22,02%
Bueno (0.1-1.2)	970	71,91%
Regular (1.3-3.0)	76	5,63%
Malo (3.01-6.0)	6	0,44%
Total	1349	100,00%

Fuente: Base de datos de vinculación de la carrera de odontología

Elaborado por: Párraga (2024)

Figura 4. La distribución de frecuencia de niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí durante el 2024, según su categoría, permitirá clasificar a los pacientes en distintos grupos según criterios específicos



Elaborado por: Párraga (2024)

Análisis: En la Tabla 5 se presenta la interpretación del IHOS en niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí durante el 2024 según su género y grupo etario.

De un total de 1.349 pacientes evaluados, 297 (22,97%) presentaron un Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) clasificado como “excelente”. Dentro de este grupo, 168 pacientes fueron del sexo femenino, lo que representa el 12,45% del

total, mientras que 129 del masculino, equivalente al 9,56%. En la categoría “bueno”, se registraron 970 pacientes, de los cuales el 39,96% corresponde al sexo masculino y el 31,95% al sexo femenino, evidenciando una diferencia notable en la distribución por género. El análisis estadístico reveló una asociación significativa entre el IHOS y el sexo de los pacientes ($p = 0,0005$).

En la misma tabla se presenta la distribución del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) según el grupo etario. Entre los pacientes con un IHOS clasificado como “bueno” ($n = 970$), el 53,40% pertenecía al grupo de edad de 4 a 7 años, el 32,89% al grupo de 8 a 11 años y el 13,71% al grupo de 12 a 14 años. Por otro lado, de los pacientes con IHOS “excelente” ($n = 297$), el 70,03% correspondía al grupo de 4 a 7 años, el 19,19% al grupo de 8 a 11 años y el 10,77% al grupo de 12 a 14 años. El análisis estadístico evidenció una asociación significativa entre el IHOS y el grupo etario ($p=4,56 \times 10^{-7}$).

4. Discusión

Los hallazgos del presente estudio revelan que la mayoría de los niños y adolescentes evaluados en la provincia de Manabí presentaron un buen nivel de higiene oral, con un 71,91% clasificado en la categoría “bueno” y un 22,02% en la categoría “excelente”, de acuerdo con el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Estos resultados son alentadores y coinciden con estudios similares realizados en otras regiones del país y de Latinoamérica, donde las intervenciones preventivas, especialmente en edad escolar han demostrado mejorar los hábitos de higiene oral cuando son acompañadas por programas educativos y participación familiar^{9,10}.

En cuanto a la distribución por sexo, los datos muestran que las niñas presentaron mejores niveles de higiene oral que los niños, con un 12,45% frente a un 9,56% en la categoría “excelente”. Esta diferencia de sexo ha sido documentada en múltiples estudios, donde se ha observado que las mujeres suelen adoptar prácticas de cuidado personal más rigurosas, incluyendo la higiene oral, desde edades tempranas^{11,12}. Según Abe et al., los hombres tienden a cepillarse con menor frecuencia y por períodos más cortos que las mujeres, lo que puede explicar las diferencias observadas en los resultados¹³.

Tabla 5. La interpretación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en niños y adolescentes atendidos en la Clínica Odontológica Móvil de la ULEAM en la provincia de Manabí durante el 2024, según su género y grupo etario

Interpretación del IHOS		Sexo				Totales			Valor p	
	Masculino		Femenino							
	n	%	n	%	n	%				
Excelente (o)	129	9,56%	168	12,45%	297	22,97%				
Bueno (0,1–1,2)	539	39,96%	431	31,95%	970	71,91%				
Regular (1,3–3,00)	48	3,56%	28	2,08%	76	5,63%				
Malo (3,01–6,00)	2	0,15%	4	0,30%	6	0,44%				
Total	718	53,22%	631	46,78%	1349	100%				
Interpretación del IHOS	Grupo etario						Totales		Valor p	
	4 a 7		8 a 11		12 a 14					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Excelente (o)	208	70,03%	57	19,19%	32	10,77%	297	100%	4,56101E-07 (S)	
Bueno (0,1–1,2)	518	53,40%	319	32,89%	133	13,71%	970	100%		
Regular (1,3–3,00)	29	38,16%	36	47,37%	11	14,47%	76	100%		
Malo (3,01–6,00)	2	33,33%	3	50%	1	16,67%	6	100%		

*Prueba de independencia Chi Cuadrado.

S= Significativo (p<0,05); NS= No Significativo (p≥0,05)

Fuente: Base de datos de vinculación de la carrera de odontología

Elaborado por: Párraga (2024)

La edad fue otro factor determinante en el estado de higiene oral. Se identificó que los niños entre 4 y 7 años presentaron mejores niveles de higiene en comparación con los adolescentes de 12 a 14 años. Esta tendencia puede explicarse por la mayor supervisión de los padres durante los primeros años de vida, lo que se reduce progresivamente a medida que los niños adquieren independencia en sus hábitos diarios. Investigaciones previas han confirmado esta transición, señalando que durante la adolescencia disminuye la frecuencia del cepillado dental y aumenta el consumo de productos cariogénicos^{14,15}.

La variación geográfica observada entre los distintos cantones de la provincia también es relevante. Manta y Jipijapa concentraron los mayores porcentajes de pacientes con buena o excelente higiene oral, mientras que, en cantones más pequeños o rurales, como Montecristi, Chone y Santa Ana, se observó una mayor proporción de higiene regular o deficiente. Estos resultados reflejan las desigualdades en el acceso a servicios odontológicos y las brechas socioeconómicas presentes en la región, lo que coincide con lo

reportado por la Organización Mundial de la Salud, que ha identificado a los determinantes sociales de la salud como factores clave en la distribución de las enfermedades bucodentales⁷.

Asimismo, estudios como el de Singhet al. sostienen que los ingresos familiares, el nivel educativo y la urbanización están estrechamente relacionados con el acceso a la atención preventiva y el estado de salud oral, lo cual puede explicar por qué los cantones con mayor infraestructura y cobertura sanitaria presentaron mejores resultados⁶.

En general, estos hallazgos evidencian la importancia de implementar estrategias focalizadas en los grupos más vulnerables especialmente adolescentes, varones y habitantes de zonas rurales para mejorar la equidad en salud bucal. Las campañas educativas, la participación de las familias y la presencia de unidades móviles odontológicas resultan fundamentales para alcanzar una cobertura efectiva y sostenida en la prevención de enfermedades bucales en contextos de desigualdad.

Este estudio analizó la relación entre el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y factores demográficos como edad, género y cantón de residencia. A pesar de contar con un número considerable de registros y con evaluadores previamente capacitados y calibrados, se deben considerar ciertas limitaciones inherentes al diseño metodológico. El uso de un muestreo por conveniencia, basado en la disponibilidad de historias clínicas completas, limita la representatividad de la muestra y, por tanto, la generalización de los resultados a toda la población infantil y adolescente de la provincia. Esta falta de representatividad podría sesgar la distribución de las categorías del IHOS si la muestra no refleja de forma equilibrada las condiciones higiénicas de todas las zonas geográficas y grupos socioeconómicos. Asimismo, el diseño retrospectivo puede exponer al estudio a sesgos de selección e información.

Para mitigar el sesgo de selección, se incluyeron únicamente historias clínicas con registros completos, previamente validadas con el registro maestro de la unidad móvil, y se aseguró la uniformidad de criterios mediante la calibración interevaluador de los estudiantes de vinculación. En la calibración participaron 27 evaluadores quienes recibieron capacitación teórica y práctica sobre los criterios del IHOS y realizaron evaluaciones piloto sobre una muestra de pacientes simulados y reales. Aunque se aplicó este procedimiento, no se registraron indicadores cuantitativos de concordancia interevaluador, como el coeficiente Kappa o el porcentaje de acuerdo, lo que impide documentar de manera objetiva la confiabilidad de las mediciones; esta ausencia constituye una limitación adicional.

En cuanto al sesgo de información, se utilizó un formulario estandarizado para la recolección de datos, se realizaron verificaciones cruzadas en una muestra aleatoria de registros y se supervisó el proceso mediante auditoría docente. Estas medidas permitieron minimizar errores en la codificación, transcripción e interpretación, fortaleciendo la validez interna del estudio. Sin embargo, futuros trabajos deberían implementar muestreos aleatorios estratificados para mejorar la representatividad, así como registrar y reportar estadísticamente la concordancia interevaluador (por ejemplo, coeficiente Kappa, porcentaje de

acuerdo), lo que aumentaría la robustez metodológica y la comparabilidad de los resultados.

5. Conclusiones

El presente estudio demostró que el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en niños y adolescentes de la provincia de Manabí durante el año 2024 se encuentra mayoritariamente en niveles aceptables, con un 93,93% de la población evaluada clasificada en las categorías de higiene "buena" o "excelente". No obstante, la identificación de un 6,07% de participantes con higiene regular o deficiente revela la presencia de subgrupos con mayor vulnerabilidad que requieren atención prioritaria.

A partir de estos hallazgos, se recomienda implementar intervenciones preventivas focalizadas, como campañas educativas escolares adaptadas por grupos de edad, programas de refuerzo en técnicas de cepillado dirigidos a familias, distribución de insumos básicos de higiene oral en comunidades con menor acceso y seguimiento periódico en la clínica odontológica móvil para monitorear la mejora del IHOS. Estas acciones podrían contribuir a reducir la proporción de casos en categorías no aceptables y promover la equidad en salud bucodental infantil y adolescente.

Los resultados demostraron que la edad influye significativamente en el nivel de higiene bucal, con mejores condiciones en los niños de 4 a 7 años que en los adolescentes de 12 a 14 años. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar estrategias específicas para la población adolescente, dado que este grupo tiende a presentar menor adherencia a los hábitos de autocuidado oral a medida que aumenta su autonomía.

Asimismo, se constató que el género también es un factor relevante, ya que las niñas presentaron mejores niveles de higiene oral que los niños. Esta diferencia, consistente con la literatura científica, resalta la necesidad de promover enfoques diferenciados según sexo, incentivando la participación de los varones en la adopción de rutinas adecuadas de higiene bucal.

Desde una perspectiva territorial, no se realizó un análisis estadístico directo que relacione el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) con el cantón

de residencia, por lo que no es posible afirmar desigualdades geográficas con base en los datos presentados. Sin embargo, la literatura señala que las condiciones de infraestructura sanitaria y el acceso a servicios de salud bucodental pueden influir en la higiene oral de la población, lo que sugiere la importancia de considerar estos factores en estudios futuros con análisis territoriales específicos. En conclusión, el estudio confirma que el estado de higiene oral en la población infantil y adolescente de Manabí está condicionado por factores demográficos como la edad, el género y el lugar de residencia. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer las estrategias de educación para la salud, ampliar la cobertura odontológica a través de unidades móviles, y desarrollar políticas públicas enfocadas en la equidad y la promoción de hábitos saludables desde edades tempranas.

Contribución de autoría

Todos los autores contribuyeron en el diseño, recolección, análisis e interpretación, redacción, revisión y aprobación de la versión final del documento.

Financiamiento

Ninguno

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Diciembre de 2003; 31(1): 3-23.
2. Marsh PD. Dental plaque: biological significance of a biofilm and community life-style. *J Clin Periodontol* [Internet]. octubre de 2005 [citado 1 de julio de 2025];32(S6):7-15. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.2005.00790.x>
3. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc* [Internet]. enero de 1964 [citado 1 de julio de 2025];68(1):7-13. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002817764810047>
4. Vega DA. Índice de higiene oral en niños de 6 años en Ecuador 2016. *Odontol Activa (Rev OACTIVA UC Cuenca)*. 2016 MayAug;1(2):3944.
5. Tellez M, Zini A, Estupiñan-Day S. Social Determinants and Oral Health: An Update. *Curr Oral Health Rep* [Internet]. septiembre de 2014 [citado 1 de julio de 2025];1(3):148-52. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s40496-014-0019-6>
6. Singh A, Peres MA, Watt RG. The Relationship between Income and Oral Health: A Critical Review. *J Dent Res* [Internet]. julio de 2019 [citado 1 de julio de 2025]; 98(8): 853-60. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034519849557>
7. World Health Organization. Oral health [Internet]. World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
8. Moreno-Muñoz R, Zambrano M, Pozo-Jiménez W, Calvopiña-Acosta S, Nuñez MA, Sigcha-Quishpe M, et al. Acortando brechas de las desigualdades en salud en el sistema nacional de salud en los últimos 50 años 1970-2022. *Arch Latinoam Nutr*. 2023;73(Supl.1):P081/S2-P17. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0004-06222023000500243&script=sci_arttext
9. Camacho F, Silva G. Evaluación del nivel de higiene oral en escolares ecuatorianos. 2020 [Internet]. 2020;18(1):51-63. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revalsalud/article/view/8252>
10. Ulloa S, Cedeño L, Torres P. Influencia de los programas escolares en la salud bucal de niños. 2019. 2019; 56(2): 21-7.
11. Berteau PC, Sánchez MJ, Cordero JM. Gender differences in dental attendance and selfcare. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007; 35(5): 38996. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.16000528.2007.00325.x>.
12. Lipsky MS, Glasser M. Genderbased disparities in oral health. *J Womens Health*. 2021; 30(7): 102530. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8752>.
13. Abe M, Okamoto N, Fujii M. Oral health behavior and hygiene status among adolescents. *Int*

- J Environ Res Public Health.* 2020;17(3):20915.
Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17030209>.
14. Fathima S, Sharma R, Ali M. Oral hygiene practices across age groups.] Clin Diagn Res.2021;15(4):ZC01-5. Disponible en: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2021/51142.14788>
 15. Kudirkaite A, Narbutaite J, Bendoraitiene E. Age-related differences in oral hygiene among schoolchildren. 2015. 2015; 17(4): 116-21.

Descargo de responsabilidad/Nota del editor

Las declaraciones, opiniones y datos contenidos en todas las publicaciones son únicamente de los autores y contribuyentes individuales y no de la Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca ni de los editores. La Revista de la facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca y/o los editores renuncian a toda responsabilidad por cualquier daño a personas o propiedad que resulte de cualquier idea, método, instrucción o producto mencionado en el contenido.