

Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II

Level of knowledge on oral health and oral hygiene in students of the Educational Institution Tupac Amaru II

Fredy Quezada Bellido¹, María Victoria Espinoza Salcedo²

Recibido: 20 de junio de 2016

Aceptado: 30 de junio de 2016

Resumen

Objetivo: Determinar la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II, distrito de Florencia de Mora - Trujillo, 2015.

Materiales y Método: Estudio experimental, descriptivo y longitudinal. Se evaluó a 50 (2 grupos) alumnos de 12 a 13 años de edad durante los meses de noviembre y diciembre del 2015, empleando cuestionarios antes, inmediatamente después y al mes de la intervención educativa, de igual forma se evaluó el IHO; se utilizó rotafolio, cañón multimedia, trípticos y maquetas. Para el análisis de resultados se empleó la prueba estadística de McNemar, considerando un nivel de significancia del 5%.

Resultados: Se encontró que el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa en

ambos grupos fue deficiente y regular 15 (60%); inmediatamente después se elevó a bueno en 18 (72%) y al mes aumentó a 20 (80%). El IHO antes de la intervención en ambos grupos fue malo (100%), después de la intervención en el grupo experimental se elevó a regular en 24 (96%) y al mes se elevó a bueno en 18 (72%) y regular 7 (28%).

Conclusiones: La intervención educativa fue eficaz, aumentó el nivel de conocimiento en salud bucal y el mejoramiento de la higiene oral en los alumnos. Se deberían de implementar estas intervenciones y retroalimentar periódicamente en las escuelas, por contribuir a mejorar la salud oral de la población.

Palabras Clave: Intervención educativa, nivel de conocimiento, salud bucal, higiene oral.

Abstract

Objective: To determine the effectiveness of short educational lectures on the level of knowledge of oral health and oral hygiene of the students from "Tupac Amaru II" high school.

Material and methods: This is an experimental, descriptive and longitudinal study. 50 students between 12 and 13 years old were evaluated during the months of November and December using questionnaires before, immediately after and one month after an educational lecture. IHOS test were also taken, flipchart, multimedia canon, brochures and models were used. McNemar statistical test, was used for the analysis of results considering a significance level of 5%.

Results: We found the level of knowledge before educational lectures in both groups were poor and regular 15 (60%); immediately after the edu-

cational lecture it rose to good at 18 (72%), after a month it increased to 80%. The Oral Hygiene Index before the educational lecture was bad (100%) in both groups. Immediately after the lectures the experimental group increased its level to regular 24(96%); after the month the results increased to good at 18 (72%) and regular to 7 (28%).

Conclusions: Educational intervention was effective in order to increase the level of knowledge of oral health and improving oral hygiene in students. We also should implement this lectures and feed them back continuously in the schools in order to contribute to the improvement of this population's oral health.

Keywords: Educational lectures, level of knowledge, oral health, oral hygiene.

1. Cirujano dentista. Universidad Privada Antenor Orrego.

2. Cirujana dentista. Doctora en Estomatología. Especialista en Cariología y Endodoncia. Docente de la Universidad Privada Antenor Orrego.

I. INTRODUCCIÓN

La caries dental es un problema sanitario de primera magnitud en la infancia, en el Perú es una de las enfermedades bucales de mayor prevalencia, daña al 90% de la población.^{1,2} La OMS menciona que las enfermedades bucodentales más comunes son la caries y las periodontopatías. Se estima que entre 60% y 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental.^{3,4,5}

El Instituto Nacional de Conferencia del consenso de la salud (NHI), concluyó que la caries es una enfermedad infecciosa y transmisible⁶, descrita como una secuencia de procesos de desintegración progresiva e irreversible, localizada en los tejidos calcificados y que puede generar daño pulpar; debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentados de la dieta^{7,8,9}. Tiene un carácter multifactorial y es crónico. Este proceso es iniciado en el biofilm oral.^{9,10,11}

Según la OMS, la caries dental se define como un proceso patológico localizado, de origen externo que se inicia tras la erupción y que determina el reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.^{12,13}

En el 2001 el Ministerio de salud (MINSA) registró que escolares de 6 a 15 años de edad presentaron prevalencia de caries de 90.7% y prevalencia de enfermedad periodontal de 85%.⁵

Los factores relacionados a la caries se divide en factores etiológicos, básicos o primarios: huésped, dieta, microorganismos (*Streptococos Mutans* y *Lactobacilos*) y un adicional: el tiempo; y factores predisponentes, moduladores o secundarios: edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento.^{9,10,11}

La formación de la placa dental representa una sucesión ecológica ordenada y se puede dividir en: formación de la película adquirida, colonización inicial y colonización secundaria y maduración de la placa.⁵ Tanto las bacterias cariogénicas como las periodontopatógenas se acumulan en la placa a lo largo del margen gingival y superficies proximales; el grosor disminuye conforme se aproxima a la superficie oclusal e incisal.^{10,14,15}

El correcto, meticuloso y frecuente aseo de la boca elimina totalmente la placa dentobacteriana, compuesta por: la capa salival y la capa formada por microorganismos; la cual se adhiere a las superficies dentales y es difícil eliminarlos; es efectivo la remoción por medio del cepillo dental, pero cualquier técnica puede ser eficaz. En la actualidad, la más popular es la Técnica de Bass.^{6,9,10}

Todo programa de promoción de salud bucal debe incluir medidas de control de placa personalizada^{15,16,17} La importancia de la odontología preventiva y

de la promoción de la salud es evitar la enfermedad y maximizar los niveles de salud respectivamente.^{7,10,17} Estas acciones tienen como propósito reforzar las medidas básicas importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y eliminación de hábitos nocivos; así como controlar los factores de riesgo causantes de las diferentes patologías orales.^{1,16,17}

La efectividad del programa educativo depende de la precisión efectuada en su planificación y evaluación, logrando realizar un efecto deseado en el reconocimiento de la importancia de la salud; teniendo como fin fomentar la promoción y prevención de la salud. Las actividades del programa educativo comprenden: educación, prevención, protección y legislación de salud pública positiva, bienestar y estilos de vida.^{18,19,20} La familia juega el rol más importante en la formación de los niños, especialmente en la adquisición de hábitos alimenticios y de higiene oral.^{8,19}

Por lo tanto, es necesario implementar la promoción de la salud oral en escuelas, y realizarlas a partir de estas consideraciones previas: a) adaptar el programa al centro donde se va a desarrollar: número de alumnos, participación de padres, servicios que puede afectar el programa de higiene (comedor, cafetería); b) consensuar entre todos los sectores de la comunidad educativa; c) planificar la implantación, desarrollo y evaluación del programa: temporalizar su desarrollo inicial y final (número de horas a la semana).^{10,16}

Dávila y cols.¹⁸ (2008), realizaron una investigación cuasiexperimental para medir el nivel de conocimiento sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas que tienen los estudiantes antes y después de la aplicación de un programa educativo, evaluaron a 85 estudiantes del Municipio Iribarren, Venezuela. Utilizaron juegos didácticos, videos, charlas y dibujos. El 66% reportó un nivel de conocimiento bueno. Concluyeron que el programa educativo facilitó el aprendizaje de enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas.

Crespo²¹ (2010), realizó una intervención educativa para incrementar conocimientos en salud bucal, en 50 estudiantes de Cuba. Desarrolló técnicas educativas, afectivas y participativas y aplicó un cuestionario antes y después de la intervención. Al evaluar los conocimientos habían aumentado en 98% de los escolares. Concluyeron que la intervención fue un método eficaz y certero para incrementar conocimientos sobre salud bucal.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo prospectivo, longitudinal y experimental, se realizó entre los meses de noviembre y diciembre del 2015, Se incluyeron a 50 alumnos matriculados en el 1er. año de secundaria que presentaron consentimiento firmado por sus padres y/o apoderados. Para evaluar el nivel de cono-

cimientos se empleó un cuestionario validado por cinco expertos especialistas, y se obtuvo el 0.80 mediante V de Aiken. Para el examen de Índice de Higiene Oral (Greene – Vermillion) IHOS se coordinó con un especialista en el área de periodoncia y se obtuvo la calibración inter examinador, de un coeficiente Kappa 0.90

Se seleccionó a los participantes aleatoriamente, empleando un programa estadístico en dos grupos: 25 (grupo experimental) y 25 (grupo control).

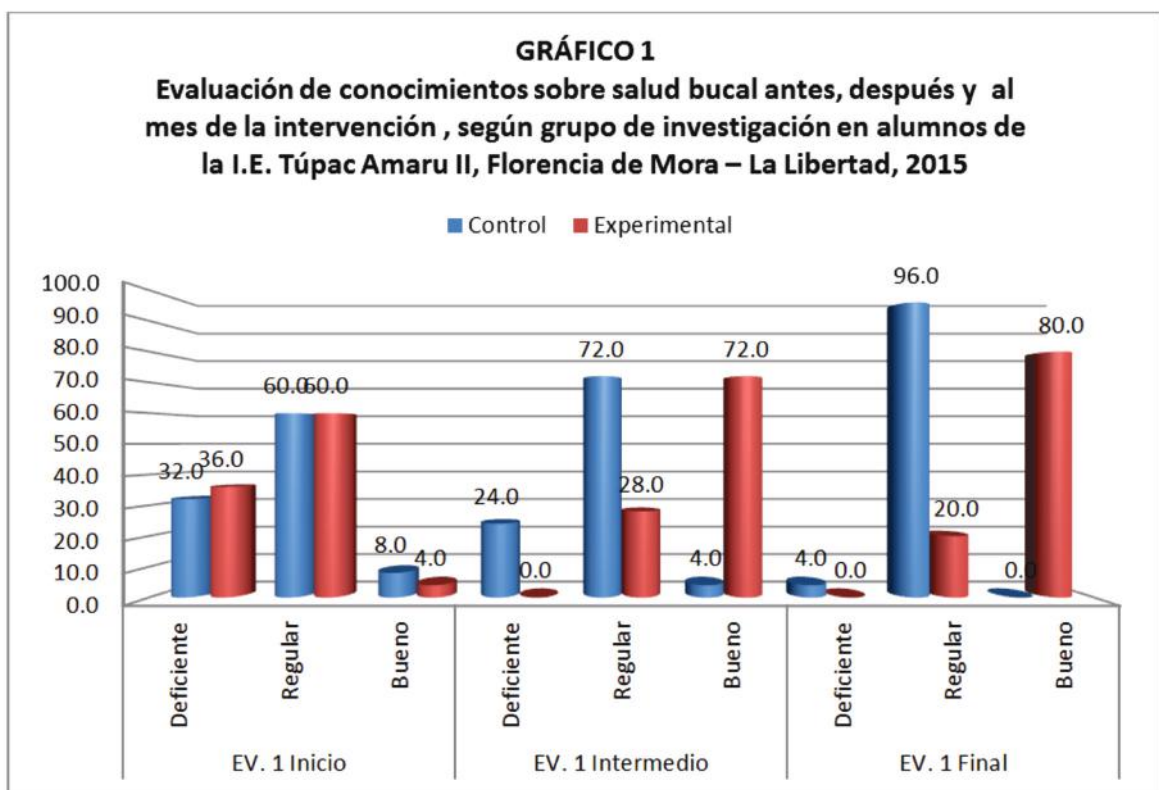
Al grupo experimental se les realizó el cuestionario e IHOS antes de la intervención educativa, al finalizar la charla educativa y al mes. Al grupo control se les realizó el cuestionario y el IHOS. Los datos registrados fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 22 y se empleó la prueba Chi Cuadrado de McNemar, considerando un nivel de significancia de 0.05.

Consideraciones éticas: Se solicitaron los permisos y autorizaciones a las instituciones, se respetó los principios éticos, según la declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial en el 2012. cución de proyectos y trabajos de investigación en una universidad privada peruana en la que incluyó 117 estudios, de los cuales el 58.13% fueron finalizados. La mediana del tiempo de duración de estos es de 1 año 2 meses y el grupo con mayor presentación de proyectos fue en el sexto año de pregrado (41,03%) y la razón es que se les pide como requisito para registrar la siguiente matrícula (10).

III. RESULTADOS

Se encontró que el nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la intervención en el grupo control fue: deficiente en 8(32%), regular 15 (60%) y bueno 2(8%). En el grupo experimental 9(36%) fueron deficiente, 15 (60%) regular y bueno 1 (4%), con un X²: 0.392 y un p: 0.821948, no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

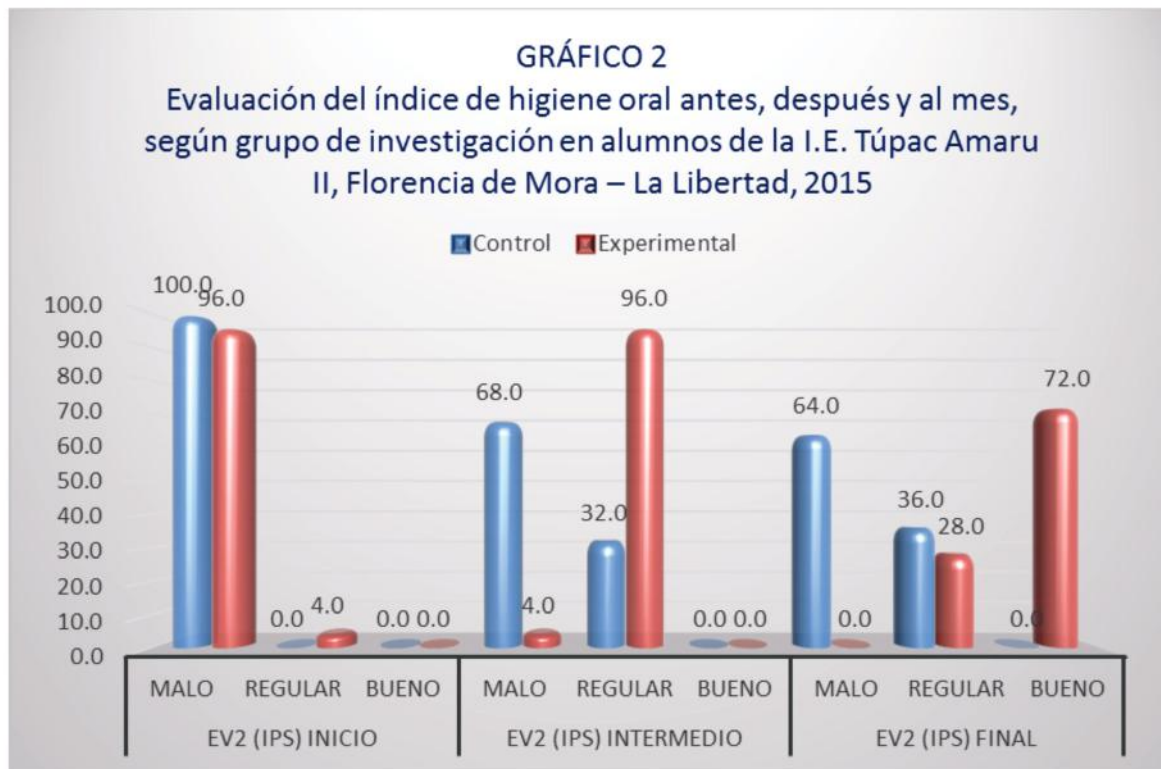
Después de la intervención educativa en el grupo experimental el nivel de conocimiento aumento siendo regular en 7 (28%) y bueno 18 (72%). Al evaluarse nuevamente al mes de la intervención se encontró regular en 5 (20%) y bueno en 20 (80%). Gráfico 1



Al evaluar el Índice de Higiene oral en ambos grupos, se encontró que el 100% de los alumnos presentaron nivel malo. Después de la intervención educativa en el grupo experimental el IHO se elevó a regular en 24 (96%) y sólo 1(4%) fue malo, y al mes de la intervención en este grupo, el IHO se elevó a bueno en 18 (72%) y regular 7(28%), siendo X²=34.25 (p=3.65).

Según el género, se encontró que el nivel de conocimientos antes de la intervención, tanto en mujeres como en varones, fue regular en ambos grupos, no hubo diferencia estadísticamente significativa. Inmediatamente, después de la intervención, en el grupo experimental el resultado se elevó a bueno en ambos, y al mes de la intervención continuó en bueno, siendo 12(85.7%) en mujeres y 8(72.7%) en varones. ($p < 0.005$).

El IHOS antes de la intervención fue mala en las mujeres y varones en ambos grupos (control y experimental). Inmediatamente, después de la intervención educativa, se elevó a regular en el grupo experimental en ambos géneros, y finalmente en mujeres al mes subió a Bueno siendo de 10 (71.4%) y en varones 8 (72.7%), con un $p < 0.000$.



IV. DISCUSIÓN

Las estadísticas en el Perú demuestran que la caries dental es una enfermedad que afecta al 95% de la población. Se inicia en etapas muy tempranas de la vida y con tendencia a incrementar paulatinamente conforme aumenta la edad.⁴ En el estudio se demostró la eficacia de la intervención educativa ya que se logró elevar el nivel de conocimiento de 4% a 72% en bueno y disminuyó del 60% a 28% el regular; mientras el nivel de higiene oral disminuyó después de la intervención del 96% a 4% en malo y al mes se elevó el 28% en regular y el 72% en bueno. Se emplearon diferentes estrategias, métodos visuales y técnicas demostrativas, para motivar a los alumnos en la prevención y promoción de la salud oral con el propósito de incrementar los conocimientos y hábitos saludables.

Los resultados encontrados son similares a Dávila²⁰ y cols., y Crespo²¹, pues ellos encontraron que el nivel de conocimiento bueno había aumentado a 66% y 98% respectivamente; asimismo de Noborikawa¹⁷ ya que en su estudio en alumnos de 1° y 2° grado de secundaria el de IHO mejoró de 2.18 a 0.85, después de la intervención educativa. Estos estudios confirman que las intervenciones educacionales generan efectos positivos que repercuten en mejorar la salud oral, pero estos resultados pueden ser temporales si no se realizan constantes repeticiones a todos los involucrados como los profesores, alumnos y las familias. Las instituciones del Estado en conjunto deberían de implementar estas intervenciones como estrategias en los jardines de niños, escuelas y colegios ya que contribuirían a mejorar la salud oral desde edades tempranas, debido a que en estas edades hay un mayor aprovechamiento en la captación de conocimientos sobre la prevención y enfermedades de la salud bucal; así mismo el aprendizaje de maniobras y técnicas para ayudar a evitarlas.

Para disminuir en nuestro país los altos índices de caries y enfermedades periodontales, debe de existir un compromiso del Estado, las instituciones y toda la sociedad, en especial los padres de familia, ya que cumplen un rol importante en preservar la salud de sus hijos.

V. CONCLUSIONES

La intervención educativa fue eficaz, ya que elevó el nivel de conocimiento en salud bucal y mejoró el índice de higiene oral de los alumnos de la I.E. Túpac Amaru II. Se deberían de implementar estas intervenciones y retroalimentar periódicamente en las escuelas, contribuyendo a mejorar la salud oral de la población.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González de Dios J, Moneris GE, Ortega PC, Quesada de la Gala R, Gómez GM, Calpena VE, et al. (1996). Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales. *Anales Españoles de Pediatría* [Internet]. [Citado 05 de Octubre 2015]; 45: 14-20. Disponible desde: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/45-1-4.pdf>
2. Pariajulca I. (2013). Ensayo comunitario: Programas de intervención para prevenir caries dental en niños de edad escolar [Internet]. [Citado 03 de Octubre 2015]; 1-19. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/articulos>
3. World Heart Organization. Health Topics. [Citado el 10 de Octubre 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>
4. Iglesias C. (2000). Intervención educativa en salud bucal en preescolares de Hueyapan, Morelos. [Tesis de Maestría]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
5. Ávila HR. (2009). Influencia del programa Educativo "Sonríe Feliz" sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio "José Olaya Balandra". [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal.
6. Stephen, H.; Scarlett, M. &Trost, L. (2007). Focus on dental caries management - beyond extension for prevention to minimal intervention. *Oralhealth&Dental Practice* [Citado el 10 de Octubre 2015] Disponible en: <http://www.dentistryiq.com/articles/wdj/print/volume-3/issue-3/you-and-your-practice/focus-on-dental-caries-management.html>
7. Quintero Ortiz Julia E, Méndez Martínez María J, Medina Seruto María, Gómez Mariño Mercedes. (2008). Factores de riesgo y caries dental en adolescentes de 12 a 15 años. *AMC* [Internet]. Jun [citado 25 setiembre del 2015] ; 12(3):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000300004
8. Pisconte E. (2010). Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre la salud dental. Distrito La Esperanza – Trujillo. [Tesis de Titulación]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego.
9. Ojeda S. (2011). Caries de Infancia Temprana: Etiología y Prevención. [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
10. Cuenca S, Baca S. (2013). Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 4ta. Edición. Barcelona: Elsevier Masson.
11. Ministerio de Salud Guía Clínica. (2014). Salud Oral en adolescentes de 10 a 19 años: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Caries. Series Guías Clínicas Minsal. Chile. [Citado el 08 de Octubre 2015] Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCSaludoralenadolescentesEnero2014.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. (1972). Etiología y prevención de la caries dental. Serie de Informes técnicos n° 494. Ginebra. [Citado el 08 de Octubre 2015] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38780/1/WHO_TRS_494_spa.pdf
13. Medina-Solis C., Maupomé G, Avila-Burgos L., Pérez-Nuñez R., Pelcastre-Villafuerte B, y Pontigo-Loyola A. (2006). Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed* 2006; 17:269-286. [Citado el 08 de Octubre 2015] Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb061745.pdf>
14. Campos RM. (2010). Efectividad de un programa educativo de salud bucal en escolares de 1° año de secundaria de la I.E. San Antonio de Padua-Cañete. [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal.

15. Rufasto-Goche K, Saavedra-Alvarado B. (2012). Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. *Rev Estomatol Herediana* 22(2):82-90 [Citado el 06 de Octubre 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/130/106>
16. Celis E., Flores C., Santa Cruz I. (2014). Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una Institución Educativa en la provincia de Chiclayo-Lambayeque. [Tesis de Titulación]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
17. Noborikawa-Kohatsu AK, Kanashiro-Irakawa CR. (2009). Evaluación de un programa educativo preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana*. 19(1):31-38. [Citado el 06 de Octubre 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1815/1825>
18. Dávila ME, Mujica de G M. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. *Acta Odontol. Venez* [Internet]. Dic [citado 2015 Set 20]; 46(3): 250-254. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300002&lng=es
19. Sandra GA, Gonzalo ÁL, Amaya BA, Atuesta DC, Betancur SG, Maya UD, Múnera MT. (2009). Promoción y prevención en salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín, 1 (1) suppl: 46-57 [Citado el 06 de Octubre 2015] Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/32/159>
20. Bosch Robaina R, Rubio Alonso M, García Hoyos F. (2012). Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Avances en Odontoestomatología*, 2012; 28(1): 17-23. [Citado el 06 de octubre 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v28n1/original2.pdf>
21. Crespo MI, Riesgo CY, Laffita LY, Rodríguez HA, Copello TA. (2010). Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". *MEDISAN* [Internet]. 2010 Mar [citado 2015 Set 20]; 14(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200014&lng=es.