

**Implementación de Cepilleros dentales en niños del grado tercero de primaria en dos
instituciones educativas de Santiago de Cali**

Luz karime escalante arias
Diana Muñoz
Jennifer calle
Diana cano
David Bohórquez

**Colegio Odontológico Colombiano
Santiago de Cali
Octubre 2007**

Al Colegio Odontológico por habernos brindado su apoyo,
a los asesores metodológicos que hicieron posible la
realización de nuestro proyecto, a todos los docentes de que
nos colaboraron en el desarrollo de la investigación,
a las instituciones educativas Pablo Emilio Caicedo y Las
Américas que permitieron que este proyecto fuera una realidad.

Agradecimientos

- Asesores metodológicos C.O.C
- Dr. Luís Fernando Montes.
- Rector de las escuelas Las Américas y Pablo Emilio Caicedo.
- Coordinadora y docente de 3er. grado de la escuela Las Américas.
- Coordinadora y docente de 3er. grado de la escuela Pablo Emilio Caicedo.
- Al asesor estadístico Héctor Fabio Mueses.
- Al Colegio Odontológico Colombiano.
- A nuestras familias.

Contenido

Glosario

1. Planteamiento del problema
 - 1.1. Justificación
 - 1.2. Objetivos
 - 1.2.1. Objetivo general
 - 1.2.2. Objetivos específicos
 - 1.3. Marco teórico
2. Metodología
 - 2.1. Hipótesis
 - 2.2. Tipo de estudio
 - 2.3. Universo
 - 2.4. Población
 - 2.5. Muestra y como se seleccionó la muestra
 - 2.6. Criterios de selección
 - 2.7. Variables
 - 2.8. Sesgos
 - 2.9. Formulario de recolección de datos e instructivo
 - 2.10. Validación del instrumento o prueba piloto
 - 2.11. Consideraciones éticas
 - 2.11.1. Clasificación del riesgo
 - 2.11.2. Consentimiento informado
 - 2.12. Desarrollo de la metodología
 - 2.13. Análisis estadístico
 - 2.14. Recursos-presupuesto
 - 2.15. Cronograma
3. Resultados
4. Discusión y conclusiones
5. Recomendaciones
6. Bibliografía

Glosario

Cepillero dental: Aditamento para la colocación de los cepillos dentales en las instituciones educativas o aquellas donde encontramos un número considerable de niños

Índice de Green y Vermillon: Índice de higiene oral que consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado e índice de cálculo simplificado. Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Se evalúan las superficies dentales de seis dientes.

Índice de O'leary: Índice de placa donde se examina cada diente en 4 sectores, que corresponden a sus caras mesial, vestibular, distal y lingual. El puntaje final se determina contando el número total de caras con placa, dividiendo este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y multiplicando por 100.

Escuela saludable: Estrategia que busca articular las políticas actuales sobre promoción de la salud en el ámbito escolar y tiene como objetivo fundamental contribuir al desarrollo humano de los escolares, construir valores, desarrollar conocimientos, habilidades para vivir y crear ambientes saludables.

Resumen

El objetivo de éste estudio fue comprobar la efectividad de los cepilleros dentales para higiene oral con niños del grado tercero de primaria de las instituciones educativas públicas de la ciudad de Santiago de Cali, Pablo Emilio Caicedo y Las Américas en el año 2006.

En este estudio se utilizó una muestra de 75 escolares del grado tercero de primaria de dos centros educativos de estrato bajo en la ciudad de Cali. Para la evaluación se utilizó un formato tipo encuesta con 12 preguntas estructuradas que fueron contestadas por cada escolar y de donde se obtuvieron las variables índice de placa inicial e índice de placa final, para el cual fue necesario un examen bucal inicial y posteriormente otro para verificar resultados.

La escuela donde fue implementado el cepillero dental tuvo mayor participación (56%); el porcentaje de placa bacteriana en los escolares durante la primera intervención se encontró alto en el 56%, para la segunda evaluación de la placa se encontró mayor porcentaje de escolares presentando índice de placa medio (46.7%).

La implementación del cepillero y la inducción a través de conferencias y ayudas audiovisuales, logró una disminución notable en la placa bacteriana en los escolares, lo que demuestra la efectividad de la implementación de las diferentes técnicas y que es corroborado con el nivel de significancia estadístico encontrado ($p = 0.0003$).

1. Planteamiento del problema

1.1. Justificación

Según el ENSAB III en el índice de placa se pudo determinar un nivel regular de remoción las 2/3 partes de los niños corroborándose insuficientes hábitos de higiene oral y aunque se evaluaron edades diferentes (5, 6, 7 y 12 años), los datos no sugieren mejoría en índice de placa. Debido a que los niños pasan la mayor parte del tiempo en las instituciones educativas, es importante evaluar si la promoción de la salud y la implementación de cepilleros dentales mejoran la frecuencia del cepillado y la efectividad de éste en la disminución de placa bacteriana (principal factor de riesgo de caries y enfermedad periodontal).

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar la efectividad de la implementación del cepillero dental, en la higiene oral de los niños del grado tercero de primaria de dos instituciones educativas publicas de la ciudad de Santiago de Cali en el primer periodo del año 2007.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar las características socio demográficas de los estudiantes de las escuelas Las Américas y Pablo Emilio Caicedo.
- Determinar el estado de higiene oral en el que se encontraban los alumnos del grado tercero de primaria de las dos instituciones educativas.
- Comparar el estado de higiene oral en los alumnos del grado tercero de primaria de las dos instituciones educativas, después de haber implementado el cepillero y dado enseñanza y motivación en higiene oral.

1.3 Marco teórico

Cepillero dental

El cepillero es un aditamento para la colocación de los cepillos dentales en las instituciones educativas o aquellas donde encontramos un número considerable de niños en edad escolar, el cual tiene como fin crear un ambiente apropiado que evite la contaminación cruzada que puede existir al guardar los cepillos.

Existen especificaciones como:

- Que sea en un material fácilmente lavable.
- Que tenga espacios de ventilación pequeños y agujeros en su parte inferior.
- Que tengan una numeración
- Que no quede un cepillo encima de otro.

La higiene bucal es una faceta más de la higiene personal diaria. La infancia es la etapa por excelencia para adquirir este tipo de hábitos saludables puesto que el niño muestra mayor predisposición. Los padres y educadores juegan un papel fundamental en la prevención de las enfermedades bucales.

Promoción de la salud:

La salud es un proceso que solo puede comprenderse cuando se aborda el contexto que rodea a las personas, lo que nos plantea como profesionales serias exigencias en cuanto a nuestro quehacer diario, exigencia que van desde reconocer la autonomía y responsabilidad de las personas y comunidades ante la salud, hasta definir nuestro rol como profesionales.

La promoción de la salud es un enfoque completo para la mejora de la salud de familias, sociedades y poblaciones, respaldado por sistemas formales de salud pública; fue definida en la Carta de Ottawa como el proceso que proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Escuela saludable

Escuelas saludables es una estrategia que busca articular las políticas actuales sobre promoción de la salud en el ámbito escolar y tiene como objetivo fundamental contribuir al desarrollo humano de los escolares, construir valores, desarrollar conocimientos, habilidades para vivir y crear ambientes que posibiliten la formación de ciudadanos autónomos, solidarios, creativos, felices, saludables, con capacidad para expresarse y disfrutar de sus emociones.

La estrategia se articula con el desarrollo y fortalecimiento de Municipios Saludables mediante el fomento de acciones que promuevan la creación de espacios saludables, la consolidación de procesos de intersectorialidad y de participación social a través del gobierno local y de la comunidad educativa como componentes esenciales, articulando al escuela, los servicios de salud, las organizaciones comunitarias, ONGs y el sector privado, en una fuerza común para abordar los principales riesgos que afectan la calidad de vida de los escolares y generar procesos permanentes que faciliten la consolidación de una cultura de la salud en la escuela.

Escuelas saludables busca potenciar la capacidad del establecimiento educativo para desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas de promoción de la salud, fomento del autocuidado, la solidaridad y la convivencia pacífica. También motivar las acciones de las personas para ayudarse unos a otros; los ambientes sanos y la creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud; así como la prevención de factores de riesgo que impactan sobre el rendimiento escolar, tales como el ausentismo y la repetición de años escolares, los cuales tienen como base problemas asociados a los aspectos biológicos, ambientales, sociales, económicos, culturales y sociológicos de los estilos de vida y las formas operativas como se prestan los servicios de salud y educación.

La promoción de la salud en la escuela y la prevención de la enfermedad se desarrollan a través de los procesos de educación, información y comunicación, como ejes fundamentales para el crecimiento social, considerando a la escuela como transmisora de valores, siendo el Proyecto Educativo Institucional PEI, el escenario que posibilita el garantizar la continuidad de los planes y metas propuestas para alcanzar la aprobación de aprendizaje que desarrollen capacidades, sentimientos, conocimientos, valores y compromisos necesarios para mejorar calidad de vida del escolar y su entorno.

Escuelas saludables en Cali

En el Municipio de Cali la población en edad escolar adolescente, constituye el 32% de la población y es considerada como un grupo prioritario en la formulación y ejecución de las políticas sociales y, en especial, de aquellas que van dirigidas a mejorar las condiciones de atención en salud y educación.(8)

Algunas enfermedades del adulto son el resultado de secuelas de enfermedades no diagnosticadas en la infancia; entre ellas, se encuentran la enfermedad periodontal, enfermedades mentales, falla renal, defecto de visión y oído y malformaciones esqueléticas. Esta estrategia se encuentra conformada por un grupo multidisciplinario que comprende el Sector Educativo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el sector del Medio Ambiente, de Cultura y Recreación, de Desarrollo Económico y social, de Gobierno Municipal, el Sector Privado y la Sociedad Civil; este grupo se encuentra ampliamente distribuido en todo el municipio para garantizar su cobertura en las columnas.

La Escuela Saludable tiene como líneas de acción fundamentales:

- Educación en salud
- Servicios de salud y educación
- Medio ambiente y entorno saludable
- Vigilancia en salud pública(13)

A nivel de salud se busca aumentar la eficiencia de las intervenciones y se propone impulsar:

- Convivencia y paz
- Sexualidad sana y responsable
- Desarrollo de habilidades para la vida
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco
- Recreación y manejo del tiempo libre
- Promoción de la salud oral
- Nutrición saludable(13)

Busca gradualmente y de forma integral, mediante acciones de protección específica y detección temprana, favorecer un sano crecimiento y desarrollo del escolar y hacer detección temprana de alteraciones del mismo, mediante las siguientes acciones:

- Crecimiento y desarrollo del escolar

- Inmunización
- Atención psicológica
- Atención y canalización de menores víctimas de la violencia
- Salud visual y auditiva
- Programas de nutrición y vigilancia nutricional
- Salud oral (atención preventiva en salud bucal con actividades de control de placa bacteriana, aplicación de fluor y sellantes a los molares # 6).

Índice de Green y Vermillion

En 1960. Green y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés oral hygiene index); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index simplified). Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término desechos, dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba. Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrase la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.

El OHI-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés simplified debris index) un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés simplified calculus index). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz o cayado de pastor, y no se usan agentes reveladores. Las seis superficies dentales examinadas en el OHI-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Para el DI-S, se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival, según los criterios expuestos en el cuadro siguiente.

Índice de desechos bucales (DI-S)

0 No hay presencia de residuos o manchas.

1 Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.

2 Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta

3 Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta

Indicaciones

- Estudios epidemiológicos
- Valoración de los programas de educación sobre la salud oral.
- Evaluar el grado de aseo bucal de un individuo.
- Estudios clínicos (en forma limitada)

Índice de placa O'Leary

La ficha utilizada permite la comparación de tres evaluaciones sucesivas de placa y sangrado. En esta ficha cada diente está dividido en 4 sectores, que corresponden a sus caras mesial, vestibular, distal y lingual. Una vez que el paciente recibe el compuesto relevante, se anotan los resultados. Las caras mesial y distal se revisan dos veces: una durante la evaluación de las caras vestibulares y una segunda vez cuando se evalúe la cara lingual.

El puntaje final se determina contando el número total de caras con placa, dividiendo este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y multiplicando por 100. Este puntaje cuando se compara con otros obtenidos anteriormente, provee un método para que el paciente reconozca su evolución.

Evaluación de la cantidad de placa presente.

Método desarrollado por Silness y Løe mide la cantidad de placa depositada sobre la superficie de todos los dientes presentes en la boca de acuerdo con los siguientes criterios:

Puntaje

0 No hay placa en la zona gingival.

1 Una placa que se adhiere al margen gingival libre y a la zona adyacente del diente.

2 Acumulación moderada de depósitos blandos dentro de la bolsa gingival, y/o adyacente a la superficie dentaria.

3 Abundancia del material blando dentro de la bolsa gingival y/o sobre el margen gingival y la superficie dentaria adyacente.

Este procedimiento da un puntaje a cada una de las cuatro unidades gingivales de los dientes (vestibular, lingual, mesial y distal) que oscila entre 0 y 3; este es el índice de placa para la unidad gingival. Los puntajes de las 4 zonas de un diente pueden sumarse y dividirse por 4 para dar el índice de placa del diente. Los puntajes de los dientes individuales (incisivos, premolares y molares) pueden agruparse para designar el índice de placa de grupos de dientes. Sumando los índices de los dientes y dividiendo por el número de dientes examinados, se obtiene el índice de placa del paciente.

2. Metodología

2.1. Hipótesis

La implementación de cepilleros dentales en las instituciones educativas reduce el índice de placa bacteriana en los escolares

2.2 Tipo de estudio: Ensayo comunitario

2.3. Universo: Estudiantes de las instituciones educativas Pablo Emilio Caicedo y las Américas.

2.4. Población: Estudiantes de tercero de primaria de las instituciones educativas Pablo Emilio Caicedo y las Américas.

2.5. Muestra: 75 estudiantes de ambos sexos con edades entre los 7 y 12 años, del grado de tercero de primaria de dos instituciones educativas publicas de Santiago de Cali. Selección por conglomerado.

2.6. Criterios de selección:

Inclusión:

- Niños pertenecientes a las escuelas Las Américas y Pablo Emilio Caicedo en los grados tercero de primaria.
- Niños de ambos géneros que actualmente cursen el grado tercero de primaria
- Niños cuyos padres firmen el consentimiento informado.

Exclusión:

- Niños con problemas congénitos.
- Niños con reporte de discapacidades.

De retiro:

- Niños que se retiren de la institución educativa después de haber iniciado el estudio.

2.7. Variables: Índice de placa inicial e índice de placa final.

2.8. Sesgos: de información, generada por los niños.

2.9. Formulario de recolección de información e instructivo.

IMPLEMENTACIÓN DE CEPILLEROS DENTALES EN NIÑOS DEL GRADO TERCERO DE PRIMARIA EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE SANTIAGO DE CALI

1. Escuela a la cual pertenece: _____
2. Nombre: _____
3. Edad: _____
4. Estrato socioeconómico: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__
5. Sexo: 1.Femenino:__ 2.Masculino:__
6. Dirección: _____

7. Cuántas veces se cepilla al día?
- a. 1 vez__ b. 2 veces__ c. 3 veces__ d. Mas de 3 veces__
e. Ninguna__

8. Utiliza seda dental diariamente?
- a. Si__ b. No__ c. Algunas veces__

9. Utiliza enjuague bucal diariamente?
- a. Si__ b. No__ c. Algunas veces__

10. Cada cuanto visita al odontólogo?
- a. Cada 3 meses__ b. Cada seis meses c. Cada año__
d. Más de un año

11. Qué técnica de cepillado utiliza?
- a. Vertical__ b. Horizontal__ c. Bass(combicación vertical y horizontal)__

12. Índice de placa inicial: fecha_____ Índice de placa inicial: fecha_____ 16-55 11-51 26-65
16-55 11-51 26-65

46-85 31-71 36-75

46-85 31-71 36-75

Resultado_____

Resultado_____

0 No hay residuos de manchas

1 Los residuos o placa no cubren más de un tercio de la superficie dentaria

2 Los residuos o placa cubren más de un tercio de la superficie pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta

3 Los residuos cubren la totalidad de la superficie dentaria expuesta

13. Marque con una x si presenta: Diente supernumerarios____ Microdoncia____ Macrodoncia____

2.11. Consideraciones éticas

- 2.11.1. De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud de la republica de Colombia, esta investigación es de riesgo mínimo ya que el estudio inicia con un registro de datos y procedimientos comunes en donde se incluye la toma de índices de placa bacteriana, proceso que no pone en riesgo la salud de ninguno de los estudiantes intervenidos, por tal motivo no habrá necesidad de suministrar medicamentos, ni anestésicos que puedan causar efectos adversos.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los cepilleros dentales usados como herramientas para incrementar la efectividad de una estrategia de promoción de la salud en dos instituciones educativas de Cali, es un proyecto realizado por: Luz Karime Escalante celular 3103753585, Jennifer Calle celular 3117049218, Diana Muñoz celular 3167513635, Diana Cano celular 3167523992 y David Bohorquez celular 3178255385. Contando con la asesoría científica Dr. German Duque y metodología de la Dra. Elisa Pinzon, en donde nuestro propósito es dar la información adecuada a la secretaria de salud municipal de la ciudad, dado a que en el medio no existe una estrategia de promoción de la salud oral estructurada, se ha decidido diseñar una estrategia con el fin de suplir esta necesidad, para que se desarrollen realmente campañas de promoción de la salud oral que articulen actividades orientadas a que los niños asuman el control de su propia salud, determinando una estrategia de promoción de salud oral desarrollada en las instituciones educativas en las que se utilizan cepillero y en las que no, conociendo los hábitos y la higiene oral de los niños evaluando así el estado de salud bucal de los niños de las dos instituciones educativas después de implementar estrategias de promoción e salud oral. El estudio comprende 6 meses, el número de personas no se encuentra todavía asignada, depende del número de estudiantes de los grados terceros de las instituciones educativas: Pablo Emilio Caicedo y Las Americas, al paciente se le realizará la toma de índice de placa con presencia de placa bacteriana, que consiste en aplicar un líquido (revelador de placa) en la boca, este manchará las zonas del diente con presencia de placa bacteriana, se le darán instrucciones sobre técnicas de cepillado y se motivará para el uso del cepillo dental con más frecuencia, implementando su uso dentro de las instituciones educativas asignadas, también se debe concienciar al padre de familia con charlas para que ellos motiven y exijan a sus hijos el constante uso del cepillo dental. Dicho estudio no conllevará a complicaciones posteriores, al contrario traerá muchos beneficios ya que ayudará al mejoramiento de la salud oral de los niños de las escuelas públicas y se tendrán una disminución de placa bacteriana, por lo tanto disminuye el riesgo la caries dental. De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud de la república de Colombia, esta investigación es de riesgo mínimo ya que el estudio inicia con un registro de datos y procedimientos comunes en donde se incluye la toma de índices de placa bacteriana, proceso que no pone en riesgo la salud de ninguno de los estudiantes intervenidos, por tal motivo no habrá necesidad de suministrar medicamentos, ni anestésicos que puedan causar efectos adversos.

AL PACIENTE LE DEBE QUEDAR CLARO QUE:

1. El ingreso al estudio no le representa ningún costo adicional.
2. Tiene la capacidad de elegir participar o no en el estudio.
3. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios para continuar con su cuidado y tratamiento.
4. Podrá tener la seguridad de que no se le identificará y que se mantendrá la confidencialidad de la información, relacionada con su privacidad, durante la investigación y la publicación de los resultados.
5. Que se le proporcionará información actualizada durante el estudio, aunque este pudiera afectar su voluntad para continuar participando en él.
6. Dispondrá de tratamiento y la indemnización de la que hubiera por parte de los investigadores, en caso de ocasionar algún daño que afecte la integridad de su salud y que sea causado directamente por la investigación. Los gastos adicionales que el ejercicio de este derecho conlleve, estarán a cargo del presupuesto de la investigación.

7. En la investigación podrán participar personas diferentes a los investigadores principales lo que estarán debidamente entrenados y podrán brindar apoyo en caso de ser necesario.

EL PACIENTE DEBE QUEDAR INFORMADO DE SUS DEBERES CON LA INVESTIGACION:

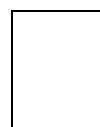
1. Suministrar información que corresponda con la realidad.
2. Seguir todas las indicaciones.
3. Asistir cumplidamente a la primera cita y a los controles.
4. Tomar los medicamentos de manera indicada (en caso necesario)
5. Informar oportunamente los efectos adversos y las reacciones al tratamiento.
6. No recibir ningún beneficio monetario.
7. Informar cambios y lugar de residencia o sitios de contacto.

Firma del tutor legal o familiar: _____

Nombre: _____

C.C: _____ DE: _____

Parentesco: _____



Huella digital de tutor legal o familiar

Firma paciente menor de edad: _____

Nombre: _____

DI: _____ DE: _____

Huella digital del menor de edad: _____

Firma del asesor científico: _____

Nombre: _____

Registro: _____ C.C: _____ de: _____

Responsable de aplicar este consentimiento: _____

Este consentimiento ha sido revisado por el Comité de Ética del Colegio Odontológico Colombiano.
Cualquier duda o inquietud al respecto favor dirigirse a la Unidad de Investigación o al Asesor Científico:

2.11 Desarrollo de la metodología

El estudio de campo se inicio con una encuesta de 12 preguntas relacionadas con el tema, luego se hizo una inspección bucal tomando un índice de placa dental inicial utilizando el índice de Vermillon.

Se dictaron charlas, conferencias y se presentaron videos que inculcaron a los niños los hábitos adecuados de higiene oral en ambas escuelas. En una de las escuelas (Pablo Emilio Caicedo) se procedió a instalar un cepillero y se dio crema dental para cada estudiante.

En una de ellas (Pablo Emilio Caicedo) se procedió a instalar un cepillero, para comparar la evolución en la higiene oral de los niños que tienen el cepillero con respecto a los que no.

Treinta (30) días después se regreso a las dos instituciones para la toma del índice de placa dental final. Se utilizaron tapabocas, baja lenguas, guantes, espejos y todos los implementos de bioseguridad utilizados en odontología.

2.13. Análisis estadístico

Base de datos: Excel 2007 bajo Windows Vista.

Análisis de la información: Paquete Epi-Info 3.4.1 del CDC de Atlanta, 2007.

Análisis estadístico: descriptivo univariado y bivariado empleando tablas de frecuencia para colocar los datos de cada variable, de contingencia para el análisis de las variables (índice inicial y final), prueba estadística no paramétrica Chi².

Nivel de significancia: 0.05

2.14. Recursos presupuesto

Papelería: fotocopias encuestas y consentimientos: 11.400

Bolígrafos: 5.000 (mil pesos c/u)

Instrumental básico desechable: 11.4000

Sustancia reveladora de placa: 5.000

Algodones: 3.000

Vasos desechables: 4.800 (4 paquetes)

Cristaflex: 12.000 (2)

Campos de mesa: 5.000 (10)

Uniformes desechables: 32.500 (5)

Baberos desechables: 38.000 (76 unidades)

Caja de guantes (2): 23.000

Tapabocas: 10.000 (1 caja)

Cepillero (2): 400.000

Cepillos: 62.400

Crema dental (2): 14.000

Macromodelo: 20.000

Ayudas audiovisuales: 15.000

Cartelera: 10.000

Transporte: 100.000

Imprevistos: 250.000

Total del presupuesto: 1.135.100 pesos.

2.15. Cronograma

Primera visita:

Presentación del grupo de investigación a los alumnos a y profesores.

Segunda visita:

Entrega de consentimientos informados y se explico en que consistía la investigación.

Tercera visita:

Recolección de los consentimientos.

Cuarta visita

Recolección de consentimientos que no llevaron algunos niños el día que se les pidió.

Quinta visita

Recolección de datos, charlas sobre salud oral y técnicas de cepillado, cartelera alusivas al tema.

Sexta visita

Presentación de videos sobre higiene oral y técnicas de cepillado, toma de primer índice de placa.

Séptima visita

Se tomo índice de placa a los niños que faltaron a clase en la sexta visita.

Octava visita

Presentación de nuevos videos para profundizar en el tema, implementación del cepillero dental en la institución Las Americas.

Novena visita

Un mes después de implementado el cepillero dental, se toma de nuevo el índice de placa bacteriana (final)

Décima visita

Implementación del cepillero dental en la institución educativa Pablo Emilio Caicedo como obsequio por participar en la investigación.

3. Resultados

- De los 75 niños el 49.3% eran niñas y el 50.7 % eran niños.
- En el índice inicial el mayor porcentaje en Las Américas fue malo con un 59.5% y en Pablo Emilio Caicedo fue malo con 87.9%.
- En el índice final el mayor porcentaje en Las Américas fue malo con un 50% y en Pablo Emilio Caicedo fue regular con 51.5%

4. Discusión y conclusiones

Con la implementación del cepillero y la inducción a través de conferencias y ayudas audiovisuales, se notó una disminución notable en las dos instituciones del porcentaje de placa bacteriana en los escolares, lo que demuestra la efectividad de la implementación de las diferentes técnicas y que es corroborado con el nivel de significancia estadístico encontrado ($p = 0.0003$).

5. Recomendaciones

Investigaciones con el uso de todo tipo de ayudas audiovisuales, se ha podido demostrar que estas son una herramienta eficaz y que logran el objetivo para el que son implementados.

Es necesaria también la realización de un mayor número de campañas de promoción y prevención que conlleven a la disminución de problemas como lo son los relacionados con la cavidad oral, tan frecuentes en los grupos escolares.

Bibliografía

1. www.encolombia.com/foc-CA.htm
2. DE SALAZAR, Ligia. Evaluación de efectividad en promoción de la salud, Guía de evaluación rápida. Cedetes, Universidad del Valle. Pág. 21-35.
3. REAL, María. Salud bucodental: la controversia por el aumento de las prestaciones en AP. Valladolid, 2004. (En línea) Disponible en: <http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/11/08 - enportada/08-bucodental.ht>
4. SALUDALIA. Higiene oral. España, Noviembre de 2005. (En línea) Disponible en: http://www.nacom.es/starmedia/vivir_sano/doc/higiene/doc/higiene_oral.htm
5. RODRÍGUEZ, Magali. Sonrisas ipecables. N° 141 - Domingo 16 de Junio 2002. (en línea) Disponible en: <http://77www.el-nacional.com/revistas/todoendomingo/todo141/salud.htm>
6. MOGUILLANSKY, Gabriela. Modalidad de trabajo que prioriza la salud de los niños en el momento de planificar el tratamiento. Argentina, 2003. (En línea) Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/ part/GM/GM01/gm01.html>
7. ***. Sobre Escuelas Promotoras de Salud. 2005. (En línea) Disponible en: http://www.paho.org/spanish/hpp/hpm/hec/hs_about.htm
8. SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE CALI. Escuelas saludables. Folleto informativo. Santiago de Cali, 2005. (En línea) Disponible en: <http://www.calisaludable.gov.co/saludPublica/escuelas.php>
9. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIVALLE. AUPEC: Niños más sanos, pero por "ETAPAS". Cali, 2005. (En línea) Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/informes/diciembre 97/boletin57/etapas.html>
10. ***. Higiene oral. 2004. (En línea) Disponible en: <http://rincondelvago.com/higiene-personal-y-ambiental-htm>
11. ODONTOCAT. Técnicas para eliminar la placa bacteriana. 2004. (En línea) Disponible en: <http://www.odontocat.com/prevplaca.htm>
12. ***. Levantamiento epidemiológico bucal en escolares de 1° y 2° etapa, Abril 2003. Síntesis Tesis de Grado presentado en junio de 2003. Hospital Victorino Santaella Ruiz. (En línea) Disponible en: <http://odontologia-online.com/casos/part/LST/LST08/lst08.html>
13. SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE CALI. Escuelas saludables. Folleto informativo. Santiago de Cali, 2005. Pág. 1-14

14. PÉREZ FLORES, Yolanda. Experiencias de la Práctica Conjunta de Estudiantes de Higiene Oral de la Universidad del Valle en los Servicios de Salud con Comunidades de Municipios de Yumbo y Cali, Revista estomatología. Julio 2000. No.1 vol.9.