

# NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL RELACIONADO CON LA CALIDAD DE LA HIGIENE ORAL EN ESCOLARES DE UNA POBLACIÓN PERUANA

## LEVEL OF KNOWLEDGE ON ORAL HEALTH RELATED TO QUALITY OF ORAL HYGIENE IN SCHOOLCHILDREN OF A PERUVIAN POPULATION

Juan Carlos Ávalos-Márquez <sup>1,a</sup>, Nancy Huilca-Castillo <sup>1,b</sup>, Miguel Ángel Picasso-Pozo <sup>1,c</sup>, Eimy Omori-Mitumori <sup>1,d</sup>, Adriana Gallardo-Schultz <sup>1,d</sup>

### RESUMEN

**Objetivo.** Determinar el nivel de conocimientos en salud oral relacionada a la calidad de la higiene oral de la población escolar de 9-12 años de edad en la I.E. 1120 "Pedro A. Labarthe", Lima-Perú, 2012. **Materiales y métodos.** Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 76 escolares seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante un cuestionario de preguntas cerradas; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, conocimientos básicos de salud oral y el índice de higiene oral simplificado (IHO-s). Se realizó el análisis descriptivo de cada variable mediante tablas de distribución de frecuencias; para evaluar la relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral se empleó la prueba Chi cuadrado. **Resultados.** La mayor parte de la muestra presentó un "regular" conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por "bueno" (22,4%). En cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presentó un "mala" (59,2%), seguido por "regular" (38,2%). No se encontró relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral (P: 0,360). **Conclusiones.** Aunque la mayor parte de la muestra presentó un "regular" conocimiento en salud oral, la mayoría presentó una higiene oral deficiente. Lo que demuestra que aportar información es insuficiente si es que esta no logra motivar y provocar la modificación del comportamiento, instaurando hábitos más saludables en salud oral. KIRU. 2015;12(1):61-5.

**Palabras clave:** índice de higiene oral; higiene bucal; salud bucal; salud escolar (Fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

**Objective.** To determine the level of knowledge on oral health related to quality of oral hygiene of a schoolchildren population of 9-12 years old in the educational institution 1120 "Pedro A. Labarthe," Lima-Peru, 2012. **Materials and methods.** Observational, descriptive and cross study. The sample consisted of 76 schoolchildren selected by non-probabilistic sampling with volunteers. The information was obtained through a questionnaire of closed questions; the data collection instrument included information about age, sex, basic knowledge of oral health and the simplified oral hygiene index (OHI-s). The descriptive analysis of each variable was performed using frequency distribution tables; to evaluate the relationship between the level of knowledge on oral health and oral hygiene quality Chi-square test was used. **Results.** The majority of the sample had a "regular" oral health knowledge (72.4%), followed by "good" (22.4%). As for the quality of oral hygiene, most of the sample presented a "poor" (59.2%), followed by "regular" (38.2%). No relationship between the level of knowledge of oral health and quality of oral hygiene was found (P: 0.360). **Conclusions.** Although most of the sample presented a "regular" knowledge on oral health, most showed poor oral hygiene. This shows that providing information is not enough if this fails to motivate and cause behavioral change, establishing healthier habits in oral health. KIRU. 2015;12(1):61-5

**Key words:** oral hygiene index; oral hygiene; oral health; school health (Source: MeSHNLM).

<sup>1</sup> Facultad de Odontología – Universidad de San Martín de Porres Lima, Perú.

<sup>a</sup> Magister en Docencia Universitaria. Docente de Periodoncia.

<sup>b</sup> Magister en Docencia Universitaria. Especialista en Periodoncia. Docente Coordinador de Periodoncia I.

<sup>c</sup> Magister en Docencia e Investigación en Estomatología. Docente de Periodoncia.

<sup>d</sup> Cirujano dentista. Docente de Periodoncia.

### Correspondencia

Juan Carlos Ávalos Márquez

Dirección: Calle Badajoz 264, San Luis. Lima 33, Perú. Teléfono: 9948-25064

Correo electrónico: jcalvalosmarquez@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La OMS, en un informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales presentado en febrero de 2004, menciona que la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías)

y caries; mientras que entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales. Entre el 5 y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de dientes <sup>(1)</sup>.

La diversa literatura señala a la placa bacteriana como el principal agente etiológico de las enfermedades periodontales (gingivitis, periodontitis) y las caries. La placa bacteriana tiene relevancia para el establecimiento de la enfermedad gingival, porque se comporta como un agente químico-microbiano de alta agresividad a la mucosa bucal, por el alto contenido bacteriano de cocos y bacilos grampositivos y negativos, fusobacterias, espirilos, espiroquetas y nocardias, principalmente, circunstancia por la cual no resulta sorprendente observar correlaciones positivas entre esta condición, la prevalencia y severidad de la gingivitis <sup>(2)</sup>. Por esta misma razón, la caries ha sido considerada como un reservorio importante de bacterias y, por lo tanto, es otro factor que debe ser considerado y asociado a la prevalencia de gingivitis.

El control de la placa es una manera eficaz de tratar, prevenir la gingivitis, la periodontitis y la caries, siendo una parte decisiva de todos los procedimientos terapéuticos y prevención de las enfermedades periodontales <sup>(3)</sup>. La evidencia científica muestra que estas enfermedades se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de educación para el autocuidado de la salud oral, que sean de amplia cobertura <sup>(4)</sup>. Los padres de familia son los responsables de la educación para la salud oral en sus hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño <sup>(5)</sup>.

La iniciativa mundial de salud escolar de la OMS pretende impulsar la promoción de la salud y la educación sanitaria en los ámbitos local, regional, nacional y mundial <sup>(1)</sup>. La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes <sup>(6)</sup>. El odontólogo debe desempeñar funciones de educador para poder motivar y lograr cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado bucodental y eviten la aparición de posibles enfermedades. El individuo y sus familiares han de ser capacitados para que cumplan cabalmente lo que el profesional les enseñe y sean responsables de su propia salud <sup>(7)</sup>.

Los escolares están psicológicamente preparados para comprender con claridad el sentido de normas y reglas para su cumplimiento diario, las que al devenir patrimonio interior u orgánico de su personalidad, logran responsabilizarlos de su propia salud y prepararlos de manera tal, que al incorporarse a la comunidad adoptan estilos de vida más sanos <sup>(8)</sup>. En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta, pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente. Por esa razón, cuando se evalúa el riesgo en los niños para desarrollar gingivitis y caries, midiendo sus conocimientos sobre salud oral y su posible influencia sobre el control de la placa bacteriana, las investigaciones mues-

tran resultados contradictorios cuando se relacionan estas dos variables.

Bajo estas consideraciones, el objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento en salud oral y su relación con la calidad de la higiene oral que tiene la población escolar de 9-12 años en la I.E. 1120 "Pedro A. Labarthe, Lima, Perú", cuyos resultados permitirá trazar estrategias para prevenir y controlar la incidencia de la caries y enfermedad periodontal.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 110 escolares entre 9 y 12 años de edad, de ambos sexos, matriculados en el turno matutino, en la I.E. 1120 "Pedro A. Labarthe". Lima-Perú, 2012. La muestra estuvo conformada por 76 escolares; la técnica de muestreo fue no probabilística con voluntarios y consentimiento informado.

La información se obtuvo por medio de un cuestionario estructurado; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, conocimiento sobre salud oral y el índice de higiene oral simplificado (HIO-S), siguiendo las recomendaciones de la OMS. Para el diagnóstico de conocimientos sobre salud oral el cuestionario estuvo estructurado con 10 preguntas cerradas de opción múltiple sobre: causas, prevención y principales enfermedades bucales (caries y enfermedad periodontal). Para clasificar el nivel de conocimientos fueron considerados el número de aciertos, con base a los parámetros establecidos por los autores de este proyecto: valor por pregunta: 0 para el que responda que no sabe; 5 para la alternativa que se acerque a la respuesta correcta; 10 para la respuesta correcta. Para establecer el nivel de conocimientos se sumaron los puntajes por pregunta y se clasificó según puntuación obtenida: 85-100 (Bueno), 60- 84 (Regular), menos de 60 puntos (Malo).

Para medir la calidad de higiene oral en cada escolar se llevó a cabo el levantamiento del componente de placa del índice de higiene oral simplificado (IHOS) de Green y Vermillon (tabla 1).

**Tabla 1. Códigos y criterios para el levantamiento del índice de higiene oral simplificado (IHOS)**

Código	Criterio
0	No presenta restos o manchas extrínsecas en la superficie examinada
1	Restos blandos cubriendo no más de un tercio de la superficie del diente, o ausencia de placa bacteriana, más presencia de mancha extrínseca
2	Restos blandos cubriendo más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie del diente, podrá haber o no la de mancha extrínseca
3	Restos blandos cubriendo más de dos tercios de la superficie del diente

El examen se realizó con el auxilio de un espejo bucal plano del número 5, un explorador dental del mismo número y sustancia reveladora para la detección de placa bacteriana.

Finalmente, se realizó el análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0 para Windows.

## RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 76 escolares: 39 mujeres (51,3%) y 37 hombres (48,7%). Respecto al nivel

de conocimiento, la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por “bueno” (22,4%) y “malo” (5,3%). Al realizarse el análisis inferencial, no se encontró relación entre nivel de conocimiento y el sexo ( $P = 0,781$ ) (Tabla 2).

Respecto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presentó un “mala” higiene oral (59,2%), seguido por “regular” (38,2%) y “bueno” (2,6%). Al realizarse el análisis inferencial, no se encontró relación entre la calidad de la higiene oral y el sexo ( $P = 0,094$ ) (Tabla 3).

Cuando se evaluó el nivel de conocimientos en salud oral en relación a la calidad de la higiene oral el análisis estadístico del chi-cuadrado mostró que no existe una relación significativa entre las variables ( $P = 0,360$ ) (tabla 4).

**Tabla 2. Nivel de conocimiento en relación al sexo en escolares de la I.E. 1120 “Pedro A. Labarthe”. Lima-Perú, 2012**

SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Mujeres	10	25,6	27	69,2	2	5,1	39	100
Hombres	7	18,9	28	75,7	2	5,4	37	100
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>22,4</b>	<b>55</b>	<b>72,4</b>	<b>4</b>	<b>5,3</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Tabla 3. Calidad de higiene oral en relación al sexo en escolares de la I.E. 1120 “Pedro A. Labarthe”. Lima-Perú, 2012**

SEXO	CALIDAD DE HIGIENE ORAL							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Mujeres	2	5,1	18	46,2	19	48,7	39	100
Hombres	0	0,0	11	29,7	26	70,3	37	100
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2,6</b>	<b>29</b>	<b>38,2</b>	<b>45</b>	<b>59,2</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Tabla 4. Nivel de conocimientos en relación a la calidad de la higiene oral en escolares de la I.E. 1120 “Pedro A. Labarthe”. Lima-Perú, 2012**

Nivel de Conocimiento	CALIDAD DE HIGIENE ORAL							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Bueno	1	50,0	8	27,6	8	17,8	17	22,4
Regular	1	50,0	21	72,4	33	73,3	55	72,4
Malo	0	0,0	0	0,0	4	8,9	4	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

## DISCUSIÓN

Las enfermedades orales son uno de los problemas principales de salud pública debido a su alta prevalencia, una forma de tratarla a largo plazo es la modificación de conductas de riesgo. Para ello, en una fase inicial debemos establecer los niveles de conocimiento sobre salud oral que tiene la población (9). En los resultados del presente estudio se hallaron los siguientes resultados: que la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por “bueno” (22,4%) y “malo” (5,3%). No se encontró relación entre nivel de conocimiento y el sexo ( $P = 0,781$ ).

Los diversos estudios que evaluaron esta variable en escolares se muestran resultados distintos; Cueto<sup>(9)</sup> realizó un estudio sobre conocimiento, actitudes y práctica sobre higiene oral (CAP) en niños de 12 años, hallando un CAP bajo de (87,3%), pero solo en la variable sobre el nivel de conocimiento su resultado fue malo (71,8%), Rodríguez<sup>(10)</sup> encontró fueron un regular (aceptable) nivel de conocimiento en salud oral. En México, Rodríguez *et al.*<sup>(11)</sup>, hallaron, entre otros resultados un nivel de conocimientos “bueno” (58%), mientras que Adame<sup>(12)</sup> halló un nivel de conocimientos “moderado” (79,1%).

En Cuba, Ruiz N. *et al.*<sup>(13)</sup> hallaron que la mayoría tenían conocimientos inadecuados (91,18 %), al igual que Pérez, L.<sup>(14)</sup> En Venezuela, Heredia M.<sup>(15)</sup>, en un estudio en la población de 15-18 años halló un nivel de conocimiento “malo”. Lo resultados contradictorios que muestran los estudios cuando se evaluaron esta variable, podría deberse a que los estudios han sido realizados en poblaciones que presentan características socioculturales diferentes.

Para tener una buena higiene oral el control de la placa bacteriana es un factor determinante, lo cual nos previene de las dos enfermedades más prevalentes del ser humano: la enfermedad periodontal (gingivitis, periodontitis) y la caries. Se puede decir que la placa bacteriana o biopelícula dental muestra una organización altamente compleja, se conoce que las acciones que pueden presentar estas con la enfermedad periodontal afectan a muchos seres humanos en todas las latitudes a nivel mundial<sup>(16)</sup>.

Respecto a la variable sobre la calidad de higiene oral, en el presente estudio se encontró que la mayor parte de la muestra presentó un “mala” higiene oral (59,2%), seguido por “regular” (38,2%) y “bueno” (2,6%). No se encontró relación entre la calidad de la higiene oral y el sexo. Entre los estudios que evaluaron esta variable en escolares, la mayoría halló un nivel malo (inadecuado) y regular. Duque de Estrada *et al.*<sup>(17)</sup> en un estudio realizado en Cuba, hallaron una higiene oral “mala” (80%). Pérez<sup>(18)</sup> en Venezuela, halló una “mala” higiene bucal (54,7 %), pero fundamentalmente en el grupo de estudio que padecía de gingivitis (88,0 %). Pérez Hernández<sup>(14)</sup>, halló una higiene “regular” (71 %) y “mala” (24,1 %).

En estudios realizados en el Perú, Moses realizó un estudio en niños de 6 a 12 años, los resultados del índice de higiene oral simplificado mostraron que el 34,82% de los niños presentaron una buena higiene oral, mientras que el 57,49% presentaron regular higiene y, finalmente, el 7,69% presentaron mala higiene oral<sup>(19)</sup>. De La Cruz<sup>(20)</sup> halló en niños entre 5 a 12 años que el 95% tiene un nivel de higiene oral moderado y alto. Cuando se evaluó el nivel de conocimientos en salud oral en relación a la calidad de la higiene oral, el presente estudio encontró que no existe una relación significativa entre las variables ( $P = 0,360$ ).

Hernández realizó un estudio en niños y dice que está comprobada la relación entre higiene oral y la presencia de enfermedades como caries y enfermedad periodontal. Es por ello que se deben llevar a cabo programas educativo-preventivos que incluyan diversas acciones, una de las más importantes es la enseñanza de la técnica de cepillado en ambientes escolares, debido a que la etapa escolar entre los 6 y 12 años de edad es una etapa receptiva para el aprendizaje. Esta acción de educación para la salud permite mantener la salud bucal para el caso de los niños sanos y mejorarla para aquellos niños que ya presentan gingivitis<sup>(21)</sup>.

Se concluye que no hay relación entre el nivel de conocimiento en salud oral, y la higiene oral entre los escolares evaluados. Aun cuando la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral, la mayoría de ellos presentó una higiene oral deficiente. Lo que demuestra que aportar información es insuficiente si es que esta no logra motivar y provocar la modificación del comportamiento, instaurando hábitos más saludables en salud oral.

### Contribuciones de autoría

JCAM y NHC participaron en el diseño del estudio, MAPP redacción y análisis de resultados, NHC participó en la revisión de la literatura, aporte de material de estudio y recolección de datos. MAPP, EOM y AGS realizaron la revisión crítica del artículo. todos aprobaron la versión final del artículo.

### Fuente de financiamiento

Autofinanciado

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 24 de febrero de 2004 [Consultado: abril 2012]. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

2. Albandar JM, Tinoco EM. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontol.* 2002;29:153-76.
3. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. *Periodontología Clínica de Carranza*. 11a ed. Caracas: Amolca; 2014.
4. Misrachi C, Sáez M. Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. *Cuadernos Médico-Sociales.* 1989;30(2):27-33.
5. Córdova J, Bulnes R. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. *Horizonte sanitario.* 2007;6(2):18-25.
6. Pineda I, Mulet D, García D, Rosales JM. Aplicación de la educación para la salud en pacientes del Hogar de Impedidos Físicos y Mentales de Holguín. *Bol Estomatol Acción.* 1999;1(1):8 -12.
7. Díaz del Mazo L, Ferrer Gonzáles S, García Díaz RC, Duarte Escalante A. Modificaciones de conocimiento y actitudes hacia la salud bucal en adolescentes del Reparto Sueño. *MEDISAN.* 2001;5(2):4-7.
8. Núñez de Villavicencio F, Leal Z. Aspectos de psicología social. En: *Psicología y salud*. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p.6-14.
9. Cueto A, Soto C, Muñoz D. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años. *Rev Chil Salud Pública.* 2010;14(2-3):363-71.
10. Rodríguez C. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7.º y 8.º básico de la ciudad de Santiago [Tesis para optar el título de cirujano-dentista]. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Facultad de Odontología; 2005.
11. Rodríguez Laura, Contreras R, Arjona J, Soto R, Alanís J. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México. *Revista ADM.* 2006;63(5):170-5.
12. Adame, J. Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey, N. L., México. Santiago [Tesis para optar el grado de máster en ciencias odontológicas]. Ciudad de México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Odontología; 2012.
13. Ruiz N, González E, Soberats M, Amaro I. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. *MEDISAN.* 2004;8(3):24-6.
14. Pérez L, De Armas A, Fuentes E, Rosell F, Urrutia D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores asociados. Policlínico "Pedro Borrás", Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas.* 2011;15(2):53-64.
15. Heredia J. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en la población de 15-18 años. Barrio Adentro Peribeca (Monografía en Internet). Táchira: Revista Ciencias.com; 2006 [acceso: abril 2012]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZyAAulyFDIGYJucg.php>.
16. Díaz A, Vivas R, Puerta L, Ahumado M, Herrera A, Fang L, et al. Papel de la biopelícula dental en la enfermedad Periodontal. *Acta Odontológica Venezolana.* 2012;50(2).
17. Duque de Estrada-Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Coutin-Marie G, Riveron-Herrera F. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. *Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet].* 2003 Ago [citado 2015 Sep 23]; 40(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072003000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200001&lng=es).
18. Pérez B, Duharte C, Perdomo C, Ferrer A, Gan B. Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años. *MEDISAN.* 2011;15(9):1189-95.
19. Moses A. Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013 [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
20. De la Cruz E Evangelista J, Gil L, Ignacio E, Milla D, Salcedo R. Determinación del riesgo estomatológico en Niños de 5 a 12 años que Acuden a la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el Año 2010 [Tesis para optar el grado de cirujano-dentista]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
21. Hernández D, Compeán M, Staines M, Ensaldo P. Prevalencia de gingivitis y su relación con la higiene bucal en escolares. *Odontología Actual.* 2013;10(122):24-8.

Recibido: 24 - 03-15

Aprobado: 19 -05-15

**Citar como:** Ávalos-Márquez JC, Huilca-Castillo N, Picasso-Pozo MA, Omori-Mitumorio E, Gallardo-Schultz A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *KIRU.* 2015;12(1):61-5.