

PROGRAMA DE SALUD ORAL EN LA CONCENTRACIÓN ESCOLAR BILBAO DE LA LOCALIDAD DE SUBA,
BOGOTÁ, D.C.



ARCILA, J. COLORADO, L. ESPEJO, P. ESTUPIÑÁN, M. GONZALEZ, L. MORALES, Y. *
MACIAS, C. **
GONZALEZ, M. ***
IBÁÑEZ, M. ****

Área: Salud y Sociedad / Categoría: Pregrado / Modalidad: Presentación Oral

RESUMEN

Propósito: Evaluar el PROGRAMA INCREMENTAL DE SALUD ORAL, y crear un hábito de cepillado diario en la institución con la participación de los educadores y padres de familia para disminuir la presencia de placa bacteriana, riesgo de caries y gingivitis en la Concentración Escolar Bilbao localidad de Suba, Bogotá D.C durante Marzo del 2002 a Marzo 2003.

Metodología: Se realizó un estudio de intervención, en los niños del grado transición, que están en edades de 5 a 8 años, se implementó un taller educativo de salud oral a padres de familia y se aplicó una encuesta previa de seis preguntas para identificar el nivel de conocimiento, se diligenciaron fichas clínicas de ochenta y un niños y se les proporcionaron cepillos de dientes; posteriormente, se les enseñó la técnica de cepillado de Barrido por medio de un macro modelo. Y se instauró la rutina diaria de cepillado la cual fue supervisada cada quince días por los investigadores realizándose la toma del Índice de Higiene Oral Simplificado, quedando incluidos en el estudio cincuenta y seis niños que cumplieron con los criterios de selección. Al finalizar el año se evaluaron los cambios presentados en los Índices COP, ceo, Índice de higiene oral simplificado y número de dientes permanentes sanos.

Resultados: El Índice de Higiene Oral Simplificado inicio con un promedio en 1.8 ± 0.41 (regular) y finalizó en 0.8 ± 0.27 (regular), el Índice COP se mantuvo estable durante todo el periodo, el Índice ceo se incrementó, ya que inicio con un promedio de 2.6 ± 2.93 (bajo) y finalizó en 2.9 ± 2.89 (intermedio) pero la diferencia no fue significativa y el número de dientes permanentes sanos en el primer examen fue de 22 dientes y para el segundo aumento a 51 dientes permanentes sanos.

Conclusión: El Programa Incremental de Salud Oral es efectivo mediante la implementación de una rutina diaria de cepillado, ya que se logró mantener los Índices COP y ceo estables, así disminuir el Índice de Higiene Oral Simplificado, caries dental, gingivitis.

Palabras claves: Programa Incremental, COP, ceo, caries, cepillado,

ABSTRACT

Purpose: This investigation seeks to evaluate the INCREMENTAL PROGRAM OF ORAL HEALTH, and to create an inhabit of daily brushing in the institution with the participation of the educators and family parents for diminishing the appearance of bacterial plaque, caries risk and gingivitis in the high school Bilbao location of Suba, Bogotá D.C during March 2002 to March 2003.

Methodology: a study of intervention was realized, with the children of the grade transition between ages from 5 to 8 years. An educational taller from oral health to family parents was implemented and a previous survey of six questions to identify the knowledge level was applied, the clinical records of eighty and one children were obtained and they were provided toothbrushes; later on, they were explained the technique of brushing of Bass by means of a model macro and the daily routine of brushing the that was established which it was supervised every fifteen days by the investigators taking of the simplified index of oral hygiene, being included in the study only fifty six children that fulfilled the inclusion and exclusion criterion. When concluding the year the changes were evaluated presented in the COP and ceo indexes, number of healthy permanent teeth, Simplified Index of Oral Hygiene.

Results: The Simplified Index of Oral Hygiene began with an average in 1.8 ± 0.41 (regular) and it concluded in 0.8 ± 0.27 (regular), the Index COP stayed stable during the whole period, the Index ceo stayed stable, since it began with an average of 2.6 ± 2.93 (short) and it concluded in 2.9 ± 2.89 (intermediate) reason why the difference was not significant and the number of healthy permanent teeth in the first exam was of 22 teeth and for the second increase to 51 healthy permanent teeth.

Conclusion: The Incremental Program of Oral Health is effective by means of the implementation of a daily routine of brushing, since it was possible to maintain the stable COP and ceo Index and this way diminish the dental caries risk and gingivitis.

Key words: Incremental Program, COP, ceo, cavity, brushing.

* Estudiantes X semestre

** Asesor científico, Odontóloga, especialista en Odontopediatría

*** Asesor metodológico, Odontóloga, Maestría en Administración en salud

**** Asesor estadístico, Estadístico, Matemático

INTRODUCCIÓN

El Programa Incremental de Salud Oral en la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C. se inició como una primera etapa en abril del año 2000, por un grupo de estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, y queriendo dar continuidad con este Programa se inició una segunda etapa en marzo del 2002 hasta marzo del 2003 en la cual se tomó un nuevo grupo de niños que ingresaron al grado transición. En la primera etapa, se obtuvo un índice COP de 0 para el 93.3% de la población, un índice de 1 para el 4.1%, para un índice de 2 para el 1.5% y un índice de 3 para el 1.0% de la población. Al culminar el año el índice COP se incrementó, encontrándose un índice de 0 para el 77.9% de la población, un índice de 1 para el 7.7%, un índice de 2 para el 5.1% y un índice 3 para 1.0% de la población, este incremento se debió al aumento del número de dientes permanentes en boca. La experiencia de caries en dientes temporales al inicio del Programa fue del 71.2% y al año fue del 72.8% donde no se encontró diferencia significativa; mientras que en el índice de Higiene oral se presentaron cambios notables a los tres meses. Para un índice entre el 0-20% se encontró el 1% de la población, entre el 21-40% se encontró el 20.5% de la población, entre 41-60% se encontró el 38.5% de la población, entre el 61-80% se encontró el 31.8% de la población y más del 80% en solo 8.2% de la población total. A los seis meses el 67% de la población se encontró entre 21-40% y los nueve meses el 65% se encontró entre 0-20%. La segunda etapa del Programa Incremental de Salud Oral en la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá D.C. se inició en marzo del 2002 hasta marzo del 2003 en la cual se tomó el grupo de niños que ingresaron al grado transición ya que en este grupo se encontraron los mismos factores de riesgo de enfermedad del grupo anterior. Por lo cual cabe preguntarse ¿se disminuyó el riesgo de caries dental y la presencia de placa bacteriana con la implementación del Programa Incremental en Salud Oral en la Concentración Escolar de la localidad de Suba, Bogotá D.C. En el tiempo de Marzo 2002 a Marzo 2003.

Este estudio es importante porque busca disminuir el riesgo de caries y gingivitis en los niños, también busca capacitar líderes dentro de la comunidad estudiantil, con los cuales se pretende que al finalizar el estudio estén en capacidad de continuar con él. El Programa Incremental de Salud Oral consiste en un procedimiento cuyo propósito es la cobertura completa en educación y hábitos de higiene oral en una población determinada, evaluando inicialmente las necesidades acumuladas y posteriormente manteniéndola bajo control. La experiencia obtenida en su implementación ha demostrado que la mejoría del estado de salud oral de una población determinada, pasa a ser algo visible a un resultado concreto desarrollado así por un equipo de trabajo. El sistema incremental se aplica principalmente a grupos de edad escolar, debido a la facilidad que ofrecen las escuelas como agrupaciones cerradas de personas y por el énfasis que se da a este grupo desde el punto de vista de atención odontológica. (1)

El Programa Incremental de Educación en Salud Oral, se realiza en dos etapas, la primera inició en abril del 2000 a marzo del 2001 y la segunda desde Marzo del 2002 hasta Marzo del 2003. En esta segunda etapa se capacito a estudiantes y padres de familia de la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá, D. C. en técnicas de cepillado e higiene oral por los investigadores para que participen en el desarrollo del Programa, pretendiendo crear un hábito

de cepillado diario en la institución con la participación de líderes de la comunidad escolar y disminuir la presencia de placa bacteriana y el riesgo de caries en la concentración escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá D. C. durante Marzo del 2002 a Marzo 2003.

La implementación de este Programa Incremental se basa en crear un hábito de cepillado diario para remover la placa bacteriana ya que esta es la principal etiología de la caries y la gingivitis. La placa bacteriana es el depósito de microorganismos firmemente adheridos a las superficies dentales o asociados con las estructuras de soporte, organizados, bioquímicamente activos, de apariencia modular y coloración blanquecina o amarillenta, de espesor variable, hasta de varias micras, por la localización con las superficies duras del diente y de sus estructuras de soporte, la placa puede ser: supragingival y subgingival (2).

La presencia de placa bacteriana se mide con el índice de Higiene Oral Simplificado el cual determina la cantidad de placa blanda que presentan las superficies predeterminadas de seis dientes permanentes seleccionados o sus equivalentes en la dentición decidua se mide en dientes totalmente erupcionados en las siguientes superficies: en permanentes 16(v), 11(v), 26(v), 36(l), 31(v), 46(l). En dientes temporales: 55(v), 51(v), 65(v), 75(l), 81(v), 85(l) y se clasifica según los siguientes criterios del índice de placa blanda: 0 ausencia de placa, 1 menos de un tercio gingival, 2 menos de los dos tercios de la superficie examinada, 3 mas de los dos tercios de la superficie examinada, 9 no aplicable. (3)

Los niveles clínicos de remoción de placa blanda se asocian con los valores del índice de la siguiente forma:

Bueno	= 0.0 – 0.6
Regular	= 0.7 – 1.8
Malo	= 1.9 – 3.0

Para remover la placa bacteriana se implemento la técnica de Barrido que consiste en colocar el cepillo medianamente duro de dos o tres hileras, con los extremos de las cerdas apoyados parcialmente en la zona cervical de los dientes y parcialmente sobre la encía adyacente, hacia apical en un ángulo respecto al eje mayor de los dientes. La presión se aplica lateralmente contra el margen gingival para producir una isquemia perceptible. El cepillo se activa con 20 movimientos de atrás adelante y simultáneamente, se desplaza en dirección coronaria sobre la encía insertada, el margen gingival y la superficie del diente. Este proceso se repite en todas las superficies dentales, actuando de forma sistemática en toda la boca. Para alcanzar las superficies linguales de los incisivos superiores e inferiores, se sostiene el mango en posición vertical trabajando con el "talón" del cepillo.

La superficie oclusal de los molares y premolares se limpia colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando en profundidad en los surcos y espacios interproximales (4).

La gingivitis es la inflamación de la encía, y se halla casi siempre en todas las formas de enfermedades periodontales, porque la placa bacteriana produce inflamación por los factores irritativos que favorecen su acumulación y suelen estar en el medio gingival (4).

La caries dental es la enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros (5).

El Índice COP es un indicador que nos permite conocer la historia de caries en dientes permanentes y se obtiene de la sumatoria de Cariados, Obturados y Perdidos. El Índice ceo es un indicador que nos permite conocer la historia de caries en dientes temporales se obtiene de la sumatoria de cariados, extracción indicada y obturado y se ha establecido por la OMS una escala de gravedad de la afección con cinco niveles para la medición de estos índices:

Muy bajo	0.0 – 1.1
Bajo	1.2 – 2.6
Intermedio	2.7 – 4.4
Alto	4.5 – 6.5
Muy alto	6.5 y más. (3)

El líder es la persona que ejerce su autoridad sobre los miembros de un grupo basándose en la confianza que estos le otorgan y en el reconocimiento general de su superioridad en las cuestiones que afectan fundamentalmente al grupo. Deben tener buenas relaciones ya que es importante iniciar el programa con relaciones positivas entre el promotor o líder y la población para que de esta manera no sólo se aporten conocimientos sino también recibir colaboración y una respuesta favorable al programa establecido. El conocimiento es el aporte dado por el líder o promotor en salud a la población sobre la forma de entender ¿qué es salud?, ¿qué es enfermedad? y ¿cuáles son los elementos implicados en el proceso de salud-enfermedad? con el fin de que esta se encuentre mejor orientada para así fomentar un estilo de vida saludable.(6)

MATERIALES Y METODO

El tipo de estudio realizado fue de intervención, la población estudio se conformo por niños pertenecientes a los grados de transición A, B, C de las jornadas mañana y tarde, de la Concentración Escolar Bilbao de Suba, Bogotá, Distrito Capital, entre el periodo comprendido marzo del 2002 y marzo del 2003.

El objeto de estudio se constituyó por 81 estudiantes pertenecientes a la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba que participan en el Programa Incremental de Salud Oral.

La Población elegible fue determinada a través de los siguientes criterios de selección:

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

*Alumnos que se encuentren debidamente matriculados en transición, en la Concentración Escolar Bilbao, de Suba, Bogotá, Distrito Capital, Marzo del 2002 a Marzo del 2003.

*Niños que estén autorizados por sus padres para hacer parte del estudio mediante un consentimiento informado, en Marzo del 2002 a Marzo del 2003.

Los criterios de exclusión son:

* Aquellos niños que fallaron a uno o más controles a lo largo del programa.

*Niños que abandonaron la institución durante el tiempo de realización del estudio.

Al realizar la exclusión de los niños que no cumplieron con los criterios, quedo una población estudio de 56

niños de los grados transición distribuidos así: transición A, 19 niños, transición B, 17 niños y transición C, 20 niños.

Para este estudio se definieron y se operacionalizaron las siguientes variables. (Anexo A).

En la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá D.C, se inició el Programa Incremental de Salud Oral motivando a la comunidad, por medio de una circular explicativa, donde se daba a conocer este Programa, en ella se pedía la colaboración y el consentimiento a los padres de familia para permitir que los niños formaran parte de éste, se recolectó un total de 60 consentimientos informados de los 81 que se repartieron. (Anexo B).

Fase de calibración: Los investigadores fueron calibrados por la asesora científica en el diligenciamiento de la ficha clínica y el diagnóstico de caries. Se utilizó la técnica de observación directa, del estado buco-dental de la comunidad a tratar.

Fase de Diagnóstico. Se diligenció la ficha clínica de los niños del grado de transición, la cual contiene datos personales, como nombre, edad, género y curso; se realizó un examen oral tomándose el índice de higiene oral simplificado, el índice COP y el índice ceo, donde, se utilizó espejo bucal visión directa; los examinadores procedieron a realizar el examen de la siguiente manera: Se pidió al niño que abriera la boca, con el espejo se fue revisando cada cuadrante, los anotadores consignaron los datos en la ficha clínica correspondiente (Anexo C).

Para la toma del índice de higiene oral simplificado se realizó primero el cepillado en el patio de recreo, en grupos de 10 niños, se trabajo con cepillos dentales donados por Colgate, estos cepillos se utilizaron para el uso diario, se escogieron y capacitaron los niños que sobresalieron siendo así líderes. El cepillado se realizó por cuadrantes aplicando revelador de placa a cada niño sobre la lengua dos gotas, dando indicaciones que se pasen la lengua por todas las superficies de los dientes; observando así las zonas de mayor acumulo de placa y luego realizando el cepillado que fue supervisado por los investigadores, estas sesiones se realizaron tres veces por semestre durante un año y medio (Anexo D).

Se realizó una capacitación para padres de familia por medio de un taller educativo, se aplicó una encuesta para evaluar su conocimiento de salud oral (Anexo E).

La información se registro en una serie de instrumentos diseñados que son:

*INSTRUMENTO 1: Ficha clínica

*INSTRUMENTO 2: Tabla de control: Índice de Higiene Oral Simplificado.

*INSTRUMENTO 3: Encuesta para padres.

En el primero va el número de ficha clínica, nombre, género, edad, índice COP y ceo que fue tomado anualmente con su respectivo total, número de dientes permanentes sanos.

El segundo instrumento contiene nombre y las nueve tomas de índice de higiene oral simplificado, se realizaron 3 tomas semestrales.

El tercer instrumento fue la encuesta realizada a los padres en donde se evaluó el grado de conocimiento de ellos.

Los resultados obtenidos se depuraron y posteriormente se digitaron en el programa Excel versión 2000 donde se compararon los datos de la ficha clínica y se procesó la información en el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 10.0.

El análisis estadístico se realizó de la siguiente manera:

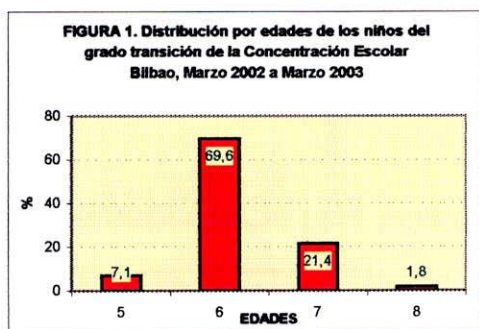
- * Para las variables sociodemográficas cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes y en las cuantitativas se utilizaron promedios y medidas de dispersión tales como rango y desviación estándar.
- * Para evaluar los cambios de los promedios del IHO-S, el índice COP y ceo y número de dientes

RESULTADOS

SOCIODEMOGRAFICAS

El grupo de estudio fue de 56 niños matriculados en la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá D.C. en el periodo de Marzo 2002 a Marzo 2003. Pertenecientes al grado transición donde el 55.4% (31) correspondió al género femenino y el 44.6% (25) al género masculino.

La edad mínima fue de 5 años y la máxima de 8 años, el promedio fue de 6.1 +/- 0.58 distribuido así: 5 años con un porcentaje de 7.2% (4), 6 años el 69.6% (39), 7 años el 21.4% (12), 8 años el 1.8% (1).



ESTADO DE SALUD ORAL

Al realizar la toma de los Índices de Higiene Oral Simplificado se observó en el primer índice un promedio de 1,8 +/- 0,41, (regular), donde se encontró diferencia significativa con la tercera toma (0,404), la cuarta (0,230), la quinta (0,368), la sexta (0,471), la séptima (0,448), la octava (0,593), la novena (0,691) mientras que en la segunda (0,177) no hubo diferencia significativa.

La segunda toma presentó un promedio de 1,3 +/- 0,43 (regular), donde se encontraron diferencias significativas con la tercera toma (0,227), la sexta (0,295), la séptima (0,271), la octava (0,416), la novena (0,514), no se encontraron diferencias significativas con la cuarta (0,0535) y la quinta (0,191).

La tercera toma se presentó un promedio de 0,9 (regular) +/- de 0,35 donde se encontraron diferencias significativas con la cuarta toma (-0,173), la octava (0,181), la novena (0,288), no se encontraron diferencias significativas con la quinta (-0,0357), la sexta (0,0678) y la séptima (0,0446).

La cuarta toma presentó un promedio de 1,3 +/- 0,321 (regular), donde se encontraron diferencias significativas con la quinta toma (0,137), la sexta

permanentes sanos. Se utilizó un análisis estadístico de medidas repetidas y se determinaron los cambios sobre las diferencias de los momentos con la prueba de comparaciones múltiples de Bonferroni, a un nivel de significancia del 5%.

- * Para las respuestas de la encuesta se utilizó medidas de tipo tendencia central, distribución de frecuencias y porcentajes.

- * Para los cambios de las variables sociodemográficas en las cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes y en las cuantitativas se utilizaron promedios y medidas de dispersión tales como rango y desviación estándar.

(0,241), la séptima (0,218) la octava (0,362), la novena (0,461).

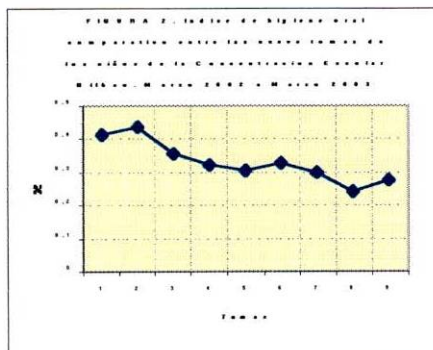
La quinta toma presentó un promedio de 1,1 +/- 0,30 (regular), se encontró diferencias significativas con la sexta toma (0,104), la octava (0,225), la novena (0,323) no hubo diferencia significativa con la séptima (0,0803).

La sexta toma presentó un promedio de 1,0 +/- 0,32 (regular) se encontraron diferencias significativas con la novena (0,220) y no se encontró diferencia significativa con la séptima (-0,0232), la octava (0,121).

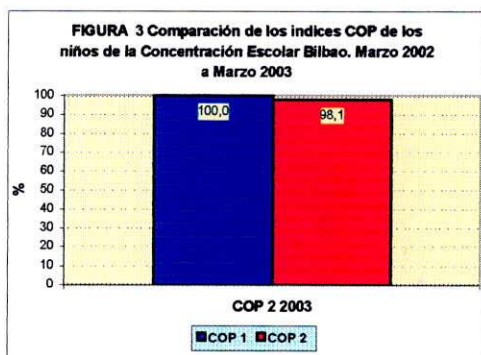
La séptima toma presentó un promedio de 1,0 +/- 0,29 (regular) se encontró diferencia significativa con la octava (0,145), la novena (0,243).

La octava toma presentó un promedio de 0,8 +/- 0,24 (regular) se encontró una diferencia significativa con la novena (0,0982).

La novena toma presentó un promedio de 0,8 +/- 0,27 (regular)

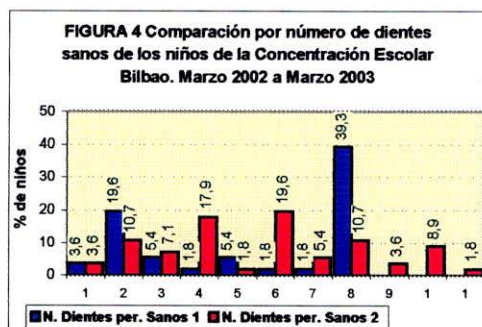


En el primer año el índice COP se encontró que fue 100% de dientes sanos, es decir los 56 alumnos presentan un índice de 0 (muy bajo), En el segundo año el Índice COP de 0 fue del 98.9% (55) y el 1.9% (1) con un promedio de 0.07 (muy bajo), presentó un aumento de 3 dientes cariados y 1 diente obturado.



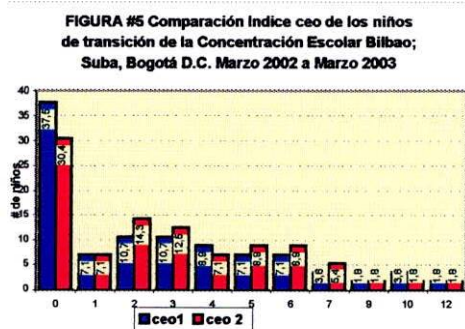
En el primer examen 22 niños presentaron dientes permanentes sanos en boca que corresponden al 39.3% de la población, la sumatoria de dientes permanentes sanos fue 76 dientes.

Para el segundo examen 51 niños presentaron dientes permanentes sanos en boca con un porcentaje más alto del 91.1% (51), la sumatoria de dientes permanentes sanos fue de 286 dientes.



En el primer año el índice ceo obtuvo un valor de 0 representado en 37.5% (21), correspondientes a alumnos que en cavidad oral no presentaron alteración alguna y el 62.5% (35) presentaron experiencia de caries con un promedio de 2.6 (bajo)

Para el segundo año el índice ceo tuvo un valor de 0 representado en el 30.4% (17) no presentaron alteración alguna y el 69.6% (39) de la población refiere enfermedad con un promedio de 2.9 (intermedio).



CONOCIMIENTOS DE SALUD ORAL

En taller que se realizó a 45 padres de familia de los alumnos de transición de la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá D.C. Marzo

2002 a Marzo 2003. La distribución de género fue 71.1% (33) corresponde al género femenino y el 28.9% (13) al género masculino. El taller se llevó a cabo con ayudas didácticas como fueron el macro modelo, cepillo dental y cartelera explicativas de las diferentes ayudas para realizar una buena higiene oral

Los hallazgos obtenidos: En encuesta aplicada después del taller fueron; a la pregunta ¿son importantes los dientes de leche? el 84.4% (27) del género femenino y el 92.3% (12) del género masculino, responden afirmativamente.

La pregunta ¿conoce que produce la caries? el 74.2% (23) del género femenino y el 66.6% (8) del género masculino considera que la placa bacteriana.

Respecto a la edad en que el niño debe cepillarse solo el 24% (6) del género femenino y el 10% (1) del género masculino consideran que a partir de los 6 años.

En la técnica de cepillado utilizada respondieron con mayor frecuencia la técnica de barrido, el 71.9% (23) del género femenino y el 61.5% (8) el género masculino.

Con relación a la edad en que erupciona el primer molar permanente el 37.5% (20) del género femenino y el 23% (16) del género masculino opina que a partir de los 6 años.

A la pregunta conocen el Programa de Salud Oral el 65.6% (21) del género femenino y el 46.2% (6) del género masculino expresaron conocerlo.

DISCUSIÓN

La disminución en el Índice de Higiene Oral Simplificado y el mejoramiento en las técnicas de cepillado en la población escolar Bilbao en la localidad de Suba, Bogotá D. C. se logró por la supervisión constante cada quince días de los investigadores, los mismos resultados fueron obtenidos por Koch G, Linde (1970) en donde se tomó un grupo de niños de 9 a 11 años, el programa se realizó por tres años, donde usaron 2 técnicas, una con el cepillado utilizando pasta fluorada y otra realizando el cepillado 2 veces al día sin pasta ni dentífrico siendo supervisado. Los resultados demuestran que el cepillado de los dientes supervisado fue el método más eficaz para disminución del riesgo de caries.

El Índice de Higiene Oral Simplificado del estudio tuvo un promedio de 1.8 (regular) y finalizó en 0.8 (bueno), es decir se produjo una reducción en los niveles clínicos de placa blanda como respuesta a la implementación de un Programa de Educación en Salud Oral comparado con el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1997 a 1998 del Índice de placa blanda en la población de 5,6,7 años fue de 1.4% similar al obtenido en el presente estudio que fue al inicio de 1.8 y final de 1.5.

El Índice COP obtenido en la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba Bogotá D.C. Marzo del 2001 a Marzo del 2002, en el primer año fue del 0 en el 100%, y en el segundo año el Índice COP fue de 0 en 98.9% siendo un resultado muy similar al obtenido en el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1997 a 1998 donde el Índice COP es de 0.1 los 5 años y 2.3 a los 12 años (95%) con un promedio de dientes permanentes sanos a los doce años de 23.3% es decir el 90% de dientes permanentes en boca.

Los resultados del Índice ceo al inicio del programa fue de 62.5% (35) que presentaron experiencia de caries con un promedio de 2.6 (bajo), Para el segundo año el índice ceo fue de 69.6% (39) que

refiere enfermedad con un promedio de 2.9 (intermedio). Los mismos resultados se encontraron en el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1997 a 1998 donde a los cinco años el índice ceo es de 3.0 (95%) y no presenta incrementos importantes a los seis y siete años.

Los hallazgos obtenidos en la encuesta para evaluar conocimiento de los padres de familia, en la pregunta son importantes los dientes de leche el 84.4% (27) del género femenino y el 92.3% (12) del género masculino, responden afirmativamente, lo similar con el III Estudio Nacional de Salud Bucal en el cual el 69.4% afirma la importancia de los dientes temporales. Y a la pregunta conoce que produce la caries el 74.2% (23) del género femenino y el 66.6% (8) del género masculino considera que la placa bacteriana, en el III Estudio Nacional de Salud Bucal el 88% opina que es por no cepillarse.

La importancia clínica del estudio fue desarrollar un Programa Educativo que disminuya los niveles de placa bacteriana, caries y gingivitis y por lo tanto permita mantener los dientes permanentes sanos en boca.

Las limitaciones que se encontraron en esta investigación que tenía una proyección de 5 años, fueron la falta de colaboración de los maestros, padres de familia y el difícil acceso a la comunidad por las vías, el transporte, la inseguridad y condiciones físicas del barrio.

CONCLUSIONES

El Programa Incremental de Salud Oral es efectivo mediante la implementación de una rutina diaria de cepillado, ya que se lograron mantener los Índices COP y ceo estables y disminuir el Índice de Higiene Oral Simplificado.

Se logró la participación activa a través de los alumnos líderes en cada curso y la motivación por parte de ellos para realizar la rutina de cepillado.

RECOMENDACIONES

Implementar estrategias que permitan despertar el interés de los padres para que colaboren más en estos programas de salud dirigidos a sus hijos.

Promover la implementación de Programas de Promoción de la Salud Oral tutorada por líderes comunitarios.

BIBLIOGRAFIA

1. Jiménez O. G, Guarín L. P. La salud y la promoción de la dignidad humana, Universidad Javeriana 1era ed. 2001.
2. Ministerio de Salud, (Bogotá) Programa de salud bucal, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Odontología, 1era Ed. 1995 p 63
3. Ministerio de Salud, Tercer Estudio Nacional De Salud Bucal – ENSAB III Segundo Estudio Nacional De Factores de Riesgo de Enfermedades crónicas - ENFREC II, Tomo VII. Año p 21
4. Carranza F.A. Peri odontología Clínica GLICKMAN, Ed Interamericana, Buenos Aires, 1982.
5. Herazo A. B, Moncada B. O, Estudio de Tendencias Epidemiológicas de caries Dental y Periodontopatías. Min. Salud - Pontificia Universidad Javeriana. Colombia 1995. P123

6. Papalia, Diane E. Psicología del desarrollo séptima ed. Mc Graw-Hill. Julio 1998 P. 222-226.

ninjo81@yahoo.es
LADYX13@hotmail.com
luanguitb@hotmail.com

ANEXO A

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATAGORIA O ESCALA	OPERACIONALIZACION	
			ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
1. Sociodemográficas				
101. Género	Tipo de sexo a que pertenecen los niños de la institución de la concertación escolar Bilbao Suba Bogotá D.C. Marzo 2002-2003.	1. Masculino 2. Femenino	Nominal	Categórica
102. Edad	Años cumplidos registrados en la ficha clínica en el momento de realizar el examen clínico en la Concentración Escolar Bilbao Suba Bogotá D.C. Marzo 2002 – 2003.	1. 5 – 6 años 2. 7 – 8 años	Discreta	Cuantitativa
2. Estado de Salud Oral				
201. Presencia de placa bacteriana	Acumulo de restos alimenticios en las diferentes superficies dentarias, se evalúa con la aplicación de líquido para revelar	Índice de higiene oral simplificado Se mide de 0 a 6 y se clasifica: 1. Bueno 0.0 – 1.2 2. Regular 1.3 – 3.0 3. Malo 3.1 – 6.0	Continua	Cuantitativa
202. Historia de caries en dientes permanentes (Índice COP)	Medición numérica de la cantidad de dientes con presencia de caries, de obturaciones y dientes perdidos por caries en dentición permanente.	Muy bajo 0.0 – 1.1 Bajo 1.2 – 2.6 Intermedio 2.7 – 4.4 Alta 4.5 – 6.5 Muy alto 6.6 y más	Discreta	Cuantitativa
203. Dientes permanentes sanos	Número de dientes permanentes erupcionados sin evidencia clínica de caries, que presenta el niño en la boca al momento del examen, en dentición permanente.	—	Discreta	Cuantitativa
204. Historia de caries en dientes temporales (Índice ceo)	Medición numérica de la cantidad de dientes con presencia de caries, exodoncias indicadas y obturaciones en dientes temporales.	Muy bajo 0.0 – 1.1 Bajo 1.2 – 2.6 Intermedio 2.7 – 4.4 Alto 4.5 – 6.5 Muy alto 6.6 y más	Discreta	Cuantitativa
3. Conocimiento de Salud Oral				
301. Importancia de los dientes temporales	Cumple con las funciones de masticación, fonación, deglución y mantener los espacios para la erupción de los dientes permanentes	1. Si 2. No	Nominal	Categórica
302. Etiología de la caries	Multifactorial (Placa bacteriana, deficiente higiene oral, streptococo mutans)	1. Placa bacteriana 2. Dulces	Nominal	Categórica
303. Edad de cepillado	Edad en que el niño inicia su cepillado sin ayuda de un adulto	1. Menor de 6 2. 6 años 3. Mayor de 6	Ordinal	Categórica
304. Técnica de cepillado	Se basa en la remoción diaria de placa bacteriana, en términos de cepillado dental utilizando las diferentes técnicas.	1. Barrido 2. Bass	Ordinal	Categórica
305. Inicio de erupción de dientes permanentes	Inicio a los seis años de edad con el primer molar permanente.	1. Menor de 6 años 2. 6 años 3. Mayor de 6 años	Ordinal	Categórica

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONCENTRACIÓN ESCOLAR BILBAO
LOCALIDAD SUBA, BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL

ASUNTO: INFORMACIÓN PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD ORAL
PARA: PADRES DE FAMILIA
DE: ESTUDIANTES DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Los alumnos del Colegio Odontológico Colombiano, estamos realizando un programa de enseñanza de higiene oral, con los alumnos de la Concentración Escolar Bilbao en la cual invitamos a participar a padres de familia, estudiantes y maestros.

Nuestro objeto es compartir con ustedes conocimientos acerca de los riesgos, cuidados y beneficios de nuestra salud oral, y así disminuir las enfermedades más comunes en boca, mejorando así nuestra calidad de vida.

Este estudio se desarrollará de la siguiente manera: se dictarán charlas de educación en salud oral a maestros y padres para que colaboren en la rutina de cepillado diaria de los niños.

Con los niños se realizarán talleres de enseñanza de cepillado los cuales serán dirigidos cada 15 días por los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, y entre semana por los maestros, también se les aplicará sustancia reveladora en la boca para saber si la técnica de cepillado se está desarrollando bien.

YO _____ CON C.C. _____

ESTOY ENTERADO Y DOY CONSENTIMIENTO PARA QUE MI HIJO
_____ DEL CURSO _____

PARTICIPE EN EL PROGRAMA DE SALUD ORAL.

FIRMA: _____

C.C. _____

ANEXO C

TABLA DE CONTROL: INDICES COP, ceo, NUMERO DE DIENTES PERMANENTES SANOS

[illegible]

ANEXO D

Tabla de control: INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

FECHA:[illegible]

ANEXO E
C.O.C.
ENCUESTA PARA PADRES DE FAMILIA

CONCENTRACIÓN ECOLAR BILBAO
LOCALIDAD SUBA, BOGOTA D.C.

NOMBRE: _____

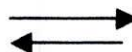
1. Para usted los dientes de leche son importantes:

2. Conoce que produce la caries:

3. El niño a que edad se debe cepillar solo:

4. Marque con una X la técnica de cepillado que realiza:

4.1 Los dientes y muelas en forma horizontal



4.2 Los dientes de arriba hacia abajo, los de abajo hacia arriba y las muelitas en forma circular.

5 A que edad salen la primer muela permanente:

6 Conoce el Programa Incremental de salud oral ?
