

00948

**PROGRAMA INCREMENTAL DE SALUD ORAL EN LA CONCENTRACIÓN  
ESCOLAR BILBAO**

**INTEGRANTES:**

YUDY JULIANA BARBOSA GUARNIZO  
LILIANA ROCIO DEL PILAR BARRETO VILLALOBOS  
MARÍA DEICY CARDOSO QUINTERO  
NATHALIA ECHAVARRÍA ACEVEDO  
PAOLA DEL PILAR GRANADOS MURCIA  
MAGDA CAROLINA PERALTA BERBEO  
MARINELLA ZULUAGA GÓMEZ

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
BOGOTÁ, D.C.  
2002**

**PROGRAMA INCREMENTAL DE SALUD ORAL EN LA CONCENTRACIÓN  
ESCOLAR BILBAO**

YUDY JULIANA BARBOSA GUARNIZO  
LILIANA ROCIO DEL PILAR BARRETO VILLALOBOS  
MARÍA DEICY CARDOSO QUINTERO  
NATHALIA ECHAVARRÍA ACEVEDO  
PAOLA DEL PILAR GRANADOS MURCIA  
MAGDA CAROLINA PERALTA BERBEO  
MARINELLA ZULUAGA GÓMEZ

Asesor Científico  
**CARMENZA MACÍAS**  
Odontóloga, Odontopediatra

Asesor Metodológico  
**MARÍA ALEJANDRA GONZÁLES B.**  
Odontóloga, Maestría en Administración de Salud

Asesor Estadístico  
**MILCIADES IBAÑEZ**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
BOGOTÁ, D.C.  
2002**

**PROGRAMA INCREMENTAL DE SALUD ORAL EN LA CONCENTRACIÓN  
ESCOLAR BILBAO**

YUDY JULIANA BARBOSA GUARNIZO  
LILIANA ROCIO DEL PILAR BARRETO VILLALOBOS  
MARÍA DEICY CARDOSO QUINTERO  
NATHALIA ECHAVARRÍA ACEVEDO  
PAOLA DEL PILAR GRANADOS MURCIA  
MAGDA CAROLINA PERALTA BERBEO  
MARINELLA ZULUAGA GÓMEZ

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el título de  
Odontólogo

Asesor Científico  
**CARMENZA MACÍAS**  
Odontóloga, Odontopediatra

Asesor Metodológico  
**MARÍA ALEJANDRA GONZÁLES B.**  
Odontóloga, Maestría en Administración de Salud

Asesor Estadístico  
**MILCIADES IBÁÑEZ**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
BOGOTÁ, D.C.  
2002**

El Trabajo de grado **PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD ORAL EN LA CONCENTRACION ESCOLAR BILBAO**, elaborado por, **BARBOSA GUARNIZO, BARRETO VILLALOBOS, CARDOZO QUINTERO, ECHAVARRIA ACEVEDO, GRANADOS MURCIA, PERALTA BERBEO, ZULUAGA GOMEZ**, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de **ODONTOLOGO**.

---

Director de la investigación.

---

Asesor metodológico

---

Director del departamento de Investigación y salud pública

**BOGOTÁ, D.C. OCTUBRE DE 2002**

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan su agradecimiento a:

PROFESORA SHEILA...directora de la CONCENTRACIÓN ESCOLAR BILBAO por darnos la oportunidad de enseñar e inculcar hábitos de autocuidado e higiene oral a sus estudiantes.

A nuestros padres quienes con su apoyo hicieron posible la realización de este proyecto, gracias a la educación que nos brindaron.

## **ANEXOS**

**Anexo 1** – Autorización de los padres, permitiendo a sus hijos la participación en el programa

**Anexo 2** – Historia clínica individual.

**Anexo 3** – Ficha de recolección de datos de I H O y control de cepillado.

**Anexo 4** – Encuesta previa de conocimientos y actitudes para maestros y padres de familia de los alumnos de preescolar y primero de la Concentración Escolar Bilbao, Suba, Bogotá D. C.

**Anexo 5** – Encuesta previa de conocimientos y actitudes para alumnos de preescolar y primero de la Concentración Escolar Bilbao, Suba Bogotá D. C.

**Anexo 6** – Talleres Maestros y Padres.

## FIGURAS

- FIGURA 1** Participación porcentual según el genero de la Concentración Escolar Bilbao
- FIGURA 2** Distribución porcentual de grupos etareos de la Concentración Escolar Bilbao
- FIGURA 3** Indice C.O.P. Primer examen de la Concentración Escolar Bilbao
- FIGURA 4** Indice c.e.o. Primer Examen de la Concentración Escolar Bilbao
- FIGURA 5** Indice de Higiene Oral comparativo en los tres periodos de tiempo De la Concentración Escolar Bilbao
- FIGURA 6** Promedio de índice de higiene oral por periodos de tiempo de la Concentración Escolar Bilbao.
- FIGURA 7** Indice C.O.P. Examen posterior de la Concentración Escolar Bilbao
- FIGURA 8** Indice de c.e.o. Examen posterior de la Concentración Escolar Bilbao.

## CONTENIDO

	PAG
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>2</b>
1.1. PROBLEMA	2
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. PROPÓSITO	3
1.4. MARCO TEÓRICO	5
1.4.1. Programa Incremental , educativo y preventivo	5
1.4.2. Contexto de la Comunidad	7
1.4.3. Caries Dental	10
1.4.4. Etiopatogenia	15
1.4.5. Clasificación de Caries Dental	17
1.4.6. Tipos de Índices Relacionados	24
1.4.7. Índice C. O. P.	27
<b>1.5. OBJETIVOS</b>	<b>33</b>
1.5.1. Objetivo General	33
1.5.2. Objetivo Específico	33
<b>2. METODO</b>	<b>35</b>
<b>2.1. TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>35</b>
<b>2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO</b>	<b>35</b>
2.2.1. Criterios de inclusión	35

2.2.2. Criterios de Exclusión	35
<b>2.3. MUESTRA</b>	<b>36</b>
2.3.2. Técnica e Instrumentos de recolección de información	37
2.3.3. Sistematización de la información	38
<b>2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES</b>	<b>39</b>
2.4.1. Género	39
2.4.2. Edad	39
2.4.3. Estrato Social	39
2.4.4. Diagnóstico de dientes permanentes sanos	39
2.4.5. Placa bacteriana	42
2.4.6. Educación	43
2.4.7. Capacitación de líderes	44
2.4.8. Actividades de Higiene Oral diaria	44
2.4.9. Control de caries	44
2.4.10 Control de cepillado	45
<b>2.5. INSTRUMENTOS</b>	<b>45</b>
2.5.1. Sistematización de la información	45
<b>2.6. PROCEDIMIENTO</b>	<b>46</b>
<b>2.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	<b>48</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>49</b>
<b>4. DISCUSIÓN</b>	<b>56</b>
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>58</b>
<b>6. RECOMENDACIONES</b>	<b>59</b>

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**

## INTRODUCCION

Con base en la problemática de la Concentración Escolar Bilbao perteneciente a la localidad de Suba, Bogotá D.C. al ser una comunidad de estrato socio-económico bajo y debido a la falta de información acerca del auto-cuidado bucal, como también el difícil acceso a los servicios odontológicos y de salud en general; vimos la necesidad de implementar un programa de educación en salud oral en el cual como base primordial se les facilitara el recurso físico (cepillos dentales), luego se les instruyera en el manejo adecuado de éste, pudiendo crear así en ellos un buen hábito en su cotidianidad y a su vez logaran disminuir la incidencia de caries en la comunidad.

Se tomó una parte de dentro de la cual estaban incluidos niños de cinco a diez años que presentaban un mayor número de dientes temporales en boca, pero a su vez estaban en proceso de erupción sus dientes permanentes. Con esto queríamos observar si en dos años de recambio de dientes era posible que sus primeros permanentes pudieran mantenerse sanos.

Era importante que el grupo de estudiantes fuéramos el inicio de este proceso, pero a su vez teníamos que delegar funciones a personas que permanecieran con ella un mayor tiempo, por lo tanto este programa se hizo extensivo a profesores y a padres de familia para que además de guiar a sus hijos en este

proceso, ellos también mejoraran los hábitos y pudieran formar parte de esta enseñanza.

Finalmente logramos con este programa hacer que estos miembros aprendieran y aplicaran estos conocimientos en su vida práctica y en la mayor parte de la población infantil se logró mantener un número considerable de dientes sanos en boca.

## 1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. PROBLEMA

En los niños de Preescolar y Primero de primaria de la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C., se encontró la caries y la gingivitis como una enfermedad bucodental que afecta a esta población.

Se establecerá un Programa Incremental de educación en salud oral en la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D. C., para preservar la salud bucodental de la población infantil de preescolar y primero de primaria de dicha concentración. De conformidad con el diagnóstico realizado inicialmente se vio la necesidad de implementar un programa incremental de educación en salud oral en la población estudiantil, padres de familia y docentes de la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C. Por esta razón cabe preguntarse ¿Este programa podrá controlar el proceso de caries dental y gingivitis existente en los niños de preescolar y primero de primaria pertenecientes a dicha institución?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá D.C. posee un estrato socioeconómico bajo, por ello se desea realizar un programa de Educación en Salud Oral, donde tanto padres como docentes, sean guiados por los profesionales y colaboren con un programa en el que no sólo va a suplir las necesidades de la población estudiantil, sino también dar pauta de enseñanza,

Teniendo en cuenta el alto nivel de placa bacteriana, sus condiciones socioeconómicas culturales y educativas, para de esta forma disminuir el proceso de caries y evitar la formación de otros signos de enfermedad oral.

## **1.3. PROPÓSITO**

Con este estudio se pretende implementar unos hábitos de autocuidado oral en la Comunidad de la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá D.C. como son el, cepillado, para disminuir el riesgo de caries en una población infantil cuyas edades oscilan entre los cinco y once años; concentrándose en los niños con mayor riesgo de caries y con mala higiene oral, para mejorar las condiciones de salud bucal.

Se crearán hábitos de higiene oral, para que lo apliquen durante toda su vida y así evitar nuevos eventos de enfermedad oral, tanto caries dental como gingivitis.

## **1.4. MARCO TEORICO**

### **1.4.1. Programa Incremental**

Se entiende por Sistema Incremental, aquel procedimiento de trabajo cuyo propósito es la cobertura completa por atención odontológica en una población determinada, evaluando inicialmente las necesidades acumuladas y posteriormente manteniéndola bajo control, basándose en criterios de prioridad según edad y problemas. 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 y un resultado concreto del trabajo desarrollado en equipo localmente. 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 etáreo desde el punto de vista de atención odontológica. El sistema Incremental posee un ‘Programa Preventivo’ con lo que es posible controlar la incidencia de problemas haciéndose complementario el desarrollo paralelo de un ‘Programa Educativo’ Sistema Incremental de Atención Odontológica, (Gómez, V, 1998).

**El Programa Preventivo** como componente asociado al ‘Sistema Incremental’ encuentra sus mejores posibilidades de éxito con cobertura mayor y mínimo costo a través de procedimientos netamente preventivos. El control de placa

bacteriana se mantiene a través de un cepillado diario, que realizado correctamente permite su control relativamente satisfactorio. En las escuelas es posible implementar este procedimiento en horas libres bajo supervisión de profesoras o de los mismos alumnos de mayor edad y que estén debidamente entrenados. El programa proporciona idealmente a cada niño su cepillo dental. El niño debe efectuar el cepillado sin hacer uso de dentífrico tratando de remover toda la placa dental Sistema Incremental de Atención Odontológica, (Gómez, y 1998).

**El Programa Educativo** del "Sistema Incremental" actúa como un mecanismo de sustentación logística del sistema. Básicamente las acciones educativas deben ser vistas, bajo una perspectiva de difusión máxima de la "Cultura Odontológica" para la población, dentro de un proceso de desmonopolización de conocimientos y tecnología odontológica, que permiten a cada cual realizar los cuidados necesarios con relación a su salud y al ambiente en que vive. Respecto al Programa Incremental ya descrito, un programa educativo posee, además, un enfoque operacional de apoyo directo a las actividades de educación y prevención en el Sistema Incremental de Atención Odontológica, (Gómez, V 1998).

Se realiza el programa preventivo enfocado en el control de placa bacteriana enseñando un correcto cepillado, siendo supervisado por sus profesores para de esta forma, buscar el perfeccionamiento y mejoramiento de la higiene oral y así disminuir el riesgo de caries.

## 1.4.2. Contexto de la Comunidad

- **Factores Económicos**

Dentro del estrato económico forma parte la entrada y salida de recursos que dependen en gran parte del nivel de educación, de la ocupación o el empleo en el cual se desarrolle el individuo.

Esto es importante puesto que una persona que tenga un estrato económico bajo tiene menos acceso a opciones, ya que su nivel de educación es inferior, al no contar con los recursos necesarios para poder desarrollarse en un ambiente normal (educación básica, alimentación, vivienda), que está al nivel de una persona de estrato alto.

Esta población de bajos recursos no puede contar con la información suficiente en cuanto al cuidado de la salud oral, dentro de lo que forman parte las guías de cepillado, uso de seda dental, las enfermedades que se manifiestan en cavidad oral; y mucho menos, cuentan con los materiales necesarios para llevar a cabo este procedimiento. Además de no contar con personal que les asesore en el autocuidado diario para disminuir el riesgo de enfermedad.

El nivel de educación parece ser una de las fuerzas más poderosas en salud oral. El conocimiento dental, la actitud positiva, el uso regular de los servicios de salud, está correlacionado con la educación formal.

También hay que tener en cuenta que el nivel de educación de la madre está asociada al desarrollo de hábitos que conllevan a una buena salud oral. Las madres son el principal transmisor de los hábitos de salud y las creadoras de patrones de comportamiento de los niños.

La principal función del trabajo además de la prevención es brindar una orientación que vaya dirigida como primera medida a las madres por su papel importante en la formación del niño; al niño como tal porque es quien debe adquirir el desarrollo físico (manual) para cumplir con las actividades de autocuidado oral; y en este caso a las maestras quienes comparten con ellos parte de su formación integral.

- **Factores Sociales**

Se han considerado como factores de riesgo sociales: el estrato socioeconómico, el estilo de vida y el nivel sociocultural. Se entiende por estrato socioeconómico, la asociación entre el nivel educativo, ingresos y ocupación de la persona. Un individuo de un estrato socioeconómico bajo tiene menos acceso a recursos que faciliten la salud: alimentación vivienda y educación básica. Los grupos de estrato socioeconómico más alto tienden a tener mejor salud oral que los otros miembros de su sociedad, ya que refleja

fácilmente prácticas de autocuidado y otros comportamientos compatibles con acciones de promoción en salud, (González, M y colaboradores, 1998).

El empleo y estatus ocupacional representan un estilo de vida y con frecuencia determinan la facilidad o el acceso hacia algún tipo de servicio de salud. Existe una correlación entre la profesión de los padres y el desarrollo de la enfermedad; por tanto, las visitas al odontólogo están estrechamente relacionadas con el ingreso familiar, (González, M y colaboradores, 1998).

La pobreza puede ser medida con ingresos, nivel educativo bajo y condiciones de vivienda inadecuadas. La subcultura de la pobreza contribuye a una pobre educación, que conduce a un entendimiento inadecuado de cómo funciona el cuerpo, y cómo ocurre la enfermedad. Las madres pobres, gestan niños con bajo peso al nacer, por mal estado nutricional, visto después con hipomineralización del esmalte e hipoplasia, (González, M y colaboradores, 1998).

Los problemas buco-dentales en la población colombiana, guardan una estrecha relación con la dinámica social; de tal manera que una comprensión de la problemática actual, en cuanto a salud oral se refiere, remite necesariamente a un examen panorámico de las coyunturas históricas del presente siglo, las cuales han incidido en la comprensión social de la salud, (González, M y colaboradores, 1998).

El nivel de educación parece ser una de las fuerzas más poderosas en salud oral. El conocimiento dental, la actitud positiva, el uso regular de los servicios de salud y los cuidados continuos están altamente correlacionados con la educación formal. El nivel de educación de la madre está fuertemente asociado al desarrollo de hábitos que conllevan a una buena salud oral. Las madres son el principal transmisor de los hábitos de salud y las creadoras de patrones de comportamiento para los niños.

### **1.4.3. Caries Dental**

- Definición

Se define como un proceso o 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. (González, M y colaboradores, 1998).

- Etiopatogenia

Partiendo de la definición de caries dental, su inicio y progresión son el resultado de múltiples factores relacionados, siendo necesario el acumulo de depósitos microbianos en la superficie del diente. Los signos clínicos por sí

solos, no son suficientes para acceder al diagnóstico y a las decisiones de tratamiento; por lo que, se requiere de apreciaciones del medio ambiente local y del examen de la interacción entre la placa y las reacciones tisulares, en relación con el tiempo que en conjunto, genera información importante para el entendimiento de los mecanismos intraorales que tienen lugar en el inicio de la caries dental, su progreso y detención. (González, M y colaboradores, 1998).

Clasificación de la caries dental: Se clasifica como caries activa, no cavitacional, cavitacional, lesión detenida no cavitacional y lesión detenida cavitacional. (González, M y colaboradores, 1998)

A medida que se van presentando aquellos cambios fisiopatológicos indicativo de lesión de CARIES ACTIVA, macroscópicamente se encuentran los primeros cambios en la translucidez, presentándose la opacidad blanco tiza típica de lesión de mancha blanca, donde inicia de manera muy discreta la pérdida superficial en el esmalte, siendo macroscópicamente NO CAVITACIONAL. Esta lesión se ubicará en oclusal, como una pigmentación de bajo o alto riesgo, de acuerdo con factores relacionados; en superficie lisa interproximal o localización correspondiente a Clase V. Al continuarse la actividad del proceso, esta pérdida superficial se intensifica hasta ser una cavidad, donde, además, se encuentra pérdida de la dureza, reconocido en la Clínica como reblandecimiento del esmalte, opacidad asociada y un color amarillo café CARIES ACTIVA CAVITACIONAL. Esta a medida que progresa y si no se detiene puede ser: Superficial si se encuentra en esmalte, Mediana cuando se encuentra en dentina y Profunda cuando se encuentra en dentina a 0.5 mm de

la cámara pulpar. Si la lesión superficial activa logra detenerse antes de alcanzar un estado cavitario, se caracterizará por una disminución del tamaño de la lesión de mancha blanca, una dureza superficial y una translucidez asociada, aún cuando la lesión no recupera totalmente la translucidez normal del esmalte LESION DETENIDA NO CAVITACIONAL. Si en cambio la lesión logra detenerse cuando ya ha alcanzado un nivel cavitacional, ésta se caracterizará por presentar translucidez, dureza y un color café-negro más oscuro que una lesión canosa cavitacional activa; aquí la pérdida estructural tampoco se recupera, pero a diferencia de la lesión superficial en ésta sigue siendo obvia la cavidad LESION DETENIDA CAVITACIONAL. (González, M y colaboradores, 1998)

**Tipos de Índices relacionados:** se tendrá en cuenta el índice C.O.P., el índice ceo-d y el índice de higiene oral simplificado I.H.O.-S. (González, M y colaboradores, 1998)

- **Índice C.O.P.**

Índice de dientes Ganados, obturados y perdidos. Este Índice se basa en el hecho de que los tejidos dentales duros no curan por sí mismos, por lo tanto es un índice irreversible, lo cual significa que mide experiencias de caries en el tiempo total de la vida. (Palmen, K. 1937).

Características de Índice C.O.P.

- Índice para dentición permanente

- Siempre se escribe con letras mayúsculas
- Es un Índice sencillo y versátil
- Proporciona riqueza de datos al Odontólogo o Investigador
- Permite el establecimiento de comparaciones en la esfera internacional
- Es comprensible y confiable

Los datos se obtienen en forma rápida y objetiva (González, M y colaboradores, 1998).

- **Índice ceo**

La severidad del problema de caries dental en la dentición primaria se estima a través de este índice.

El Estudio Nacional de Morbilidad Oral muestra en mayores de cinco años, un C.O.P. de 12,7 promedio, distribuido así: 2.3 cariados, 1.4 obturados, 8.2 extraídos por caries y 0.8 con extracción indicada. En cuanto a dentición decidua, el índice ceo (Gruebbel), mostró un promedio de 2.1 distribuido en: 1.6 cariados, 0.2 obturados y 0.3 con extracción indicada. El 89% del total de los dientes en la población colombiana presenta según este estudio de Morbilidad Oral, necesidad de tratamiento. La mortalidad dentaria presenta aún una situación dramática, puesto que la exodoncia continúa participando con el 25-35% de todas las acciones clínicas. (González M y colaboradores, 1998).

## • Índice de Higiene Oral

Este índice se toma para detectar el acumulo de placa bacteriana, para esto se utiliza liquido revelador de placa, aplicando una o dos gotas sobre la lengua del paciente, explicándole que pase su lengua sobre todas las superficies de sus dientes, es así como podemos observar la superficie donde hay mayor acumulo de placa; Se le muestra al paciente con un espejo para que así aumente la eficacia del cepillado en esta zona. El estado de placa blanda se mide únicamente en superficies de dientes completamente erupcionados, es decir, cuando las superficies oclusales y los bordes incisales han alcanzado el plano oclusal. El estado de higiene oral se determinará con base en la cantidad de placa blanda (restos alimenticios, materia alba) que presenten las superficies predeterminadas de 6 dientes permanentes seleccionados o sus equivalentes en la dentición decidua, los dientes y superficies a examinar son: en dientes permanentes, 16 Vestibular, 11 Vestibular, 26 Vestibular, 36 Lingual, 31 Vestibular, 46 lingual; En dientes temporales, 55 vestibular 51 vestibular, 65 vestibular, 75 lingual, 71 vestibular, 85 lingual.; Para dentición mixta los dientes de elección para el examen son los permanentes (González, M y colaboradores, 1998).

### Criterios

- 0. No hay presencia de placa.
- 0. Presencia de placa en menos de 1/3 gingival de la superficie del diente.

1. La placa bacteriana cubre más del 1/3 gingival del diente.
2. La placa bacteriana cubre más de 2/3 gingival del diente.
9. No aplicable.

Criterios clínicos de placa bacteriana.

Bueno 0.0 – 1.2

Regular 1.3 – 3.0

Malo 3.1 – 6.0

#### **1.4.4 Gingivitis**

- Definición

Es el padecimiento periodontal más frecuente y se puede presentar en cualquier sujeto debido a la excesiva acumulación de placa en el margen gingival. Esta enfermedad es la inflamación de la encía, que se caracteriza por cambios en el color de rosa coral, a rojo; cambios en la forma que en condiciones normales es delgada y con borde afilado a edematosa con papilas interdentes abultadas, cambios en la posición gingival, margen gingival abultado, cambios en texturas de superficies satinadas y reducción del punteo gingival, hemorragia espontánea o bajo una leve presión (Riviere, G. 1998).

- Etiología

Generalmente su factor etiológico es ocasionado por la presencia de placa bacteriana o microbiana, pero existen factores que manifiestan gingivitis no asociada a placa bacteriana (Riviere, G. 1998).

### **Tipos de Gingivitis con sus características clínicas**

- Gingivitis asociada a placa bacteriana: Se presenta acumulo de placa, cambio de color de los tejidos gingivales y sangrado gingival.
- Gingivitis no asociada a placa: Lesiones gingivales caracterizadas porque hay inflamación y se encuentra específicamente manifestaciones relacionadas con bacterias, virus y hongos.
- Gingivitis atípica caracterizada clínicamente por su asociación con enfermedades dermatológicas como liquen plano, pénfigo, penfigoide, eritema multiforme y lupus eritematoso. Asociada a reacciones alérgicas en cuanto a restauraciones, dentífricos y alimentos y asociada a reacciones tóxicas: cuerpos extraños, trauma mecánico o térmico.

- Histoplasmosis: Tejido granulomatoso fibroso. Se asocia a histoplasma capsular.
- Gingivitis Ulcerativa Necrotizante: Se caracteriza por Dolor, sangrado abundante, necrosis interdental. Se encuentra estrechamente relacionada con el stress, pacientes inmunosuprimidos, tabaquismo (Rowland, R. 1999).

La gingivitis es un factor importante para tener en cuenta en cualquier programa de promoción y prevención, ya que es una manifestación común, debido a la deficiente higiene oral. Los alumnos de la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C., presentan y manejan un alto índice de placa bacteriana; es por esto, que buscamos disminuir y eliminar los signos presentes observados hasta el momento y evitar la prolongación de estos.

#### **1.4.5. Guía de Prevención de acuerdo a los tipos de dentición**

Las acciones preventivas específicas para caries dental deben regularse en protocolos según el riesgo del paciente. Si se quiere lograr una generación libre de caries, el cuidado y mantenimiento de la salud oral debe iniciarse desde el nacimiento; y subdividirse según las etapas del desarrollo de oclusión, debido a que el período desde que emerge el diente en la boca, hasta que completa su

erupción, y llega a oclusión, estableciendo contacto proximal, es considerado de alto riesgo para el inicio y desarrollo de la caries. Se trata la caries como

una enfermedad local, se refuerza con el autocuidado en el hogar y se realizan controles periódicos con limpieza profesional. El odontólogo ubica al paciente en cada protocolo. Se establecen 5 protocolos de tratamiento preventivo específico e individual para caries:

- Del nacimiento a los 6 meses: Antes de la Erupción Dental.
- Dentición Decidua en Erupción.
- Dentición Decidua Completa.
- Dentición Mixta: Primeros y segundos Molares Permanentes.
- Adulto: Dentición Permanente.

(González, M y colaboradores, 1998)

Es conveniente iniciar la prevención del riesgo de caries desde el nacimiento, para así crear un buen hábito y de esta manera controlar para que el riesgo de caries en un paciente sea bajo; por esto se está trabajando en pacientes que no han tenido esto en cuenta, para que así en el momento de iniciar la erupción dental permanente se pueda prevenir la actividad cariogénica. Para esto es importante contar con el apoyo de los padres y del profesional.

- Del nacimiento a los 6 meses: Antes de la Erupción dental se realiza un trabajo conjunto con el niño y la madre, a través del programa de crecimiento y desarrollo, con el objetivo de controlar el medio ambiente

antes de la erupción dental; detectando desnutrición, identificando las malformaciones congénitas y supervisando el desarrollo de hábitos posturales, de respiración, fonación, succión y deglución. Debe fomentarse la lactancia materna y los hábitos de higiene oral en el neonato. (González, M y colaboradores 1998)

- Dentición Decidua en erupción

Durante esta etapa el niño puede clasificarse como de alto o bajo riesgo. (González, M y colaboradores 1998)

- Bajo Riesgo

El niño se cita a control individual cada 6 meses. Se intensifica la instrucción en cepillado y nutrición a la madre. En los controles debe realizarse control de placa bacteriana y profilaxis profesional. Se recomienda aplicación de flúor tópico bianual, por la técnica del pincelado. (González, M y colaboradores 1998)

- Alto Riesgo

El niño debe citarse a control cada 3 meses por 3 semanas, hasta completar la dentición decidua o hasta que cambien las condiciones y pueda reclasificarse

como de bajo riesgo. La falta de cooperación de los padres y el aumento del depósito de placa bacteriana sobre el diente, hace necesario que se cite más

frecuentemente. Las actividades a realizar en las sesiones son las mismas que con el de bajo riesgo; lo que varía es el incremento en el número de sesiones de control. En niños tan pequeños no está recomendado usar crema dental con flúor; debe realizarse el cepillado sin crema dental, ante el peligro de sobre dosificación por ingerirla. Igual cuidado se debe tener con el uso de pastas profilácticas, flúor tópico en el hogar, suplementos sistémicos como tabletas de flúor, debido a que ya existe flúor sistémico en la sal (González, M y colaboradores 1998).

Se está realizando el estudio en pacientes con alto riesgo de caries donde se encuentra involucrado la mala higiene oral, la mala nutrición, el bajo factor socioeconómico y cultural. Se debe empezar por incrementar un cepillado sin crema dental para evitar una sobre dosificación al ingerirla.

- Dentición decidua Completa. (2 a 6 años)

En términos generales comprende hasta cuando emerge el primer molar permanente. Los pacientes se clasifican según el riesgo en bajo y alto. (González, M y colaboradores).

- Bajo riesgo

Controles cada 6 meses. Se contemplan los tópicos ya descritos. Se recomienda el uso de crema dental con bajo contenido de flúor, en poca cantidad y bajo supervisión. Debe instruirse a los niños a no comerse la crema

dental, ante el peligro de fluorosis. No se recomienda el uso de enjuagues con flúor en el hogar para niños menores de 6 años. Durante la cita debe realizarse una evaluación clínica, asesoramiento del riesgo, control de placa bacteriana, instrucción en cepillado y profilaxis. No se requiere la colocación de sellantes, ni la aplicación de flúor tópico (González, M y colaboradores 1998).

- Alto riesgo

Las citas control son inicialmente cada 3 meses por 3 semanas y luego se van espaciando a cada 4 meses, cada 5 meses, hasta llegar a cada 6 meses, según colaboración de los padres, motivación del niño y control de placa bacteriana. Las actividades a realizar son similares a las de bajo riesgo. Se requiere colocación de flúor bianual. Debe valorarse la posibilidad y necesidad de colocar sellantes (González, M y colaboradores 1998).

Las citas al Odontólogo de un paciente de alto riesgo de caries es aconsejable realizarlas cada 3 meses y a medida que va mejorando se debe ir aumentando el tiempo entre cita y cita hasta llegar a intervalos de 6 meses. En éstas visitas se ve incrementado el control de placa bacteriana, enseñanza del cepillado y motivación del paciente

- Dentición Mixta: erupción de primeros y segundos molares permanentes Este período durante el cual se establece la dentición permanente y ocurre el recambio dentario con exfoliación y erupción de dientes, se considera de alto

riesgo; Carvalho, - Thylstrup y Ekstrand, - comprobaron que el cuidado profesional individualizado durante la etapa de erupción de los molares permanentes logra un buen efecto sobre el descenso y control de la caries dental a largo plazo. El efecto clínico es observable después de 1 año en cuanto a reducción de caries oclusal, acumulo de placa bacteriana e incremento en el número de lesiones detenidas. El costo / efectividad del protocolo fue alto al reducir el número de molares sellados y obturados, mejorando el resultado preventivo. Durante el primer año después de la emergencia del primer molar permanente debe citar al paciente a diagnóstico o control cada 2 meses. En cuanto el primer molar permanente llega al plano oclusal, las citas pueden espaciarse según la colaboración del paciente y el acumulo de placa bacteriana, a cada 4 meses. Con la erupción del segundo molar permanente se reinicia el ciclo: controles cada 2 meses durante el primer año, que luego con la llegada del diente a oclusión se hacen cada 4 meses. Los padres se involucran en el programa, se les explica la relación entre erupción dental, acumulo de placa y caries dental, haciendo énfasis en que es la placa no perturbada la que inicia y desarrolla la caries dental. La educación en salud se centra en el control de placa a través del cepillado. Se recomienda el cepillado 2 veces al día con crema dental con flúor, antes del desayuno y al acostarse. Adicionalmente, se recomienda cepillar los dientes después de consumir alimentos o dulces entre comidas. (González, M y colaboradores 1998).

**Procedimiento Clínico:** Además de observar el crecimiento y desarrollo general, los hábitos posturales, fisiológicos y nutricionales, se realiza control de placa, se observa el cepillado, se corrige y se hace limpieza profesional. Cuando la superficie oclusal está seca y limpia se diagnostica la lesión visible y activa de caries oclusal; si existe, se coloca flúor tópico. Si la lesión activa de caries oclusal muestra progreso entre una cita y otra, sin responder a la terapia de flúor, se descarta el compromiso dentinal por radiografía periapical y se colocan sellantes (González, M y colaboradores 1998).

Es importante tener en cuenta la erupción de la dentición permanente, ya que según el riesgo de caries se inicia el ciclo de controles en los cuales se evalúa esta centrándose en el control de la placa bacteriana y cepillado, también se observa el crecimiento y desarrollo general tratando de corregir los hábitos que puedan desencadenarse.

Dentición Permanente: Adulto El objetivo es evitar la progresión de la caries, con intervención operatoria mínima, con una encía libre de inflamación. Se continúa el refuerzo educacional en la clínica, se entrena al paciente en un correcto control de placa, de cepillado y uso de seda dental. (González, M y colaboradores 1998).

- Bajo Riesgo

Controles periódicos cada 6 meses, en cada cita se realiza refuerzo educacional, entrenamiento en cepillado y seda dental, control de placa y

limpieza profesional, con aplicación de flúor tópico bianual. (González, M y colaboradores 1998).

- Alto Riesgo

Controles cada 3 meses, en cada cita se realiza:

Controles de placa bacteriana e índices

Instrucción en cepillado y uso de seda dental

Limpieza profesional

Examen visual de caries y enfermedad gingival (caries radicular)

Refuerzo educacional y entrenamiento en control de higiene oral Aplicación de flúor tópico

Asesoramiento de riesgo, para establecer nuevo control según continúe siendo de alto riesgo o pase a ser de bajo riesgo, si presenta lesión inicial de caries, en tal caso debe ubicarse bajo otro protocolo. (González, M y colaboradores 1998).

#### **1.4.6. Técnicas Preventivas**

La educación en salud es definida por la combinación planeada de experiencias de aprendizaje diseñadas para predisponer, establecer y reforzar

el comportamiento voluntario que conduzca la salud en individuos, grupos y comunidades. La educación en salud oral se considera parte integral de los servicios de salud. A través de la educación en salud oral los profesionales hemos cumplido con la responsabilidad ética de dar información, pero no hemos logrado un impacto real sobre el cambio del comportamiento. Para que

la educación en salud oral sea efectiva se necesita involucrar activamente al grupo hacia el cual va dirigida; la comunicación debe ser de igual a igual (horizontal), debe existir retroalimentación y continuidad con refuerzos (González, M y colaboradores 1998).

A pesar de que la caries dental se considera una enfermedad multifactorial, la placa bacteriana juega un papel principal en su desarrollo. Es entendible que en gran medida la prevención de la caries signifique la remoción de los acumulos bacterianos de las superficies dentales y las áreas circundantes.

Durante muchas décadas, el control mecánico de la placa bacteriana se ha basado principalmente en el cepillado dental, como uno de los componentes básicos en programas que pretenden prevenir la caries dental. La remoción diaria de placa bacteriana, en términos de cepillado dental, seda o control profesional de placa, puede verse en principio como tratamiento de lesiones activas, de las cuales la mayoría permanecen en estados invisibles de progresión de caries. (González, M y colaboradores 1998).

- Cepillado Dental

Lo más importante del cepillado dental es, lograr la remoción de la placa bacteriana. Existen varias técnicas de cepillado, numerosos tipos de cepillos dentales, cremas dentales con diferentes componentes, ayudas de higiene de varios tipos. Son apropiados, mientras logren, de acuerdo con las necesidades

individuales, suprimir la placa bacteriana; es importante en claro, que tiene mayor importancia la calidad de la limpieza que la frecuencia de la misma, entendiéndose que uno o más cepillados al día, no tienen un efecto suficiente sobre la interrupción del metabolismo bacteriano de la placa, mientras no sean realizados de tal manera que logren remover satisfactoriamente toda la placa bacteriana. (González, M y colaboradores 1998).

Se recomienda entonces, realizar el primer cepillado del día antes de consumir cualquier alimento, para lograr interrumpir la actividad metabólica que la placa bacteriana, que continuamente se está formando, ha logrado alcanzar durante el período de sueño. Como mínimo, para lograr una inhibición del crecimiento bacteriano, antes de que se establezca una capa madura (24 horas), se recomienda también el cepillado nocturno, antes de acostarse, recordando la calidad del mismo y, no ingerir alimentos ni bebidas después de éste. La técnica de cepillado utilizada para lograr este objetivo es secundaria y depende, entre otros, de la edad del paciente, de la persona responsable de

realizar el cepillado dental (uno de los padres si es un niño), de las características orales específicas de cada persona. (González, M y colaboradores 1998).

#### **1.4.7. Características de un promotor en salud**

El promotor de salud debe promocionar la salud como un valor apreciado por los alumnos y las alumnas, de forma que adquieran hábitos y costumbres para su bienestar físico y mental y el de su entorno social. Esta característica social de la salud es una llamada a descubrir que la salud es una tarea de todos y a todos nos implica, ya que no es posible mantener individuos saludables en sociedades "insalubres".

Debe ser un líder que tenga conocimientos propios para educar a la población, dirigiéndose a ésta con sensibilidad para que el mensaje sea captado y de esta forma la población la asimile para así adoptarlo.

- 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.

- **Liderazgo como cualidad personal**

En los albores de la historia el concepto de autoridad estaba rodeado por una aura mágico - religiosa.

El líder era concebido como un ser superior al resto de los miembros del grupo, con atributos especiales.

Un individuo al demostrar su superioridad ante la comunidad se convertía en el líder.

Se consideraba que estos poderes o atributos especiales se transmitían biológicamente de padre a hijo o era un don de los dioses, es decir, nacían con ellos.

Sin embargo, aún entonces, se buscó a través de la transmisión de conocimientos y habilidades crear líderes.

Actualmente con el auge de la psicología, se ha tratado de fundamentar esta perspectiva a partir del fuerte vínculo psicológico que establecemos con nuestro padre, la primera figura arquetípica que tenemos.

Estudios psicológicos sobre el liderazgo sostienen que buscamos en nuestros líderes la seguridad que nos proporcionaba el símbolo paterno.

Y así, como conceptualizábamos a nuestro padre como un ser perfecto e infalible, reproducimos esta fijación hacia nuestros líderes, considerándolos, por lo tanto, más grandes, más inteligentes y más capaces que nosotros.

Por ello, explican, es que individuos superiormente dotados serán vistos como líderes potenciales y colocados en una posición de liderazgo, donde, finalmente se convertirían, incluso a pesar de ellos mismos en líderes.

Durante mucho tiempo se ha pretendido definir y medir los rasgos y las habilidades de los líderes, sin embargo, no se ha logrado hasta ahora un consenso al respecto.

Las listas y las explicaciones son muy diversas, amplias y heterogéneas. Estos listados reflejan, más que las características verdaderas de un líder, los valores prevalentes en la sociedad o la imagen del líder ideal.

Aunque actualmente ya no se piensa que estas habilidades son supernaturales y que las habilidades que hacen a un líder son comunes a todos, si se acepta que los líderes poseen estas en mayor grado.

Los estudios sobre el liderazgo señalan que los líderes atienden a ser más brillantes, tienen mejor criterio, interactúan más, trabajan bien bajo tensión, toman decisiones, atienden a tomar el mando o el control, y se sienten seguros de sí mismos.

- **Características de un líder**

En la dirección de las organizaciones se encuentran las elites formada por líderes y por técnicos.

Los líderes se ubican siempre en las elites compartiendo el poder con los técnicos

( Individuos superespecializados).

Aunque no todas las elites poseen técnicos . Entendemos el líder por las siguientes características.

A) El líder debe tener el carácter de miembro, es decir, debe pertenecer al grupo que encabeza, compartiendo con los demás miembros los patrones culturales y significados que ahí existen.

B) La primera significación del líder no resulta por sus rasgos individuales únicos , universales ( estatura alta o baja , aspecto , voz, etc. ).

C) Sino que cada grupo considera líder al que sobresalga en algo que le interesa , o más brillante, o mejor organizador, el que posee más tacto, el que sea más agresivo , más santo o más bondadoso.

Cada grupo elabora su prototipo ideal y por lo tanto no puede haber un ideal único para todos los grupos.

D) En cuarto lugar . El líder debe organizar, vigilar , dirigir o simplemente motivar al grupo a determinadas acciones o inacciones según sea la necesidad que se tenga.

Estas cuatro cualidades del líder , son llamadas también carisma .

E) Por último , otra exigencia que se presenta al líder es la de tener la oportunidad de ocupar ese rol en el grupo , si no se presenta dicha posibilidad , nunca podrá demostrar su capacidad de líder.

El niño líder

Los niños líderes poseen numerosas características tales como habilidades cognoscitivas y desenvolvimiento social, son astutos para resolver problemas y ayudan a otros niños, son firmes, su comportamiento beneficia a seres que los rodean, son confiables, leales y pueden brindar apoyo emocional a otros.

El docente líder

El docente líder es una persona que tiene como política ser democrático, guía a sus alumnos mediante explicaciones, apoyo y estímulos ayudando así a razonar a éstos.

- Conocimientos

Es el aporte dado por el promotor en salud a la población sobre la forma de entender que es salud, que es la enfermedad y cuales 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.

- Postdemanda

Es la observación posterior al haber recibido un servicio en salud, recogiendo la información fiable sobre el modo en que han funcionado una serie de actividades y el grado en que ha producido un determinado resultado.

- Buenas relaciones

Es importante iniciar el programa con relaciones positivas entre el promotor o líder y la población para de esta manera no sólo aportar conocimientos sino también recibir colaboración y una respuesta favorable al programa establecido.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo General**

Desarrollado en dos fases:

- Primera fase: busca evaluar si es necesario implementar el programa educativo en salud oral en los cursos de preescolar y primero de primaria jornadas mañana y tarde de la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C.
- Segunda fase: evalúa la eficacia del programa incremental de educación en salud oral para saber hasta que punto el programa cumplió con las finalidades propuestas, es decir, en que grado el problema inicial se resolvió

### **1.5.2 Objetivos Específicos**

Primera Fase

- Medir a través de un examen inicial, la necesidad de implementar el programa incremental de educación en salud oral.

## Segunda Fase

- Comparar el COP inicial, con el obtenido al año de haber iniciado el programa
- Determinar si existen cambios significativos entre el IHO-S inicial y los índices aplicados a los tres, seis y nueve meses de haber principiado el programa.
- Describir el índice CEO conseguido al inicio de programa y el obtenido en el corte realizado al año.
- Comparar si los cambios que se producen en estos índices muestran diferencias entre grupos étnicos.
- Comparar si las diferencias producidas entre estos índices varían según el género.

## **2. METODO**

### **2.1. TIPO DE ESTUDIO:**

De intervención: porque después de diagnosticado el problema inicial se monto el programa incremental de educación en salud oral, por lo tanto se quiere observar si la intervención produjo un cambio en las variables principales del estudio durante un periodo de tiempo de un año.

### **2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

#### **2.2.1 POBLACIÓN DIANA O BLANCO**

Niños de preescolar y primero pertenecientes a la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C.

#### **2.2.2. POBLACIÓN ELEGIBLE**

Será determinada a través de los siguientes criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Alumnos que se encuentren debidamente matriculados en preescolar y primero en la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C.

- Edades que oscilen entre los cinco y los once años
- Niños autorizados por sus padres mediante consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Números de controles incompletos a lo largo del programa.
- Niños que han abandonado la institución en el tiempo de aplicación del estudio

## **2.3. MUESTRA**

Niños de preescolar y primero pertenecientes a la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C. que cumplan con los criterios de selección

### **2.3.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tamaño de la muestra fue de 195 niños distribuidos así: 73 en preescolar y 122 en primero de primaria de las jornadas mañana y tarde de la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C.

### 2.3.2. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó la técnica de medición directa, recogiendo la información primaria del estado de salud bucodental de la comunidad a tratar, es decir niños de preescolar y primero de primaria pertenecientes a la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá, D.C.

Mediante una evaluación clínica individual se establecieron los índices c.e.o. y C.O.P. que fueron recolectados en un instrumento especialmente diseñado para esto, el cual se dividía en dos partes: la primera, de información general en donde se encontraron los siguientes datos: Nombre del estudiante a examinar, fecha de la recolección, edad, talla, peso, curso, y la segunda parte de información más específica como número de dientes temporales sanos, cariados, obturados y con extracción indicada y número de dientes permanentes sanos, obturados, cariados y perdidos. Estos índices fueron reunidos en dos tiempos, al principio del programa incremental de educación en salud oral y posteriormente en un control a un año. (Anexo 1)

Se realizó igualmente el IHO, índice de higiene oral simplificado en tres periodos de tiempo a los tres, seis y nueve meses de principiado el programa incremental de educación en salud oral, no sin antes haber instruido a los niños en enseñanza de cepillado e higiene oral. Estos datos los recogimos en

un instrumento creado para este fin en el cual contábamos con la siguiente información: nombre del alumno, fecha y a continuación los dientes base que tomaríamos para obtener este índice. (Anexo 2)

### **2.3.3. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

- Digitación

Se digitó la información de las variables del estudio en el paquete Excel, versión 7.0 de la siguiente manera: primero se organizaron las historias clínicas de acuerdo al número en orden ascendente, luego se creó una base de datos y posteriormente se introdujeron los datos recolectados.

- Depuración

Se corroboró que la información digitada en la base de datos creada para este fin, concordara fielmente a los datos reales se realizó así: mediante comparación entre los datos consignados en la historia clínica y los consignados en la base de datos, y a través de frecuencias simples.

- Procesamiento de la Información

Se utilizó el paquete estadístico SPSS (paquete estadístico para ciencias sociales) versión 10.

## **2.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **2.4.1. Género**

Se clasificarán los niños de acuerdo a su género, (Masculino y Femenino)

### **2.4.2. Edad**

Se tendrán en cuenta los rangos de edad de cinco a once años.

5-6 años» 85 niños

7-8 años» 70 niños

9-10 años» 38 niños

11 años» 2 niños

### **2.4.3. Estrato Social**

Estratos correspondientes a 1 y 2.

### **2.4.4. Diagnóstico de dientes permanentes sanos Se emplearán los índices**

CO P. y c e o.

Muy baja:            0.0 - 1.1

Baja:                 1.2 - 2.6

Moderada:	2.7- 4.4
Alta:	4.5 - 6.5
Muy Alta:	más de 6.6

Se considera Cariado (C) un diente cuando:

- Presenta una lesión clínicamente visible. Lesión cavitada
- La opacidad del esmalte indica existencia de caries subyacente
- La extremidad del explorador penetra y se puede constatar tejido dentario reblandecido en el fondo.
- Hay restauración y se encuentra en el mismo diente cavitado
- Hay obturación temporal (Eugenol, IRM)

Se considera Obturado (O) cuando:

- Presenta una o más obturaciones o restauraciones sin recidiva de caries, bien adaptadas, sin fracturas y con material definitivo como amalgama, oro, resina compuesta y otros materiales dentales llamados definitivos.

Un diente se considera como extraído (E) cuando:

- Está ausente de la boca después del período en que normalmente debería haber hecho su erupción, desde que exista razón segura de que fue extraído por causa de caries dentaria. En este caso la simetría de la erupción de los dientes puede auxiliar en la decisión de ser hecha por el examinador.

Se considera un diente con Extracción Indicada (E) cuando:

- Se encuentre exposición pulpar, raíces abandonadas, diente imposible de restaurar.

Se considera erupcionado un diente permanente o temporal cuando cualquier porción de su corona clínica haya atravesado la fibra mucosa gingival.

Cuando un diente permanente y uno temporal se encuentran ocupando un mismo espacio se anotará solo el permanente.

Cuando exista duda entre:

Sano y cariado, se anotará sano

Cariado y obturado, se anotará obturado

Cariado y extracción indicada se anotará cariado

Primer y segundo bicúspide se anotará primer bicúspide

No se considera como atacados por caries dentaria los dientes que se presenten:

Obturados, si la causa de la obturación no es caries; por ejemplo, dientes con restauraciones motivadas por traumas, razones estéticas o protésicas.

Extraídos, por razones traumáticas, ortodónticas, estéticas o protésicas o por anodoncia congénita.

Prevalencia: es el número de casos existentes antiguos y nuevos divididos entre el total de la población.

Se analizará por medio del índice C.O.P. en tasas de incidencia

Tasa de incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad o evento de salud sobre el total de la población por una constante.

420 = número de dientes cariados.

195 = número de niños (población).

420

$\frac{420}{195} \times 100 = 215.38$

195

#### 2.4.5. Placa Bacteriana

Se controlará por medio del índice de higiene oral simplificado que se mide:

DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
No presenta restos ni manchas	No hay presencia de placa blanda en las superficies examinadas ni manchas extrínsecas	0

<b>Hasta 1/3</b>	Al recorrer la superficie del diente, se halla placa blanda en menos del tercio gingival de la superficie, o manchas extrínsecas sin materia alba, no importando en este caso el área de la superficie que cubran.	1
<b>De 1/3 a 2/3</b>	Se encuentra placa blanda que cubre más del tercio gingival del diente, pero no sobrepasa al tercio medio de la superficie examinada.	2
<b>Más de 2/3</b>	La placa blanda se encuentra cubriendo más de dos tercios de la superficie examinada	3
<b>No aplicable</b>	Diente índice o sustituto ausente, parcialmente erupcionado, con extensa destrucción coronal, bandas de ortodoncia o coronas rehabilitadas.	9

#### 2.4.6. Educación

Medición de la educación:

- Maestros: por medio de charlas y encuestas
- Padres: por medio de charlas y encuestas

- Niños: por medio de juegos y actividades lúdicas. Videos de Colgate y encuestas.

#### **2.4.7. Capacitación de líderes**

Metodología a emplear:

- Maestros: Talleres de capacitación y ayudas visuales, Diapositivas y Acetatos.
- Padres: Charlas y ayudas visuales, Diapositivas y Acetatos.
- Niños: video presentado por Colgate, sobre enseñanza de higiene oral (enseñanza de cepillado, uso de seda dental y uso de enjuagues), por medio de charlas y encuestas se obtendrá el porcentaje de las personas más capacitadas para la realización del estudio.

**2.4.8. Actividades de higiene oral diaria:** Se medirá por medio de la enseñanza de cepillado diaria orientada por los docentes y cada quince día los investigadores tomarán el I.H.O.-S.

**2.4.9. Control de Caries:** Se realizará por medio del Índice C.O.P. con dos controles, uno en febrero del 2002 y otro en agosto del 2002.

**2.4.10. Control de cepillado:** se realizará por medio del Índice de higiene oral simplificado. Se realizará cada 15 días a partir del 2 de mayo hasta

terminar el estudio; para verificar si se ha comprendido la técnica y por lo tanto se ha mejorado la higiene oral.

## **2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para efectos de este estudio se utilizarán los siguientes formatos creados para la recolección de datos:

- Instrumento No. 1: Autorización de padres de familia
- Instrumento No. 2: Recolección de datos Índice C.O.P., índice de higiene oral y control de cepillado
- Instrumento No. 3: Encuesta para maestros y padres
- Instrumento No. 4: Encuesta para niños
- Instrumento No. 5: Talleres para maestros y padres, para capacitación de Líderes.

### **2.5.1. SISTEMATIZACION DE LA INFORMACIÓN**

Estadística descriptiva del tipo medidas de tendencia central como:

Porcentajes

## **2.6. PROCEDIMIENTO**

Para la realización del programa se necesitó tanto de la aprobación de la institución como de la aprobación de los padres de familia. La institución estuvo de acuerdo y aprobó el programa, luego se envió una circular a los padres de familia, buscando su autorización para la realización del programa. Se

recibieron 195 autorizaciones. Posteriormente se reunió a los padres de familia para explicarles la importancia del programa incremental de educación en salud oral.

Se elaboró una guía para unificar criterios en la realización del CEO y el COP y el IHO-S índice de higiene oral simplificado.

Primero se realizó un examen inicial de diagnóstico, el examen de la cavidad oral (I- CEO, Y COP) se inició abriendo historia clínica a cada alumno. Previa autorización del padre de familia. Se utilizó espejo bucal y visión directa. Los examinadores (odontólogos colaboradores), procedieron a realizar el examen de la siguiente manera: Pidieron al niño que abriera la boca, con el espejo fueron revisando el lado superior derecho, pasando luego el lado superior izquierdo, luego al lado inferior izquierdo y por último el lado inferior derecho, iniciando desde la región posterior. Los anotadores (investigadores), iban consignando los datos en su historia clínica correspondiente que contaba con los siguientes datos: nombre el alumno, fecha del examen, edad, talla, peso, curso, dientes temporales sanos, cariados, obturados y con extracción indicada y dientes permanentes sanos, cariados, obturados y perdidos. Este mismo examen se realizó al año como mecanismo de control, y fue llevado a cabo de igual manera solo que en este nuevo examen los examinadores y los anotadores fueron los investigadores.

Para la realización del índice de higiene oral simplificado IHO-S, se les realiza primero el cepillado en el patio de recreo de la institución, se reúnen por grupos de diez niños, los cuales salen del aula con vaso y cepillo dental. Los cursos se dividen como se planteó anteriormente en grupos de a diez alumnos lo que permite hacer un mejor seguimiento y diagnóstico de los errores en el cepillado dental y permite un contacto más personalizado con los niños para explicar los errores y correctivos a tomar.

Dos investigadores instruyen a los niños así: se divide la boca en sextantes y se empieza a cepillar el sextante superior derecho externo, con movimientos circulares, seguido del sextante anterior externo, superior izquierdo externo, inferior izquierdo externo, inferior anterior externo e inferior derecho externo luego se procede a cepillar la cara interna de los dientes llevando el mismo recorrido, posteriormente se cepillaran las superficies oclusales e incisales y por último la lengua, todo esto se realizará diez veces por cada sextante y por cada cara del diente. Luego se organizan por cursos y se les pide a los niños que saquen la lengua y en la punta se les colocan dos gotas de líquido revelador

de placa bacteriana, posteriormente se les indica que pasen la lengua por todas las caras de los dientes, para así poder observar las zonas de mayor acumulo de placa, esto es registrado en un instrumento especialmente creado para esto, anotando el nombre del alumno, la fecha y el valor correspondiente del índice de acuerdo a la observación hecha a cada alumno. Este índice se

realizó tres veces durante el programa: a los tres, seis y nueve meses de iniciado el programa incremental de educación en salud oral.

## **2.7. ANALISIS ESTADISTICO**

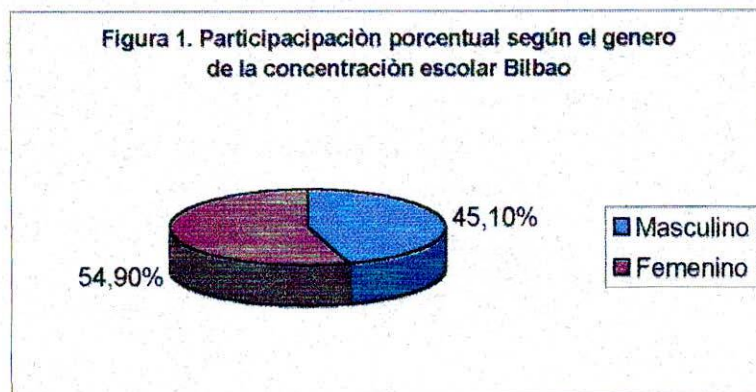
Para efectos de este estudio se realizará estadística descriptiva del tipo medidas de tendencia central como porcentaje para género y estrato social, Promedios para edad, el índice C.O.P., el índice c.e.o., el índice I.H.O.-S, control de ~ conteo

de caries, presencia o ausencia de gingivitis, tasas de prevalencia de caries.

### 3. RESULTADOS

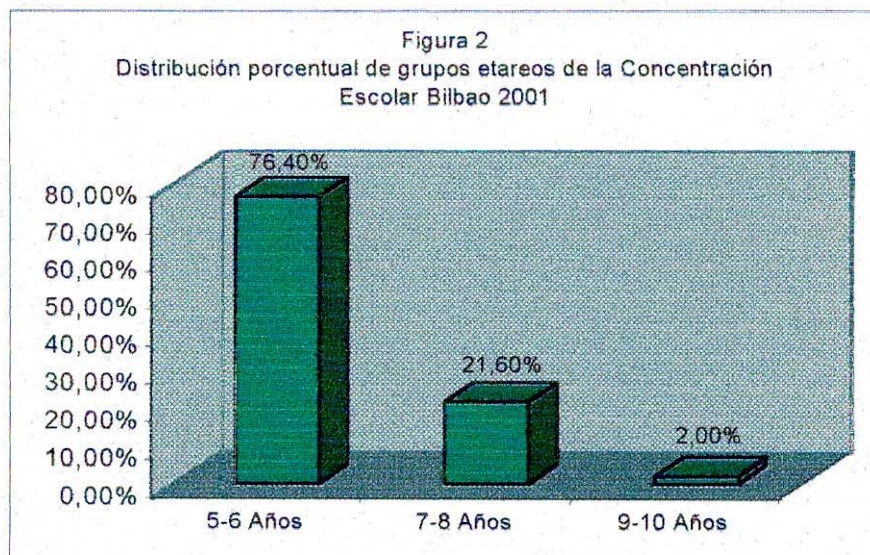
#### Descripción demográfica

El total de la población del estudio fueron 195 alumnos matriculados en la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá D.C. pertenecientes a los grados pre-escolar y primero jornada mañana y tarde donde el 45.1% (88) correspondió al género masculino y el 54.9% (107) al género femenino. ( figura 1 ).



La edad mínima fue de 5 años y la edad máxima de 10 años con un promedio de 6.02 y una desviación estándar de +/- 0.98. Se distribuyó por grupos etáreos así de 5-6 años con un porcentaje de 76.4%; de 7-8 años correspondiente al

21.6% y de 9-10 años con un porcentaje de 2%.

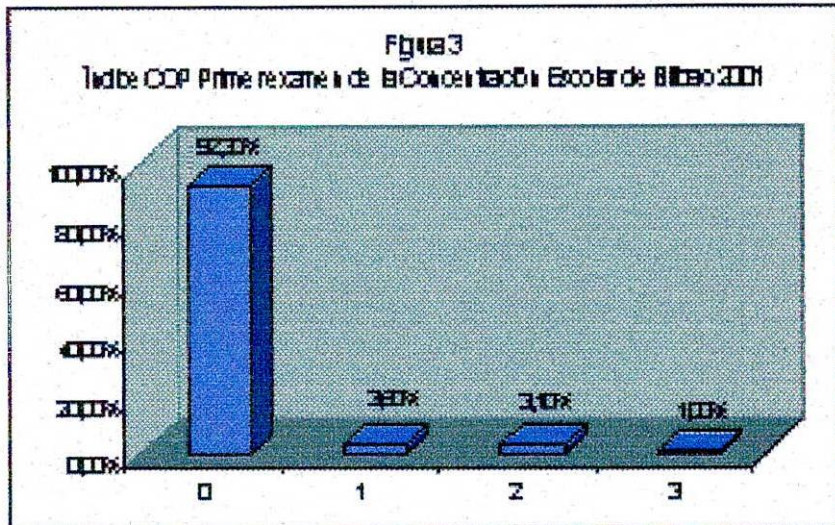


## EVALUACIÓN DE INDICES ANTES DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA

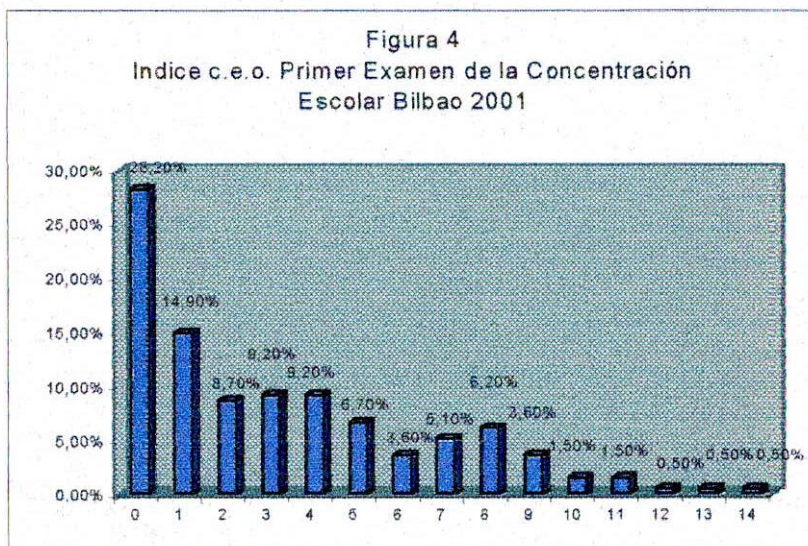
En el Índice C.O.P. se encontró que el 93,3 % (182) de los alumnos presentan un índice de 0 para dientes cariados permanentes, el 4.1% (8) corresponde a un índice de 1, el 1.5% (3) corresponde a un índice de 2 y finalmente el menor porcentaje 1.0%(2) lo encontramos en un índice de 3.

En el total del índice C.O.P. se obtuvo que el mayor porcentaje 92.3% (180) corresponde a un índice de 0, seguido de 3.6% (7) para un índice 1, el 3.1% (6) para un índice de 2, y el menor porcentaje 1,0% (2) para un índice de 3. Lo

que nos indica que la mayor parte de los alumnos examinados tenían los dientes permanentes casi en su totalidad sanos. ( figura 3 ).



En el índice c.e.o. se obtuvo un valor de 0 representando el 28,2% (55) correspondiente a alumnos que en cavidad oral no presentaron alteración alguna, y el 71,2% de la población refiere enfermedad. ( figura 4 ).



El total de dientes permanentes que se encontraron en el primer examen oral fueron 707 dientes, de los cuales se hallaron 20 cariados, 2 obturados, 0 dientes perdidos y 685 dientes permanentes sanos encontrados en cavidad oral.

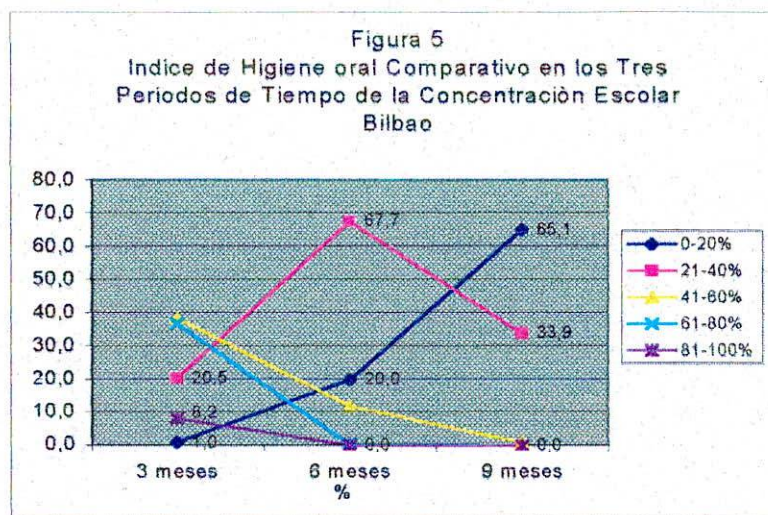
Se hallaron 598 dientes temporales afectados, de los cuales 443 se encontraron cariados, para extracción indicada 55 dientes y obturados 100 dientes en cavidad oral

### **EVALUACIÓN DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN LOS TRES PERIODOS DE TIEMPO.**

Al iniciar el programa y después de realizado el examen en el que se evaluó inicialmente el c.e.o. y el C.O.P. se adelantaron las tomas del índice de IHO en tres tiempos diferentes a los tres, seis y nueve meses de haber comenzado el programa, al observar las tres tomas del Índice de higiene oral en la primera toma se observa como resultado que entre el 0-20 % de Índice de higiene oral se encuentra el 1% de la población, entre 20-40 % se encontró el 20,5% de la población, entre 40-60 % se halló el 38,5 % de la población, entre el 60-80 % se halló se observó el 31,8 % de la población y más del 80 % de Índice de higiene oral en solo el 8,2 % de la población en total, lo que dio una media de 55,718 % de Índice de higiene oral.

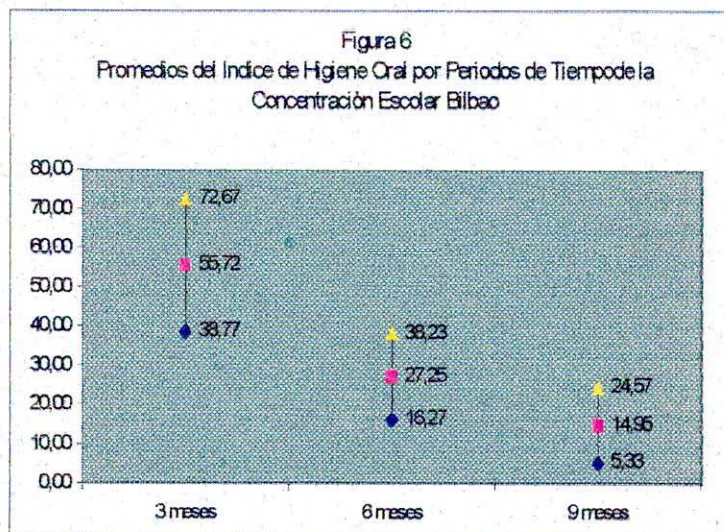
En la segunda toma se observó que entre el 0 – 20 % del Índice de higiene oral se tiene el 20 % de la población, entre 20-40 % se encontró el 67,7 % de la población entre el 40-60 % se halló el 11,8 % de la población, entre el 60-80 % de la población y más del 80 % del Índice de higiene oral no se encontró individuo alguno en la población escolar obteniendo así una media de 27,251 % de Índice de higiene oral.

En la tercera toma se observó que entre el 0-20 % se encontraba el 65,1 % de la población total siendo la más representativa, entre el 20-40 % se halló el 33,9 % de la población, entre el 40-60 % se encontró el 1 % y más del 60 % no se encontró individuo alguno de la población para obtenerse una media 14,95% del Índice de higiene oral. ( figura 5 ).



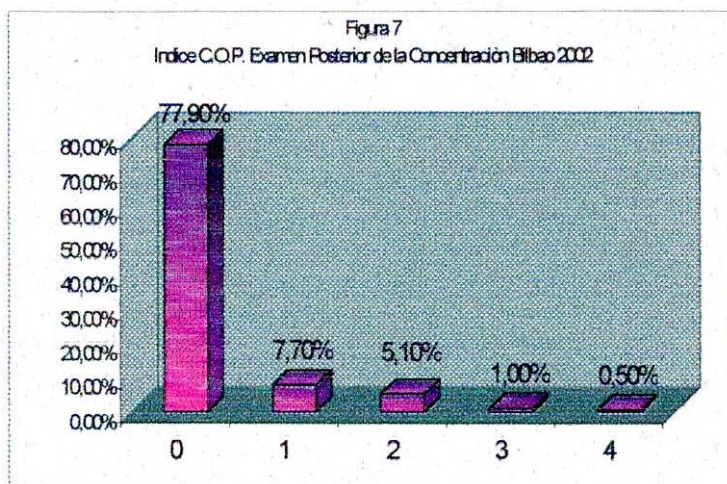
Comparando los índices tomados a los tres, seis y nueve meses, encontramos que a los tres meses se obtuvo un índice de higiene oral con un promedio de

55.71%, en la segunda toma a los seis meses el promedio fue de 27.25% demostrando una disminución significativa estadísticamente con un promedio de 28.46%, en la tercera toma a los nueve meses se obtuvo un promedio de 14.94% que comparado con la anterior mostró una disminución en cuanto a la placa bacteriana de la población con un promedio diferencial de 12.36 y comparando la tercera toma se obtuvo una diferencia de un promedio de 40.76% lo que permite concluir que en la Concentración Escolar Bilbao se logro una disminución significativa en el transcurso del programa del IHO. (Figura 6).

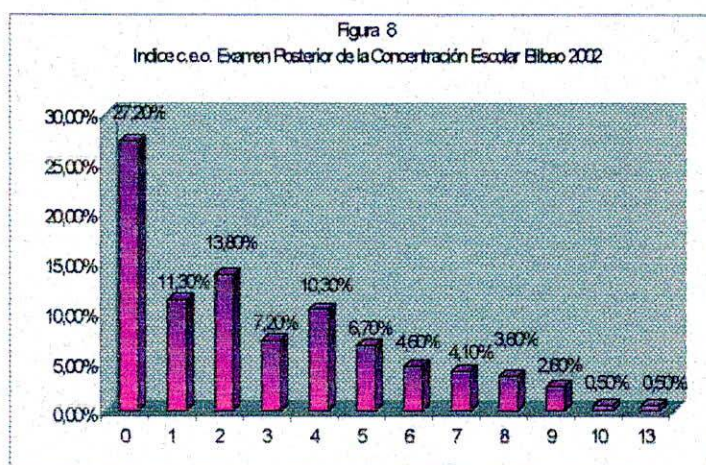


## EVALUACIÓN DE LOS ÍNDICES DESPUÉS DE IMPLEMENTADO EL PROGRAMA

En el segundo examen el total del índice C.O.P. se obtuvo que el mayor porcentaje 77.9% (168) corresponde a un índice de 0, seguido de 7.7% (15) para un índice 1, el 5.1% (10) para un índice de 2, y el menor porcentaje 1.0% (2) para un índice de 3. (figura 7).



En el total del índice c.e.o. se obtuvo un valor de 0 representado en 27,2%(53), correspondiente a alumnos que en cavidad oral no presentaron alteración alguna, y el 72,8% (142) de la población presentaron experiencia de caries



(Figura8).

#### 4. DISCUSIÓN

Con el Programa de Educación en Salud Oral, se pudo establecer y reforzar un comportamiento y un hábito de auto cuidado de la boca, que conlleva a un mejoramiento de la salud oral de los niños. El Programa por si solo no evita la enfermedad. Para que la Educación en Salud Oral sea efectiva se necesita involucrar activamente a toda la comunidad escolar (maestros, padres y niños).

En los resultados de este estudio el Índice C.O.P. al inicio del Programa se observó que el 92.3% de la población fue de (0), 3.6% fue de (1) y 3.1% fue de (2) y el 1% fue de (3) y en el control se obtuvo un Índice de C.O.P. de 77% correspondiente a (0) de 7.7% equivalente a (1) de 5.1% equivalente a (2) y 1.0% equivalente a (3); este aumento se debe a que en el inicio del Programa el número de dientes permanentes en boca era de 707 y en el segundo examen eran 1292 dientes permanentes. El promedio de dientes permanentes sanos al inicio del programa fue de 3.5 y en el control el promedio de dientes permanentes sanos fue de 6.4.

Estos hallazgos se pueden comparar con los obtenidos en el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1997 – 1998, donde el índice de dientes cariados, perdidos y obturados tienen valores de 0.1 a los cinco años y 2.3 a los 12 años

(95%), con un número promedio de dientes permanentes sanos a los doce años de 23.3, es decir el 90% de dientes presentes en boca.

Los hallazgos del Índice c.e.o. al inicio del programa fueron del 71% de la población que presentó experiencia de caries en dentición temporal y en el control no se encontró diferencia ya que el 72.8% presentó historia de caries. Los mismos resultados se corroboran con el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1997 – 1998 donde a los cinco años el Índice de c.e.o. es de 3.0 (95%) y no presenta incrementos importantes a los seis y siete años.

Se encontraron cambios significativos en el Índice de Higiene Oral inicial y los índices aplicados a los 3, 6 y 9 meses. A los tres meses el 1% de la población presentó un índice de placa bacteriana entre 0-20%, el 38.5% de la población presentó un índice de placa bacteriana 41% y 60% y el 31% de la población entre el 61% y 80% de placa bacteriana. A los seis meses el 67% de la población presentó un índice de placa bacteriana de 21-40% y a los nueve meses el 65% se halló 0-20%. El control mecánico de la placa bacteriana se basa principalmente en el cepillado dental. Este cepillado fue supervisado diariamente por los maestros y cada dos semanas por los investigadores, esto contribuyó a lograr buenos resultados, así lo han mostrado estudios longitudinales en donde se compara la eficacia del cepillado supervisado y no supervisado en grupos de 9-11 años de edad durante un período de 3 años. (Horowitz 1997) (Koch 1970)

## 5. CONCLUSIONES

Al realizar un primer examen en la Concentración Escolar Bilbao en la comunidad de estudio, mediante los Indices utilizados C.O.P. y c.e.o se identificó la necesidad de implementar un Programa de Educación en Salud Oral.

El Índice de C.O.P. tuvo un leve incremento por el aumento de dientes permanentes en boca.

El Índice c.e.o. entre el primer examen y el control no vario.

Se encontró diferencia significativa entre el Índice de Higiene Oral a los tres meses y los controles realizados a los seis y nueve meses.

Se logró la participación activa de niños y maestros en la realización de cepillado.

## **6. RECOMENDACIONES**

Continuar con el Programa en la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba Bogotá, D.C., hasta lograr la cobertura de toda la población escolar.

Evaluar el Programa a mediano y largo plazo.

Desarrollar estrategias y actividades que permitan una mayor participación, no solo de los alumnos sino también de padres y maestros.

**ANEXO No. 1**

**AUTORIZACIÓN**

CIUDAD Y FECHA: \_\_\_\_\_

YO, \_\_\_\_\_ CON C.C. No. \_\_\_\_\_

AUTORIZO A MI HIJO (A) \_\_\_\_\_

QUE CURSA \_\_\_\_\_ PARA QUE SE LE REALICE UN EXAMEN ORAL Y PUEDA SER INCLUIDO EN EL PROGRAMA DE SALUD ORAL QUE SE LLEVARA A CABO EN LA CONCENTRACIÓN ESCOLAR BILBAO, POR ALUMNAS DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO Y CON EL AVAL DEL COLEGIO CIEDI.

FIRMA DEL PADRE O ACUDIENTE \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_

**ANEXO No. 2**

# HISTORIA CLINICA

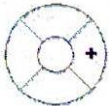


























































































































































PROGRAMA DE SALUD ORAL  
COMUNIDAD ESCOLAR BILBAO

FECHA : \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

**ODONTOGRAMA**

CONVENCIONES																																																																																																																																																																							
	SUP. CARIADA O RECIDIVA	SUPERF. OBTURADA	DIENTE CON EXTRACCIÓN INDICADA	DIENTE EXTRAÍDO	DIENTE SIN ERUPCIONAR																																																																																																																																																																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">SI NO</td> <td></td> <td style="text-align: center;">SI NO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">CARIES</td> <td></td> <td style="text-align: center;">OBTURADOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">VESTIBULAR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									SI NO		SI NO																		CARIES		OBTURADOS																		VESTIBULAR																																																																																																																						
			SI NO		SI NO																																																																																																																																																																		
			CARIES		OBTURADOS																																																																																																																																																																		
			VESTIBULAR																																																																																																																																																																				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">55</td><td style="text-align: center;">54</td><td style="text-align: center;">53</td><td style="text-align: center;">52</td><td style="text-align: center;">51</td><td style="text-align: center;">61</td><td style="text-align: center;">62</td><td style="text-align: center;">63</td><td style="text-align: center;">64</td><td style="text-align: center;">65</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DERECHO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">LINGUALES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">IZQUIERDO</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">85</td><td style="text-align: center;">84</td><td style="text-align: center;">83</td><td style="text-align: center;">82</td><td style="text-align: center;">81</td><td style="text-align: center;">71</td><td style="text-align: center;">72</td><td style="text-align: center;">73</td><td style="text-align: center;">74</td><td style="text-align: center;">75</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">44</td><td style="text-align: center;">43</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																				DERECHO				LINGUALES											IZQUIERDO																				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																							48	47	46	45	44	43	42	32	33	34	35	36	37	38																	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																								
																																																																																																																																																																							
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																																																																																																											
																																																																																																																																																																							
DERECHO				LINGUALES											IZQUIERDO																																																																																																																																																								
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																																																																																																											
																																																																																																																																																																							
			48	47	46	45	44	43	42	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																							
																																																																																																																																																																							
OTRAS OBSERVACIONES _____																																																																																																																																																																							

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO:**

- |             |                          |            |                          |               |                          |
|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| PREVENCIÓN  | <input type="checkbox"/> | OPERATORIA | <input type="checkbox"/> | MEDICINA ORAL | <input type="checkbox"/> |
| PERIODONCIA | <input type="checkbox"/> | ORTODONCIA | <input type="checkbox"/> | CIRUGÍA       | <input type="checkbox"/> |

EXAMINADOR : \_\_\_\_\_

ANOTADOR : \_\_\_\_\_





## ANEXO No. 4

### ENCUESTA PARA PADRES Y MAESTROS

1. ¿Cuándo cree usted que su boca está enferma?
2. ¿Qué cree usted que debe hacer para su salud bucal?
3. ¿cuántas caras cree usted que tiene un diente?  
a. 1            b. 2            c. 3            d. Más de 3
4. ¿cuántas veces se cepilla al día?  
a. 1            b. 2            c. 3            d. Más de 3
5. ¿Sabe usted cuándo un diente tiene caries?
6. ¿sabe que tipos de hábitos perjudican sus dientes?
7. Enumere 5 alimentos que sean favorables para la salud de los dientes y el cuerpo en general.
8. Enumere 5 alimentos que sean dañinos para la salud de los dientes y del cuerpo en general
9. ¿Ha asistido alguna vez a charlas sobre higiene oral? ¿ Dónde?
10. ¿Tiene alguna duda sobre la cual quiera recibir una charla?

ANEXO No. 5

ENCUESTA PARA NIÑOS

1. ¿Cuántas caras tiene un diente?

a. Una cara

b. Dos caras

c. Tres caras

d. Más de tres caras



2. ¿Cuántas veces te cepillas al día?

a. Ninguna

b. Una vez

c. Dos veces

d. Tres veces



e. Más de tres veces



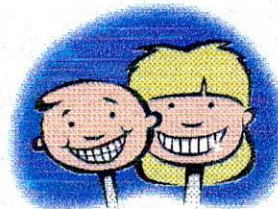
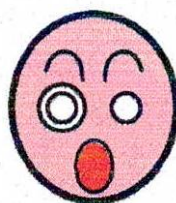
3. ¿Tus padres te ayudan cuando te cepillas?

a. Nunca

b. A veces

c. Casi siempre

d. Siempre



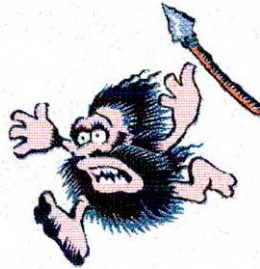
4. ¿Le tienes miedo al odontólogo?

a. Nunca

b. A veces

c. Casi siempre

d. Siempre



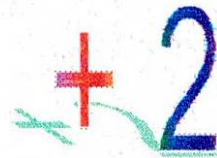
5. ¿Cuántas veces has visitado al odontólogo?

a. Nunca

b. Una vez

c. Dos veces

D. Más de dos veces



6. ¿Alguna vez te ha dolido un diente o una muela?

a. si

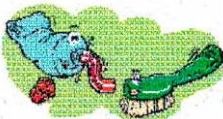
b. No



7. ¿Realizas tu cepillado con crema dental?

a. si

b. No

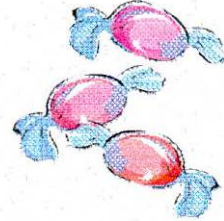
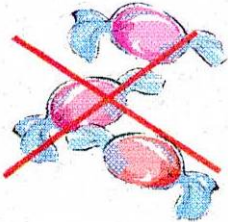


8. ¿En tus comidas diarias consumes dulce?

a. No

b. Una vez al día

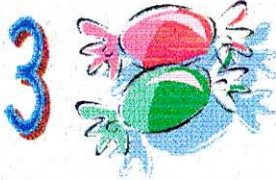
c. Dos veces al día



d. Tres

veces al día

e. Más de tres veces al día



9. ¿Cuál consideras que es el cepillado más importante?

a. Día

b. Tarde

c. Noche



## **ANEXO No. 6**

### **TALLERES MAESTROS Y PADRES**

#### **EDUCACIÓN**

##### **Taller 1. Salud y enfermedad general y bucal**

Mayo 9 / 2001. Se les explicó a los asistentes en términos generales el concepto de salud y enfermedad bucal.

##### **Taller 2. Guía de Prevención y caries dental.**

Junio 6 / 2001. Se dio inicio al taller con la definición de prevención, luego técnica de cepillado, uso de seda dental, aplicación tópica de flúor y sellantes, definiciones de caries, causas, complicaciones y tipos. Para fácil entendimiento se hará uso de un macromodelo con su cepillo y acetatos.

##### **Taller 3. Hábitos Orales**

Febrero 26/2002. El taller iniciará con la definición de hábito, seguido de los tipos, complicaciones y causas. Para hacer más fácil la comprensión se emplearán diapositivas.

##### **Taller 4. Nutrición**

Septiembre 20 / 2002. Se iniciará el taller definiendo nutrición, siguiendo con tipos de alimentos y cantidad diaria requerida. Para evaluar la comprensión del auditorio se hará una encuesta.