

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ODONTOLOGÍA IDENTIFICADOS A TRAVÉS DE
PADRES/REPRESENTANTES, PARA LA APARICIÓN DE CARIES EN NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS QUE ASISTIERON A CONSULTA ODONTOLÓGICA AL HOSPITAL DE ENGATIVÁ –**

2016

**RODRIGO JOSÉ OROZCO HERRERA
JULIETT ESTEFANIA RINCÓN PARRA
DIANA PATRICIA RIVAS ARISTIZÁBAL**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA – UNICOC
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ D.C.**

2016

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ODONTOLOGÍA IDENTIFICADOS A TRAVÉS DE
PADRES/REPRESENTANTES, PARA LA APARICIÓN DE CARIES EN NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS QUE ASISTIERON A CONSULTA ODONTOLÓGICA AL HOSPITAL DE ENGATIVÁ –**

2016

**RODRIGO JOSÉ OROZCO HERRERA
JULIETT ESTEFANIA RINCÓN PARRA
DIANA PATRICIA RIVAS ARISTIZÁBAL**

**Proyecto de grado para optar al título de
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud**

**Asesor Metodológico
Dr. Oswaldo Sánchez Villalobos**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA – UNICOC
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ D.C.**

2016

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4. MARCO TEÓRICO.....	14
4.1 LA CARIES DENTAL.....	14
4.2 DETERMINANTES O FACTORES DE RIESGOS DE CARIES DENTALES.....	16
4.3 MANEJO DE CARIES EN DIENTES TEMPORALES.....	19
4.4 IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS.....	21
4.5 MÉTODOS PARA LA CUANTIFICACIÓN DE CARIES.....	22
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
5.2 POBLACIÓN.....	25
5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	25
5.3.1 Criterios de inclusión.....	25
5.3.2 Criterios de exclusión.....	25
5.4 MUESTREO.....	25
5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	26
5.6 SESGOS DEL ESTUDIO.....	26
5.7 RIESGO DEL ESTUDIO.....	27

5.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	29
6. RESULTADOS.....	30
7. DISCUSIÓN	377
8. CONCLUSIONES	41
9. RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de las características generales de la población	31
Tabla 2. Comportamientos identificados y el factor determinante socioeconómico	33
Tabla 3. Comportamientos identificados y el factor determinante acceso a los servicios	34
Tabla 4. Comportamientos identificados y el factor determinante dieta y hábitos nutritivos	36

INTRODUCCIÓN

La investigación en salud pública ha ido incorporando de manera gradual el enfoque de determinantes sociales de la salud para abordar las inequidades y problemáticas en salud; para esta situación el sistema sanitario ha sido reconocido por las principales organizaciones internacionales como un determinante social de la salud en sí mismo, aunque a la vez es un instrumento para ayudar a alcanzar la equidad en salud entre la población⁽¹⁾.

De esta manera, el punto de partida de cualquier tipo de intervención es la identificación de grupos potencialmente vulnerables a los riesgos, pues éstos podrían no estar accediendo o usando inadecuadamente los servicios sanitarios, lo que sería un aspecto fundamental en el abordaje tanto científico como político de las inequidades en salud⁽¹⁾.

Al reconocer a nivel mundial que las condiciones socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen, influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto^(2,3); es indispensable no sólo analizar cómo los sistemas de salud afectan la salud y calidad de vida de los individuos de una nación sino además cómo se están viendo afectados grupos particularmente vulnerables como los niños en edad preescolar ante enfermedades tan frecuentes como la caries dental⁽⁴⁾.

La realidad, es que la capacitación e investigación juega un papel fundamental en esta cadena, pues tener pacientes y profesionales informados logrará que las futuras intervenciones tengan un mejor enfoque y así mejores resultados; sin embargo aún

falta un mayor reconocimiento del funcionamiento de los modelos de atención en salud implementados en las entidades aseguradoras y los hospitales públicos⁽⁵⁾.

Con base en este planteamiento, el principal objetivo de esta investigación es identificar los determinantes de la salud en odontología que están llevando a la aparición de caries en niños menores de 5 años que asisten a consulta odontológica al Hospital de Engativá, a través de un análisis cualitativo que incluirá a los padres/representantes de los niños que recibieron tratamiento odontológico en la institución con el fin de ofrecer un documento donde se encuentre recopilada información y que sirva para la toma de decisiones en pro del mejoramiento de las condiciones encontradas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, cuando se habla de determinantes sociales de la salud se hace para relacionarlos con el impacto que estos tienen en la equidad en salud^(2,6).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) fueron descritos por la Organización Mundial de la Salud – OMS como las condiciones socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen, éstas influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto. Los DSS establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones, satisfacer necesidades de salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente^(2,7,8).

En este sentido es crucial establecer que una gran mayoría de los problemas de salud están vinculados de una u otra forma a las condiciones socioeconómicas y la posición social de los individuos más vulnerables. El problema es que las políticas de salud se han enfocado en soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, obviando frecuentemente la intervención sobre las causas detonantes⁽²⁾, aunque es claro que la educación, la vivienda, el área de residencia y la privación han sido usadas como importantes indicadores⁽¹⁾.

Entonces, el abordaje de los determinantes sociales de la salud es crucial para orientar a los gobiernos en la reducción de las desigualdades. Lo que sugiere para el área odontológica, que las acciones en salud bucodental deben orientarse más que a la construcción de hábitos saludables, a trabajar en los entornos sociales en los que las conductas de salud se desarrollan⁽⁹⁾; reconociendo en primera medida, que entre los determinantes sociales en odontología se cuentan los hábitos alimentarios (altos en

carbohidratos, bajos en flúor), los socioeconómicos (nivel educativo, ingresos económicos), los culturales (hábitos higiénicos, hábitos sociales, percepción misma de la salud oral), la accesibilidad a las redes de servicio (geográfico, aseguramiento), los grupos vulnerables (gestantes, infantes, discapacitados, adulto mayor, con enfermedades graves)⁽¹⁰⁾.

De esta manera, cuando se habla de infantes se debe prestar especial atención, pues enfermedades como la caries dental son una problemática de grandes proporciones, afecta entre el 60% y 90% de la población escolar mundial según la OMS ⁽¹¹⁾ y en Colombia cifras como las aportadas por el IV Estudio Nacional de Salud Bucal ⁽¹²⁾ muestran un incremento del índice COP (Cariados, Obturados y Perdidos), para los niños de 1, 3 y 5 años que presentan una dentición temporal, con una experiencia de caries del 38.27% y una prevalencia de 33.84%. Si bien se ha encontrado que está asociada a múltiples factores de riesgo, también se ha reconocido que en el desarrollo de ésta, influyen determinantes culturales, sociales y económicos; siendo mayor la prevalencia en poblaciones con escasos recursos, donde además son frecuentes los bajos niveles educativos de los padres y las precarias condiciones de vida, afectando así particularmente la dentición primaria⁽¹³⁾. Incluso se debe considerar la familia como un factor de riesgo, donde la disfuncionalidad y el tipo de estructura familiar, podrían incrementar el riesgo de presentar caries dental y acentuar su severidad, considerando que en la actualidad se ha visto un aumento en el tipo de familia monoparental^(11,14).

Los problemas de salud bucodental, como las caries y las enfermedades periodontales representan un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y la repercusión que tienen sobre los costos sanitarios y sociales; debido a que no ocasionan mortalidad⁽¹⁵⁾; ante esta situación una forma de abordaje es realizar las intervenciones de manera directa, a través de grupos focales en los que se pueda obtener información precisa sobre los principales determinantes sociales que están

afectando la población investigada; lo que llevó al planteamiento de este estudio que tiene como pregunta de investigación: ¿cuáles son los principales determinantes de la salud en odontología percibidos por los padres/representantes, que están llevando a la aparición de caries en niños menores de 5 años que asistieron a consulta odontológica durante el segundo semestre del 2016 al Hospital de Engativá?

2. JUSTIFICACIÓN

La caries dental es la enfermedad crónica de mayor frecuencia en los niños desde sus primeros años de vida y este carácter crónico la hace progresiva con la edad si no se interviene a tiempo. El problema es que cuando los niños presentan problemas severos de caries dental en edades tempranas tienden a tener un peso corporal por debajo del ideal y efectos adversos sobre el crecimiento, consecuencias negativas en la autoestima del niño e incluso en la percepción de bienestar y calidad de vida sentida por sus padres⁽¹⁶⁾.

El involucrar factores socioeconómicos y culturales como como, precarias condiciones de vida, bajo nivel educativo de los padres, estilos de vida y limitaciones en el acceso y disponibilidad de los servicios de salud bucal, la convierten en un proceso muy complejo; determinantes que permiten entender las enormes diferencias entre grupos poblacionales y países y que convierten la enfermedad en un reto mayor cuando se abordan poblaciones en desventaja⁽¹⁶⁾.

Cuando se habla de realizar un abordaje de los determinantes sociales de la salud, es necesario un replanteamiento donde se deje de ver a la salud en términos económicos y se genere la derivación de mayores recursos hacia los servicios preventivos, teniendo como objetivo el más alto nivel de salud para la población; de esta manera es crucial que las políticas públicas presten mayor atención al entorno y a los estilos de vida⁽²⁾.

Si bien los determinantes sociales de la salud aportan un marco explicativo para analizar las relaciones entre la forma cómo se organiza y se desarrolla una sociedad y la influencia sobre la situación de salud de la población⁽¹⁷⁾, también es necesario comprender cómo la población percibe estos determinantes; para lo cual es necesario

promover la investigación y las acciones alrededor de los factores biológicos, conductuales y psicosociales de cada individuo, con un fuerte énfasis en la interrelación entre salud bucal y la salud general, así como también en el fortalecimiento del recurso humano y los servicios de salud⁽¹⁾; buscando establecer los elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas⁽¹⁸⁾.

Esto lo que nos indica es, que si se aborda de manera directa a los individuos y se puede hacer un reconocimiento de los agentes causales de enfermedades como la caries en niños en edad preescolar, podría ser más fácil realizar una intervención que entregue resultados más positivos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los determinantes de la salud en odontología a través de padres/representantes, para la aparición de caries en niños menores de 5 años que asistieron a consulta odontológica al Hospital de Engativá durante el segundo semestre del 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar entrevistas personalizadas identificando factores socioeconómicos de los niños y sus padres.
- Identificar las condiciones de salud bucal del niño con relación a la caries dental.
- Establecer la incidencia que han tenido los determinantes sociales en salud en el estado de salud oral actual del niño.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 LA CARIES DENTAL

La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y por causa del desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, esto da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de los tejidos duros⁽¹⁹⁾. Para la Organización Mundial de la Salud – OMS, la caries es un proceso localizado de origen multifactorial caracterizado por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta formar una cavidad; si no se atiende oportunamente afecta la salud general y la calidad de vida^(20,21).

La caries es aún el mayor problema de salud bucal a nivel mundial, llegando a afectar entre 60 y 90% de la población escolar y adulta, aunque algunos países evidencian tendencia a su disminución debido al constante estudio de sus causales y a las acciones preventivas implementadas; pues es una enfermedad prevenible y controlable como lo muestra el proceso que ha seguido en los últimos 30 años en los países desarrollados, donde ha disminuido su incidencia en un 20%, a pesar que las modificaciones en la dieta no han sido tan ostensibles como deberían⁽²²⁾.

La alta prevalencia de esta enfermedad en el mundo, la posiciona como una de las principales causas de la pérdida de dientes; el problema es que ésta tiene su comienzo casi desde el principio de la vida y progresa con la edad⁽²³⁾.

El proceso carioso es reversible en los primeros estadios pero una vez que se pierde esmalte se requiere una intervención profesional especializada y costosa. El índice de caries que es el número de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), si se registra a los 12 años constituye un indicador de salud reconocido a nivel internacional. Este índice tiene características particulares, no sólo permite establecer el diagnóstico, es decir lo que sucede en el momento de la revisión, sino que muestra lo que sucedió en el pasado y puede predecir su evolución futura; también se han ideado indicadores bacteriológicos y salivales para determinar los factores de riesgo a desarrollar la enfermedad internacionalmente, pero todavía no se cuenta con uno que identifique claramente el riesgo, justamente por la multifactorialidad de la enfermedad⁽²⁰⁾.

Hay que considerar que si existe acceso a la atención odontológica se modifica la relación entre los componentes del CPOD, pero no se borra la huella de la enfermedad. Por tanto muestra necesidades de salud no resueltas o acumuladas y prevé el número de intervenciones y de qué tipo se requerirán para restaurar la salud en el futuro.

El proceso carioso por su alta prevalencia así como por la severidad de algunos de sus síntomas como: el dolor, la infección aguda y crónica, la pérdida de dientes, la halitosis (mal aliento), ha orientado la respuesta social, tanto de los odontólogos como de las instituciones sanitarias, y ha favorecido la implementación de programas de prevención como la fluoración del agua y de la sal de mesa en el mundo. El flúor reduce la prevalencia de la caries en un 84%, con un costo de 6 centavos de dólar por año, lo que constituye una de las medidas preventivas que tiene mejor costo-efectividad de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud. Por otro lado es importante señalar que las enfermedades se modifican como consecuencia del desarrollo social aumentando, disminuyendo o desapareciendo de la faz del planeta, por ejemplo, el perfil epidemiológico de la caries está cambiando a nivel mundial. Presentar caries en 3 dientes o menos a los 12 años se considera una situación de salud muy aceptable, tanto

así que la *Internacional Dental Federation* (FDI) la propuso como meta para el año 2000^(20,24).

No obstante que la reducción de caries es una tendencia a nivel mundial por el uso de fluoruros, los cambios en las condiciones de vida y el autocuidado. Los países menos desarrollados en los sesentas, presentaban una menor prevalencia de la enfermedad frente a los ricos, que entonces tenían una alta o muy alta prevalencia (5 a 7 dientes afectados, y más de 8 a los 12 años), pero estos datos se invirtieron, en las siguientes décadas, con el agravante de que los países en desarrollo no han logrado reducir la incidencia de caries a los niveles que lo hicieron los desarrollados durante el mismo período de tiempo. América Latina mantiene actualmente altos índices de caries, condición que va unida a la pobreza^(20,24,25).

4.2 DETERMINANTES O FACTORES DE RIESGOS DE CARIES DENTALES

Dado el patrón de desarrollo de la caries dental y su alta prevalencia en la adultez, la mayoría de los niños se encuentran en riesgo. Sin embargo, para evitar las consecuencias cada vez más severas y costosas de esta enfermedad, es necesario identificar las poblaciones con mayor riesgo de desarrollar caries, para de ese modo realizar actividades preventivas específicas y mantenerlos sanos el mayor tiempo posible.

Los factores de riesgo pueden estar presentes en todas las etapas de la vida; sin embargo durante los primeros años de vida constituyen riesgos importantes, al incrementar la susceptibilidad para desarrollar determinadas enfermedades o desviaciones de la salud en esta etapa⁽²³⁾. En la actualidad, su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento, lo que indica que es un proceso multifactorial, sin embargo

generalmente son obviados los aspectos relacionados con la familia. Factores presentes en las familias como la disfuncionalidad familiar y el tipo de estructura familiar, como el aumento en la actualidad de la familia monoparental, podrían incrementar el riesgo de presentar caries dental y acentuar su severidad⁽²⁶⁾.

El estado socioeconómico se ha asociado con caries dental en numerosos estudios transversales, con la ocupación del padre o cabeza de familia como el índice más comúnmente usado. El nivel de educación del padre y de la madre también ha sido asociado con esta enfermedad; por lo que se puede decir que se deben considerar diversos factores demográficos (edad, género, raza, etc.) y factores socioeconómicos⁽²³⁾.

El incremento de la caries dental se ha asociado al desarrollo social y a las variaciones en el hábito dietético de las poblaciones, no obstante, en estudios realizados en los últimos años se ha determinado una tendencia a la disminución, fundamentalmente en los menores de 15 años. Su comportamiento presenta variaciones entre los países porque influyen factores como: sistema de salud existente, cultura, hábitos de alimentación, economía y medio ambiente⁽¹⁹⁾.

De los factores asociados a la producción de caries dental en la infancia se encuentran los dietéticos y los ambientales. Entre los factores dietéticos se incluyen los hábitos incorrectos de lactancia materna, el uso del biberón con tomas repetidas de leche conteniendo líquidos endulzados principalmente al acostarse; así como el hábito del chupón. Al dormir el niño, este líquido se deposita principalmente en los dientes anteriores superiores convirtiéndolos en un medio propicio para el desarrollo de microorganismos acidogénicos en los momentos en los que el flujo salival disminuye, por lo que se inicia un proceso de desmineralización del esmalte. También son

reconocidos como factores ambientales el bajo nivel educativo, la ausencia de hábitos higiénicos y la falta de accesibilidad a los servicios de salud entre otros⁽²⁷⁾.

Considerando la amplitud de factores que se pueden enumerar, los más frecuentes se resumen en la tabla 1, donde además se puede realizar una clasificación del nivel de riesgo al que el niño puede estar expuesto⁽²⁸⁾.

Tabla 1. Factores de riesgo de caries dentales

VARIABLES DE ANÁLISIS	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
Experiencia de caries	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones nuevas - Extracciones prematuras por caries. - Múltiples restauraciones realizadas años anteriores. - Sin presencia de sellantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin lesiones nuevas. - Ninguna extracción por caries. - Ninguna o pocas restauraciones realizadas años anteriores. - Presencia de sellantes en fosas y fisuras.
Hábitos dietéticos	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuente consumo de azúcares que corresponde a un consumo de más de 1 colación entre comidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infrecuente consumo de azúcares, que corresponde a un consumo de 1 colación o menos entre comidas.
Historia social	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel socioeconómico bajo. - Bajo conocimiento de enfermedades bucales. - Controles bucales esporádicos. - Bajas expectativas de salud bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel socioeconómico medio o alto. - Salud bucal asumida. - Controles bucales regulares y periódicos. - Altas expectativas de salud bucal.
Uso fluoruros	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de agua no fluorada y sin leche fluorada. - Sin consumo regular de pastas dentales fluoradas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de agua o leche fluorada. - Uso regular de pastas dentales fluoradas.
Control de placa	<ul style="list-style-type: none"> - Infrecuente o ineficiente higiene bucal. - Índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillón > 1.1 - Deficiente habilidad manual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuente y efectiva higiene bucal. - Índice de higiene oral simplificado o < a 1. - Buen control de habilidades manuales.

Variables de Análisis	Alto riesgo	Bajo riesgo
Saliva	<ul style="list-style-type: none"> - Baja secreción salival. - Baja capacidad buffer de la saliva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Flujo salival normal. - Alta capacidad buffers de la saliva.
Historia médica	<ul style="list-style-type: none"> - Una o más enfermedades sistémicas. - Discapacidad neurológica o mental. - Uso prolongado de medicamentos cariogénicos (azucarados). - Uso prolongado de medicamentos que disminuyan el flujo salival. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de enfermedades sistémicas. - Sin discapacidad neurológica o mental. - Sin uso prolongado de medicamentos cariogénicos (azucarados). - Sin uso prolongado de medicamentos que disminuyan el flujo salival.

4.3 MANEJO DE CARIES EN DIENTES TEMPORALES

En la resolución del plan de tratamiento de los dientes temporales es necesario recordar que la caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa, por lo tanto su control es un factor protector de los dientes definitivos. Por otro lado, entre los factores más importantes en la prevención de la maloclusiones se encuentra el control del proceso eruptivo, tales como elongaciones, pérdida de tejido de sostén, migraciones y mesio inclinaciones, las que se pueden prevenir con la conservación de los dientes temporales hasta el momento de su exfoliación normal, ya que si se extraen precozmente, se pueden producir problemas en el desarrollo del sistema estomatognático.

Al iniciar el tratamiento de recuperación es necesario realizar inactivación de caries de los dientes temporales⁽²⁸⁾ (tabla 2).

Tabla 2. Esquema de recuperación de caries dentales en dientes temporales

Lesión	Anestesia dental	Abordaje	Material de obturación.
Lesión de esmalte de superficie oclusal no cavitada.	No	Profilaxis con uso de instrumento rotatorio.	Sellante
Caries cavitada del esmalte.	No	Técnica manual y/o uso instrumento rotatorio.	Vidrio-ionómero Amalgama
Caries dentinaria oclusal.	Evaluar según necesidad del paciente.	Técnica manual y/o uso instrumento rotatorio.	Vidrio-ionómero Amalgama
Caries dentinaria proximal.	Evaluar según necesidad del paciente.	Uso instrumento rotatorio.	Vidrio-ionómero Restauración resina. Amalgama
Caries dentinaria profunda.	Uso de anestesia.	Uso de instrumento rotatorio y/o técnica manual.	Vidrio-ionómero Amalgama Restauración resina.
Caries crónica o detenida.	Evaluar según necesidad del paciente.	Uso de instrumento rotatorio y/o técnica manual.	Vidrio-ionómero Amalgama Restauración resina.
Destrucción coronaria.	Evaluar según necesidad del paciente.	Uso de instrumento rotatorio y/o técnica manual.	Vidrio-ionómero Coronas preformadas.

La principal responsable de la aparición de caries y de la enfermedad periodontal es la placa bacteriana que es una película incolora y pegajosa que se forma constantemente entre los dientes, incluso en ausencia de comida. La eliminación cuidadosa de la placa mediante el cepillado diario y el uso de la seda dental y/o cepillo interproximal ayudan a prevenir la caries; de aquí que una de las principales estrategias de promoción y prevención de esta enfermedad se enfoquen en la instalación de buenos hábitos de higiene oral como punto de partida⁽²⁹⁾.

4.4 IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS

El diagnóstico temprano es importante para obtener un tratamiento exitoso de las enfermedades bucales. Por lo tanto, es importante que los niños reciban un examen clínico oral completo como parte de las visitas de rutina al odontólogo.

La observación de la familia puede ser determinante, por lo que es crucial prestar especial atención a ciertos comportamientos como si alguien tiene el hábito de rechinar los dientes, sus actividades durante el cepillado, sus prácticas al alimentarse, entre otras.

Entonces, la medida preventiva más importante contra la caries es la de establecer buenos hábitos orales en los niños. Hay tres medidas preventivas básicas para ayudar al niño a mantener una buena salud oral:

- Instituir buenos hábitos de salud oral temprana. Cuando el niño tenga 12 meses, puede empezar a usar pasta dental no fluorada cuando le cepille los dientes. Sin embargo, algunas prácticas deben seguirse, como usar sólo una gotita de la pasta dental y empujarla dentro de las cerdas para que el niño no se la coma. Y, cuando los espacios entre los dientes se le cierran, es importante empezar a usar el hilo dental.
- Dar el buen ejemplo; es el propio padre quien debe practicar buenos hábitos de salud oral de forma tal que el niño pueda observar las actividades que él mismo deberá ejecutar.
- Establecer para la familia visitas regulares al odontólogo para los chequeos, las evaluaciones bucales y las limpiezas.

- Examinar la boca del niño para verificar la existencia de signos de enfermedad, incluyendo sangrado de las encías, hinchazón, enrojecimiento de las encías, recesión de las encías, mal aliento y caries.

Si el niño tiene malos hábitos de salud oral actualmente, se debe hacer el esfuerzo para que el niño los cambie ahora. Es más fácil modificar estos hábitos en un niño que en un adulto. Como el niño modela el comportamiento con el de su padre, es lógico que deba servir de ejemplo positivo con sus hábitos de higiene oral. La sonrisa saludable, el buen aliento y los dientes fuertes contribuyen todos al sentido de la apariencia personal del joven, así como a su confianza y autoestima^(29,30).

4.5 MÉTODOS PARA LA CUANTIFICACIÓN DE CARIES

Son diferentes los métodos que se pueden utilizar, sin embargo los más utilizados se presentan a continuación.

- **Índice COP y CeO.** Es de carácter irreversible que mide la experiencia de caries a través del tiempo. Se usa para determinar prevalencia de enfermedad dental, incidencia de caries, historia de la enfermedad y estudio de agentes preventivos (tabla 3)⁽³¹⁾.

Tabla 3. Medición Índice COP y CeO

Código	Significado
0	Sano. No evidencia de caries. Existen puntos blancos o tizosos, fosetas y fisuras manchadas, áreas de esmalte como fositas oscuras, brillantes y duras, lesiones que por su historia de distribución o examen visual/táctil parecen ser debidas a abrasión.
1	Cariado. Visible cavitación, esmalte socavado o piso reblandecido. Obturación temporal o sellante cariado, resto radicular. Si hay duda entre diente sano y cariado, registre sano (0).
2	Obturado con caries. Obturaciones material definitivo y con caries.
3	Obturado sin caries. Obturaciones con material definitivo y sin caries.
4	Perdido por caries. Dientes extraídos por caries. Tenga en cuenta la edad recambio dentición para dientes temporales.

El promedio que se obtiene de sumar dientes permanentes cariados, obturados con caries, obturado sin caries y perdido por caries y dividido entre el número de personas evaluadas determina el índice que puede estar dentro de los siguientes niveles (tabla 4)⁽³¹⁾.

Tabla 4. Rango de Medición Índice COP

Rango de Medición	Significado
0.0-1.1	Muy bajo
1.2-2.6	Bajo
2.7-4.4	Intermedio
4.5-6.5	Alto
6.5 y más	Muy alto

- **Criterios ICDAS II sobre la caries.** (International Caries Detection and Assessment System). Su objetivo ha sido desarrollar un método fundamentalmente visual para la detección de la caries dental, en fase tan temprana como fuera posible, y que además detectara la gravedad y el nivel de actividad de la misma.

Los códigos de detección del ICDAS para caries de corona oscilan entre 0 (salud dental) y 6 (cavitación extensa) dependiendo de la severidad de la lesión. Las características y actividad de las lesiones, según estos criterios, incluyen el color de los dientes, desde el blanco hasta el amarillento, la apariencia sin brillo y opacidad; sensación de rugosidad al desplazar lentamente el cabezal del explorador; el hallazgo de áreas de estancamiento de placa y áreas con huecos o fisuras, cerca del borde gingival o por debajo del punto de contacto. Hay pequeñas variaciones entre los signos visuales asociados a cada código dependiendo de un número de factores que incluyen: las características de la superficie (fosas y fisuras versus superficies lisas libres), si existen dientes adyacentes (superficies mesial y distal) y si la caries se asocia o no con una

restauración o un sellador. Por lo tanto hay una descriptiva particular y detallada en las siguientes situaciones: Fosas y fisuras, superficies proximales, superficies libres y caries asociada a restauración o selladores. También se ha desarrollado un código para la caries de raíz (E, 0, 1 y 2) aunque no con tantos grados de gravedad.

El examen se inicia con el diente húmedo, aunque para completarlo se debe estar limpio y secarse de forma prolongada durante 5 segundos ya que algunos estadios de desmineralización son mucho más evidentes con el diente seco. La sonda no siempre es imprescindible. Se utiliza para detectar la rugosidad de la superficie. Un entrenamiento adecuado es fundamental para que el método sea válido y fiable⁽³²⁻³⁶⁾.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio tipo intervención comunitaria con un enfoque cualitativo descriptivo.

5.2 POBLACIÓN

Se consideraron todos los niños asistentes a consulta odontológica en el Hospital de Engativá durante el mes de julio de 2016.

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.3.1 Criterios de inclusión

Niños de ambos géneros, menores de 5 años de edad, cuyos padres aceptaron a participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

5.3.2 Criterios de exclusión

Niños que asistieron a consulta con profesionales odontológicos especializados, niños con enfermedades sistémicas y que presentaran algún tipo de aprehensión por participar.

5.4 MUESTREO

De los niños que asistieron a consulta, se les solicitó a sus padres tiempo para la realización de una entrevista. Se incluyeron en total 10 niños y sus padres /acompañantes, seleccionados por conveniencia; actividad que se realizó contando con la aprobación de las directivas de la institución y la supervisión de la jefe del área.

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición de la variable	Escala de la variable				Categoría	Medición
		Cuantitativa		Cualitativa			
		Inter.	Raz.	Nom	Ordi		
Edad del niño	Cantidad de años cumplidos		X			De 1 hasta 5	Entrevista
Género del niño	Diferenciación según el sexo del infante			X		Femenino Masculino	Entrevista
Acompañante	Persona que acompaña al niño a la consulta odontológica			X		Madre Padre Abuelo/a Otros	Entrevista
Estrato	Ubicación de la residencia según el nivel de ingresos familiar				X	Estrato 1, 2, 3, 4, 5, 6	Entrevista
Hábitos de higiene oral	Actividades realizadas por el niño manifestadas por el acompañante			X		Niño se cepilla solo Frecuencia de cepillado Tipo de crema utilizada Asiste al odontólogo Otros	Entrevista
Problemas para la atención	Situaciones que han dificultado o impedido la atención odontológica del niño y/o su familia			X		Dinero Tiempo Permisos Mala atención Tiempo de las citas asignadas Otras	
Presencia de caries	Condición que determina si el niño tiene o no cavidades en sus dientes.			X		Si No	Examen oral

5.6 SESGOS DEL ESTUDIO

Para garantizar la calidad de los datos y la recolección de la información estuvo basada siguiendo un modelo de guion debidamente preparado con antelación tratando de evitar de esta manera entrevistas con diferencias en la información que se estuviera recolectando. Además como una forma de evitar información faltante, todas las entrevistas fueron debidamente grabadas. El que los pacientes no fueran adecuados para el procedimiento y no cumplieran con lo requerido en la investigación, fueron controlados con los criterios de selección.

El guion de la entrevista presentó las siguientes pautas:

- Muy buenos días, cómo están...
- Cuál es su nombre? (el del padre/acompañante), y usted qué es del niño?

Sé dirigen al niño las siguientes preguntas, en espera que el responda o su acudiente intervenga en caso de que se le solicite:

- Cómo es tu nombre? Cuantos añitos tienes? En qué grado estás?
- A ver cuéntame, esta es la primera vez que vienes a revisarte los dienteitos?
- Y por qué motivo vinieron el día de hoy?
- Cuéntame qué tal eres tú para cepillarte los dientes, juicioso?
- Quién te enseñó a cepillarte los dientes? Mamá, papá, abuela?
- Y ya te cepillas solito?
- Tienes cepillito y crema para ti solito? Como es la crema que utilizas?
- En tu colegio también te cepillas? tienes cepillito? Entonces, cuántas veces te cepillas al día?
- Tu consumes dulces, tomas jugo, leche o tetero antes de acostarte?
- Por la noche también te cepillas? antes de acostarte? *Lo que sucede es que ese es uno de los momentos más importantes porque cuando nos acostamos quedan los restos de alimentos que luego pueden producir la cariecita en los dientes.*

Se inicia nuevamente diálogo con el pdre/acompañante para finalizar la entrevista:

- Alguna vez el niño se ha quejado de algo en la boquita?
- Con quién vive el niño?
- Cuénteme, ustedes en algún momento tuvieron problemas para la asignación de la cita o para la atención?

5.7 RIESGO DEL ESTUDIO

Según la resolución N° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993) por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud del Ministerio de salud, clasifica la investigación sin riesgo. Además deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Consideraciones éticas. Para la construcción del protocolo de investigación se tomaron en cuenta las consideraciones éticas de la misma resolución, con las cuales se garantiza:

- El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.
- La confidencialidad de la información suministrada por los participantes y la toma de las medidas tendientes a cumplir con este aspecto en las diferentes etapas de la investigación.
- La participación en la investigación de los participantes que deben firmar el consentimiento informado y el correspondiente asentimiento por parte de los menores de edad.
- Se garantiza, idoneidad del personal encargado y su conocimiento de los principios éticos en investigación en seres humanos.

El personal encargado de la investigación tiene la obligación de explicar de manera clara al paciente participante los siguientes aspectos:

- El objetivo de la investigación.
- La garantía de respuesta frente a preguntas acerca de cualquier inquietud sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros temas relacionados con la investigación.
- El paciente goza de plena libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.
- Se garantiza que los datos de identificación serán utilizados exclusivamente para relacionar al paciente con un código de secuencia alfanumérico necesario para la nomenclatura de la muestra. Además, a fin de garantizar la confidencialidad de la información, en la codificación de los registros, se omitirá la información de identificación personal. Sólo el grupo de investigación encargado tendrá acceso a la información.

- Existencia del compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- Los resultados de la investigación estarán a disposición de cada que participante, la comunidad en general y medios de comunicación, teniendo en cuenta la confidencialidad de los pacientes.

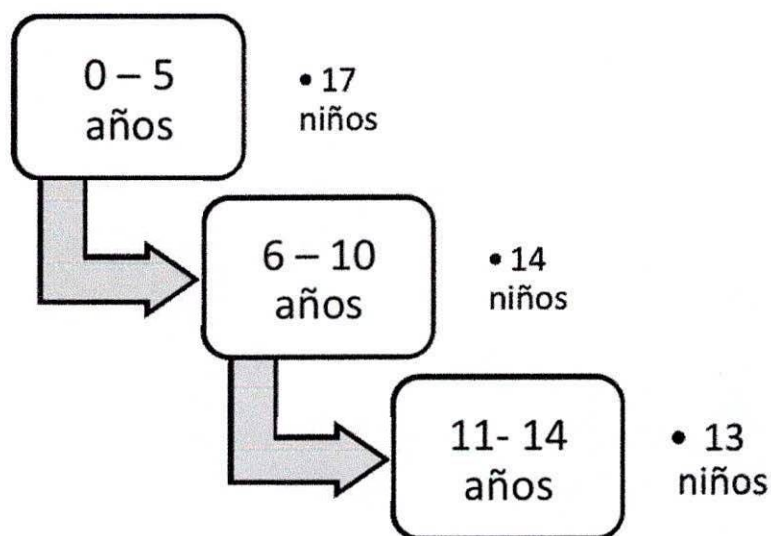
5.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez se contó con la autorización del hospital para realizar la investigación, se fueron seleccionando los niños cada vez que llegaban a consulta odontológica con sus padres/acompañantes. Cuando se les explicó el porqué de la investigación y sus alcances se procedió a desarrollar la entrevista que estaba basada en un guion previamente elaborado para este fin. La idea era poder desarrollar una conversación amena y fluida que arrojara información sobre los principales determinantes de la salud en odontología que pueden influenciar para la aparición de caries dental en los niños. Todas las entrevistas fueron debidamente grabadas para su posterior análisis e interpretación.

ANALISIS DE LA INFORMACION: Las entrevistas fueron transcritas para determinar palabras redundantes, realizar conectores y generar una secuencia clara y definida a la entrevista. Se buscaron las acciones que generaron causas, las cuales se fueron identificando a través de preguntas indirectas durante la entrevista.

6. RESULTADOS

A la consulta pediátrica del Hospital de Engativá asistieron un total de 44 niños, durante el mes de Julio del 2016, distribuidos en los siguientes grupos de edades:



Para la investigación que se realizó únicamente se tuvieron en cuenta los pacientes que asistieron a la consulta pediátrica menores de 5 años de edad, obteniendo así un total de 17 pacientes. De los cuales 7 pacientes no participaron de la investigación por criterios exclusión. Y de los 10 pacientes seleccionados; 4 acudientes no quisieron participar.

Participaron en la investigación un total de 6 niños con sus padres/acompañantes, con edades entre los 2 y 5 años de edad, pertenecientes a estratos 1, 2 y 3, y todos pertenecientes al régimen contributivo. La distribución y características sociodemográficas y económicas se pueden apreciar en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las características generales de la población

Variable	Frecuencia (%)
Edad del niño	
2 años	1 (16,7)
3 años	2 (33,3)
4 años	1 (16,7)
5 años	2 (33,3)
Estrato socioeconómico	
1	1(16,7)
2	3(50,0)
3	2(33,3)
Grado escolar del niño	
Preescolar	1(16,7)
Jardín	5(83,3)
Nivel educativo Padre/ acompañante	
Secundaria	4(66,7)
Técnico	2(33,3)

Respecto a la presencia de caries dental, la prevalencia mostró que el 66,7% de los niños tenían al menos 1 superficie cariada, sin embargo sólo un niño tuvo 2 superficies cariosas en sus primeras etapas.

Desde la perspectiva de los determinantes en salud relacionados con la caries dental en los niños, emergieron unas características importantes relacionadas especialmente con la información manejada por los padres y/o responsables del niño. En una primera instancia se plantea la existencia de un contexto socioeconómico, acceso a los servicios y hábitos nutritivos, que resultan cruciales en las problemáticas percibidas.

Se debe indicar que el desconocimiento es una de las principales problemáticas; este desconocimiento relacionado con las adecuadas prácticas de higiene oral se reconoce como un determinante en salud que influye de manera directa en la posible aparición de caries dental en los niños.

La posición socioeconómica. Existen barreras que se relacionan directamente con este determinante, y es que se ha podido evidenciar que mucha de la información pertinente sobre la salud bucal no es del manejo de toda la población, especialmente aquellos con necesidades sentidas en la vida diaria a causa de la condición económica. Las personas pertenecientes al grupo de muestra no han tenido el suficiente acceso a esta información como si sucede con otros grupos poblacionales de estratos económicos altos o que pueden llegar a poseer aseguramiento a la salud especializado; pero además si a esta cuestión se le adiciona que la mayoría de las madres sólo tienen secundaria como nivel educativo, resulta claro que las prácticas llevadas a cabo por el grupo familiar, y así por el niño, no son las adecuadas para garantizar la no presencia de caries dental en el infante.

En este aspecto se presenta el caso de tres madres que afirman: *“el niño ya se cepilla solo los dientes y utiliza crema para niños”, “en el jardín los acompañan durante el cepillado pero en la casa él se cepilla solo porque dice que ya es capaz” “sí... Él ya se cepilla solo los dienteitos”*.

El problema es que, además que los niños están realizando la actividad solos, lo cual evidentemente es una práctica errónea, en la mayoría de los casos la crema dental utilizada no es la más adecuada, como manifestó una madre al indicar: *“pues yo lo estaba cepillando sin crema hasta hace algunos meses, pero ahora está utilizando un poquito de la de nosotros (la de los padres)”*.

Aquí es importante resaltar que aunque se están realizando actividades adecuadas como el uso de crema de niños en la mayoría de los casos, ésta no es complementada con un adecuado acompañamiento de los padres para garantizar que se realiza de la mejor manera.

Respecto a este aspecto, se debe enfatizar que tanto las características socioeconómicas como las de conocimiento pueden estar influenciando estos comportamientos. Para el caso del acompañamiento durante el cepillado una explicación para tal comportamiento, es que la mayoría de los padres son trabajadores por lo que deben dejar los niños al cuidado de familiares como los abuelos, los cuales en muchos casos no son conscientes de la importancia de supervisar al niño mientras se cepillan los dientes, pues hay que reconocer que hace varias décadas la promoción y prevención que incluía las adecuadas prácticas de higiene oral no tenía la trascendencia que tiene en la actualidad.

Entonces, una clasificación sobre los comportamientos identificados y el factor determinante es el siguiente (tabla 2):

Tabla 2. Comportamientos identificados y el factor determinante socioeconómico

Comportamientos/aspectos importantes identificados	Factor determinante	Inadecuado/ adecuado	Cantidad de personas que lo reportan
Inicio tardío en el cepillado	Conocimiento	Inadecuado	2
Falta de supervisión durante el cepillado	Conocimiento Socioeconómico	Inadecuado	3
Dieta cariogénica	Socioeconómico	Inadecuado	4
No reconocimiento de la importancia de los dientes deciduos	Conocimiento	Inadecuado	1
Pertenecen a familias nucleares	Socioeconómico	Adecuado	5
Los acompañantes a la consulta convivían de manera permanente con el niño	Socioeconómico	Adecuado	5

El acceso a los servicios. Este determinante no resultó una problemática en esta intervención; pues al indagar sobre la facilidad en la asignación de citas y el tiempo para la atención, todos manifestaron que no habían tenido ningún problema; así: *“siempre lleva un tiempo pedir las citas, aunque la asignación de citas es relativamente cerca... en dos días lo atiende a uno el odontólogo”*. Sin embargo, surge el interrogante sobre por qué los padres están llevando tan tarde a los niños a consulta odontológica.

Una madre por ejemplo indicó: *“ya es la segunda vez porque el año pasado lo trajo”*, en este caso en particular el niño tenía 3 años de edad, lo que indicaría que no se están siguiendo las recomendaciones odontológicas que sugieren que el niño debe asistir desde el momento en el que sale el primer diente. Otra madre dijo *“... es la primera vez que visita al odontólogo... jejeje si yo sé que se le hizo tarde (niño de 3 años de edad)”*. La situación que vale la pena evaluar es que los padres parecen no reconocer la importancia de las buenas prácticas de higiene oral y cuáles son las consecuencias a futuro de no inculcarlas desde los primeros años de vida de los niños.

Entonces, una clasificación sobre los comportamientos identificados y el factor determinante es el siguiente (tabla 3):

Tabla 3. Comportamientos identificados y el factor determinante acceso a los servicios

Comportamientos/aspectos importantes identificados	Factor determinante	Inadecuado/ adecuado	Cantidad de personas que lo reportan
Tiempo de asignación de citas	Conocimiento Acceso al servicio	Adecuado	4
Frecuencia en las visitas al odontólogo	Conocimiento	Inadecuado	2

La dieta y los hábitos nutritivos. Esta situación es una de las de mayor importancia y que necesita corrección inmediata, pues si bien se pueden seguir todas las recomendaciones anteriores, si no se logra adquirir una dieta rica en frutas y vegetales, donde los azúcares (dulces y mecate) no sean lo principal, pero además si no se acompaña cada comida con el respectivo cepillado, poco se podrá lograr en términos de salud bucal.

Los comentarios generales fueron: “... él se acuesta sin cepillarse después de tomarse la colada.... Si, él toma colada siempre antes de acostarse”; también “a veces se acuesta sin cepillarse, aunque yo no lo dejo comer dulces en la noche”, otro muy importante fue cuando una madre dijo “si... antes de acostarse él come algo siempre.... Jejeje es que todavía toma leche materna y, pues claro, se queda con la leche en los dientes porque así es como se duerme (niño de 3 años)”.

Un aspecto importante y positivo que se pudo encontrar entre los niños intervenidos es que la mayoría de ellos (5 de 6) hacen parte de grupos familiares nucleares, es decir aquellos conformados por papá, mamá y hermanos; lo que se ha evidenciado que genera niveles de estabilidad y mejores prácticas en general.

Entonces, una clasificación sobre los comportamientos identificados y el factor determinante es el siguiente (tabla 4):

Tabla 4. Comportamientos identificados y el factor determinante dieta y hábitos nutritivos

Comportamientos/aspectos importantes identificados	Factor determinante	Inadecuado/ adecuado	Cantidad de personas que lo reportan
Dieta cariogénica	Conocimiento Dieta y hábitos	Inadecuado	5
Consumo de alimentos antes de acostarse y sin luego cepillarse	Conocimiento Dieta y hábitos	Inadecuado	4
Se queda dormido consumiendo alimentos (leche materna)	Conocimiento Dieta y hábitos	Inadecuado	1

7. DISCUSIÓN

Existen una serie de factores predisponentes en las que son evidentes las características de la población. Según la propuesta de Aday y Andersen la utilización de la atención en salud está relacionada con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios. Otro tipo de factores poblacionales que influyen en la utilización de los servicios son los capacitantes, de carácter personal/familiar como el ingreso económico, la situación laboral o la cobertura sanitaria; o de tipo social, como la existencia de redes sociales⁽³⁷⁾. Y es que sólo cuando se reconoce la necesidad de utilización de los servicios de salud como una forma de prevención de la enfermedad, se pueden alcanzar las metas que se hayan propuesto y en este caso relacionadas con la caries dental en infantes. Si lo que se considera es la renta, se ha podido establecer que el nivel socioeconómico se relaciona de forma significativa con la probabilidad de utilización; al respecto, se ha podido relacionar la falta de dinero con la incapacidad para hacer uso de los servicios, para cubrir los desplazamientos hasta los centros de atención, comprar medicamentos, entre otros; como sucedió en esta investigación, donde se contó con personas de los estratos bajo y medio-bajo que no están haciendo uso de los servicios a los que tienen derecho, lo que ha llevado a que los niños no estén siendo atendidos de manera oportuna para el control de la enfermedad cariosa.

Alvis y Herrera⁽³⁸⁾, que buscaron establecer los determinantes y barreras socioeconómicas del acceso a los servicios de salud en la Región Caribe, y las regiones de Colombia en el año 2010; en la cual consideraron los datos suministrados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, encontraron que el 69.9% en la Región Caribe accedió a los Servicios del SGSSS y 30.1% buscó una solución alternativa. Las principales barreras de acceso a los servicios ofrecido por el Sistema de Salud en la

Región Caribe, fueron la percepción de que su problema no era grave (36.31%), el costo del servicio de salud (10.65%), el costo del transporte (7.26%) y la no afiliación a la seguridad social de la población (7.23%). En Colombia por su parte, el 10.29% de la población se vio desmotivada por la baja calidad del servicio para no acceder a los servicios de salud del SGSSS. En Colombia, el 40% de las personas, manifestó que la principal razón, por la cual no acudieron a los servicios de salud cuando estuvieron frente a una complicación, fue la percepción que tuvieron de que su problema de salud no era grave, el 10.3% expresó que no lo hizo, porque considera que el servicio que se presta es de baja calidad, el 6.3% no acudió a los mismos por los costos del servicio y la razón del otro 5.7% de la población estuvo relacionada con los costos del transporte. La afiliación (según régimen) y la edad son los determinantes más importantes para explicar el acceso a los servicios de salud. Ambas variables resultaron ser significativas. Para el caso de esta investigación y el tiempo que están tardando los padres en llevar por primera vez a consulta odontológica a los niños, puede estar relacionada con un punto importante tocado por Alvis y Herrera; y es que, al no ser la caries una enfermedad mortal no se le presta la debida atención que merece pensando que “el problema no es grave”.

En el amplio reporte que entrega Reina en 2014⁽³⁹⁾, un dato importante presentado por la autora hace referencia a la importancia de los tiempos de espera, como barrera de acceso. Ella encontró al comparar el año 2008 y 2012 mediante encuestas de percepción, cada vez más personas, indistintamente de la ciudad, perciben que los tiempos de espera para una cita han aumentado. Esta percepción que tienen los usuarios es confirmada por las estadísticas reportadas por los prestadores del servicio. Según indicadores del Ministerio de Protección Social, entre 2008 y 2011 hubo un leve incremento en el número de días transcurridos entre la solicitud de la cita y la atención de medicina general, pasando de 2,4 a 2,8 días; en el caso de citas con especialista pasó de 7,7 a 8,9 días, y para citas de odontología general el tiempo de espera pasó de 4,0 a

4,1 días. Sin embargo cuando se accede a la opinión de las personas, la proporción de los que indicaron que entre la solicitud de la cita y el servicio médico había un lapso superior a 30 días, aumentó de 5,9% en 2008 a 13,1% en 2012. Este comportamiento también se hace evidente al analizar particularmente cada ciudad. Aunque esta problemática es manifestada por muchos usuarios de los servicios de salud; en el Hospital de Engativá y especialmente a nivel de citas odontológicas pediátricas, los usuarios están satisfechos con los tiempos para la atención, pues en la actualidad no perciben ninguna problemática que evite que hagan uso del servicio en el tiempo y momento que lo requieren para ellos y/o sus hijos. Si sucede así por ejemplo en la IPS Chapinero donde Castaño en 2009⁽⁴⁰⁾, pudo establecer que entre todas las barreras consideradas, la relacionada con la organización que se tenía en este Centro de Salud, es la que originó respuestas más negativas y de inconformidad por parte las usuarias.

El lugar de residencia, las condiciones laborales y el tamaño del hogar no deben dejar de incluirse para el análisis como variables que capacitan el uso de los servicios⁽³⁷⁾. Los cambios en la estructura familiar tales como aumento de los hogares monoparentales y del número de mujeres que han ingresado en la fuerza laboral, están volviendo más vulnerable un importante núcleo protector del niño⁽⁴¹⁾; aunque en esta investigación esta no es una problemática que deba ser considerada como determinante, pues casi la totalidad de niños incluidos hacen parte de grupos familiares conformados por papá, mamá y hermanos, es decir una familia tradicional nuclear capaz de responder como un todo a las necesidades del medio y en este caso las relacionadas con la enfermedad.

Por otra parte, pero no menos importante es de resaltar la necesidad de buenas prácticas y actitudes de los padres sobre salud e higiene oral, el conocimiento adecuado de la higiene bucal es el pilar fundamental para evitar enfermedades como la caries en los niños. Este depende, entre otros aspectos, de la educación transmitida de padres a hijos desde que son pequeños, así como de las actividades de prevención y

promoción de salud que efectúa el personal que brinda atención estomatológica integral. Los niños en edad escolar temprana están psicológicamente preparados para comprender con claridad el sentido de normas y reglas para su cumplimiento diario, estas se convierten en patrimonio interior u orgánico de su personalidad, así se logrará responsabilizarlos de su propia salud y prepararlos para que al incorporarse a la comunidad en general sean capaces de adoptar estilos de vida sanos⁽⁴²⁾. El problema es que en esta investigación los padres no están cumpliendo a cabalidad con el rol de educadores en salud bucal que deberían tener con sus hijos, faltaría evaluar los conocimientos que éstos tienen al respecto para verificar el por qué de las malas prácticas detectadas entre los niños, entre ellas la falta de cepillado después de las comidas, el quedarse dormidos con el tetero/seno, hacer uso de cremas dentales fluoradas en edades tempranas, el no visitar al odontólogo por primera vez en el momento adecuado, entre otras.

Con las limitaciones de esta investigación, inherentes al tamaño de la muestra, queda claro el importante papel que juegan los determinantes socioeconómicos y familiares en la prevalencia de caries dental en los infantes.

8. CONCLUSIONES

Las personas incluidas en la investigación, niños y padres/representantes, que asistieron a consulta odontológica al Hospital de Engativá durante el mes de julio de 2016, eran pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y medio-bajos; los cuales en su mayoría y dado el periodo de seguimiento, realizaban esta actividad como un requisito exigido por las entidades educativas de la localidad y no como una necesidad sentida o como una forma de prevención de enfermedades bucales.

De manera general se encontró que los niños están presentando manifestaciones de caries dental aunque en estadíos que no son muy severos.

Esta enfermedad se pudo asociar con distintos determinantes, especialmente aquellos de tipo socioeconómico y familiar, que pudieron llevar a los padres a las falencias evidentes sobre la práctica adecuada de hábitos de higiene oral, dieta y salud bucal. Tal desconocimiento es especialmente marcado respecto al reconocimiento de la importancia en el inicio en las visitas del niño al odontólogo, el uso de cremas dentales adecuadas para la edad y la frecuencia de cepillado.

9. RECOMENDACIONES

Como la principal problemática percibida fue el nivel de desconocimiento de los padres sobre la importancia de los hábitos de higiene oral en el niño y el reconocimiento de prácticas de salud oral que deben iniciarse desde los primeros años de vida del infante; la principal recomendación que se le hace al Hospital de Engativá, está enfocada en la puesta en marcha de programas de Promoción y Prevención sobre la caries dental, en este caso pueden realizarse acercamiento a través de folletos, videos, carteleras entre otros, que estén disponibles en las salas de espera; incluso deben ser una parte de los programas prenatales, para que las madres gestantes adquieran los conocimientos adecuados sobre el cuidado bucal que deben tener con sus futuros niños; es decir, que se deben buscar espacios donde el padre ya deba garantizar su participación para de esta manera no provocarle más faltas a sus actividades cotidianas y en este caso se puede incluir a la escuela, que también es un espacio importante de promoción, con los momentos como la entrega de boletines.

Incluso desde la gerencia del hospital se puede pensar en un acercamiento más directo con la comunidad, para lo que se pueden realizar campañas en los barrios que inicien con conferencias sobre toda la problemática que abarca la caries dental en los infantes y que culminen con la identificación de la enfermedad en las poblaciones vulnerables como son los niños en edad preescolar y las gestantes.

A futuro, como una forma de dar continuidad a esta investigación se recomienda la realización de nuevos grupos focales en los que sean evaluados los conocimientos que manejan los padres y/o cuidadores, tratando de responder cuáles son los puntos de mayor falencia y así proponer alternativas de mejoramiento en los conceptos, hábitos y prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocha A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad*. Rev. Gerenc. Polit. Salud, 2013; 12(25): 96-112.
2. Fuentes MU, González MA. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2012 (consultado 17 de febrero de 2016) Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/892/La%20importancia%20de%20los%20determinantes%20sociales%20en%20las%20poli%CC%81ticas%20p%CC%81blicas.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Agosto de 2008 (consultado 17 de febrero de 2016) Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
4. Ramírez BS, Escobar G, Franco AM, Martínez MC, Gómez L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. RevFacOdontolUnivAntioq 2011; 22(2): 164-172.
5. Martínez FL, Ordóñez IE, García DL. Deficiencias en el tratamiento de pacientes diabéticos que terminaron en enfermedad renal crónica. Acta MedColomb 2007; 32: 57-67.
6. Padilla S, Cerón J. Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal. Medwave, 2012; 12(7): e5452.

7. Benavides MP, Rosero NM, Suárez JM, et al. Determinantes sociales del proceso salud-enfermedad de los universitarios. Área de salud, Universidad Nacional de Colombia-Bogotá. *Acta Odontológica Colombiana*, 2014; 4(2): 141-153.
8. Saforcada E. Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 2012; 37: 7-22.
9. Corchuelo J, González GJ. Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014; 30(10): 2209-2218.
10. Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *UnivOdontol*, 2011; 30(64): 101-108.
11. Díaz S, González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. salud pública*. 2010; 12(5): 843-851.
12. Ministerio de Salud. Estudio Nacional en Salud Bucal (ENSAB IV). Bogotá: Ministerio de Salud y Centro Nacional de Consultoría CNC; 2012.
13. Ramírez BS, Escobar G, Castro JF, Franco AM. Necesidades de tratamiento en dentición primaria en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada en una comunidad de bajos ingresos. Moravia, Medellín, 2006. *RevFacOdontolUnivAntioq* 2009; 20(2): 129-137.
14. Díaz S, Ramos K, Álvarez L, Ruíz M. Caries dental y estructura familiar en niños escolares y preescolares de una institución educativa de Cartagena de Indias, 2015 (tesis de Grado de Odontología). Cartagena de Indias: Universidad de Cartagena, Facultad de Odontología. 2015.
15. Delgado BI, Cornejo M, Jadue HL, Huberman J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Cient. dent.* 2013; 10(2): 101-109.
16. Escobar G, Ramírez BS, Franco AM, Tamayo AM, Castro JF. Experiencia de caries dental en niños de 1- 5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. *Rev.CESOdont.* 2009; 22(1): 21-28.

17. Uribe M, Rodríguez K, Agudelo M. Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: estudio de caso en el municipio de León – Guanajuato (México). Buenos Aires, CLACSO, 2013 (consultado 17 de febrero de 2016). Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20131220085503/INFORME_CLACSO_20_12_13.pdf
18. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo*. Rev. Gerenc. Polit. Salud, 2009; 8(17): 69-79.
19. Rodríguez LO, y cols. Factores de riesgo y prevención de caries en la edad temprana (0 a 5 años) en escolares y en adolescentes. 2005 (consulta 8 de julio de 2016). Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/APS/Factores%20de%20riesgo%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20caries%20en%20la%20edad%20temprana.pdf>
20. Ministerio de Salud de Colombia. III Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB III. Santa Fe de Bogotá; Ministerio de Salud; 1999.
21. Algali G, Orafi H. Early childhood dental caries – Part II: Among School children. Cairo Dental Journal, 2007; 23 (parte II): 117-124.
22. Rodríguez R, Traviesas EM, Lavandera E, Duque M. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Rev Cubana Estomatol. 2009; 46(2).
23. Luján E, Luján M, Sexto N. Factores de riesgo de caries dental en niños. Medisur 2007; 5(2).
24. Peres MA, Peres KG, Antunes JLF, Junqueira SR, Frazão P, Narvai PC. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. RevPanam Salud Publica. 2003; 14(3): 149-57.

25. Velázquez O, Vera H, Irigoyen ME, Mejía A, Sánchez TL. Cambios en la prevalencia de la caries dental en escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987-1988 y de 1997-1998. *RevPanam Salud Pública*. 2003; 13(5):320-6.
26. Díaz S, González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. salud pública*. 2010; 12(5): 843-851.
27. Guerrero VM, Godínez AG. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. *Rev ADM* 2009; LXV(3): 10-20.
28. Causes of Dental Cavities and the Role of Good Nutrition." Head Start and Partners Forum on Oral Health. *Head Start Bulletin* (comunicado en Internet) #71. HHS/ACF/ACYF/HSB. 2001 [acceso 1 de julio de 2016]. English. Disponible en: [http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/ecdh/Health/Oral%20Health/Oral%20Health%20Children%20\(ages%200-5\)/health_art_00404a1_081005.html](http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/ecdh/Health/Oral%20Health/Oral%20Health%20Children%20(ages%200-5)/health_art_00404a1_081005.html)
29. Baca P, Rosel EM, González MP. Historia clínica en odontología preventiva índices de caries y periodontales. 2006; 1-27. (Publicación en línea, citada en julio 19 de 2016). Disponible en: <http://www.ilusiontours.com/p1historiaclinicaenop/02e60099f41016303/pr1.pdf>
30. Ferreira A, Zero D. Instrumentos diagnósticos para la detección precoz de caries. *American Dental Association JADA* Abril 2007; 2(2): 86-95.
31. Calvo JN. XVII Encuentro Nacional de Investigación Odontológica ACFO. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga 2006; 1-80. (Documento en línea, citado en julio 19 de 2016). Disponible en: http://www.acfo.edu.co/9_pub/xtras/2006.pdf
32. International Caries Detection & Assessment System Coordinating Committee. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II at June 2005). July 2005. (Documento en línea, citado en julio 19 de 2016). Disponible en: <http://www.dundee.ac.uk/dhsru/news/icdas.htm>.

33. Luengas MA, Saenz LP, Sánchez TL. Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud. Área de ciencias clínicas departamento de atención a la salud UAM-X, 2006: 31-5. (monografía en línea, citada en julio 19 de 2016), disponible en: <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a03.pdf>
34. The American Academy of Periodontology. La salud dental de los niños. 2005. (Documento en línea, última modificación: marzo 17, 2005; citado en julio 19 de 2016). Disponible en: www.perio.org/consumer/children.sp.htm
35. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones en Salud Oral: Métodos y Bases. OMS, Ginebra 1987.
36. Petersen E. The world oral health report 2003: continuous improvement or oral health in the 21st century. *RevCommunityDentistry and Oral EpidemiologyDenmark* 2003; 37 (1 supl 1): 3-24.
37. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev. salud pública*, 2010; 12 (5): 701-712.
38. Alvis JS, Herrera MA. Determinantes socioeconómicos del acceso a la prestación de los servicios de salud en la región caribe colombiana (tesis de pregrado). Cartagena: Universidad de Cartagena, Facultad de CienciasEconómicas. 2013.
39. Reina YC. Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). Centro de Estudios Económicos Regionales – CEER – Cartagena, 2014 (consultado el 20 de julio de 2016). Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_200.pdf
40. Castaño KL. Calidad de la atención en el control prenatal: opinión de las usuarias de una institución prestadora de servicios de Bogotá D.C. – Colombia (Tesis de pregrado). Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de enfermería. 2009.
41. Díaz S, Ramos K, Álvarez L, Ruíz M. Caries dental y estructura familiar en niños escolares y preescolares de una institución educativa de Cartagena de Indias,

2015 (tesis de pregrado en Odontología). Cartagena de Indias: Universidad de Cartagena, Facultad de Odontología. 2015

42. Cisneros Domínguez Grethel, Hernández Borges Yadira. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN . 2011; 15(10): 1445-1458.