

## Contenido

- Análisis del estado de salud dental de personas sujeto de intervención de los programas de proyección social (Bogotá - Cali) 1

## Reportes

- Análisis de datos - Sede Bogotá 2
- Análisis de datos - Sede Cali 6

Rector UNICOC

**Alberto Carvajalino Slaghekke**

Decana Colegio Odontológico - Bogotá

**Dra. Gloria Balen Trujillo**

Decano Colegio Odontológico - Cali

**Dr. José Tomás Villaquirán Lacuture**

 Director de Investigación y  
 Gestión del Conocimiento:

**Dr. Jorge Pinzón Murcia**

Directora CICO - Bogotá

**Dra. Sandra E. Aguilera Rojas**

Subdirectora CICO - Cali:

**Dra. Adriana Jaramillo Echeverri**

Director Observatorio:

**Dr. Oscar Mauricio Jiménez Peña** - Bogotá

Coordinador Observatorio:

**Christian Steven León Correa** - Cali

Colaboradores

**Yenisfer Adriana Giraldo Viloria** - Bogotá

**Carlos Humberto Martínez Cajas** - Cali

**Julián Andrés Tamayo Cardona** - Cali

**Correspondencia:**

 Centro de Investigación  
 Colegio Odontológico - CICO

**Dirección:**

 Autopista Norte Km 20.  
 Bogotá D.C.

 Calle 13 No. 3N-13  
 Santiago de Cali

**Teléfonos:**

PBX: 6683535 Ext. 1542

**Correo electrónico:**

 investigacioncali@unicoc.edu.co  
 investigacionbogota@unicoc.edu.co

**Diagramación:**

Dr. Carlos Humberto Martínez Cajas

## ACTIVIDADES DE PROYECCIÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

Una de las funciones sustantivas contempladas en el Proyecto Educativo Institucional de la Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC es la Proyección Social (1), que dentro de los objetivos que plantea están: “contribuir al desarrollo y progreso sostenible en las comunidades, empresas, estamentos y entidades oficiales y privadas, mediante la Extensión y la Proyección Social” y “fortalecer los vínculos con agentes sociales, empresariales y comunitarios del orden público y privado, para aportar en la solución de sus principales problemas, participar en el planteamiento de las políticas públicas y contribuir en la transformación de la sociedad” (2).

Para cumplir con estos objetivos, el Departamento de Salud Pública y Proyección Social del Colegio Odontológico desarrolló actividades durante el segundo semestre de 2017, ligadas a la asignatura de Odontología Comunitaria, donde se realizaron intervenciones en los municipios de Chía y Cajicá, con los cuales se tienen convenios de colaboración, con sus respectivos entes gubernamentales. Dentro de los objetivos de estas intervenciones están el establecer el perfil epidemiológico de salud oral de los niños(as) en etapa preescolar y escolar, e implementar un programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad oral en escolares de cinco (5) Instituciones Educativas (IE) del municipio de Chía y dos (2) del municipio de Cajicá durante el segundo semestre de 2017, entre los cuales están:

### Municipio de Chía:

- Institución Educativa Colegio Nacional Diversificado de Chía, Sede Luna Nueva.
- Institución Educativa San José María Escrivá De Balaguer, Sede Samaria.
- Institución Educativa Santa María del Río.
- Institución Educativa Diosa Chía.
- Institución Educativa Departamental Bojacá, Sede Mercedes De Calahorra.

### Municipio de Cajicá:

- Colegio Santa María Goretti.
- Colegio Cafam.

La justificación para la realización de estas actividades, radica en que las dificultades en el acceso a los servicios salud para muchas poblaciones, hace que las acciones de promoción de la salud cobren relevancia. Dentro de los aspectos que son importantes en la promoción de la salud y en este caso particular en la salud oral,

1. *Institución Universitaria Colegios de Colombia, Proyecto Educativo Institucional (PEI) [Internet], Proyecto Educativo Institucional (PEI), 2015 [cited 2019 Mar 5], p. 1–37, Available from: <https://www.unicoc.edu.co/unicoc.aspx?actid=2&secid=2&contid=2&rel=contenidos-generales>*
2. *Institución Universitaria Colegios de Colombia, Objetivos de Proyección Social [Internet], Proyección Social, 2017 [cited 2019 Mar 5], Available from: <https://www.unicoc.edu.co/proyeccion-social-unicoc.aspx?contid=0&articulohref=proyeccion-social>*

es el incremento en la concienciación sobre el autocuidado (3), que para la población de primera infancia (menor de 6 años), es necesario que ese rol sea llevado a cabo por los padres, maestros y cuidadores del niño, ya que por las características mismas de la etapas de su desarrollo, depende del apoyo de la familia, maestros y cuidadores (4); además, que las actividades relacionadas con el cuidado de la salud oral son parte responsabilidades que deben asumir para garantizar su adecuado bienestar (5). Esto no se ve reflejado en los datos que se obtuvieron en el ENSAB IV, en el cual, de los padres y cuidadores que fueron encuestados, solo el 45% afirmó asumir la responsabilidad de la higiene oral de los niños, y aún existe alrededor de un 15% que dejó la responsabilidad de la higiene oral únicamente en los niños (6).

Entre las estrategias que se mencionan en la literatura que son importantes para incrementar el autocuidado, se encuentran todas aquellas actividades relacionadas con la educación en salud (7). Según Chapman y cols., se ha demostrado que la educación en salud y particularmente la educación en salud oral es altamente efectiva para incrementar el conocimiento que deben tener las personas para mejorar su autocuidado en un corto plazo, e incluso para cambiar comportamientos e inducir hábitos saludables tales como un adecuado cepillado de dientes y una alimentación saludable (8). Por otra parte, varios estudios han demostrado que la enseñanza en las instituciones educativas pueden ser efectivas para mejorar el conocimiento y las medidas que resulten ser beneficiosas en términos de salud tanto en las poblaciones de primera infancia como en sus cuidadores (7-9).

## ANÁLISIS DE DATOS - SEDE BOGOTÁ

### Características socio-demográficas de los niños (as) participantes en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral.

A nivel general se puede observar por sexo, que la proporción de niños participantes en las actividades de pro-

moción de la salud y prevención de la enfermedad oral fue ligeramente mayor al de las niñas. De acuerdo con la edad, la población atendida osciló entre los 3 y los 12 años, donde el 28,4% de los niños tenían 5 años, el 17,8% tenía 6 años y alrededor del 11% tenía 7 y 8 años cada uno. Con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la mayoría (59,6%) pertenecen al régimen contributivo, seguido del subsidiado (32,1%); aunque casi un 8% de los niños(as) no están afiliados o son vinculados (ver tabla 1).

En el caso del municipio de Chía, siguiendo un patrón similar al total, el porcentaje de niños fue ligeramente mayor a las niñas; por edades, los niños(as) de 6 años

**Tabla 1, Características sociodemográficas de los niños participantes de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 2017-2.**

	Chía %	Cajicá %	Total %
<b>Sexo</b>			
<b>Femenino</b>	48,5	48,6	48,5
<b>Masculino</b>	51,5	51,4	51,5
<b>Edad (en años)</b>			
<b>3</b>	0,0	0,8	0,4
<b>4</b>	0,4	16,2	8,3
<b>5</b>	23,7	33,1	28,4
<b>6</b>	29,4	6,3	17,8
<b>7</b>	9,9	12,0	10,9
<b>8</b>	9,5	12,5	11,0
<b>9</b>	10,7	7,3	9,0
<b>10</b>	4,2	7,8	6,0
<b>11</b>	4,6	4,2	4,4
<b>12</b>	7,6	0,0	3,8
<b>Afiliación al SGSSS</b>			
<b>Contributivo</b>	59,9	59,3	59,6
<b>Subsidiado</b>	27,9	36,3	32,1
<b>Especial</b>	0,4	0,5	0,5
<b>Vinculado/ No afiliado</b>	11,8	3,9	7,9

- Soto Ugalde A, Sexto Delgado NM, Gontán Quintana N, Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros, *MediSur [Internet]*, 2014;12(1):24-34, Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571>
- Divaris K, Vann Jr WF, Baker D, Lee JY, Examining the accuracy of caregivers' assessments of young children's oral health status, *J Am Dent Assoc*, 2012;143(11):1237-47,
- Garcia De Lima CM, Fredemir Palha P, Zanetti ML, Maria C, Garcia De Lima Parada CM, Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de niños, *Rev Lat Am Enfermagem [Internet]*, 2011;19(1):1-8, Available from: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV, Situación en Salud Bucal [Internet], Bogotá D.C.; 2014, Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/vs/pp/ensab-iv-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
- Cooper A, O Malley L, Elison S, Armstrong R, Burnside G, Adair P, et al, Primary school-based behavioural interventions for preventing caries ( Review ), *Cochrane database syst rev*, 2013;(5):1-54,
- Chapman A, Copestake SJ, Duncan K, An oral health education programme based on the National Curriculum, *Int J Paediatr Dent [Internet]*, 2006;16(1):40-4, Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=16364091%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=16364091>
- Ramroop V, Wright D, Naidu R, Dental health knowledge and attitudes of primary school teachers toward developing dental health education, *West Indian Med J [Internet]*, 2011;60(5):576-80, Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22519237>

representaron aproximadamente el 30% de la población intervenida, seguida de los niños(as) de 5 años (23,7%) y 9 años (10,7%); y en cuanto al SGSSS, el mayor porcentaje correspondió al régimen contributivo (59,9%), seguido del régimen subsidiado (27,9%). El 11,8% de los niños(as) intervenidos no están afiliados o son vinculados en el SGSSS (ver tabla 1).

Para el municipio de Cajicá, en la distribución por sexo, el mayor porcentaje correspondió igualmente al sexo masculino con un 51,4% del total de la población participante de las actividades de promoción y prevención en salud oral. En la distribución por edad, el mayor porcentaje correspondió a niños(as) de 5 años, los cuales representaron aproximadamente el 33,07% de la población, seguida de los niños(as) de 4 años (16,15%) y de los niños(as) de 8 años (12,50%). En cuanto a la afiliación al SGSSS, el mayor porcentaje correspondió al régimen contributivo con 59,28%, seguido por el régimen subsidiado (36,29%); mientras que, el 3,9% de los niños(as) corresponden aquellos en calidad de vinculados o no están afiliados al sistema (ver tabla 1).

#### Experiencia de caries en dentición temporal a partir del Índice cop-d Comunitario.

El índice de dientes cariados, obturados y perdidos en dientes temporales (cop-d) comunitario, en los niños(as) de años de las IEP del municipio de Chía fue de 2,71, que según la escala de severidad de la OMS corresponde al nivel moderado cuyo valor máximo se presentó en la IEP Diversificado Sede Luna Nueva con un valor de 2,97 y el mínimo en la IEP San José María Escrivá de Balaguer con 2,23 (ver tabla 2). En los niños (as) de 5 años de las IE del municipio de Cajicá se obtuvo un mayor valor con respecto al municipio de Chía (3,93), que según la escala de severidad de la OMS corresponde a un nivel moderado,

en donde el mayor valor encontrado fue en la IE Santa María Goretti con un valor de 4,42 (ver tabla 2).

Para el caso de la dentición mixta en niños de 6 a 11 años de las IE del municipio de Chía, el promedio del índice cop-d fue 3,0 con un valor máximo en la IE Diversificado Sede Luna Nueva, y el menor valor fue de 2,59 en la IE San José María Escrivá de Balaguer. El COP-D tuvo un valor promedio de 1,21, con grandes discrepancias en las diferentes IE del municipio, y se presentó una situación inversa a la observada en el índice cop-d, donde el valor máximo (3,88) se obtuvo en la IE San José María Escrivá de Balaguer, y el valor mínimo en la IE Diversificado Sede Luna Nueva, quienes no se evidenció experiencia de caries en dientes permanentes. En el municipio de Cajicá solo se obtuvieron datos en la IE Santa María Goretti, ya que en el Jardín Social Cafam solo se evaluaron niños menores de 5 años; en ésta institución el promedio del índice cop-d fue de 2,63 y el promedio de COP-D fue de 1,46 (ver tabla 2).

#### Prevalencia de caries en dientes de los niños(as) de las IE de los municipios de Chía y Cajicá.

La prevalencia de caries en dientes temporales en los niños(as) de 5 años de las IE del municipio de Chía es de 77,8%, siendo ligeramente mayor al reportado en el ENSAB IV, cuya prevalencia es del 52,2% en niños(as) de la misma edad. La prevalencia de caries en dientes temporales en las IE José María Escrivá de Balaguer, Santa María del Río y Diversificado sede Luna Nueva superan el 75%, en contraste con la IE Diosa Chía (ver gráfico 1).

Por otra parte, en dentición mixta de niños(as) de 6 a 11 años, la prevalencia de caries fue del 35,8%, en la que se destaca la obtenida en la IE San José Escrivá de Balaguer la cual fue del 50%, en contraste con las demás IEP que

**Tabla 2. Experiencia de caries a partir del índice COP-D/cop-d Comunitario en niños de las IE de Chía y Cajicá, 2017-2**

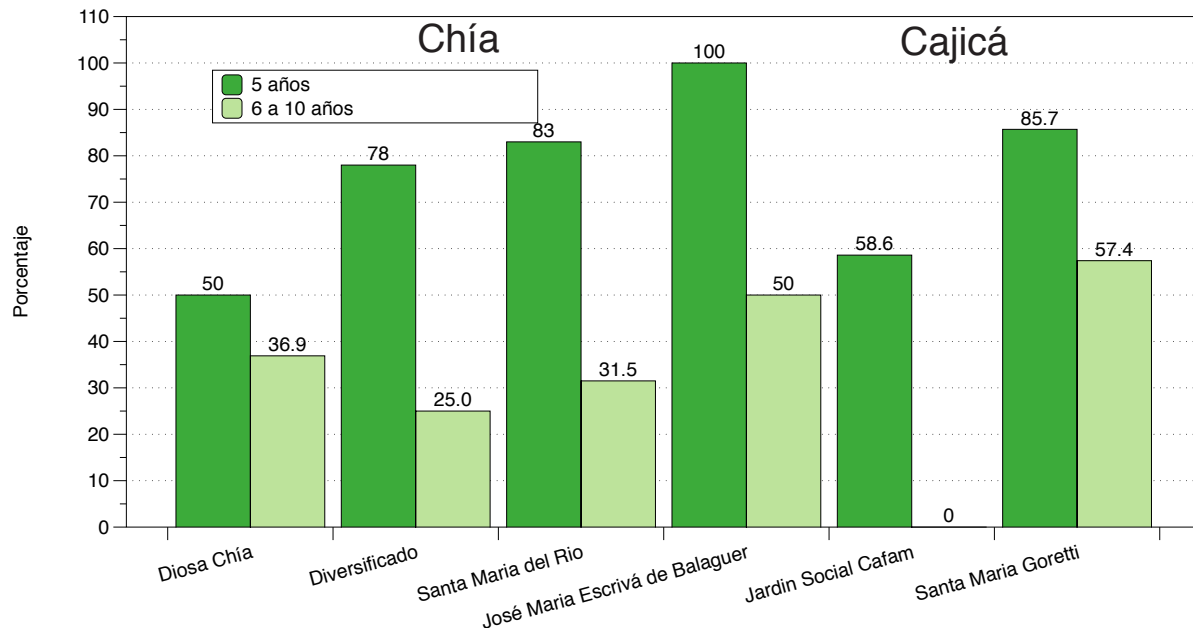
Municipio/Institución Educativa	Niños de 5 años		Niños de 6 a 11 años
	cop-d Comunitario	cop-d Comunitario	COP-D Comunitario
<b>Chía</b>			
Santa María del Río	2,66	2,61	0,16
San José María Escrivá de Balaguer	2,23	2,59	3,88
Diversificado – Luna Nueva	2,97	3,71	0
Diosa Chía	2,96	3,13	0,81
<b>Cajicá</b>			
Jardín Social Cafam	3,44	-	-
Santa María Goretti	4,42	2,63	1,46

fueron evaluadas, en las cuales se situó en alrededor del 30% (ver gráfico 1).

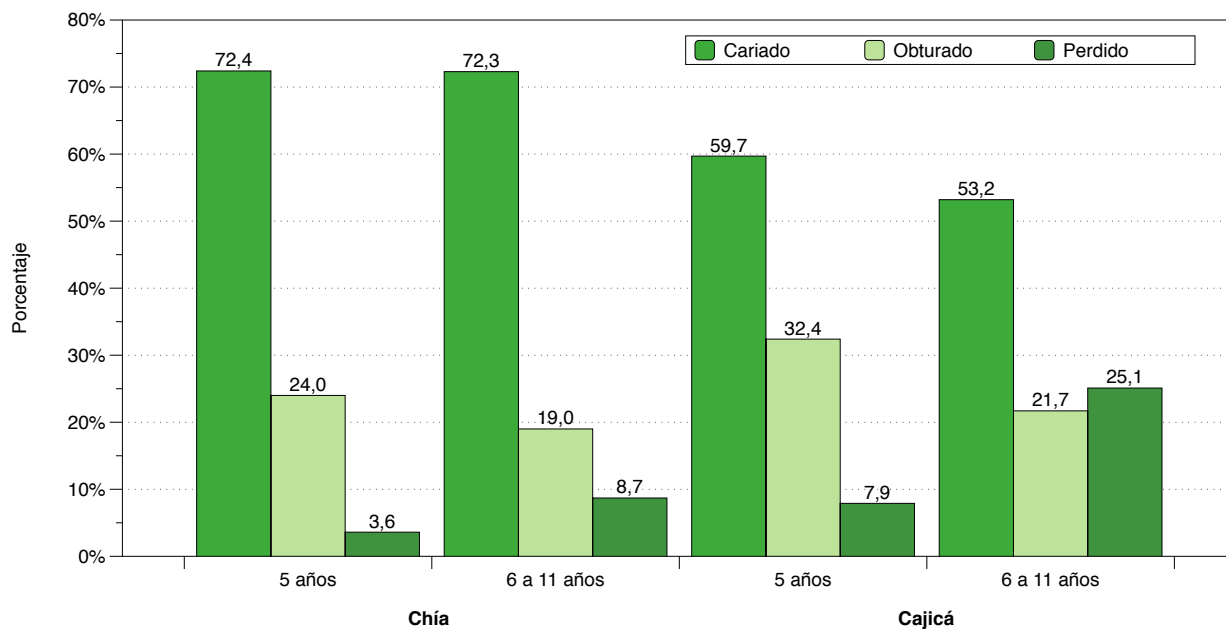
En el municipio de Cajicá, la prevalencia de caries en dientes temporales en los niños(as) de 5 años en las IE fue del 72,2%, siendo aproximadamente un 20% mayor al reportado en el ENSAB IV (52,2%) para los niños(as) de la misma edad, donde se destaca la alta prevalencia en la IE Santa María Goretti. Para el caso de la dentición mixta en niños(as) de 6 a 11 años en las IE de Cajicá, solo se determinó para la IE Santa María Goretti, la cual fue del 57,4% (ver gráfico 1).

### Carga por componente en dentición temporal de los niños (as) de 5 años de las IEP del municipio de Chía.

La carga por componente que hace referencia al porcentaje de dientes cariados, obturados y perdidos del copd. En los niños(as) de 5 años de las IE del municipio de Chía evaluadas, el mayor porcentaje corresponde al componente cariado con el 72,4% (142 dientes), seguido del componente obturado con el 24,0% (47 dientes) y por último el componente perdido que representa el 3,6% (7 dientes). En los niños de 6 a 11 años, el mayor porcentaje se corresponde con el componente cariado el cual fue 59,7% (483 dientes), seguido del componente obturado



**Gráfico 1. Prevalencia de Caries en niños de 5 años y de 6 a 11 años de las IE de los municipios de Chía y Cajicá, 2017-2**



**Gráfico 2. Carga por componente en dentición temporal (5 años) y en dentición mixta (6 a 11 años) de las IE de los municipios de Chía y Cajicá, 2017 - II**

con el 32,4% (262 dientes) y por último el componente perdido con el 7,9% (64 dientes) (ver gráfico 2).

En los niños(as) de 5 años de las IE del municipio de Cajicá evaluadas, el mayor porcentaje corresponde al componente cariado con el 72,3% (167 dientes), seguido del componente obturado con el 19,0% (44 dientes) y por último el componente perdido que representa el 8,7% (20 dientes).

Finalmente, en los niños de 6 a 11 años, el mayor porcentaje se corresponde con el componente cariado el cual fue 53,2% (193 dientes), seguido del componente obturado con el 21,7% (79 dientes) y por último el componente perdido con el 25,1% (91 dientes) (ver gráfico 2).

### Índice de Biopelícula – O’Leary.

En la población evaluada se analizaron dos índices de biopelícula, después de la realización del primer índice se realizó un taller sobre el cuidado de la salud oral, las complicaciones de la caries dental y también se realizó práctica de cepillado de calidad a los grados de la práctica respectiva.

Dentro de los resultados obtenidos para las IE del municipio de Chía se logran disminuir los índices de biopelícula de los niños(as) que se encontraron en alto riesgo en un 9,7% entre el monitoreo inicial y el segundo monitoreo; aunque aumentan en un 19,4%, los niños en riesgo medio en el mismo periodo de tiempo, y disminuyen los que están en riesgo bajo en un 9,8% (ver gráfico 3).

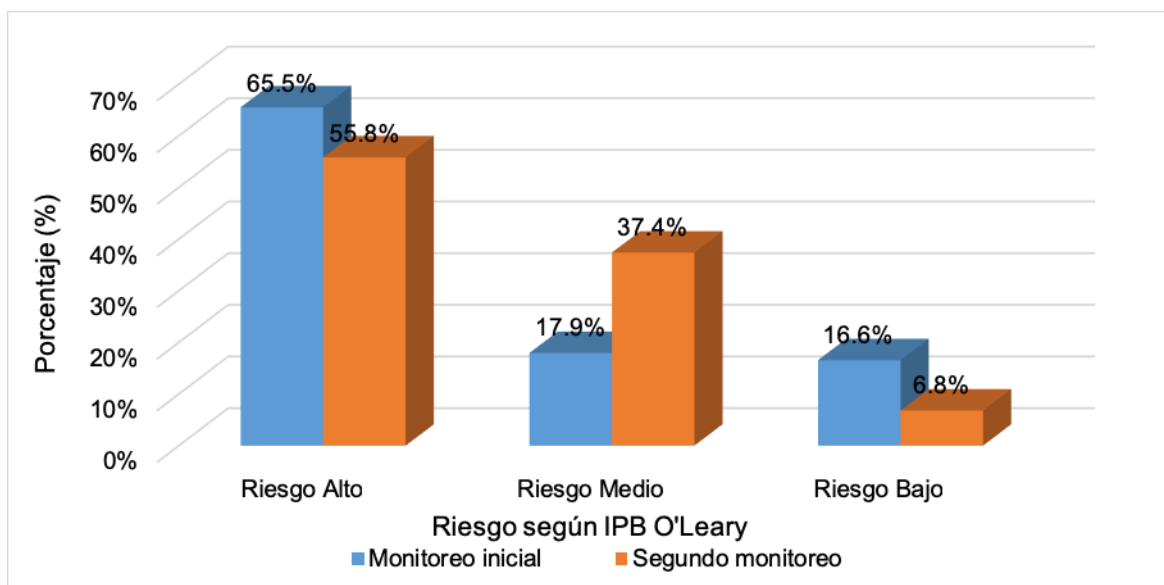


Gráfico 3, Distribución del nivel de riesgo de acuerdo al índice de Biopelícula – IPB O’Leary registrado según monitoreo en las IEP de Chía 2017 – I

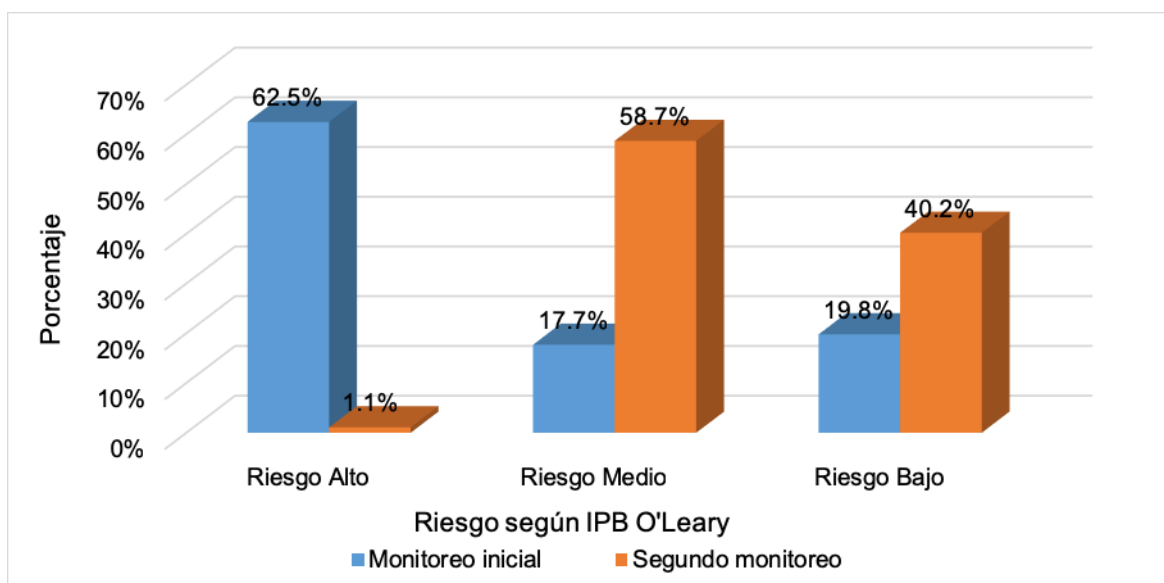


Gráfico 4, Distribución del nivel de riesgo de acuerdo al índice de Biopelícula – IPB O’Leary registrado según monitoreo en las IEP de Cajicá 2017 – II

Para el municipio de Cajicá dentro de los resultados obtenidos se logran disminuir los índices de biopelícula de los niños(as) y niñas que se encontraron en alto riesgo en un 61,4%, y se aumentan los niños que están bajo riesgo en un 20,4% entre el monitoreo inicial y el segundo monitoreo. Sin embargo, aumentan considerablemente (41%) los niños en riesgo medio, posiblemente por la gran disminución que se presentó en los de alto riesgo, que pasaron a ser de riesgo medio o riesgo bajo (ver gráfico 4).

### REFLEXIÓN SOBRE RESULTADO ANÁLISIS SEDE BOGOTÁ

Según los resultados obtenidos, se puede observar que luego de las actividades de educación en higiene oral y a pesar de la mejora en el Índice de Higiene Oral entre el monitoreo inicial y el segundo, el estado de salud oral de los niños continua siendo desfavorable pues se mantienen los altos niveles del Índice COP-D/cop-d, y la alta prevalencia de caries, tanto en dentición temporal como en dentición mixta. En consecuencia, es posible afirmar que a pesar de los esfuerzos realizados con las actividades comunitarias, no se tiene un impacto directo a corto plazo sobre las condiciones de salud oral de la población intervenida; situación que puede atribuirse a que las actividades son esporádicas (una vez a la semana) que no favorece la concientización profunda de la información que genere un cambio en las actitudes y prácticas de las personas responsables (padres, tutores y maestros) de los

niños intervenidos, que son las que realmente deberían garantizar los cuidados necesarios, siendo esto muy concordantes con lo que se refleja en los datos que se obtuvieron en el ENSAB IV, en el cual, de los padres y cuidadores que fueron encuestados, solo el 45% afirmó asumir la responsabilidad de la higiene oral de los niños, y aún existe alrededor de un 15% que dejó la responsabilidad de la higiene oral únicamente en los niños (6).

### ANÁLISIS DE DATOS - SEDE CALI

#### Características socio-demográficas de los niños (as) participantes en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral.

Las actividades de promoción y prevención que desarrolla el departamento de salud pública y proyección social de la sede Santiago de Cali están dirigidas especialmente a la población escolar del municipio de la Cumbre a 35km (1 hora y 10 minutos) de la ciudad de Cali. El registro de la cobertura de estas actividades indica que se incluyeron 744 escolares con edades entre los 3 y 14 años de edad, con una distribución proporcional por sexo en donde el 50,27% son mujeres y superan ligeramente a los hombres.

El 57,14% de la población se encontraba en edades entre los 7 y los 11 años de edad, mientras que el 23,81% se encontraba entre los 3 y 5 años; en las edades de 6 y 12 años se encuentran el 15,86% y el 2,12%, respectivamente. De igual forma, se encuentra el registro de información de

**Tabla 3, Características sociodemográficas de los niños participantes de las actividades de Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad, 2017-2,**

	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Categorías de edad</b>						
3 a 5 años	65	24,25	70	23,41	135	23,81
6 años	51	19,03	39	13,04	90	15,87
7 a 11 años	143	53,36	181	60,54	324	57,14
12 años	6	2,24	6	2,01	12	2,12
13 o mas años	3	1,12	3	1,00	6	1,06
<b>Corregimiento</b>						
Cabecera Municipal	171	45,72	149	40,27	320	43,01
Arboleda	9	2,41	4	1,08	13	1,75
Bitaco	132	35,29	144	38,92	276	37,10
Lomitas	20	5,35	21	5,68	41	5,51
Pavas	33	8,82	36	9,73	69	9,27
Pavitas	0	0,00	1	0,27	1	0,13
Puente palo	9	2,41	15	4,05	24	3,23

escolares con residencia en la cabecera municipal y de 6 veredas de las 32 veredas que conforman al municipio, De la cabecera municipal se intervinieron 320 niños que corresponden al 43,01% de la población participante (ver tabla 3).

### Experiencia de caries a partir del Índice COP-D modificado.

El índice COP-D en la población general fue de  $3,40 \pm 3,47$ ; En las mujeres fue  $3,50 \pm 3,44$  y en los hombres fue de  $3,30 \pm 3,50$ . En niños con 12 años este índice fue de  $2,08 \pm 3,20$  lo que indica baja gravedad de la situación

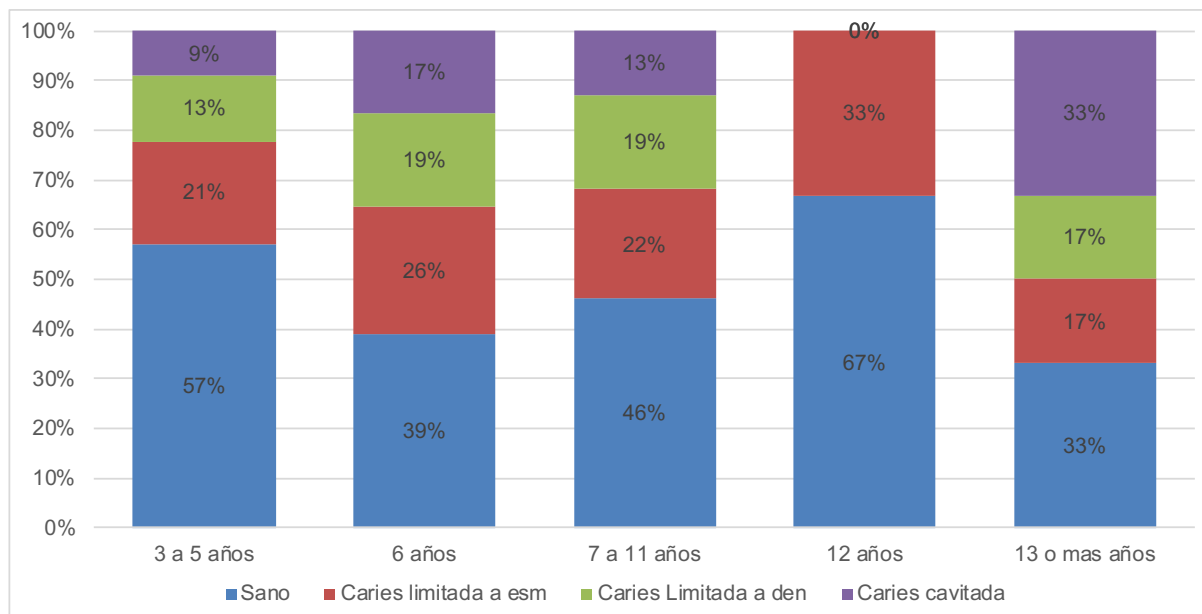
de salud oral en lo respectivo a la experiencia de caries (ver tabla 4). También se logra evidenciar que aunque la mayor frecuencia de caries es aquella limitada al esmalte: 22% de los dientes valorados, las lesiones limitadas a dentina y cavitadas tienen alta frecuencia, de 17% y 13%, respectivamente (ver grafico 5).

### Prevalencia de caries en niños(as) de las IEP de la Cumbre, Valle del Cauca.

La prevalencia de caries en los escolares registrados durante las actividades desarrolladas por UNICOC en el municipio de la cumbre fue de 53,9%; en mujeres el

**Tabla 4, Características socio demográficas de los niños participantes de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 2017-2,**

Categorías de edad	Femenino			Masculino			Total		
	Índice COP-D			Índice COP-D			Índice COP-D		
	n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE
3 a 5 años	65	2,14	2,79	70	2,50	3,27	135	2,33	3,04
6 años	51	4,35	3,21	39	3,21	3,95	90	3,86	3,57
7 a 11 años	143	3,66	3,48	181	3,31	3,35	324	3,47	3,41
12 años	6	2,50	3,51	6	1,67	3,14	12	2,08	3,20
13 o mas años	3	5,67	3,51	3	5,00	5,57	6	5,33	4,18
<b>Vereda</b>									
Cabecera Municipal	171	3,80	3,72	149	3,93	3,88	320	3,86	3,79
Arboleda	9	1,56	2,19	4	5,75	2,06	13	2,85	2,88
Bitaco	132	3,39	3,06	144	2,95	3,02	276	3,16	3,04
Lomitas	20	3,60	4,13	21	2,52	3,30	41	3,05	3,72
Pavas	33	3,30	3,47	36	2,72	3,73	69	3,00	3,59
Pavitas	0	-	-	1	11,00	-	1	11,00	-
Puente palo	9	1,89	2,09	15	1,93	2,55	24	1,92	2,34



**Gráfico 5, Tipo de lesión de Caries en niños escolares de las IE del municipio de la Cumbre, Valle del Cauca 2017-2**

**Tabla 5, Prevalencia de Caries en escolares de las IE del municipio de la Cumbre, Valle del Cauca 2017-2 según la edad y la vereda de residencia,**

	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Categorías de edad</b>						
3 a 5 años	30	46,2	28	40,0	58	43,0
6 años	35	68,6	20	51,3	55	61,1
7 a 11 años	81	56,6	93	51,4	174	53,7
12 años	2	33,3	2	33,3	4	33,3
13 o mas años	3	100,0	1	33,3	4	66,7
<b>Veredas</b>						
Cabecera Municipal	97	56,7	77	51,7	174	54,4
Arboleda	2	22,2	3	75,0	5	38,5
Bitaco	74	56,1	79	54,9	153	55,4
Lomitas	12	60,0	9	42,9	21	51,2
Pavas	20	60,6	16	44,4	36	52,2
Pavitas	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Puente palo	4	44,4	7	46,7	11	45,8

**Tabla 6, Prevalencia de Caries del primer molar en escolares de las IE del municipio de la Cumbre, Valle del Cauca 2017-2 según la edad y la vereda de residencia**

	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Categorías de edad</b>						
3 a 5 años	2	3,1	1	1,4	3	2,2
6 años	13	25,5	6	15,4	19	21,1
7 a 11 años	49	34,3	57	31,5	106	32,7
12 años	0	0,0	1	16,7	1	8,3
13 o mas años	2	66,7	1	33,3	3	50,0
<b>Veredas</b>						
Cabecera Municipal	45	26,3	41	27,5	86	26,9
Arboleda	1	11,1	2	50,0	3	23,1
Bitaco	29	22,0	32	22,2	61	22,1
Lomitas	7	35,0	4	19,0	11	26,8
Pavas	3	9,1	1	2,8	4	5,8
Pavitas	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Puente palo	1	11,1	1	6,7	2	8,3

55,88% tenía caries dental mientras en los hombres la frecuencia fue de 51,89%. La cabecera municipal y Bitaco aportaron la mayor cantidad de casos de caries (ver tabla 5). Al realizar el análisis de la prevalencia de caries en el primer molar se encontró que en el 22,58% de los escolares esta pieza dental estaba afectada de igual forma para mujeres (22,99%) y hombres (22,16%) (ver tabla 6).

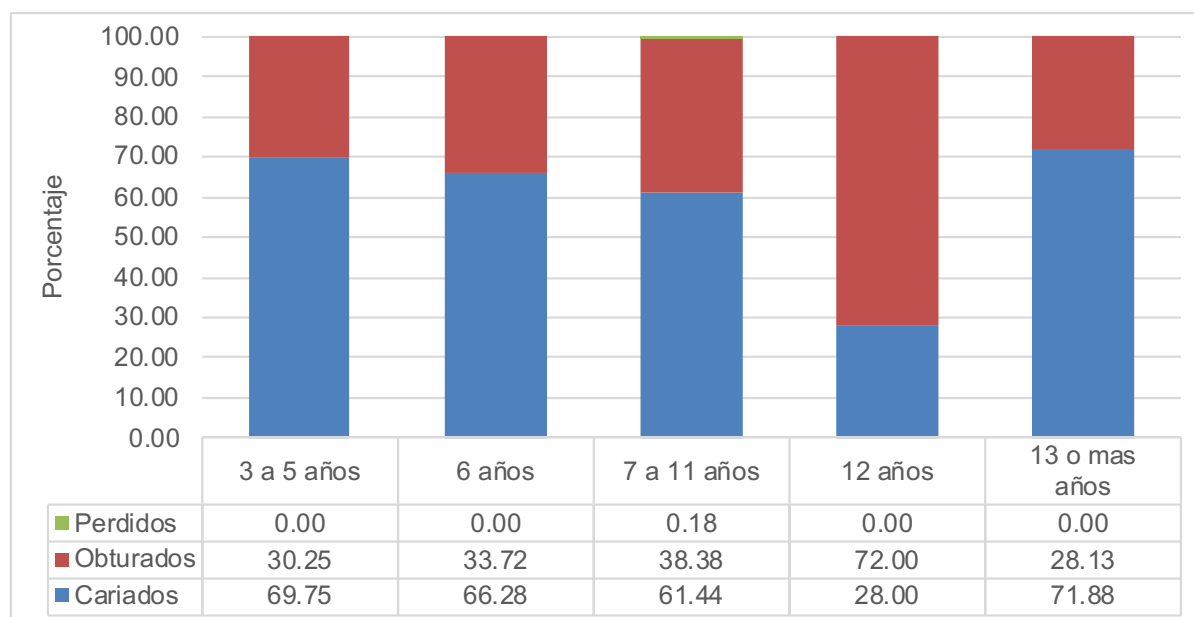
#### **Carga de historia de caries por componente en la dentición de los niños (as) de las IEP de la Cumbre, Valle del Cauca**

La importancia relativa de los componentes del índice COP muestran que el número de dientes cariados supera

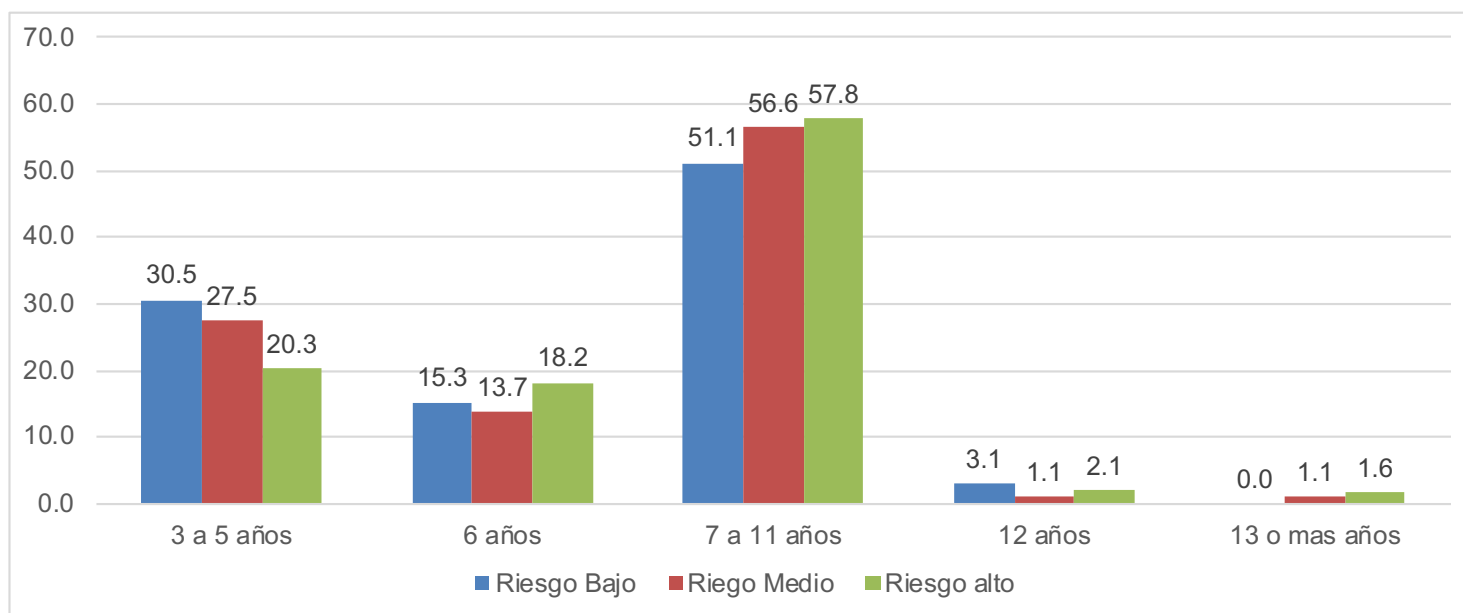
al número de obturados y perdidos excepto a la edad de 12 años en donde el componente de obturados se invierten las proporciones (ver gráfico 6). Porcentajes similares se encuentran al analizar según la zona de residencia, ya que cabecera municipal el componente de cariados fue de 60,32% y obturados de 39,27%, mientras que en las otras veredas fue de 68,67% y 31,67% para cariados y obturados.

#### **Higiene Oral de los niños (as) de las IEP de la Cumbre, Valle del Cauca**

Se realizó la valoración de higiene oral mediante dos índices de placa, el índice de placa bacteriana de O'leary



**Gráfico 6, Carga por componente del índice COP-D en niños escolares de las IE del municipio de la Cumbre, Valle del Cauca 2017-2**



**Gráfico 7, Clasificación de riesgo de caries según el IPB O'leary en niños escolares de las IE del municipio de la Cumbre, Valle del Cauca 2017-2**

(IPB) y el de higiene oral simplificado para placa blanda (IHOS) y se logra establecer que los se incrementa el riesgo de caries con el incremento de la edad, Esta información de riesgo es contradictoria con la clasificación de higiene oral obtenida por el índice IHOS y que muestra que a pesar del incremento en la proporción de escolares que realizan buena higiene oral en el rango de edad de los 7-11 años este grupo presento mayor proporción de personas con alto riesgo de caries.

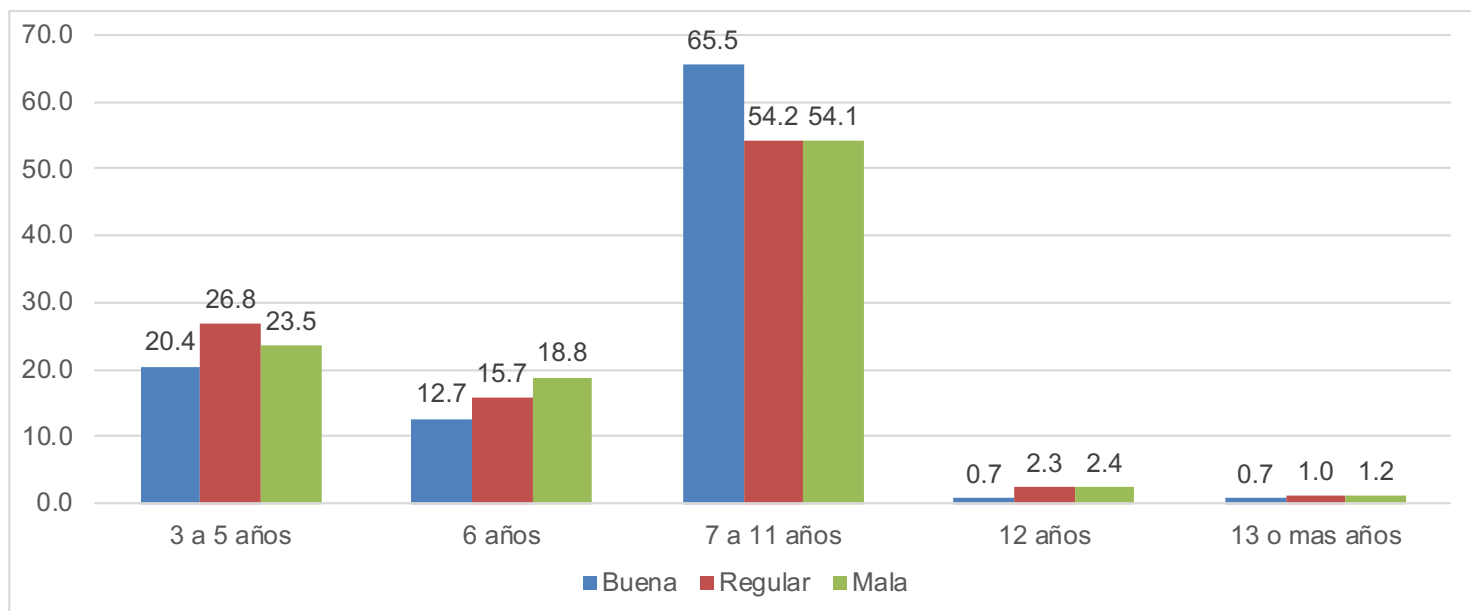
### REFLEXIÓN SOBRE RESULTADO ANÁLISIS SEDE CALI

Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son necesarias en esta población dada

la prevalencia de caries dental en general y la del primer molar puesto que uno de cada dos (1:2) escolares presenta caries dental y uno de cada cinco (1:5) escolares tiene caries en el primer molar.

También se puede evidenciar el acceso a los servicios ya que el componente de dientes obturados para la edad de 12 años es mayor que en aquellos con edades menores.

El enfoque de las actividades de educación puede estar dirigida hacia el empoderamiento del individuo en la niñez temprana e intermedia para que en la adolescencia se evidencien hábitos saludables y de higiene oral para la edad adulta.



**Grafico 8, Clasificación de Higiene Oral según índice IHOS en niños escolares de las IE del municipio de la Cumbre, Valle del Cauca 2017-2**