

PROGRAMA DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 6-10 AÑOS EN LA FUNDACIÓN NIÑA MARÍA.
Beltrán, A.; Combita, C.; Fontecha, M.; García, A.; Leiva, G.; Moya, L.; Pajarito, A.; Vanegas, A.;
Vega, K.*

Caycedo M**
López de Meza C***

Línea de investigación. Programa de promoción y prevención
Categoría pregrado
Modalidad. Oral

RESUMEN

Objetivo. Diseñar, implementar y evaluar un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en salud oral.

Métodos. Estudio cuasi-experimental donde se selecciono por conveniencia 35 niños entre 6-10 años de edad de la Fundación Niña María sede Chía teniendo en cuenta los criterios de inclusión, niños sin enfermedades sistémicas y que se encontraran en el rango de edad. Resultados. Se encontró que el índice de O'Leary disminuyo en un 38% al resultado tomado inicialmente, respecto a las necesidades de tratamiento se estableció que el 100% requieren prevención seguido del 45.7% operatoria y 40% necesitan ser atendidos urgentemente.

Conclusiones: Se evidenciaron falencias en cuanto a los conocimientos de diagnostico inicial respecto a la caries dental y a los conocimientos sobre cepillado obteniendo así una mayor predisposición a la placa bacteriana, se realizaron técnicas adecuadas para la edad de los menores para así poder llegar a un mejor aprendizaje, de igual forma se encontró una gran diferencia con el índice de placa O'Leary, notándose una gran disminución de placa a la toma del O'Leary final

Palabras claves: salud oral, índice de O'Leary, índice COP y ceo

Abstract:

Objective: design, implement and evaluate a program to promote the health and prevention of the sickness in oral health.

Methods: quasi-experimental study, where we chose 35 children between 6 and 10 years old, of the Niña Maria's foundation located in Chia, we take the criteria of inclusion, children without disease and inside of age range. Results: we found that index of O'Leary decrease 38% to the initial result, respect to the needs of the treatment we can say that 100% require prevention, the 47.5 % operative and 40% need to be attended immediately

Conclusions: we evidenced some failures respect to the initial diagnostic knowledge of dental caries and brushing, we noticed these are more predisposed to the plaque, we performed some techniques according to the age of children to get a better knowledge, at the same way we found a big difference with O'leary's index because it had a decrease in the final test.

Keywords: oral health, O'Leary's index, COP's Index and CEO's Index

* Alumnos IX semestre

** Asesor científico y metodológico

*** Asesor estadística

INTRODUCCIÓN

De acuerdo al III estudio nacional de salud bucal (ENSAB III) realizado en el año 1998 en Colombia con el fin de establecer la situación de salud y de morbilidad bucal e identificar el nivel de representación conocimientos y practicas al igual que las necesidades de atención odontológica para orientar acciones de promoción, prevención. En cuanto a enseñanza de hábitos en salud oral el 71.5% de los sujetos del estudio expresaron que fueron los padres quienes les enseñaron a cuidar la boca, seguidos por los maestros y odontólogos y el menor porcentaje el auto aprendizaje o por el aprendizaje a través de mensajes de radio y televisión. (1)

Dentro de las conclusiones aportadas por el ENSAB III se observó que las representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal se han visto afectadas positivamente como resultado en alguna medida de las actividades adelantadas por los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad campañas educativas o publicitarias y de los programas asistenciales de las últimas décadas conllevando a una disminución de la morbilidad oral de la población colombiana que sin embargo es mas evidente en los niños y adolescentes. (1)

A nivel mundial se han realizado diferentes programas enfocados a la promoción y prevención especialmente a infantes por

medio de charlas, campañas radiales, reuniones y capacitación de varios líderes estudiantiles, madres, y docentes; sin embargo son muy pocos los casos donde se reporta programas de promoción y prevención a niños que se encuentran en estado de abandono. (2)

La fundación niña maría es una entidad sin ánimo de lucro que nace a partir de un sueño: "el poder realizarse como seres humanos, en la entrega al servicio de la niñez desprotegida".

Esta fundación le presta un servicio a un total de 120 niños y niñas entre los 0 y 18 años de edad, de los cuales el 70% de los niños se encuentran en estado de adaptabilidad, lo que conlleva a que ellos vivan en la fundación, sin tener la oportunidad de desarrollarse en un núcleo familiar, estos niños se encuentran distribuidos en cuatro casas llamadas:

- Hogar santa Ana
- Hogar Gustavo Briseño
- Hogar María cristina
- Hogar san miguel

Un programa de salud es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con problemas de salud para una población definida. Los programas de salud surgen de ejercicios de planificación que

toman en cuenta un determinado concepto de salud, se refiere a un contexto social y cultural dependiendo de las necesidades sentidas o no, de la población a la que van dirigidos. (3).

Los programas no pueden organizarse sin que previamente se haya definido su objeto o razón de ser, es decir, sin que se hayan clarificado sus metas. La formulación de la meta permite la precisión de los resultados que se desean obtener y ayuda a definir las estrategias y los recursos necesarios. Se espera que un programa contemple en su plan, las acciones que con mayor probabilidad actuarán sobre el problema escogido. (3)

Carolina Gonzales y colaboradores en el año 2003 realizaron un programa dirigido a las madres para cambiar los indicadores de placa dentobacteriana, gingivitis y caries dental en niños de 2 y 5 años de edad, en donde los resultados demostraron disminución en el número de superficies con mancha blanca activa, el índice de placa no tuvo variaciones, en cuanto al índice gingival no demostró diferencias estadísticamente significativas; sin embargo la capacitación a madres permitió lograr disminución en algunos índices (4)

La educación en salud oral es una combinación planeada de experiencias de aprendizaje diseñadas para predisponer, establecer y reforzar el comportamiento voluntario que conduzca a la salud en individuos, grupos y comunidades. (4)

La educación en salud oral se realiza por:

- ❖ Características del proceso educativo
- ❖ Recomendación de la Organización Mundial de la Salud: bases políticas para desarrollar programa de educación y prevención en salud oral.
- ❖ Compromiso social.
- ❖ Desarrollo profesional y del servicio.
- ❖ Creencias, actitudes y prácticas en nuestra población III Estudio nacional de salud oral (ENSAB III)
- ❖ Por la situación de morbilidad oral.
- ❖ Por los beneficios y resultados en la literatura. (4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), aplica una filosofía en la cual se piensa globalmente y se actúa localmente, por lo tanto el desarrollo de los programas se han centrado en la identificación de determinantes en salud, implementar proyectos demostrativos para la población en salud oral en la comunidad con referencia a grupos poblacionales en desventaja, construir capacidad en planeación o evaluación de programas nacionales, desarrollo de métodos e instrumentos y establecer redes y alianzas para lograr acciones nacionales e internacionales que permitan intercambiar experiencias. (5)

Para realizar un programa de promoción y prevención se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Todo el personal que participa debe estar entrenado y calibrado de tal forma que se unifique el mensaje, haya creatividad, flexibilidad y pertinencia.
- Entre los 6 meses y los 5 años el ideal en lo posible es realizar consejería, educación, seguimiento e intervenciones no operatorias, facilitando la adaptación del niño y disminuyendo los costos de atención, todo depende de la morbilidad de la población.
- Los mensajes deben ser persuasivos, cercanos al individuo, cortos, claros, repetitivos, el individuo debe exponerse a modelos que puedan imitar.
- Tener en cuenta que lo individual y lo colectivo no son excluyentes. Se complementan buscando siempre contextualizar y personalizar hasta donde sea posible la comunicación.
- Pequeños cambios y metas a través del tiempo le ayudan al paciente a seguir el programa y a desarrollar una rutina.
- Plantear esquemas y metas razonables a corto, mediano y largo plazo.
- Monitorear y seguir la evolución para aumentar el compromiso del paciente: retroalimentación.
- El paciente debe entender claramente que comportamiento se requiere para lograr las metas.
- Plantear refuerzos positivos y soluciones alternativas para las dificultades.
- Entregar material de apoyo que complemente consejería
- Para que una persona pueda interiorizar cualquier conocimiento, destreza o actitud, el elemento potencial de

aprendizaje ha de estar en continuidad con su realidad existencial. Debe existir en la persona o en su medio cercano algo con lo cual pueda relacionar dicho elemento.

Cambiar un hábito es difícil, requiere tiempo, es un reto interesante para el paciente y para el profesional. (5)

La caries dental es el principal problema de salud bucal en las poblaciones y se presenta desde los primeros años de vida en muchos países, como una enfermedad que alcanza grados variables de severidad con consecuencias negativas para la salud. Desde el punto de vista epidemiológico se sabe que la distribución de la caries dental no es uniforme en las poblaciones; las curvas de población en función del COP-D muestran que un 25% de los niños y adolescentes tienen alrededor del 80% de las lesiones de caries, lo cual sugiere la existencia de factores que van más allá de lo biológico. La caries en la niñez está asociada con inestables condiciones de vida, malos hábitos higiénicos, bajo nivel educativo, limitado acceso de los niños y niñas a los programas preventivos y a la atención oportuna. (5)

Este estudio tiene como objetivo Diseñar, implementar y evaluar un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en salud oral en niños de 6 a 10 años en la fundación niña María sede chía.

MÉTODOS

Estudio de intervención comunitaria en la fundación niña María sede chía Chía (vereda Fonqueta). Donde se tomo una muestra por conveniencia, 35 niños entre 6 y 10 años, se excluyeron niños con enfermedades sistémicas, discapacidades mentales y niños que no cooperaran con el estudio. Este estudio fue aprobado por el comité de ética institucional y fue clasificado como un estudio de riesgo mínimo, por ser niños en estado de abandono, el consentimiento informado fue dado por lo cuidadores de la institución. Para el trabajo de campo inicialmente se realizó la socialización del estudio con las directivas de la institución, posteriormente se procedió a aplicar las encuestas a los niños y a sus cuidadores para evaluar el grado de conocimiento y practicas sobre temas relacionados con el cuidado y enfermedades más comunes en la cavidad oral (caries).

Para la realización del estudio se diseñaron dos instrumentos: uno para los conocimientos, actitudes y prácticas en cuanto a salud oral y otro para el registro del examen clínico oral, para esto los investigadores fueron capacitados y estandarizados en la toma de los indicadores de placa bacteriana y caries dental, se realizó una prueba piloto que permitió la prueba de los instrumentos, identificación de tiempos y movimientos para el trabajo de campo, el nivel de concordancia para la toma de los índices se hizo mediante la prueba Kappa con el cual se selecciono la investigadora

más cercana al gold estándar la cual obtuvo un resultado se 1.00.

La historia de caries se evaluó por medio de los índices COP-d y ceo-d, el índice de placa bacteriana se calculo por medio del índice de O'Leary, se contabilizaron las lesiones blancas y cafés de las superficies lisas, foseas y fisuras, para realizar el examen se utilizo iluminación directa, se determino el numero de dientes con placa utilizando liquido revelador, posteriormente se procedió a realizar profilaxis con cepillo de dientes y pasta profiláctica, para luego realizar un examen minucioso de cada uno de los dientes determinando así las necesidades de tratamiento de cada niño.

Luego de los hallazgos encontrados en la etapa inicial de diagnostico, se procedió a diseñar el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, empezando por: 1. Enfermedades más comunes de la cavidad oral .

- Dientes sano
- Diente cariado
- Enfermedad de las encías

2. higiene oral

- Técnica de cepillado
- Tipo de cepillo según la edad
- Cantidad de crema
- Seda dental y usos

3. Dieta

- Dieta saludable
- Cuidados después de comer dulces

Las estrategias utilizadas para abarcar los temas mencionados anteriormente fueron:

1. Para explicar el tema de caries dental se utilizaron 3 macromodelos en el cual se mostraba un diente sano y por otro lado se mostraba la caries en diferentes partes del diente, se realizo una charla en la que se mostraron unas imágenes en cartulina donde se explicaba que es un diente sano y que es un diente cariado., se afianzaron los conocimientos por medio de un juego en el cual los niños daban letras hasta que completaran las palabras como: caries dental, enfermedad de las encías y placa dental.
 2. Por medio de un macromodelo se enseñó la técnica de cepillado de STILMAN y el uso de la seda dental de forma personalizada, de igual manera se mostro la cantidad adecuada de crema dental que es del tamaño de una arveja colocándolo en cada uno de los cepillos de los niños.
 3. Se realizaron talleres para diferenciar la comida sana (proteínas, verduras, lácteos) de la comida cariogénica (exceso carbohidratos, lípidos) a través de dibujos realizados por ellos mismos.
 4. Para finalizar y reforzar los conocimientos adquiridos por los niños se mostro una película llamada EL REINO DE LOS DIENTES DE COLGATE, un taller el cual consistía en recortar las palabras y unir las con las imágenes respectivas, por último se realizo una obra de teatro en la cual los niños representaban lo aprendido durante todos los talleres.
- Luego de una observación directa de los talleres realizados, finalmente se evaluó el programa por medio de una encuesta para determinar el conocimiento adquirido de cada

uno de los niños, se tomo nuevamente el índice de O'Leary para compararlo con el tomado inicialmente y así poder verificar si el programa había tenido el impacto esperado.

RESULTADOS

El grupo de estudio estuvo conformado por 35 niños, distribuidos en 3 casas, el rango de edad estaba entre los 6-10 años el (28.6 %) corresponde a la edad de 10 años, seguido de la edad de 9 años (25.7 %) y por último el (45.7%) correspondientes a las edades de 6,7 y 8 años.

En cuanto al género encontramos que hubo 16 niñas correspondientes al 46% y 19 niños correspondientes al 54%.

En cuanto al diagnostico inicial sobre conocimientos en salud oral se observan en la tabla 1

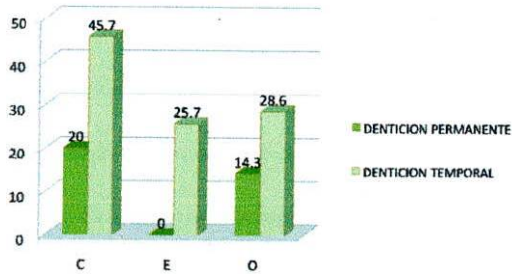
Tabla 1 Conocimientos sobre higiene oral

CONCEPTO	PORCENTAJE
<i>Creer saber cómo cepillarse</i>	60%
Técnica de cepillado	8%
Momentos de cepillado	83%
Tipo de cepillo	94,3%
Cantidad de crema	45,7%
Implementos de cepillado	94,3%
Acompañamiento en el cepillado	94,3%
Cambio del cepillo	60%

La historia de caries está representada por la mediana del índice ceo que fue de 4 y del COP que fue de 1.

En cuanto a los componentes del COP-D y ceo-d se muestran los siguientes resultados. (Figura 1).

Figura 1 Componentes del COP-D y ceo-d

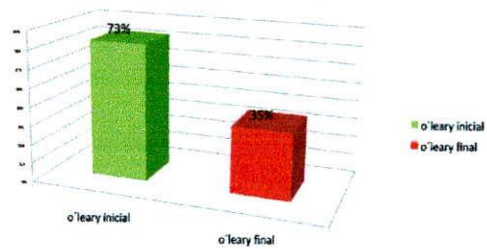


De la temática de higiene oral se realizó un índice O'Leary inicial y final donde se tuvo un rango de datos y una comparación entre ambos. Tabla 2 y figura 2

Tabla 2 Comparación índice de O'Leary inicial y final

% de placa	O'Leary inicial		O'Leary final	
	n	%	n	%
<=15			1	2,9
15-50	3	8,6	30	85,7
>50	32	91,4	4	11,4
Total	35	100,0	35	100,0

Figura 2 promedio de O'Leary inicial y final



En cuanto a las necesidades de tratamiento el 100% de los niños requería prevención, seguido de un 45.7% operatoria y el 40.0% requiere un tratamiento urgente. (Figura 3).

Figura 3 Necesidades de tratamiento



La evaluación final sobre lo conocimientos adquiridos durante el programa de promoción y prevención se pueden evidenciar en la Tabla 3

Tabla 3 Evaluación de conocimientos finales

HIGIENE ORAL	INICIAL	FINAL
Frecuencia de cepillado	89.2 %	100 %
Cantidad de crema en el cepillo	37.1 %	68.3%
Técnica de cepillado	17.1 %	48.5 %
Conocimientos caries dental	25,7%	100%

Discusión

Las intervenciones en salud oral colectivas requieren de la identificación del contexto en el cuál se desarrolla la población de estudio, reconociendo sus necesidades e identificando los principales problemas de salud oral, partiendo de un diagnóstico integral tanto clínico como de conocimientos, actitudes y prácticas, que reflejen la realidad del contexto. En este estudio, la identificación de estos aspectos permitió la definición de estrategias adecuadas de educación en salud oral, como actividades lúdicas, obras de teatro, fiesta de comida y utilización de materiales llamativos para la edad de los niños, así mismo el trabajo en conjunto con los cuidadores, permitió una orientación adecuada al contexto en el cual se desarrolla la población, la continuidad que puede tener el programa está basado en la participación activa de actores que tienen contacto continuo con la población, en la planeación de estrategias y desarrollo del programa.

Las intervenciones en salud oral siempre son positivas, su efecto puede ser temporal basado en hechos clínicos como son la reducción de índice de placa bacteriana, al ser acompañados de conocimientos sobre las patologías orales y métodos de prevención tiene perdurabilidad, por el acompañamiento de los cuidadores, quienes amplían y consolidan sus conceptos sobre salud oral.

El alto índice de placa bacteriana es uno de los principales factores de riesgo para el

desarrollo de patologías en la cavidad oral, como son la caries dental, gingivitis, periodontitis y otras, siendo evidente y necesario su control y remoción, la implementación de prácticas adecuadas de cepillado es fundamental para disminuir el riesgo de caries dental y patologías de la cavidad oral, en la población de estudio se encontró un alto índice de O'Leary para placa bacteriana inicial mayor de 50% en el 91,4% de los niños, evidenciando la necesidad de implementación de estrategias para un cepillado efectivo y adecuado, lo cual se demostró con la toma final del índice en él se encontró que solo un 11,4% de los niños presentaron un índice de O'Leary mayor al 50%. Estudios como los realizados por Caycedo y col y Gonzales, F entre otros, reportan altos índices de placa bacteriana los cuales posterior a la intervención educativa han disminuido.

De acuerdo con el diagnóstico sobre los conocimientos iniciales se resalta el conocimiento con respecto al cepillado que deben tener diariamente para tener una buena higiene oral, así mismo se evidencia la falta de reconocimiento y utilización de implementos para el cepillado, cantidad de crema y uso de seda dental siendo estos los principales mecanismos para evitar la placa bacteriana y enfermedades orales, como nos reportan estudios anteriormente realizados como el ENSAB III.

En los niños de la población de estudio se encontró un alto índice de historia de caries para dientes temporales (ceo) superior a 3,0

cual se encuentra alejado de las metas de la OMS,(6) en la que se espera un índice ceo de 50% el cual debe estar exento de caries, la prevalencia de caries en dentición temporal (tener caries en el momento del examen) fue de 60%, lo cual concuerda con estudios realizados en poblaciones similares por Caycedo y col, Macías y col entre otros. Al hacer un análisis de los componentes del índice ceo, encontramos que el mayor porcentaje es de dientes cariados y solo un 28,6% son dientes obturados, lo cual evidencia la baja capacidad resolutoria del sistema de salud en esta población, así mismo prende las alarmas sobre el tipo de atención en salud oral que está recibiendo esta población, los cuales pertenecen al régimen subsidiado de salud. Así mismo al determinar las necesidades de tratamiento el 100% requieren atención en prevención y llama la atención que un 40,0% necesita atención de urgencia, al ser una población vulnerable en estado de abandono es necesaria la concientización de los cuidadores y directivas del programa sobre esta situación que pone en riesgo a salud oral de los menores.

CONCLUSIONES

- En los niños del estudio se evidencio la falta de conocimiento sobre caries dental, técnicas y frecuencia de cepillado. Respecto a los cuidadores presentaron un nivel básico de conocimientos.
- Se determino una alto índice de O'Leary para placa bacteriana, y alta prevalencia de caries en dentición temporal en la población de estudio.
- Las ayudas didácticas como talleres, juegos, obras de teatro, y material audiovisual fueron herramientas efectivas para el desarrollo del programa.
- Se logro un aumento en el porcentaje de los niños que adquirieron conocimientos acerca de los hábitos de higiene oral, caries dental, cuidados alimenticios y visita al odontólogo. De igual manera disminuyo la cantidad de placa a la toma del índice de O'Leary final

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Ministerio de Salud, República de Colombia. Discusión general de promoción y prevención. III Estudio nacional de salud bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p. 69-153MI
- 2) Restrepo S, impacto del programa de promoción y prevención en salud oral aplicado a escolares, revista Ces odontológica vol. 12 nº 1 año 1999
- 3) Vivas P. situación actual de los programas preventivos de salud bucal. Revista odontológica
- 4) Gonzales C, Navarro J, López P, cambio de indicadores de placa dentobacteriana, gingivitis y caries dental en niños entre 2

y 5 años de edad a partir de una intervención educativa dirigida a madres de preescolar Medellín 2003-2005 revista CES odontología vol. 19 nº 1 año 2006

- 5) Stefania M, Gonzales M, Ruiz J, McCormick V. guía de práctica clínica para el diagnostico, prevención y tratamiento de la caries dental, Guía de práctica clínica en salud oral. Cartilla 17 año 2007.
- 6) OMS/FDI. Metas de salud bucal para el año 2000. Ginebra: OMS/FDI; 1979.