

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CIT PARA MADRES  
COMUNITARIAS Y CUIDADORES PRINCIPALES DE LOS NIÑOS QUE  
ASISTEN A LOS HOGARES DEL ICBF, ZONA ZIPAQUIRÁ**

**Investigadoras  
ELIANA MARCELA GONZALEZ VELASQUEZ  
DIANA MARCELA SOTO QUINTERO**

**Trabajo de grado para optar el título de  
Odontóloga**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA  
BOGOTÁ D.C.,  
2008.**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CIT PARA MADRES  
COMUNITARIAS Y CUIDADORES PRINCIPALES DE LOS NIÑOS QUE  
ASISTEN A LOS HOGARES DEL ICBF, ZONA ZIPAQUIRÁ**

**Investigadoras**

**ELIANA MARCELA GONZALEZ VELASQUEZ  
DIANA MARCELA SOTO QUINTERO**

**Asesor científico**

**Dra CARMENZA MACÍAS GUTIERREZ  
Odontóloga especialista en odontopediatría**

**Asesor Metodológico**

**Dra. MARTHA LUCIA CAYCEDO  
Odontóloga Especialista en Epidemiología**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA  
BOGOTA D.C,  
2008**

## DEDICATORIA

*Dedicamos este trabajo a nuestras familias,*  
Quienes compartieron junto a nosotros el esfuerzo y la dedicación  
y estuvieron siempre presentes para realizar con  
nosotros una nueva meta

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a La Institución Universitaria Colegios de Colombia y todo su equipo interdisciplinario por el soporte científico que nos brindaron.

A nuestras asesoras científica y metodológica por el tiempo y dedicación que tuvieron en el desarrollo del proyecto.

## Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| 1. ASPECTOS TEORICOS- CIENTIFICOS .....                           | 9  |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                              | 9  |
| 1.2 JUSTIFICACION .....   | 11 |
| 1.3 PROPOSITO .....   | 14 |
| 1.4 IMPACTO SOCIAL DEL PROGRAMA .....                             | 15 |
| 1.5 MARCO TEORICO.....  | 15 |
| 1.5.1 Etiología.....  | 17 |
| 1.5.2 Factores de riesgo.....                                     | 17 |
| 1.5.3 Incidencia y Prevalencia.....                               | 25 |
| 1.5.4 Promoción y prevención de caries de infancia temprana ..... | 26 |
| 1.5.5 Actividades Preventivas Asistenciales:.....                 | 29 |
| 1.6 OBJETIVOS .....   | 32 |
| 1.6.1 Objetivo General.....                                       | 32 |
| 1.6.2 Objetivos específicos.....                                  | 32 |
| 2. ASPECTOS METODOLOGICOS.....                                    | 33 |
| 2.1 TIPO DE ESTUDIO .....   | 33 |
| 2.2 POBLACIÓN OBJETO .....  | 33 |
| 2.3 PROCEDIMIETO.....   | 33 |
| 3. RESULTADOS.....  | 36 |

|     |                                       |    |
|-----|---------------------------------------|----|
| 4-  | CONCLUSIONES .....                    | 43 |
| 5-  | RECOMENDACIONES .....                 | 44 |
| 6-  | BIBLIOGRAFIA .....                    | 45 |
| 7-  | ANEXOS .....                          | 53 |
| 7.1 | ANEXO 1. REVISIÓN DE LITERATURA ..... | 53 |
| 7.2 | ANEXO 2 PROGRAMA.....                 | 60 |

## 1. ASPECTOS TEORICOS- CIENTIFICOS

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Guispert, 2006 "las caries en la temprana infancia producen diversas afecciones en los niños, tales como dolor, dificultad masticatoria, pérdida de la longitud del arco, entre otras; estas caries también elevan las posibilidades de caries en dentición mixta y permanente y a veces los infantes son tratados bajo anestesia general, de ahí lo imperioso de prevenir su aparición, implementando programas preventivos-educativos-antimicrobiano, en las madres y familiares convivientes, ya que es conocida la relación entre el nivel de infección por *Streptococos mutans* en los niños y el de las personas estrechamente relacionadas con ellos, principalmente las madres.

Todos los niños menores de 3 años de edad con lesiones cariosas cavitadas o no cavitadas son diagnosticados como Caries de Infancia Temprana Severa (S-ECC). Los niños con estas lesiones tienen mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente. Así mismo, los niños que toman biberón por la noche con leche u otros agentes cariogénicos durante el primer año de vida, tienen mayor susceptibilidad a la enfermedad (Duque De Estrada, J Y Col, 2007).

Los pacientes que desarrollan caries de infancia temprana tienen riesgo de desarrollar procesos infecciones como celulitis, abscesos, osteomielitis, teniendo en cuenta que el desarrollo del proceso infeccioso es rápido. El dolor dental en casos ya avanzados lleva a incapacidad para alimentarse, por lo cual el niño tiende a perder peso. Además la pérdida de alguno de los dientes temporales da como resultado, disminución en función masticatoria, dificultad para la fonación, problemas estéticos, instauración de hábitos perniciosos como la interposición lingual y/o labial, pérdida de espacio en la zona de sostén resultando en

malposiciones dentarias por alteración de la erupción de los dientes permanentes que les suceden, alteración en el crecimiento y desarrollo de los maxilares, succión digital o empuje lingual, así como alteraciones emocionales” como consecuencia de lo anterior, el niño que presenta CIT, ve afectada su calidad de vida, desarrollo emocional, social, con consecuencias generales y alteraciones sistémicas.(Arango y Baena)

Así mismo, la economía de las familias se ve altamente afectada, pues el costo de tratamiento dependiendo de la severidad de la CIT, se eleva al presentarse en los niños un alto grado de CIT, en cuyo caso es necesario acudir a tratamientos más complejos como la hospitalización, uso de anestesia general y medicamento de uso intrahospitalario.

En la zona Zipaquirá, área de influencia de UNICOC se encuentran ubicados 103 Hogares comunitarios pertenecientes a 13 municipios. Para conocer la situación de salud oral de esta población se realizó un estudio, desarrollando la primera fase en una muestra 258 niños entre 24 y 72 meses, de hogares del municipio de Chía-Cundinamarca. Igualmente se conoció información sobre las practicas de higiene oral de los padres, evidenciando la problemática de esta patología en la zona y creándose la necesidad de definir estrategias, que permitan intervenir la situación de salud encontrada, mediante el refuerzo de prácticas adecuadas de higiene oral y apropiación de conocimientos a padres y madres comunitarias que le permitan ser multiplicadores de hábitos de higiene oral en los hogares comunitarios y en la familia. Por lo anterior se quiere conocer ¿Cuál es el diseño de un programa de prevención de caries de infancia temprana para madres comunitarias y cuidadores principales en los hogares comunitarios del ICBF?

## 1.2 JUSTIFICACION

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad bucal, están articulados con las políticas públicas, dadas por el Ministerio de la Protección Social, Resolución 412, Plan Nacional de salud Bucal (Resolución 3577 del 2006) y Plan Nacional de salud pública (decreto 3039 del 2007, en el cual la salud oral se encuentra como una de las prioridades en salud a nivel nacional.

La “Ley de Infancia y adolescencia” (1098 de 2006), en el Artículo 27, referente al derecho a la salud a la letra dice: “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud”.

En el párrafo 1 del mismo Artículo, se indica que “para efectos de ésta ley, se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o a la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.”

El párrafo 2 de ésta ley se indica que, “para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y medianamente el principio de progresividad, el Estado creará el sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales, y para el 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo para el 2010 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo”.

El Instituto Colombiano del Bienestar Familiar en el programa de “ASISTENCIA A LA NIÑEZ Y APOYO A LA FAMILIA PARA POSIBILITAR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS” orientado a las familias con niños, niñas, jóvenes, mujeres gestantes y lactantes, adultos mayores de 60 años en condiciones de indigencia y discapacitados, pertenecientes a la población con mayor riesgo social clasificada en los niveles de SISBEN 1 y 2 y, con vulnerabilidad social, cultural, nutricional psicoafectiva, grupos étnicos, familias de las áreas rurales dispersas y aquellas identificadas en situaciones de emergencia causadas por desastres naturales o que se encuentran en situación de desplazamiento.

El programa define los procesos, acciones y estrategias interdisciplinarias encaminadas a propiciar oportunidades y capacidades para que las familias, como unidad básica de desarrollo, en todas sus estructuras, tipologías y manifestaciones interculturales, puedan garantizar el cumplimiento de sus funciones de socialización, construcción de valores, de democracia y responsabilidades en el desarrollo humano y afectivo de todos sus miembros, de tal forma que favorezcan el ejercicio de sus derechos (ICBF, 2007).

Según los lineamientos que rigen los proyectos adelantados por el ICBF, “La primera infancia es la etapa del ciclo vital que comprende el desarrollo de los niños desde su gestación hasta los seis años de vida, etapa crítica importante y decisiva para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico y social, tal como lo demuestran múltiples investigaciones”. Esta etapa de la vida resulta ser determinante para el desarrollo de los individuos en cuanto a la dentición permanente se refiere, parte del cuidado y generación de hábitos de higiene oral saludables que se desarrollen en esta etapa serán determinantes para la salud oral del individuo en el futuro.

El apoyo a la primera infancia se brinda a través de la operación del servicio público de bienestar familiar en diferentes modalidades de atención las cuales comprenden el conjunto de procesos, recursos, parámetros y actividades en

corresponsabilidad (acordadas) con la familia, la comunidad y el estado que se articulan para dar respuesta al derecho que tiene la familia de ser apoyada para garantizarle a los niños y niñas menores de seis años su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos

La adopción de comportamientos que promueven la salud desde una edad temprana influye de manera definitiva en la escogencia de estilos de vida y conllevan a mantener la salud a través de la vida. Las Normas Técnicas de Atención Preventiva en Salud Bucal del Sistema General de Seguridad Social en Salud recomiendan iniciar la promoción en salud oral con los padres de familia en los menores, concomitantemente con los controles de crecimiento y desarrollo y establecen que el niño debe asistir a consulta odontológica a partir de los 2 años, como estrategia para la prevención de la caries de infancia temprana (Franco, M, Y Colaboradores, 2004).

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. La caries durante la niñez tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la odontología pediátrica, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres. (O. Fejerskov, 1995).

La norma técnica de atención preventiva en salud bucal del sistema general de seguridad social en salud, recomiendan iniciar la promoción en salud oral en niños, con los padres de familia, paralelamente con los controles de crecimiento y desarrollo, y sugiere que el niño debe asistir a consulta odontológica a partir de los 2 años, como estrategia para la prevención de la caries de infancia temprana. La adopción de comportamientos que promueven la salud desde una edad temprana influye de manera definitiva en la escogencia de estilos de vida y conllevan a mantener la salud a través de la vida (KWAN, S, 2006).

Otero, 2007, sostiene que, la Educación para la Salud, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud (**OTERO J, 2007**).

La educación en salud oral se define como la 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. (Secretaría Distrital De Salud , 2008)

Altos niveles de caries en niños están relacionados con pobres conceptos sobre salud oral de sus padres o cuidadores, Las estrategias más costo-efectivas en prevenir la CIT han resultado de la combinación de técnicas educativas y preventivas dirigidas a niños, padres y cuidadores, la responsabilidad debe ser compartida, con la participación activa de todos los actores. (**FREIRE, J.M, 2003**).

Por esta razón se seleccionaran madres comunitarias y cuidadores principales como líderes promotores de salud. Para el buen desarrollo del programa, es necesario definir las características que debe tener una madre comunitaria para ser promotora y divulgadora de la información, en otras palabras, las características de una madre comunitaria líder.

### **1.3 PROPOSITO**

El propósito de la investigación es diseñar un programa en salud oral fundamentado en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres de familia y madres comunitarias de niños y niñas de Hogares comunitarios del ICBF.

## **1.4 IMPACTO SOCIAL DEL PROGRAMA**

Por medio de la implementación del programa se logrará la generación de comportamiento saludables en los primeros años de vida favoreciendo la salud oral de los niños en edades entre los 24 y 72 meses de edad, con lo cual se contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida de los niños, en respuesta a los lineamientos planteados por el ICBF

## **1.5 MARCO TEORICO**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1987) define la caries dental como un proceso patológico y localizado de origen multifactorial, que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evolucionando hasta la formación de una cavidad (Belinda V, Melara, 2007).

La caries dental es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano, compleja y de carácter multifactorial. En su instauración y desarrollo confluyen numerosos factores, asociados en la tríada clásica de Keyes (huésped susceptible, dieta y microorganismos cariogénicos), junto a factores medioambientales y el tiempo (Feldens, CG, 2007)

Desde 1994, el Centro de Prevención y Control de la Enfermedad (CDC), recomendó utilizar el término "early, childhood, caries" (ECC) o "caries de la infancia temprana" (CIT), para designar este trastorno de salud oral en la infancia. (Douglas, J M. y col, 2004)

El Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial (NIDCR) propuso en 1999 el criterio de inclusión para CIT, siendo éste la existencia de una o más piezas dentarias temporales con caries, obturaciones, o piezas perdidas por caries en un niño menor a los 71 meses de edad. Propone, además, una subclasificación de mayor severidad, denominada S-CIT y que tiene valores específicos para distintos grupos étnicos. La Academia Americana de Odontología Pediátrica

(AAPD) define la ECC como la presencia de una o más caries (lesiones cavitadas o no cavitadas), ausencia de piezas dentales (debido a lesiones cariosas) o superficies obturadas de cualquier diente primario en niños de 71 meses de edad (Gispert Abreu, E Y Col, 2006).

Todos los niños menores de 3 años de edad con lesiones cariosas cavitadas o no cavitadas son diagnosticados como Caries de Primera Infancia Severa (S-ECC). Los niños con dicha patología tienen mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente. Así mismo, los niños que toman biberón por la noche con leche u otros agentes cariogénicos durante el primer año de vida, tienen mayor susceptibilidad a la enfermedad (Duque De Estrada, J Y Col, 2007).

El término caries de la infancia temprana (CIT) se emplea para describir la presencia de una ó más superficies cariadas, perdidas u obturadas en cualquier diente deciduo en un niño menor de seis años de edad . De acuerdo con la Academia Americana de Odontología Pediátrica, cualquier signo de caries dental en superficies lisas en un niño menor de tres años es indicativo de CIT severa. (Belinda V, 2007)

Hasta hace algunos años esta enfermedad era conocida como *caries de biberón*; sin embargo, el término CIT fue adoptado en reconocimiento de los múltiples factores involucrados en la etiología de esta enfermedad, más que continuar atribuyendo su aparición a hábitos dietéticos inapropiados. Al inicio, la CIT se manifiesta como lesiones de caries dental que afectan las superficies lisas de los incisivos superiores deciduos; cuando la enfermedad progresa, aparecen nuevas lesiones sobre las superficies oclusales de los molares deciduos y su diseminación a otros dientes conlleva a la destrucción eventual de toda la dentición decidua. (Shaheed, 2007)

### **1.5.1 Etiología**

La Caries de Primera Infancia es una enfermedad multifactorial. En su compleja etiología existe una interacción inexplicable de factores tales como: la infección por *Streptococcus Mutans* (MS), la educación de la madre (o cuidador), lactancia materna prolongada, el estrés, autoestima, estructura familiar y social, utilización del biberón impregnado en miel o azúcar (como relajante o para que el bebe se duerma), frecuencia de alimentación del niño, o el consumo de alimentos o bebidas azucaradas, entre otros. (Belinda V, 2007)

El proceso carioso se inicia con la desmineralización del esmalte en la superficie del diente. Los cambios ocurridos durante los primeros estadios son eventos que suceden a nivel microscópico. Cuando la lesión se empieza a hacer visible, la superficie dental comienza a perder su brillo, tornándose opaca, de color blanco-amarillento y de manera progresiva se inicia la pérdida de la superficie del esmalte. En estas primeras etapas no hay ningún tipo de dolor, el niño no manifiesta ninguna incomodidad y es por esto que suele pasar desapercibida. Al avanzar la enfermedad, la estructura del diente pierde completamente su dureza, se inicia una cavidad y la lesión se torna de un color amarillo-café. Si la caries no se detiene e involucra sólo la estructura del esmalte se denomina lesión incipiente, si progresa hasta la dentina es una lesión moderada y si se encuentra a 0.5 mm de la pulpa se considera una lesión avanzada (Franco, M, Y Col, 2004)

### **1.5.2 Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo se conocen como predictores los cuales pueden ser biológicos o sociales. De manera general se ha observado que individualmente estos predictores tienen muy poco efecto, lo cual varía al agrupar algunos de ellos, aumentando así su poder predictivo:

- **Biológicos**

Dieta: La utilización del biberón con sustancias edulcoradas es la causa más frecuente de Caries de Primera Infancia. La enfermedad también puede ocurrir en

niños con lactancia materna prolongada y/o hábito de chupete impregnado en sustancias azucaradas. (Shaheed, 2007)

El líquido se estanca alrededor de los dientes, particularmente en los niños que se quedan dormidos durante la alimentación. Cuando están dormidos, la salivación disminuye, se reducen las capacidades de amortiguamiento y los efectos protectores de la saliva. Si los líquidos contienen azúcar, éstos son metabolizados por microorganismos que se encuentran en la boca, produciendo ácidos orgánicos que causan la desmineralización de los dientes. Si estos líquidos cariogénicos son consumidos frecuentemente, los dientes son expuestos a condiciones cariogénicas durante períodos prolongados de tiempo, únicamente con intervalos cortos de reparación o remineralización del diente desmineralizado. (Duque De Estrada, J y col, 2003).

Factores microbiológicos: La Caries de Primera Infancia se debe a un mal hábito en la alimentación por exposición frecuente y duradera de los dientes a una fuente de hidratos de carbono refinados, especialmente durante el sueño. Cuando existe un aporte abundante de éstos hidratos, se produce un aumento de las cepas cariógenas: *Streptococcus Mutans* y *Lactobacillus*, que producen, fundamentalmente, ácido láctico más difícil de neutralizar. Se ha demostrado que los *Streptococcus Mutans* constituyen menos del 1% de la flora oral en el niño con bajo índice de caries dental, en comparación con el niño que padece Caries de Primera Infancia, en el cual existe del 30 al 50% de estas bacterias. Así mismo, se ha expuesto que niños que son tratados con antibióticos durante períodos prolongados de tiempo, desarrollan menos lesiones cariosas debido a que estos fármacos disminuyen o eliminan las concentraciones de *Streptococcus Mutans*. (Shaheed, 2007).

- **Factores del huésped**

Maduración y defectos del esmalte: La hipoplasia del esmalte parece ser un factor de riesgo para CIT, por proporcionar un esmalte de peor calidad y zonas retentivas para el acúmulo de placa. Se ha detectado una mayor prevalencia de defectos del esmalte en relación a un nivel socioeconómico (NSE) bajo, lo que ha sido asociado a una deficiencia nutricional materna crónica, bajo peso al nacer y a enfermedades infecciosas perinatales. (Tracy L, 2007)

Factores salivales: La saliva contiene un gran número de elementos que participan en la protección de los tejidos orales, y los pacientes con un menor flujo salival desarrollan más caries, sobre todo en sitios poco susceptibles. Entre los factores que han sido directamente relacionados a una mayor prevalencia de CIT se cuentan una menor capacidad buffer de la saliva, un menor flujo salival y una menor secreción de IgA (Fernández Ramos, M y col, 2006).

Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido que favorece el proceso de desmineralización y progreso de la caries.

Deficiente capacidad de mineralización: cuando esta afectada la capacidad de incorporación mineral a un diente recién brotado o la capacidad de reincorporación mineral al esmalte desmineralizado, la desmineralización progresa y se favorece el proceso de caries

- **Factores sistémicos:**

Ciertas patologías sistémicas condicionan un mayor riesgo de desarrollar caries, ya sea por provocar un menor dominio motriz que imposibilita o dificulta la higiene, o por una derivación forzada de éstas prácticas a terceras personas. El consumo permanente de medicamentos en ciertos casos se relaciona con hiposialia, lo que junto al consumo de jarabes azucarados optimiza las condiciones para el desarrollo de esta patología. Los niños en muchos casos presentan mal

comportamiento, lo que se traduce además, en bajos índices de restauración. Así, ha sido demostrado que los niños con discapacidades asisten menos al dentista que los niños sanos, y tienen peor higiene y salud oral. Las patologías que han sido relacionadas directamente con una mayor prevalencia de CIT son, entre otras, el Síndrome de Down, el Síndrome de déficit atencional, la parálisis cerebral y la condición VIH+. Los niños hospitalizados dependen ampliamente de los cuidados prestados por enfermeras, lo que incluye la mantención de su higiene oral. Reportes actuales han logrado clarificar en qué medida estos cuidados no son entregados eficientemente, y cómo una intervención educativa produce una mejora evidente en la calidad de esos cuidados. (O. Fejerskov, 1995)

**Baja capacidad buffer salival:** la baja capacidad salival para detener la caída del PH y restablecerlo incrementa la posibilidad de desmineralización de los tejidos dentales (capacidad tampón) Valores normales de PH de saliva estimulada normal: 5.75 a 6.75, bajo: < 4. (Shaheed, 2007)

**Flujo salival escaso:** La xerostomía esta asociada a disminución de las funciones protectoras de la saliva, lo que promueve la desmineralización, aumento del número de microorganismos cariogénicos e incremento del riesgo a caries dental

**Viscosidad salival:** La saliva viscosa es menos efectiva en el despeje de los carbohidratos, favoreciendo la desmineralización.

**Apiñamiento dentario moderado y severo:** Dificultad para realizar correcta fisioterapia bucal, acumulación de placa dentobacteriana; y además el uso de aparatología ortodóncica y protésica, factores que favorecen la desmineralización. (Zanatal, 2003).

**Anomalías u Opacidades del esmalte:** favorecen la acumulación de placa dentobacteriana con el aumento de desmineralización y del riesgo de caries.

- **Factores sociales**

La prevalencia de muchas enfermedades lleva implícito un determinante social. Las desigualdades en el área de la salud oral son un hecho hasta en los países más avanzados, en donde ciertos grupos de riesgo se han convertido en el foco de la mayor parte de las intervenciones. La forma en que interactúan los variados factores sociales, demográficos y conductuales es muy compleja. En la mayoría de los estudios publicados no se logra definir un poder predictivo poderoso individual para cada una de estas variables (REALPE, C, 2002)

**Nivel socioeconómico:** La evidencia avala el hecho de que ciertos segmentos desfavorecidos de la población presentan una mayor prevalencia de caries. De esta forma, un bajo nivel socioeconómico, la condición de inmigrante y la pertenencia a ciertas minorías étnicas han sido apuntados como factores de riesgo para el desarrollo de CIT, aunque la medida en que cada uno de ellos influya en el modelo final permanece difícil de cuantificar debido a la superposición que existe entre ellos. Además, existe evidencia que demuestra ciertas diferencias en cuanto al status rural/urbano, siendo estas contradictorias. El mayor acceso a los servicios dentales en la ciudad se ve en muchos casos menoscabado por una oferta amplia en alimentos cariogénicos. Los ingresos familiares presentan una relación lineal inversa con la prevalencia y severidad de CIT. Otros factores identificados son la falta de seguros médicos que incluyan el tratamiento dental, el estado marital de los padres y el tamaño de la familia, y un mal estado de salud oral de la madre. Tomando en cuenta que los niños de peor condición socioeconómica presentan menores índices de obturación, que en promedio reciben consultas más cortas, y que son menos referidos a especialistas que los de mejor situación, se da una situación en la que aquellos individuos que más requieren de atención son en efecto los que menos la reciben. Adicionalmente, ciertos cambios estructurales en la sociedad han tenido repercusiones a todo nivel, incluyendo a la familia. Así, en la sociedad actual la mujer ha sido integrada

activamente a labores fuera del hogar, muchas veces poco tiempo después del parto (sobre todo en familias de bajos ingresos), delegando el cuidado de los hijos en terceras personas normalmente menos capacitadas e interesadas en estimular los hábitos de higiene de los niños. (Rosamund Harrison, 2003)

Educación de los padres: La educación en salud oral proviene principalmente de la madre, por lo que el grado de interés y la motivación de esta tendrá repercusiones en el estado de salud de sus hijos. Por esto, parece lógico que la alta prevalencia de la CIT esté asociada estrechamente a un bajo nivel educacional de las madres, y que este haya sido relacionado inversamente con el ceo-d de sus hijos. En adición, las madres desconocen en muchos casos lo dañino de las prácticas de lactancia inadecuadas, especialmente si son jóvenes. Hijos de madres jóvenes y solteras presentan una mayor prevalencia y severidad de CIT. En nuestro país se ha reconocido la indiferencia y escasos conocimientos de la población respecto a los hábitos alimentarios y la higiene oral. La creencia popular de que la fórmula dentaria temporal es de menor importancia que la permanente y que los únicos azúcares que pueden causar caries provienen de los dulces, crea una situación en que las madres sistemáticamente ignoran la necesidad de mantener una higiene oral óptima en sus hijos y el tratamiento se busca casi exclusivamente en caso de dolor. Es importante mencionar que el nivel educacional ha demostrado una relación más fuerte con CIT que el ingreso, lo que demostrado en el análisis de familias que cambiaron su status social. (Tracy L, 2007)

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. La caries durante la niñez tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la odontología pediátrica, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres. (O. Fejerskov, 1995)

Biberón: El uso del biberón, especialmente nocturno, ha sido ampliamente relacionado a la aparición de CIT, al igual que otros elementos como las tazas antiderrame. El patrón de afección a los incisivos superiores se explica en parte por la posición del chupete entre estos y la lengua, dificultando la autoclisis por medio de la lengua y la saliva. Este hecho que explicaría la relativa resistencia de los incisivos inferiores, junto con una mayor proximidad a los conductos de salida de las glándulas sublingual y submaxilar. El biberón, usado como forma de pacificar al lactante cuando se despierta por la noche, junto a otras prácticas como la utilización de chupo durante el día, son situaciones en que debido a la alta frecuencia de ingesta, se multiplica el riesgo. (O. Fejerskov, 1995)

Lactancia: La lactancia materna provee de los nutrientes necesarios para el crecimiento, junto con inmunoglobulinas importantes para la prevención de enfermedades, además de proporcionar lazos importantes en el desarrollo psicológico del niño. Una lactancia adecuada no debe prolongarse mucho más allá del año de edad, no sólo por el incremento de los requerimientos nutritivos del bebé sino por un riesgo elevado de desarrollar caries. El riesgo está relacionada a una alta frecuencia de consumo, especialmente en la lactancia "a demanda", y no específicamente a la composición de la leche materna. Es una práctica bastante común la de postergar el destete hasta después del año de edad, incluso hasta los 3 años o más. Así, el 55% de los lactantes en India es destetado después de los dos años de edad y virtualmente ningún bebé es destetado antes del año de edad en África Central. Un amplio estudio conducido en Australia el año 2003, concluyó que la lactancia materna prolongada hasta los 12 meses de edad, tenía un efecto beneficioso en la prevención de caries en comparación con el grupo que la recibió por menos de 6 meses. Juárez y colaboradores encontraron que 44,3% de los niños alimentados por biberón desarrollaron caries a los 4 años, en comparación con un 20,3% de los niños alimentados por lactancia materna exclusiva, concluyendo que debería fomentarse ésta última. (Fernández Ramos, M y col, 2006).

Personalidad: Los niños con dificultades de adaptación, ya sea por agresividad, miedos, depresión u otros problemas de índole social, se rehúsan más a ser atendidos, presentando tasas de atención odontológica mucho menores que el resto de los niños. Un estudio demostró que los niños tímidos tenían un mayor riesgo de presentar CIT, lo que se ha relacionado a un mayor uso en frecuencia del biberón y al manejo de las dificultades para conciliar el sueño por parte de los padres. En Dinamarca, un país con baja prevalencia de caries, se demostró que los niños con menor rendimiento escolar tienden a tener una peor higiene oral, comen más dulces y consumen más bebidas azucaradas que los otros niños. (Tracy L, 2007)

Higiene oral: La masificación de las prácticas de cepillado, junto al uso de pastas dentrificas fluoruradas ha tenido un impacto indiscutible en la prevalencia de la caries dental. Aún así, el hábito del cepillado dental es cultural y en algunos grupos étnicos que no cepillan sus dientes las caries aparecen sólo luego de un cambio en la dieta. La situación de los niños es especial en este contexto, ya que dependen de los adultos en cuanto a la instauración de este hábito y debido a que generalmente no son capaces de realizar las técnicas eficientemente debido a su limitado desarrollo motriz. Así, no sorprende el hecho de que los niños que no cepillan sus dientes tengan una mayor prevalencia y severidad de caries dental que aquellos que si lo hacen, y que los niños que reciben asistencia en el cepillado se cepillen con mayor frecuencia. Adicionalmente, la edad en que se comienza el cepillado ha demostrado ser relevante en cuanto a la incidencia de caries en estudios retrospectivos. En cuanto al tipo de dentrífico utilizado, se ha comprobado que los niños que utilizan pastas de niño usan más dentrífico y se cepillan por más tiempo que los que utilizan pastas de adulto. Adicionalmente, un estudio en nuestro país ha logrado establecer que un mal cepillado presenta una mayor relación con la aparición de caries en preescolares que una dieta altamente cariogénica. (Zanatal, 2003).

Políticas a nivel nacional: Las políticas en salud de un país tienen un efecto en las condiciones de vida de sus ciudadanos. Así, se ha encontrado una relación inversa entre el gasto nacional per cápita en salud y la prevalencia de caries. En Estados Unidos, Medicaid ha incorporado la cobertura de CIT, y se han incorporado programas específicos de prevención a segmentos en alto riesgo en algunos estados, como hispanos y nativos americanos, los que son aplicados a través de profesionales no dentales del área de la salud. Los resultados han sido prometedores. En Chile la prevención de la CIT forma parte de la norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil, habiéndose educado con este propósito al equipo pediátrico de consultorios y servicios de salud pública, en el contexto del Control de Salud del Niño, y el Control Odontológico del Niño Sano. (GARCIA,2001)

### **1.5.3 Incidencia y Prevalencia.**

La prevalencia de caries de Infancia temprana es del 1-12% en países desarrollados y del 70% en países en desarrollo. Otros estudios determinan que los niños de padres con bajo nivel económico tienen una mayor prevalencia que los niños con alto nivel socioeconómico. (Hanoi González y col, 2006)

La prevalencia de caries de infancia temprana ha llegado a niveles epidémicos en países como México (97%), Emiratos árabes (93,8%), China (88,5%) y Escocia (75%). En Recife, Brasil, se encontró un 46,2% de prevalencia en niños de 2 a 3 años. En Estados Unidos (EU) el 8% de los niños de dos años presentan caries, valor que llega a 40% en los niños de 4 años. (Hanoi González y col, 2006)

La prevalencia de CTI en países industrializados como Canadá, Australia o Estados Unidos es baja y no mayor de un 5,4%, si bien otros informan del incremento que en las últimas décadas se está observando en la aparición de la enfermedad en Estados Unidos. Entre los factores relacionados con su etiología destacan las condiciones socioeconómicas y culturales de la sociedad moderna.

En Estados Unidos, las poblaciones de alto riesgo incluyen niños(as) hispanoamericanos y/o nativos de América. Así, se ha reportado que un 50% de los niños(as) nativos americanos y de Alaska sufren CTI. En niños(as) suecos de 2.5 años, reportaron un 11,7% de caries inicial y un 6,4% de lesiones cavitadas. En países como España, examinaron infantes de 3 a 4 años en guarderías y clínicas privadas de Granada, España, observando una prevalencia del 13% en la población estudiada. (Franco, M, y col, 2004)

En una investigación realizada con niños(as) costarricenses de 12 a 24 meses de edad se encontró una prevalencia de caries del 36%, con un promedio de dientes cariados de  $4.1 \pm 3.6$  y de dientes cariados versus dientes presentes de  $26.8 \pm 21.3$ , después de haber definido caries dental desde lesiones de mancha blanca con desmineralización inicial del esmalte hasta lesiones cariosas abiertas. La CTI constituye un importante problema de Salud Pública en Costa Rica, donde determinaron que los pacientes con CTI presentan un mayor riesgo de desarrollar caries en la dentición permanente. (Hanoi González y col, 2006)

En Colombia, el último Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, encontró que a los 5 años, el 60.4% de los niños habían sido afectados por la caries dental, con grandes disparidades según la región, porque en la Orinoquia y Amazonia el porcentaje se eleva a 84.7% y en Medellín, disminuye a 47.4%. El número promedio de dientes primarios afectados por niño de 5 años en todo el país fue de 3.0 (rango 1.1 – 4.5) y en Medellín fue de 1.9. La descomposición del índice nacional, según sus componentes, revela que de los 3.0 dientes afectados, 2.4 están cariados, 0.5 están obturados y 0.1 están indicados para extracción

#### **1.5.4 Promoción y prevención de caries de infancia temprana**

Se recomienda enfocar las estrategias preventivas hacia cada uno de los factores asociados a la etiología de esta patología. (Brambilla, E, y col, 1998)

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que “la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas vidas sanas, la Promoción de la Salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.” (Bernabé Ortiz y col, 2006)

**Educación para la Salud**, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad. (Alsada, Lisa H, 2005)

Fue definida por la OMS como “la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad”. (Gispert Abreu, E y col, 2006)

La **Actitud** ha sido definida como la “posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación”.

También ha sido definida como “el proceso de facilitar el aprendizaje para permitir a las audiencias tomar decisiones racionales e informadas e influir en su comportamiento. Se puede realizar mediante el sector formal, es decir, incluyendo

los contenidos de salud en el currículo de estudio de los distintos niveles de enseñanza o empleando canales no formales como organizaciones sociales y de masa, cooperativas campesinas, sindicatos, clubes de adolescentes, redes de apoyo social entre otros". (Brambilla, E, y col, 1998)

Se ha reportado el establecimiento de tres niveles de prevención de la Caries de Infancia Temprana:

- 1.) A nivel de la comunidad:
  - a.) Educación a las madres: orientada hacia una dieta equilibrada,
  - b.) Fluorización del agua.
  - c.) Programas preventivos comunitarios y personales para comunidades de alto riesgo.
- 2.) A nivel profesional (clínicas dentales):
  - a.) Detección temprana.
  - b.) Asesoramiento dietético.
  - c.) Flúor.
  - d.) Clorhexidina.
  - e.) Selladores.
- 3.) A nivel del cuidado en casa:
  - a.) Hábitos en la dieta
  - b.) Dentífricos con flúor
  - c.) Suplementos de flúor
  - d.) Higiene oral

La prevención especialmente vía educación y protección específica se vuelve esencial. Con respecto a la primera, numerosas intervenciones a través de programas educativos en niños en etapa preescolar han demostrado disminuir significativamente la experiencia de caries de esos niños a futuro, y la educación de los padres y cuidadores ha demostrado ser una de las estrategias de prevención más costo-efectivas. Aún así, algunos programas que han buscado cambiar hábitos dañinos relacionados al uso del biberón, fallaron en lograr un

cambio sustantivo en éstas prácticas. Es importante agregar que niños y jóvenes responden mejor a una presentación visual de las recomendaciones a seguir, y que estas deben ser enfocadas en miras a cambiar los hábitos, y no solamente para aumentar el conocimiento, ya que un mayor conocimiento por si solo no logra cambiar el comportamiento. (INGER WENNHALL, 2005)

Todos los procedimientos disponibles para promover la salud oral incluyen componentes educativos. La educación de los grupos diana, tales como los responsables políticos, gestores de industrias alimentarias, personal encargado de proporcionar cuidados sanitarios -especialmente los profesionales de atención primaria-, trabajadores de centros educativos, participantes en programas sanitarios y escolares y los representantes de los organismos estatales reguladores de la publicidad, debería ser parte integrante de cualquier medida reguladora, legislativa o de intervención de los servicios de Salud Pública. (Bernabé, E y col, 2006)

Del mismo modo, para concentrar los recursos y permitir que la información que se difunde sea específica, la educación para la salud dental de la población debería dirigirse sobre todo a embarazadas y niños.

#### **1.5.5 Actividades Preventivas Asistenciales:**

**Control de placa bacteriana:** Son las acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos por parte del odontólogo o la auxiliar de higiene oral, con las indicaciones respectivas a la madre para mantener la cavidad bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana. (INGER WENNHALL, 2005)

**Educación en Higiene Oral.** Se evalúa la forma como la madre realiza la limpieza oral diaria e indica la técnica adecuada de higiene bucal. (Rosamund Harrison, 2003)

El cepillado dental es el método más eficaz para la remoción de la placa bacteriana, se realiza en orden para evitar dejar áreas sin limpiar con movimientos de barrido, es decir los dientes superiores hacia abajo y los inferiores hacia arriba tanto por vestibular como palatino o lingual, en las superficies oclusales de molares se hacen movimientos circulares con el fin de remover la placa retenida en los surcos. (INGER WENNHALL, 2005)

La seda dental es un elemento elaborado para eliminar la placa interdental de los dientes mediante el arrastre de restos alimenticios por el roce del hilo sobre la superficie dental, como complemento del cepillado dental. Se corta 20 - 30 cms del hilo y enrolla las puntas alrededor de los dedos para su manipulación, se deja de 5 - 7 cms de parte activa e introduce en los espacios interdentes hasta llegar a la zona subgingival. (Jorma I. Virtanen Et Al, 1999).

La higiene bucal se finaliza con la remoción de la placa depositada en los tejidos blandos y mucosas de la cavidad bucal, como lengua, encía, paladar y surco vestibular, cepillando con precaución pero de forma eficaz.

La crema dental se utiliza como agente abrasivo y detergente, con agentes saborizantes y sustancias como el flúor que ayudan a la prevención de la caries dental, se recomienda utilizar 0.5 cm de crema sobre el cepillo dental como cantidad ideal, ya que al ingerir o utilizar inadecuadamente el flúor se puede causar daños en la estructura dentaria como fluorosis dental, especialmente en los niños de 2 a 5 años. (Martignon S. González M C, 2003)

**Profilaxis:** Es la limpieza de la superficie de los dientes por parte del personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) en el consultorio

odontológico con una copa de caucho y pasta profiláctica, diente por diente con movimientos circulares hasta remover la película de placa bacteriana de las superficies dentales por 5 minutos aproximadamente. (Tracy L, 2007)

**Aplicación tópica de Flúor:** Su mecanismo de acción es el fortalecimiento de la superficie del diente (esmalte), así como la reducción de la acción de los microorganismos (*streptococo mutans* principalmente), minimizando la producción de ácidos y la formación de cavidades en el tejido dentario.

Esta actividad la realiza personal capacitado como el odontólogo general o la auxiliar de higiene oral, en el consultorio odontológico, con la infraestructura necesaria que permita el adecuado manejo del material y el menor riesgo para el paciente, debido a que el flúor es una sustancia altamente tóxica al ser ingerida.

**Sellantes:** Es la modificación morfológica de la superficie dental mediante la aplicación de una barrera física (resina adhesiva) en las fosas y fisuras profundas de los dientes que permita disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal.

Esta actividad la realiza el personal capacitado como el odontólogo general o la auxiliar de higiene oral, en el consultorio odontológico con la infraestructura adecuada que permita la manipulación del material y colocación correcta de los sellantes de fosetas y fisuras en el paciente.

Los dientes sellados se evalúan cada seis meses o cada año, debido a que la pérdida parcial o total del sellante presenta fallas que ocurren con posterioridad a su aplicación y estas son manifiestas dentro de los seis a doce meses de realizado el tratamiento. (Jorma I. Virtanen Et Al, 1999).

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 Objetivo General**

Capacitar a madres comunitarias y cuidadores principales en la implementación de hábitos de higiene oral tendientes a disminuir riesgos en el desarrollo de caries de infancia temprana en la población de preescolares pertenecientes a los hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Zona Zipaquirá.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

- Capacitar a las madres comunitarias y cuidadores principales como líderes promotoras de salud oral.
- Educar a la madre comunitaria y cuidadora principal, en una adecuada técnica de cepillado para poderlo replicar a las demás madres comunitarias y aplicarlo en los niños
- Fortalecer las habilidades y conocimientos en salud oral de los cuidadores principales, que conlleven a la construcción de estilos de vida saludables.
- Implementar rutinas de higiene oral en el hogar comunitario.

## **2. ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE P y P

### **2.2 POBLACIÓN OBJETO**

Madres comunitarias y padres de familia de niños de los hogares comunitarios **del ICBF**

### **2.3 PROCEDIMIENTO**

Se tomó como referente para el diseño del programa los resultados arrojados de la fase I de la investigación de Caries de Infancia Temprana y asociación con factores de riesgo sociales y biológicos en los hogares comunitarios del ICBF. Zona Zipaquirá 2006, con lo cual se estableció la problemática y la población a la que va dirigido el programa.

Para el soporte teórico del programa, se realizó una revisión bibliográfica, cuyo objeto de estudio fueron los programas de Promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad oral en Colombia y en otros países.

Se realizó la búsqueda manual y electrónica de artículos científicos sobre promoción de la salud y la prevención de la CIT durante el período 2000 - 2008.

Las palabras claves utilizadas para la selección de artículos fueron: educación en salud oral, promoción y prevención de CIT, herramientas educativas en salud oral

y programas de salud oral. Fueron excluidos los artículos de fuentes bibliográficas no reconocidas.

Los artículos obtenidos se organizaron en matriz bibliográfica en la que se incluyeron datos como, año de publicación, título, Autor, resultados, conclusión, y objeto del estudio.

La información seleccionada fue organizada en tablas según las unidades de análisis previamente establecidas: 1. Programas de salud oral en el ámbito internacional como parte de Programas de Promoción y Prevención de la Salud Oral. 2. Estrategias aplicadas en Colombia como parte de Programas de Promoción y Prevención de la Salud Oral. 3. Programas de salud oral adelantados por el ICBF.

Para el diseño del programa inicialmente se estableció el diagnóstico de salud oral de la población, se enunció el problema encontrado y se caracterizó la población objeto del programa, con base en los resultados arrojados por el estudio Caries de Infancia Temprana y asociación con factores de riesgo sociales y biológicos en los hogares comunitarios del ICBF. Zona Zipaquirá 2006.

Para la planificación y formulación del programa se desarrollaron las siguientes etapas:

1- Identificación, descripción y explicación del problema.

2- Construcción de la visión, imagen o escenario futuro que se espera lograr al transformar el problema.

3- Formulación de los componentes del programa o proyecto, los cuales fueron; Antecedentes y Justificación.

Caracterización del grupo destinatario y definición del marco institucional del programa/proyecto.

Definición de objetivos.

Definición de resultados esperados e indicadores de logro.

Diseño de estrategias de intervención y actividades

Estimación de recursos

Planeamiento de la evaluación.

### 3. RESULTADOS

Se elaboró el diseño del programa de prevención de caries infancia temprana para madres comunitarias y cuidadores principales, en tres etapas:

- 1- Identificación de problema: Se identificó en la población objeto: Alta prevalencia y severidad de CIT, alto índice de placa bacteriana, baja asistencia a consulta odontológica y pobre resolución de la patología en cavidad oral, bajo nivel educativo y socioeconómico de los padres y/o cuidador principal que manifestaban tener hábitos adecuados de higiene oral en contradicción con los altos índices de placa bacteriana encontrados.
- 2- Construcción de la visión: El programa pretende establecer el hábito de cepillado diario realizado por las madres comunitarias y el cuidador principal, logrando la remoción adecuada de placa bacteriana en los niños.
- 3- **Formulación de los componentes del programa:**

#### *Antecedentes y Justificación*

Este programa, está articulado con las políticas públicas, dadas por el Ministerio de la Protección Social, Resolución 412, Plan Nacional de salud Bucal (Resolución 3577 del 2006) y Plan Nacional de salud pública (decreto 3039 del 2007, en el cual la salud oral se encuentra como una de las prioridades de las problemáticas en salud a nivel nacional. El diseño e implementación del programa busca apoyar el cumplimiento de las metas para el mejoramiento de las condiciones de salud bucal de la población.

La "Ley de Infancia y adolescencia" (1098 de 2006), en el Artículo 27, referente al derecho a la salud a la letra dice: "Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad.

Caracterización del grupo destinatario y definición del marco institucional

La población objeto se encuentra constituida por 103 madres comunitarias y 1442 cuidadores principales de los niños inscritos en los Hogares Comunitarios del ICBF zona Zipaquirá. Los niños beneficiados por el programa serán 3.024 aproximadamente

El ICBF se enfoca en la protección integral de la Familia y en especial de la Niñez. y como tal propone e implementa políticas, buscando estimular y apoyar el proceso de socialización, y el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños, Las principales acciones de intervención hacia los niños en los Hogares Comunitarios son los procesos de desarrollo físico, psicológico y social. Se espera que el Hogar Comunitario constituya un espacio donde se genere un ambiente que fomente el desarrollo integral en las dimensiones psicológico, social y físico que posibilite su sano desarrollo.

- ***Definición de Objetivos***

Objetivo General:

Capacitar a madres comunitarias y cuidadores principales en la implementación de hábitos de higiene oral tendientes a disminuir el riesgo de desarrollo de CIT en la población de los hogares del ICBF. Zona Zipaquirá.

- **Objetivos Específicos**

- Capacitar a las madres comunitarias y cuidadores principales como líderes promotoras de salud oral.
- Fortalecer las habilidades y conocimientos en salud oral de las madres comunitarias y cuidadores principales, que conlleven a la construcción de estilos de vida saludables.
- Educar a la madre comunitaria y cuidadora principal, en una adecuada técnica de cepillado para realizarla en los niños.
- Implementar la rutina de higiene oral en el hogar comunitario.

- **Definición de resultados esperados e indicadores de logro**

**Metas**

30% de las madres comunitarias formadas como líderes promotoras en salud oral.

70% de las madres comunitarias capacitadas en higiene oral y técnica de cepillado.

30% de los cuidadores principales formados como líderes promotores en salud oral.

70% de los cuidadores principales capacitados en higiene oral y técnica de cepillado.

70% de los preescolares con un correcto cepillado diario.

**Indicadores**

# de Madres comunitarias formadas como líderes/ total de madres comunitarias convocadas.

# de Madres comunitarias capacitadas/ total de madres comunitarias de hogares zona Zipaquirá.

# cuidadores principales formados como líderes/ total de cuidadores principales de los niños convocados.

# cuidador principal capacitados/ total de cuidadores principales de los niños que asisten al ICBF.

# de escolares con cepillado diario/ total de escolares beneficiarios del programa

*Diseño de estrategias de intervención y actividades*

**Objetivo 1:** Capacitar a las madres comunitarias y cuidadores principales como líderes promotoras de salud oral.

**Estrategia:** Implementación de taller teórico práctico

### **ACTIVIDADES**

- ✓ Definir el perfil de las madres comunitarias y cuidadores principales líderes
- ✓ Realizar la convocatoria
- ✓ Selección de los líderes
- ✓ Evaluación de preconceptos
- ✓ Definición de las temáticas
- ✓ Capacitación en liderazgo
- ✓ Evaluación

**Objetivo 2:** Fortalecer las habilidades y conocimientos en salud oral de las madres comunitarias y cuidadores principales, que conlleven a la construcción de estilos de vida saludables

**Estrategia:** Taller de salud oral

### **ACTIVIDADES**

- ✓ Realizar convocatoria
  - ✓ Evaluación de preconceptos en conocimientos y prácticas de salud oral
  - ✓ Taller Interactivo
  - ✓ Temática: CIT- placa bacteriana-factores de riesgo
  - ✓ Elaboración de guías de apoyo.
  - ✓ Elaboración de presentaciones didácticas
  - ✓ Elaboración de carteleras informativas
  - ✓ Evaluación
- Análisis comparativo de evaluación de preconceptos y evaluación post-taller

**Objetivo 3:** Educar a la madre comunitaria y cuidadora principal, en una adecuada técnica de cepillado para realizarla en los niños.

**Estrategia:** Implementación de taller

#### **ACTIVIDADES**

- ✓ Realizar la convocatoria
- ✓ Definición de las temáticas
- Técnica de higiene oral. Técnica rotacional
- ✓ Elaboración de guía de apoyo.
- ✓ Elaboración de presentación didáctica.
- ✓ Elaboración de cartelera informativa.
- ✓ Evaluación post-taller inmediata comparativa con el pre-taller sobre Conocimientos.

**Objetivo 4:** Implementar la rutina de higiene oral en el hogar comunitario.

**Estrategia:** Implementación de simulación de técnica de cepillado

#### **ACTIVIDADES**

- ✓ Establecer horario de cepillo
- ✓ Determinar lugar de cepillado
- ✓ Técnica de cepillado
- ✓ Establecer el responsable del cepillado diario de los niños
- ✓ Implementar metodologías de registro del cepillado diario
- ✓ Evaluación inicial de presencia de placa bacteriana
- ✓ Desarrollo del cepillado. Técnica rotacional
- ✓ Evaluación cada seis meses de placa bacteriana en los niños.

- **Estimación de Recursos**

De acuerdo a las actividades programadas se estimó la necesidad de recursos humanos (capacitadores), recursos físicos (salón para los talleres, recursos materiales (papelería, computador portátil, video beam, marcadores, liquido revelador de placa, fotocopias, macromodelos, tinta de impresión y otros elementos inherentes al programa. (Ver anexo programa)

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA:** Se realizará una evaluación en cada fase del programa así:

### **EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN**

Se evaluará:

El diseño del programa y su correspondencia con el problema planteado y diagnóstico de la población.

### **EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN**

Se realizará el monitoreo durante la ejecución del proyecto; para la verificación de las actividades programadas, cumplimiento de los tiempos estipulados, resultados esperados y cronograma.

Se plantearan las correcciones y ajustes necesarios para el alcance de los objetivos propuestos.

La guía será el plan de actividades y el cronograma.

### **EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

Se determinará de acuerdo al cumplimiento de cada uno de los indicadores de logros enunciados. (Ver anexo programa)

#### **4- CONCLUSIONES**

Los lineamientos y políticas del ICBF integran una práctica social que generan mecanismos para involucrar a las familias, quienes deben participar en programas de promoción, prevención y educación en salud oral. Con el propósito de desarrollar en los padres conocimientos, actitudes y practicas adecuadas de salud oral en sus hijos.

Dentro del diseño de un programa de promoción y prevención de CIT en el ámbito nacional e internacional se plantea la importancia de implementar el uso de de cartillas, talleres y capacitación a los padres (Universidad Nacional. Instituto Amazónico de Investigaciones , 2000).

Los programas de promoción y prevención de CIT deben involucrar a tanto a los niños como a los cuidadores.

Los lineamientos y políticas del ICBF procuran integrar una práctica social para generar mecanismos que involucren a las familias, quienes deben participar en programas de promoción, prevención y educación en salud oral, para rescatar el papel de los padres en la formación de valores, actitudes, destrezas y hábitos correctos de la salud oral de los hijos.

## **5- RECOMENDACIONES**

Realizar trabajos de seguimiento al programa diseñado, con miras a establecer su efectividad.

Realizar programas de atención integral en promoción y prevención de la salud oral involucrando los parámetros de evaluación establecidos por la OMS.

Realizar una implementación inmediata del programa al interior de los hogares comunitarios del ICBF.

## 6- BIBLIOGRAFIA

**ALMERICH** José Y Montiel José. Encuesta De Salud Oral En La Población Infantil De La Comunidad Valenciana, España. En: Rev. Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal. Pág- 1- 12. 2004.

**ALSADA**, Lisa H. Development and Testing of an Audio-visual Aid for Improving Infant Oral Health through Primary Caregiver Education. Journal of the Canadian Dental Association, April 2005, Vol. 71, No. 4

**ALVAREZ** Carmen, Y Colaboradores. Componente Educativo- Recreativo- Asociativo En Estrategias Promotoras De Salud Bucal En Preescolares Venezuela. En: Revista Cubana De Estomatología. Vol. 43 No. 2. Ciudad De La Habana. Pág.: 5-11. 2006.

**AVELLANEDA** Diana Et Al. Capacitación En Promoción En Salud Oral A Través De Una Metodología Participativa, Con Promotores Y Líderes En Salud Comunitaria En Los Municipios De Tabio (Cundinamarca) Y Duitama (Boyacá). Federación Odontológica Colombiana. Mención De Honor Premio" Rafael Torres Panzón", Ediciones Ecoe. 2000.

**AZCURRA** Ana Isabel Y Colaboradores. Estado De Salud Buco dental De Escolares Residentes En Localidades Abastecidas Con Agua De Consumo Humano De Muy Alto Y Muy Bajo Contenido De Fluoruros. En: Rev. Saude Pública. Vol. 29. No. 5. Pág. 364- 375. 1995.

**BOSH, Juan.** Más De 7 Mil Escolares Canarios Han Participado En Un Programa De La Consejería De Sanidad Para Mejorar La Salud Bucodental. En: Consejería De Sanidad. Gobierno De Canarias, Pág. 1-3. 23 De Agosto. 2996.

**BRAMBILLA, E, Y Col.** Caries Prevention During Pregnancy: Results Of A 30-Month Study. Jada, Vol. 129, July 1998 871

**DOUGLAS, J M.** y col. Practical Guide to Infant Oral Health. American Family Physician 70 no11 2113-20 D 1. Copyright © American Academy of Family Physicians (AAFP). 2004

**DUQUE DE ESTRADA, J Y Col.** Factores De Riesgo Asociados Con La Enfermedad Caries Dental En Niños. Rev Cubana Estomatol V.40 N.2 Ciudad De La Habana Mayo-Ago. 2003

**ESLAVA, Juan.** Repensando La Promoción De La Salud En El Sistema General De Seguridad Social En Salud. Bogotá- Colombia. En: Salud Pública. Volumen 8 (Sup 2), Pág. 106 – 115, 2006.

**FELDENS, CG** Garcia Regina Vítolo, Maria de Lourdes Drachler (2007). A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries Community Dentistry and Oral Epidemiology 35 (3), 215–223. JUNE, 2007.

**BELINDA V, Melara A, Saez S, Bellet L.** Caries De Primera Infancia. Facultad De Estomatología Instituto Superior De Ciencias Médicas De La Habana. En: Rev Oper Dent Endod 2007;5:77

**FERNÁNDEZ** Ramos, M Y Col. Riesgo De Aparición De Caries En Preescolares. Humocaro Alto. Estado Lara. 2006. Home > Ediciones > Volumen 45 N° 2 / 2007.

**FRANCO, M,** Y Colaboradores. El Menor De Seis Años: Situación De Caries Y Conocimientos Y Prácticas De Cuidado Bucal De Sus Madres. Universidad De Antioquia (Colombia). *Revista Ces Odontología Vol. 17 - No. 1 2004*

**FREIRE, J.M.** El Programa Dental De Atención Infantil (PADI) De Navarra Y Del País Vasco: Logros Y Nuevas Metas. En: Sistema Sanitario De Navarra. Vol. 26. No. 3. Pág. 423-428. 2003.

**GARCIA** Lina Y Estrada John. Perfil Epidemiológico Bucodental De La Población Escolar De 5 Años A 15 Años. En: Federación Odontológica Colombiana. Pág. 24 – 29. 2000.

**GISPERT** Abreu, E Y Col. Prevención Indirecta De Caries En La Temprana Infancia. Área "Aballí". II Parte. Facultad De Estomatología Clínica Estomatológica H Y 21. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(4)

**GISPERT** Abreu, E Y Col. Prevención Indirecta De Caries En La Temprana Infancia. Área "Aballí". II Parte. Facultad De Estomatología Clínica Estomatológica H Y 21. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(4)

**GOMEZ** Gladis. Bucodental- Educación Para La Salud Dental. En Gaceta Dental. No. 80. Pág. 64-68. 1997.

**HANOI GONZÁLEZ Y** Colaboradores, Prevalencia De Caries Rampante En Niños Atendidos En El Centro Odontopediátrico Carapa, Antímano, Venezuela. Rev Biomed 2006; 17:307-310.

**HERAZO** Acuña, Benjamín, Ecoe Ediciones, 2 Edición, Bogotá 2000.

**INGER WENNHALL.** Caries-preventive effect of an oral health program for preschool children in a low socio-economic, multicultural area in Sweden: Results after one year. Acta Odontologica Scandinavica, 2005; 63: 163–167

**JIMÉNEZ** Alpidio. La Educación Dental En El Siglo XXI, Antioquia- Colombia. En Puntos De Vista, Federación Odontológica Colombiana. Vol. 2. Pág. 13-14. 2000.

**JORMA I. VIRTANEN ET AL.** Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. Institute of Dentistry, University of Helsinki, Helsinki, Finland, and López

**KWAN,** Stella, Et Al. Health Promoting Schools: An Opportunity For Oral Health Promotion. En: Journal Policy And Practice: Theme Papers. Bulletin Of The World Health Organization. P. 677 – 685. 2005.

**LINOSSIER** Alfredo Et Al. Streptococci Mutans: Método Semicuantitativo Para Establecer El Rango De Riesgo De Infección Bucal En Niños Preescolares Chilenos. En: Revista Médica De Chile. Vol. 131. Pág. 412- 418. 2003.

**LORENZO,** Virginia Et Al. La Salud Bucodental En Los Escolares Gallegos. En: Revista Española De Salud Pública. Vol. 72. No. 6. Pág. 539-346. 1995. Nieto Víctor Y Colaboradores. Salud Oral De Los Escolares De Cueuta. Influencias De La Edad El Género, La Etnia Y El Nivel Socioeconómico. En: Revista Española De Salud Pública. Vol. 75. No. 6. Pág.: 541- 550. 2001.

**MARTIGNON S.** González M C, Jacome S, Velosa J Santamaría R  
Conocimientos, Actitudes Y Prácticas En Salud Oral De Padres Y Jardineras De  
Niños Hogares Infantiles: ICBF - Usaquén, Bogotá Universidad El Bosque  
Facultad De Odontología. Revista Científica • Vol. 9 • No. 2 • 2003.

**MÉNDEZ, Y,Y** Colaboradores. Lactancia Materna En La Prevención De Anomalías  
Dentomaxilofaciales. Instituto Superior De Ciencias Médicas De La Habana  
Facultad De Estomatología. Rev Cubana Ortod 1999; 14 (1):32-8

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. 69-153.

**MONCADA** Orlando Y Jiménez Guillermo. La Sal, Alimento Enriquecido Para La  
Prevención De La Salud En Colombia. En: Federación Odontológica Colombiana,  
Comité Ejecutivo Nacional. Convocatoria 9º Edición. Bogotá – Colombia, Acta No.  
004. Febrero 23 De 1998.

**O. FEJERSKOV.** Strategies In The Design Of Preventive Programs. Department  
Of Dental Pathology Operative Dentistry And Endodontics Royal Dental College  
Faculty Of Health Sciences Vennelyst Boulevard Aarhus University *Adv Dent Res*  
9(2):82-88, July, 1995

**OMS/FDI.** Metas de salud bucal para el año 2000. Ginebra: OMS/FDI; 1979.

Ortiz, Bernabé Eduardo, Delgado-Angulo Elsa Karina, Sánchez-Borjas Pablo  
César. Results Of A Surveillance System For Early Childhood Caries. *Rev Med*  
*Hered V.17 N.4 Lima Out./Dic 2006.*

**ORTIZ**, Bernabé Eduardo, Delgado-Angulo Elsa Karina, Sánchez-Borjas Pablo César. Results Of A Surveillance System For Early Childhood Caries. Rev Med Hered V.17 N.4 Lima Out./Dic 2006.

**OTERO** Jorge. Estrategia De Intervención Para Proporcionar Conocimientos Sobre Salud Bucal Dental A Niños De Enseñanza Primaria. En: Medicina Preventiva Y Salud Pública, Pediatría Y Neonatología, Odontología Y Estomatología. . Pág. 105- 112. 2007.

**REALPE**, Cecilia Et Al. Utilización Del Programa De Promoción Y Prevención En Las Empresas Promotoras De Salud Y Administradoras Del Régimen Subsidiado De Manizales, Colombia. En: Colombia Med. Vol. 33. Pág. 102- 107. 2002.

**RÉGIA** zyxTAB Luzia Zanatal, El efecto de caries a las que medidas preventivas dirigieron expectante cuida la experiencia en sus niños sobre caries. Revista dental brasileño. Abóllese. J. vol.14 no.2 Ribeirão Preto 2003.

**REY MA**, Salas E, Martignon S. Caries dental y asociación a factores de riesgo en la población escolar de Monquirá, Boyacá. Rev Cient U El Bosque 2003; 9: 28-34.

**RODRÍGUEZ** Amado Y Valiente Carolina. Estrategias Y Resultados De La Atención Estomatológica A Niños Y Adolescentes. En: Revista Cubana De Estomatología. V. 40. No. 1. Ciudad De La Habana. Pág. 1-6. 2003.

**ROMERO**, Yhajaira. Las Metas Del Milenio Y El Componente Bucal De La Salud. En: Acta Odontológica Venezolana. Vol. 44. No. 22. Caracas. Pág.: 1-10. 2007.

**ROSAMUND** Harrison, Dmd, Ms, Cert Ped Dent, Mrcd(C). Oral Health Promotion For High-Risk Children: Case Studies From British Columbia. Journal Of The Canadian Dental Association. May 2003, Vol. 69, No. 5

**RUISÁNCHEZ**, Caldés Et Al. ¿Una Intervención Educativa En Niños De Doce Años De Madrid Modifica Sus Conocimientos Y Hábitos De Higiene Buco- Dental). En: Avances En Odontoestomatología. V. 21. No. 3. Madrid. Pág. 21- 31. 2005.

**SALDARRIAGA**, Alexandra, Y Colaboradores. El Médico General Y El Pediatra. En: XXII Congreso Federación Odontológica Colombiana. Cartagena- Colombia. Pág. 1- 12. Agosto 2006.

**SEGURA**, Martha Y Bermúdez Elba. Descripción Y Análisis Del Sistema De Vigilancia Epidemiológica Del Programa De Fluorización De La Sal En Colombia. En Federación Odontológica Colombiana. Pág. 57- 72. 2001.

**SHAHEED** Beheshti Medical University, Tehran, Iran. Journal compilation. 2007 BSPD, IAPD and Blackwell Publishing Ltd.

**SHAHEED** Beheshti Medical University, Tehran, Iran. Journal compilation. 2007 BSPD, IAPD and Blackwell Publishing Ltd.

**TORREGROSA**, Edgar Y Herazo Benjamín. El Escolar Bucodentalmente Sano En El Municipio De San Marcos (Sucre). En: Federación Odontológica Colombiana. Ediciones Ecoe. Pág. 75- 78. 2001.

**TOVAR**, Olga Y García Mauricio. Ponencia Federación Odontológica Colombiana, Seminario Secretaria De Salud Bogota Talento Humano En Salud Oral. En: Federación Odontológica Colombiana. El Tiempo, Mayo 3 De 2002. Publicado En El Portafolio, Octubre 1 De 2003.

**TRACY** L. Finlayson, Kristine Siefert, Amid I. Ismail, Woosung Sohn (2007)  
Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits  
Community Dentistry and Oral Epidemiology 35 (4), 272–281. August 2007.

Universidad Nacional. Instituto Amazónico de Investigaciones. Territorialidad indígena y ordenamiento en la Amazonia. Leticia: Programa Coama; 2000. p.111-129.

**WATT**, Richard. Strategies And Approaches In Oral Disease Prevention And Health Promotion. En Journal Public Health. Bulletin Of The World Health Organization. Vol 83 No. 9, Pág. 711- 718. 2005.

## 7- ANEXOS

### 7.1 ANEXO 1. REVISIÓN DE LITERATURA

La muestra de artículos analizados bajo los criterios de selección establecidos para el estudio fue de 105 artículos, de los cuales 58 (55,23%) fueron de Europa Oriental, 37 (35,23%) de Sur América incluida Colombia 12 (11,42%), 15 (14,28%) de Norte América, seguido de Japón y Australia 6 (5,71%) y África 4 (3,8%). La edad promedio de la población fue de 0 a 6 años de edad en 86 (18,9%) artículos. Dentro de las estrategias empleadas se encuentra primordialmente la educación y vinculación de las madres 89 (84,76%) artículos. El índice usado con mayor frecuencia fue ceo-d, COP-D, todos los estudios toman como referencia los parámetros establecidos por la OMS 105 (100%).

#### UNIDAD DE ANALISIS 1.

##### PROGRAMAS DE P Y P INSTAURADOS A NIVEL INTERNACIONAL

###### ▪ PROGRAMAS APLICADOS EN SUR AMÉRICA

S.S. Gómez, 2001, describe un programa de prevención de caries denominado PREVENTIVE DENTAL PROGRAM (PDP), utilizando el índice de COP-d y ceo-d, encontró que: Del grupo PDP de 97% de los niños libres de caries, 77% del grupo control. Cod= 0,11 177± dt vs 0,66 177± 1,55 para los niños control. Gispert, 2006 en Cuba describe el programa PREVENCIÓN INDIRECTA DE CIT, mediante exámenes clínicos y de saliva, así como actividades educativas, encontró que: la incidencia de caries a los 3 años dependió de la infección por EM de sus familiares. El 34,5% de niños afectados con índice de 0,57. 65,3% con un índice de 1.08

| AUTOR/PROGR | ESTRATEGIA | INDICADORES | ALCANCE |
|-------------|------------|-------------|---------|
|-------------|------------|-------------|---------|

| AMA  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| S.S. Gómez, 2001.<br>CHILE<br>PREVENTIVE<br>DENTAL<br>PROGRAM<br>(PDP) | El programa consiste en tres partes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• un examen de la salud oral de madres y niños</li> <li>• educación a las madres.</li> <li>• Tratamiento preventivo a las madres</li> </ul>   | COP-d<br>Ceo-d<br>Nivel de flúor en el agua (1,0 ppm). | Del grupo PDP de 97% de los niños libres de caries, 77% del grupo control.<br>Cod= 0,11<br>177± dt vs 0,66<br>177± 1,55 para los niños control.                           |
| Gispert, 2006<br>CUBA<br>PREVENCIÓN<br>INDIRECTA DE<br>CIT             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• se realizó exámenes clínicos y de saliva a las madres</li> <li>• inactivación de caries a las madres</li> <li>• actividades educativas (dieta saludable, higiene oral) a las madres</li> <li>• Aplicación de flúor a las madres</li> </ul> | COP-d  | la incidencia de caries a los 3 años dependió de la infección por EM de sus familiares.<br>El 34,5% de niños afectados con índice de 0,57.<br>65,3% con un índice de 1.08 |

▪ PROGRAMAS APLICADOS EN BRASIL

| AUTOR/PROGRAMA   | ESTRATEGIA  | INDICADORES  | ALCANCE  |
|--|---|--|--|
| Lima y Vieira, 2002<br>Estrategias preventivas en el control de caries   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso de pasta fluorada</li> <li>▪ Enjuagues fluorados</li> <li>▪ Sellantes oclusales</li> </ul>   | CPO-S<br>CPO-D ceo-d/s   | La pasta dental con fluoruro de sodio mostró una reducción de 6,4%.  |
| Zanata, et al, 2003<br>Efecto del programa de prevención de caries dirigido a madres embarazadas sobre experiencia de caries en sus hijos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En 81 pacientes 43 fueron grupo experimental y 38 control. En un periodo de 30 meses con controles periódicos cada 6 meses, se realizó obturaciones, fluorización, uso mínimo de pasta fluorada, y capacitación constante a las madres en cuanto a higiene y técnicas de cepillado.</li> </ul> | ceo-d<br>CPITN índice de tratamiento periodontal<br>índice de placa<br>PHP | se observó una prevalencia de caries de 33,3% en el grupo control y de 14,7 en el experimental<br>85,3 % de niños libres de caries en el grupo experimental y 66,7 en el control, caries activas 14,7% en el experimental y 33,3% en el control. |

|  |  |       |  |
|--|--|-------|--|
| Moura y Toledo, 2006. caries dental en niños que participaron en un programa promovido a madres e hijos interesados. | Programa materno infantil de prevalencia de caries en participantes de la crianza. Encuestas dirigidas a las madres. examen clínico. capacitación y control a las madres en higiene oral | ceo-d | se encontró que los niños libres de caries a los 3 años fue de 58.82%, a los 4 años de 57.6% a los 5 años de 56.86% y a los 6 años de 42.55% |
|--|--|-------|--|

## PROGRAMAS APLICADOS EN NORTE AMERICA

### ▪ PROGRAMAS APLICADOS EN CANADÁ

Rosamund L, 2003, En Toronto (Canadá), describe el programa: PROGRAMA DE PROMOCIÓN A LA POBLACION DE NIÑOS PREESCOLARES, tomando el índice de cop-d y ceo-d, se observó La disminución del consumo de botellas de leche nocturna disminuyó el índice de caries.

| AUTOR/PROGRAMA  | ESTRATEGIA   | INDICADORES    | ALCANCE   |
|---|--|----------------|---|
| Rosamund L, 2003<br>PROGRAMA DE PROMOCIÓN A LA POBLACION DE NIÑOS PREESCOLARES. | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Educación y vinculación a las madres.</li> <li>•Distribución de revistas informativas</li> <li>•Festivales locales de salud oral para niños.</li> <li>•Regalos para los padres según la edad del niño.</li> <li>•Entrevistas y cuestionarios dirigidos a padres</li> </ul> | Cop-d<br>Ceo-d | La disminución del consumo de botellas de leche nocturna disminuyó el índice de caries. |

## UNIDAD DE ANALISIS 2.

### PROGRAMAS APLICADOS A NIVEL NACIONAL

#### ▪ PROGRAMAS DE P Y P INSTAURADOS A NIVEL DE COLOMBIA

El 100% de los artículos estudiados de PyP instaurados en Colombia van dirigidos a población mayor de 5 años, dejando completamente excluidos a los niños de 0 a 5 años de edad. Herlaynne Segura Jiménez, 2002. describe una serie de

programas de prevención de la caries en niños, así: Desde 1971 campaña doctor muelitas Desde 1995 campaña Sonrisas brillantes, futuros brillantes, Desde 2000 campaña Por Amor Propio, donde se observó Caries dentición permanente: 88,7%. 19,9% a los 7 años. 71,9% a los 12 años y 70,7% entre los 15. La Universidad de Antioquia, 2003, adelantó un estudio de salud oral donde se encontró Caries dentición permanente: 88,7%. 19,9% a los 7 años. 71,9% a los 12 años 70,7% entre los 15

| AUTOR/PROGRAMA   | ESTRATEGIA   | INDICADORES             | ALCANCE   |
|--|--|-------------------------|---|
| Herlaynne Segura Jiménez, 2002.<br>Desde 1971 campaña doctor muelitas : anual<br>Desde 1995 campaña Sonrisas brillantes, futuros brillantes: anual.<br>Desde 2000 campaña Por Amor Propio: anual | Campañas televisivas por medio de propagandas.<br>Asistencia odontológica en los colegio.<br>Obsequio de cartillas lúdico – educativas.<br>Obsequio de implementos de higiene personal a los niños.<br>Capacitación de la forma correcta de cepillado. | INDICES DE COP<br>Ceo-d | Caries dentición permanente: 88,7%.<br>19,9% a los 7 años.<br>71,9% a los 12 años<br>70,7% entre los 15 |
| Universidad de Antioquia, 2003   | Examen y diagnostico clínico gratuito según grupos de edades.<br>Propuesta de atención en promoción y prevención   | COP-D<br>Ceo-d          | Caries dentición permanente: 88,7%.<br>19,9% a los 7 años.<br>71,9% a los 12 años<br>70,7% entre los 15 |
| República de Colombia<br>Ministerio de la Protección Social.<br>Dirección General de Gestión de la   | Examen y diagnostico gratuito a todos los grupos etareos, aplicación de sellantes, fluorización por medio de EPS y   |                         | Aumento de la cobertura nacional, aumento de servicio de promoción y                                    |

|  |  |  |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
| Demanda en Salud. Grupo Planes de Beneficios, 2005 | ARP, campañas publicitarias auspiciadas. |  | prevención en servicios de EPS |
|--|--|--|--------------------------------|

▪ **ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL VALLE DEL CAUCA**

García, Lina Y Estrada Jhon, 2000. mediante Encuesta examen clínico evaluaron la prevalencia de caries encontrando que 32,5% no han tenido caries dental y el índice C.O.P. a los 12 años es de 2.6%. 1383 niños de 5 a 15 años. Arango & Baena, 2004, mediante una revisión de la literatura encontraron registros de Caries en estrato medio- alto 48,4% y Caries en estrato bajo 58,3%:

| AUTOR/PROGRAMA  | ESTRATEGIA                | INDICADORES | ALCANCE  |
|---|---------------------------|-------------|--|
| García, Lina Y Estrada Jhon, 2000.<br><br>VALLE DEL CAUCA | Encuesta examen clínico   | COP-D       | 32,5% no han tenido caries dental y el índice C.O.P. a los 12 años es de 2.6%.<br><br>1383 niños de 5 a 15 años. |
| Arango & Baena, 2004                                      | Revisión de la literatura | COP-D       | Caries en estrato medio- alto 48,4%<br>Caries en estrato bajo 58,3%  |

**ESTRATEGIAS APLICADAS EN CUNDINAMARCA.**

| AUTOR/PROGRAMA   | ESTRATEGIA   | INDICADORES   |
|--|--|---|
| Galeno, Eduardo, 1999.<br>Capacitación en promoción en salud oral.<br><br>TABIO- Duitama | Metodología educativa participativa de talleres, con promotores y líderes en salud comunitaria.<br>Investigación Participación (IAP). diálogo de saberes | Acción<br>42.2% reconocen importancia estética de la salud.<br>36.8% reconocen la caries como enfermedad.<br><br>Población: lideres en salud oral |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Álvarez Flor y colaboradores, 2000.<br><br>BOGOTA.                           | examen clínico, se realizaron tres practicas por semana que incluían charlas, capacitación en higiene oral, se les entregaron cartillas y capacitación a los padres, se hizo un estudio bucodental previo y posterior a la capacitación | índice de O'Leary<br>índice de ceo-d.<br><br>102 pacientes   |
| Herazo, Benjamín, 2000.<br>Paciente Sano en Bogotá.<br><br>BOGOTA            | atención odontológica a los estudiantes en el colegio, se les indicó la técnica correcta de cepillado, se realizaron talleres y charlas instructivas  | índice de O'Leary<br>índice de ceo-d.<br>Niveles de prevención de caries dental y periodontopatías de hasta 99%. |
| Secretaria da Salud de Bogotá, 2005.<br>Salud Oral Al Colegio.<br><br>BOGOTA | campanías de atención odontológica, examen clínico, remoción de placa, obsequio de cepillos y cremas dentales, distribución de folletos informativos y títeres.   | Atención a escuelas públicas de las 20 localidades.<br>Índice de ceo-d, índice de o'leary.                       |

### ESTRATEGIAS APLICADAS EN ANTIOQUIA

| AUTOR/PROGRAMA  | ESTRATEGIA   | INDICADOR  |
|---|--|--|
| Restrepo Claudia, 1999.<br><br>ANGEOPOLIS                                       | indicaciones de cepillado, presentación de cartilla informativa, se capacitó a los promotores de salud de los hospitales en detección de placa, técnica de cepillado bass modificada | COP-s, ceo-s, número de lesiones blancas y el índice MADI-Med.<br>se encontró que: ANTES (grupo control y experimental). Promedio dientes deciduos enfermos 11 y 6, DESPUES 10 y 1 respectivamente; índice ceo-s ANTES 8 y 7 DESPUES 6 y 5, respectivamente.<br><br>217 niñosescolarizados |
| Herazo, Benjamín, 2000.<br>la fluoruración de la sal en municipios de Antioquia | Adición de flúor 200ppm a la sal de consumo domestico.   | Prevención de caries dental y periodontopatías de hasta 50%.<br><br>3000 niños   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Cuartas J &amp; Cárdenas J, 2001.</p> <p>ENVIGADO</p> | <p>Examen clínico. a padres (Test. de percepción) sobre hábitos de higiene oral.</p> | <p>índice de O'Leary<br/>Índice de ceo-d.<br/>Con hábitos de higiene oral desfavorables presencia de caries 28% con índice mayor a 5, y<br/>Con hábitos de higiene oral favorables 58% con índice 0 respectivamente.</p> <p>132 niños entre 3 y 5 años.</p> |
|--|--|---|

### UNIDAD DE ANALISIS 3

#### GRADO DE AFECTACIÓN DE LA SALUD DE LOS NIÑOS POR CARIES DE INFANCIA TEMPRANA

Arango & Baena, 2004, reportan manifestaciones clínicas asociadas a caries de infancia temprana así: Procesos infecciosos: celulitis, abscesos, osteomielitis y dolor dental; pérdida de peso y pérdida de dientes. Franco y colaboradores, 2007 reportan Destrucción total de los órganos dentales. Desarrollo de procesos infecciosos. Afectación de la posición de los órganos dentarios y

Bajo peso

| AUTOR/PROGRAMA               | MANIFESTACION  |
|------------------------------|--|
| Arango & Baena, 2004         | Procesos infecciosos:<br>celulitis<br>abscesos<br>osteomielitis<br>dolor dental<br>pérdida de peso<br>pérdida de dientes                               |
| Franco y colaboradores, 2007 | Destrucción total de los órganos dentales.<br>Desarrollo de procesos infecciosos.<br>Afectación de la posición de los órganos dentarios.<br>Bajo peso. |

## 7.2 ANEXO 2 PROGRAMA

### DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CIT PARA MADRES COMUNITARIAS Y CUIDADORES PRINCIPALES DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LOS HOGARES DEL ICBF, ZONA ZIPAQUIRÁ

ELIANA MARCELA GONZALEZ VELAZQUEZ

DIANA MARCELA SOTO QUINTERO

Octubre 30 del 2008

Bogotá-Colombia

---

#### Tabla de contenido

|       |                                   |    |
|-------|-----------------------------------|----|
| 1     | ANTECEDENTES GENERALES .....      | 64 |
| 1.1   | DATOS GEOGRÁFICOS .....           | 64 |
| 1.2   | ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....     | 66 |
| 1.2.1 | PLAN DE DESARROLLO .....          | 66 |
| 1.2.2 | SALUD.....                        | 67 |
| 1.2.3 | EDUCACIÓN .....                   | 67 |
| 1.2.4 | ECONOMÍA.....                     | 68 |
| 1.2.5 | SERVICIOS PÚBLICOS .....          | 68 |
| 1.2.6 | DIAGNÓSTICO DE LA POBLACIÓN ..... | 69 |
| 1.3   | PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA .....   | 70 |
| 1.3.1 | POBLACIÓN OBJETO .....            | 71 |
| 1.3.2 | JUSTIFICACIÓN.....                | 71 |
| 1.4   | IMPACTO SOCIAL DEL PROGRAMA.....  | 15 |
| 1.5   | OBJETIVOS .....                   | 76 |
| 1.5.1 | OBJETIVO GENERAL:.....            | 37 |
| 1.5.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....       | 37 |

|       |                                  |    |
|-------|----------------------------------|----|
| 1.6   | METAS .....                      | 38 |
| 1.7   | INDICADORES.....                 | 38 |
| 1.7.1 | DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTOS ..... | 77 |
| 1.7.2 | RECURSOS.....                    | 80 |
| 1.7.3 | PRESUPUESTO.....                 | 81 |
| 1.7.4 | CRONOGRAMA GENERAL .....         | 82 |
| 1.8   | EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....     | 83 |

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CIT PARA MADRES  
COMUNITARIAS Y CUIDADORES PRINCIPALES DE LOS NIÑOS QUE  
ASISTEN A LOS HOGARES COMUNITARIOS DEL ICBF, ZONA ZIPAQUIRÁ  
INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1987) define la caries dental como un proceso patológico y localizado de origen multifactorial, que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evolucionando hasta la formación de una cavidad. Desde 1994, el Centro de Prevención y Control de la Enfermedad (CDC), recomendó utilizar el término "early, childhood, caries" (ECC) o "caries de la infancia temprana" (CIT), para designar este trastorno de salud oral en la infancia. El término caries de la infancia temprana (CIT) se emplea para describir la presencia de una ó más superficies cariadas, perdidas u obturadas en cualquier diente deciduo en un niño menor de seis años de edad. De acuerdo con la Academia Americana de Odontología Pediátrica, cualquier signo de caries dental en superficies lisas en un niño menor de tres años es indicativo de CIT severa (TOVAR, 2005 )

Otero en el 2007, sostiene que, la Educación para la Salud, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza, que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud (Otero, 2007). La OMS indica que numerosas intervenciones a través de programas educativos en niños en etapa preescolar han demostrado disminuir significativamente la experiencia de caries de esos niños a futuro, y la educación de los padres y cuidadores ha demostrado ser una de las estrategias de prevención más costo-efectivas. Diversos programas preventivos, como la fluoración del agua, el uso de fluoruros tópicos, la aplicación de sellantes y las medidas de higiene oral tienen una gran capacidad de reducción de las patologías orales, por lo tanto deberían intensificarse los esfuerzos por

aumentar su difusión, especialmente entre los niños con mayor vulnerabilidad.( KWAN, 2005 )

El ICBF, entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social, creada en 1968 dando respuesta a problemáticas, tales como la deficiencia nutricional, la desintegración e inestabilidad de la familia, la pérdida de valores y la niñez abandonada; dentro de sus lineamientos promueve los diversos programas de atención a la niñez. En el 2007, en los niños que asistieron a los hogares comunitarios del municipio de Chía se encontró que la prevalencia de caries fue de 62% con el índice de ceo-d y 78% con ICDAS, la severidad de Caries de Infancia Temprana por grupo de edad fue: menores de 36 meses: 86,5% y Niños entre 37-60 meses: 60,8%, de los cuales sólo un 41,1% había recibido atención odontológica. (Macías y colaboradores, 2007)

Esta problemática lleva a proponer un PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CIT PARA MADRES COMUNITARIAS Y CUIDADORES PRINCIPALES, que se proyecte desde edades tempranas y el trabajo se realice en conjunto con las personas que interactúan en el entorno del menor, implementando hábitos de higiene oral adecuados.

Para el buen desarrollo del programa, es necesario definir las características que debe tener una madre comunitaria para ser promotora y divulgadora de la información, en otras palabras, las características de una madre comunitaria líder. Entre otras se destacan las siguientes. Capacidad de comunicarse, inteligencia emocional, capacidad de establecer metas y objetivos. Para dirigir un grupo y saber a dónde llevarlo. Capacidad de planeación. Una vez establecida la meta, es necesario hacer un plan para llegar a ella, un líder conoce sus fortalezas y las aprovecha al máximo. Por supuesto también sabe cuáles son sus debilidades y busca subsanarlas, un líder crece y hace crecer a su gente, tiene carisma, es innovador. Siempre buscará nuevas y mejores maneras de hacer las cosas, un líder es responsable y un líder esta informado.

En cuanto a los requerimientos mínimos exigidos por los lineamientos del ICBF, la madre comunitaria debe haber cursado y aprobado la educación secundaria y ser menor de 40 años, actualmente deben a demás contar con una capacitación de pedagogía en el SENA.

## ANTECEDENTES GENERALES

El Instituto Colombiano De Bienestar Familiar (ICBF), es una entidad al servicio de las familias colombianas. El ICBF, entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social, es una de las instituciones más representativas del país. Fue creada en 1968 dando respuesta a problemáticas, tales como la deficiencia nutricional, la desintegración e inestabilidad de la familia, la pérdida de valores y la niñez abandonada. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar)

El ICBF está presente en cada una de las capitales de departamento, a través de sus regionales y seccionales. Adicionalmente, cuenta con 201 centros zonales, los cuales son puntos de servicio para atender a la población de todos los municipios del país.


La misión del ICBF se enfoca en la protección integral de la Familia y en especial de la Niñez. Coordina el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y como tal propone e implementa políticas, prestan asesoría y asistencia técnica y sociolegal a las comunidades y a las organizaciones públicas y privadas del orden nacional y territorial.

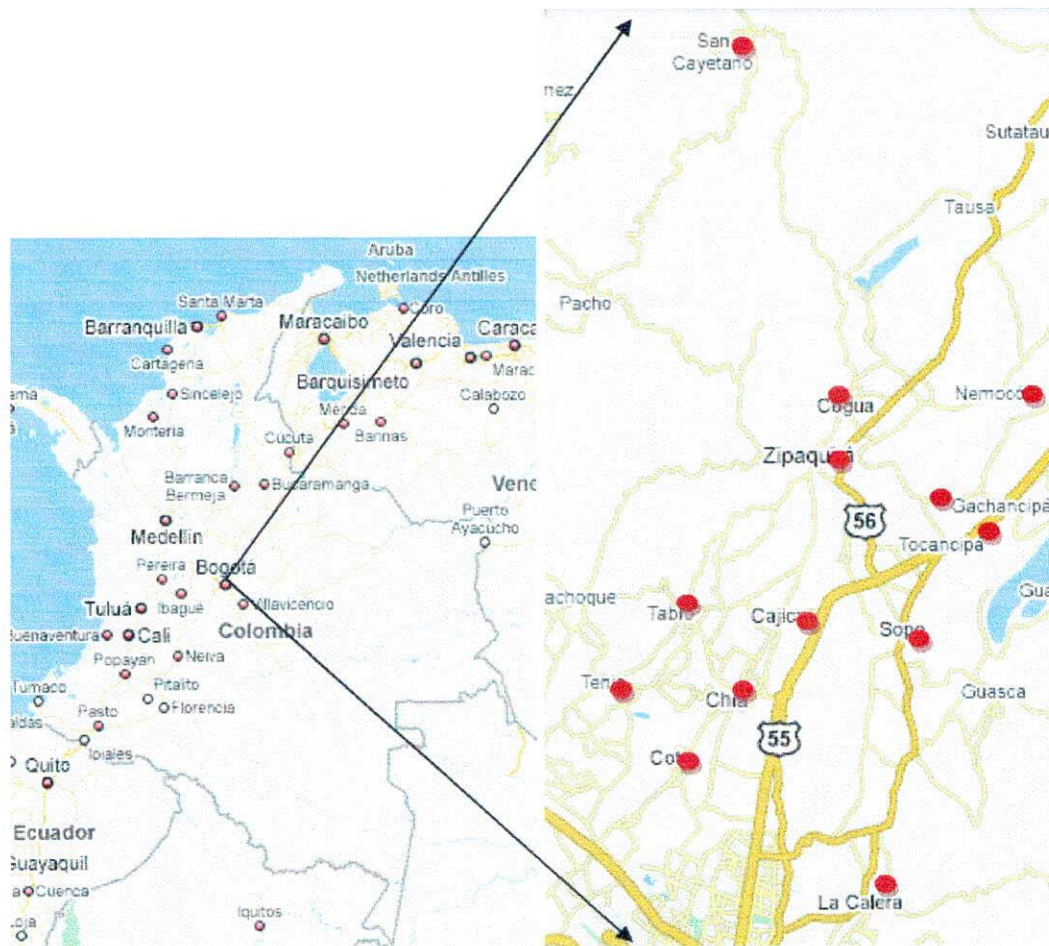
En respuesta a las necesidades de la comunidad el ICBF, ha dividido el territorio nacional en zonas de acción, entre las que se encuentra la denominada Zona de Zipaquirá, la cual está compuesta por los municipios de: Cajicá, Chía, Cogua, Cota, Nemocón, San Cayetano, Tabio, Tenjo, Zipaquirá, Gachancipá, Sopó, Tocancipá y La Calera, como se muestra en los datos geográficos.

## DATOS GEOGRÁFICOS

Cundinamarca se encuentra dividido en 115 municipios, 177 inspecciones de policía 14 corregimientos, y numerosos caseríos y sitios poblados, los municipios están agupados en 58 círculos notariales, 3 círculos de registro con sede en Bogotá y 13 oficinas seccionales distribuidas así: Bogotá Zona sur, Agua de Dios, Cáqueza, Girartot y Fusagasuga, Bogotá zona centro, Facatativa, Guaduas, La Meza, y Bogotá zona Norte, Chocontá, Gachetá, la Palma, Pacho, Ubaté y Zipaquirá.

La zona Zipaquirá se encuentra ubicada al norte del departamento de Cundinamarca, limitando al norte por el municipio de San Cayetano, al sur por el municipio de La Calera, al oriente por el municipio de Gachancipá y al occidente por el municipio de Tenjo

- País  Colombia
- Departamento Cundinamarca
- Ubicación: Región Sabana Centro
- Temperatura 14C°°C
- Altitud 2600 msnm
- Población 319144(2004)]habitantes
- Gobernador: Andrés González Díaz



## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La información de los antecedentes históricos fue tomada de la página web de la Gobernación de Cundinamarca.

## PLAN DE DESARROLLO

La actual administración ha promovido de manera decidida el cumplimiento del Plan de Desarrollo "Es Tiempo de Crecer" para los años 2004 - 2008, y ello ha permitido incrementar la productividad y competitividad del departamento, y promover mejores niveles de vida de la población. Existe también una importante mejora en las condiciones de seguridad pública, aspecto que ha generado el florecimiento y expansión de actividades industriales, con su consecuente efecto favorable en los recaudos tributarios.

## SALUD

Mortalidad infantil. La mortalidad infantil y la mortalidad materna son indicadores básicos que permiten caracterizar las diferencias en las condiciones de desarrollo económico y social, y sirven de instrumento para evaluar el estado de salud de la población.

Dentro de las metas alcanzadas en salud para el departamento se encuentran las siguientes: 911.488 vinculados plenamente identificados atendidos con los servicios demandados, financiados con recursos de subsidio a la oferta, para el 2004: 500.837, para el 2005: 595.678 TOTAL 2004 - 2005: 1.096.515.

NIÑOS MENORES DE UN AÑO VACUNADOS CON EL ESQUEMA COMPLETO 2004: 37.780, 2005: 34.112, TOTAL 2004 - 2005: 71.392.

Población cubierta con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad 2004: 6.82%, 2005: 11.31% (Acumulativo 2004-2005).

Municipios categorías 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup> con coberturas de Inspección, Vigilancia y control de factores de riesgo. (Anual) 2004: 100%, 2005: 91.5%

Hospitales de la red publica reestructurados: 2004: 16%, 2005: 0% Total 2004 - 2005: 16%

## EDUCACIÓN

Los logros obtenidos en la educación en Cundinamarca en los últimos años se revisaron primero, comparativamente con los del país, a través de los indicadores más recomendables para la apreciación del fenómeno como son la disminución del analfabetismo, la evolución de las tasas de cobertura bruta y escolar.

Las diferencias con otras entidades territoriales, consideradas junto con Cundinamarca como de mayor desarrollo, son tan pequeñas que puede considerarse que la relación desarrollo-educación es significativa para el departamento, de acuerdo con el alcance de este indicador.

Asistencia escolar. Para el país esta tasa para el grupo de 5-6 años creció en un 7,3% de 1997 a 2000 (de 70,4% a 77,7%). Cundinamarca creció en un 20,9% (de 61,4% a 82,4%) localizándose así por encima de la tasa nacional. Para el país la

tasa para el grupo de 7-11 años creció en un 0,9% de 1997 a 2000 (de 92,5% a 93,4%). Cundinamarca creció en un 1,1% (de 95,5% a 96,6%) estando por encima de la tasa nacional. Para el país la tasa para el grupo de 12-17 años disminuyó de 1977 a 2000 en un 1,5% (de 76,9% a 75,4%). Cundinamarca disminuyó en un 6,2% (de 75,4% a 69,2%) quedando por debajo de la tasa nacional. Para el país la tasa para el grupo de 18-25 años disminuyó de 1997 a 2000 en un 1,8% (de 27% a 25,2%). Cundinamarca disminuyó en un 2,7% (de 25,1% a 22,4%) quedando ligeramente por debajo de la tasa nacional.

## ECONOMÍA

Los recursos naturales más sobresalientes son el carbón y la sal, principalmente en Zipaquirá, Nemocón y Tausa. También se cuenta con cal, hierro, azufre, esmeraldas, cuarzo, plomo yeso, cobre y mármol. Los principales productos agrícolas son café, maíz, caña de azúcar, papa, cebada, trigo, yuca, algodón, arroz, frijol y frutas, el departamento es el primer productor de caña panelera del país. La lechería se halla muy desarrollada especialmente en la Sabana de Bogotá y en el valle del Ubaté. En la ciudad capital y sus alrededores, se encuentra uno de los sectores más industrializados del país con industrias metalúrgicas, farmacéutica, textil y grandes cultivos de flores de exportación. Algunas zonas sufren de alta contaminación ambiental como es el caso de las riberas del río Bogotá y aquellas de alta concentración industrial, como Soacha, Bosa y Zipaquirá.

## SERVICIOS PÚBLICOS

Las coberturas de servicios públicos del DC aparecen en el Cuadro 3. Tiene un número de afiliados en salud en el régimen subsidiado de 1.021.742 personas, 564.335 personas en el contributivo.

### **Cobertura Servicios Públicos**

|                | Urbana | Rural  |
|----------------|--------|--------|
| Acueducto      | 98,60% | 54,90% |
| Alcantarillado | 89,40% | 28,10% |
| Energía        | 95,40% | 79,51% |

## DIAGNÓSTICO DE LA POBLACIÓN

La Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC), en alianza con la Universidad de la Sabana, realizó el estudio de “Prevalencia de CIT y asociación con factores de riesgo sociales y biológicos en Hogares de ICBF, Zona Zipaquirá”, auspiciado por Colciencias Contrato 556-2006. La primera fase se realizó en 258 niños, donde se encontró que el 70,9% pertenecían al estrato 2, un 13,6% al estrato 1, un 12,4% al estrato 3. En cuanto al lugar de procedencia de la población el 70,9% residían en la Zona urbana, y un 27,1% en la zona rural. De acuerdo al régimen de afiliación a la Seguridad social, se encontraron vinculados a una EPS un 85,7%, vinculados a una ARS un 5,8% y no afiliados un 3,1%.

Se encontró que el cuidador principal de los niños fue la madre en un 71,7%, el padre en un 19% y los abuelos en un 10,2%. Un 47,7% de los cuidadores o padres de familia habían cursado educación básica primaria, un 34,9% secundaria

En cuanto a los hábitos de higiene oral de la madre o cuidador principal se encontró que utilizaba su propio cepillo un 98,1 %, usaba crema dental un 89,9%, usaba seda dental 36%, Enjuague Bucal 31,4%, la frecuencia de cepillado fue de 95,7% mañana y noche, y un 88,4% reconoce la importancia de la dentición temporal.

En los 258 niños estudiados, se encontró que la prevalencia de caries fue de 62% con el índice de ceo-d y 78% con ICDAS. La severidad de CIT por grupo de edad fue de 86,5% en menores de 36 meses y de 60,8% en niños entre 37-60 meses. Adicionalmente, se encontró que 68,7% presentaban dientes cariados, 28,2% dientes obturados y tan sólo un 41,1% habían recibido tratamiento odontológico.

En cuanto a los hábitos de higiene oral un 40,3% de los niños se cepillaban solos y un 54,7% con ayuda del cuidador, que en un 71,7% resultó ser la madre.

## PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Guispert, 2006 “las caries en la temprana infancia producen diversas afecciones en los niños, tales como dolor, dificultad masticatoria, pérdida de la longitud del arco, entre otras; estas caries también elevan las posibilidades de caries en dentición mixta y permanente y a veces los infantes son tratados bajo anestesia general, de ahí lo imperioso de prevenir su aparición, implementando programas preventivos-educativos-antimicrobiano, en las madres y familiares convivientes, ya que es conocida la relación entre el nivel de infección por *Streptococos mutans* en los niños y el de las personas estrechamente relacionadas con ellos, principalmente las madres.

Todos los niños menores de 3 años de edad con lesiones cariosas cavitadas o no cavitadas son diagnosticados como Caries de Infancia Temprana Severa (S-ECC). Los niños con estas lesiones tienen mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente. Así mismo, los niños que toman biberón por la noche con leche u otros agentes cariogénicos durante el primer año de vida, tienen mayor susceptibilidad a la enfermedad (Duque De Estrada, J Y Col, 2007).

Los pacientes que desarrollan caries de infancia temprana tienen riesgo de desarrollar procesos infecciones como celulitis, abscesos, osteomielitis, teniendo en cuenta que el desarrollo del proceso infeccioso es rápido. El dolor dental en casos ya avanzados lleva a incapacidad para alimentarse, por lo cual el niño tiende a perder peso. Además la pérdida de alguno de los dientes temporales da como resultado, disminución en función masticatoria, dificultad para la fonación, problemas estéticos, instauración de hábitos perniciosos como la interposición lingual y/o labial, pérdida de espacio en la zona de sostén resultando en malposiciones dentarias por alteración de la erupción de los dientes permanentes que les suceden, alteración en el crecimiento y desarrollo de los maxilares,

succión digital o empuje lingual, así como alteraciones emocionales” como consecuencia de lo anterior, el niño que presenta CIT, ve afectada su calidad de vida, desarrollo emocional, social, con consecuencias generales y alteraciones sistémicas.(Arango y Baena)

Así mismo, la economía de las familias se ve altamente afectada, pues el costo de tratamiento dependiendo de la severidad de la CIT, se eleva al presentarse en los niños un alto grado de CIT, en cuyo caso es necesario acudir a tratamientos más complejos como la hospitalización, uso de anestesia general y medicamento de uso intrahospitalario.

En la zona Zipaquirá, área de influencia de UNICOC se encuentran ubicados 103 Hogares comunitarios pertenecientes a 13 municipios. Para conocer la situación de salud oral de esta población se realizó un estudio, desarrollando la primera fase en una muestra 258 niños entre 24 y 72 meses, de hogares del municipio de Chía-Cundinamarca. Igualmente se conoció información sobre las practicas de higiene oral de los padres, evidenciando la problemática de esta patología en la zona y creándose la necesidad de definir estrategias, que permitan intervenir la situación de salud encontrada, mediante el refuerzo de prácticas adecuadas de higiene oral y apropiación de conocimientos a padres y madres comunitarias que le permitan ser multiplicadores de hábitos de higiene oral en los hogares comunitarios y en la familia. Por lo anterior se quiere conocer ¿Cuál es el diseño de un programa de prevención de caries de infancia temprana para madres comunitarias y cuidadores principales en los hogares comunitarios del ICBF?

## POBLACIÓN OBJETO

La población objeto se encuentra constituida por 103 madres comunitarias y 1442 cuidadores principales de los niños inscritos en los Hogares Comunitarios del

ICBF zona Zipaquirá. Los niños beneficiados por el programa serán 3.024 aproximadamente

## JUSTIFICACIÓN

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad bucal, están articulados con las políticas públicas, dadas por el Ministerio de la Protección Social, Resolución 412, Plan Nacional de salud Bucal (Resolución 3577 del 2006) y Plan Nacional de salud pública (decreto 3039 del 2007, en el cual la salud oral se encuentra como una de las prioridades en salud a nivel nacional.

La “Ley de Infancia y adolescencia” (1098 de 2006), en el Artículo 27, referente al derecho a la salud a la letra dice: “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud”.

En el párrafo 1 del mismo Artículo, se indica que “para efectos de ésta ley, se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o a la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.”

El párrafo 2 de ésta ley se indica que, “para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y medianamente el principio de progresividad, el Estado creará el sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales, y para el 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo para

el 2010 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo”.

El Instituto Colombiano del Bienestar Familiar en el programa de “ASISTENCIA A LA NIÑEZ Y APOYO A LA FAMILIA PARA POSIBILITAR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS” orientado a las familias con niños, niñas, jóvenes, mujeres gestantes y lactantes, adultos mayores de 60 años en condiciones de indigencia y discapacitados, pertenecientes a la población con mayor riesgo social clasificada en los niveles de SISBEN 1 y 2 y, con vulnerabilidad social, cultural, nutricional psicoafectiva, grupos étnicos, familias de las áreas rurales dispersas y aquellas identificadas en situaciones de emergencia causadas por desastres naturales o que se encuentran en situación de desplazamiento.

El programa define los procesos, acciones y estrategias interdisciplinarias encaminadas a propiciar oportunidades y capacidades para que las familias, como unidad básica de desarrollo, en todas sus estructuras, tipologías y manifestaciones interculturales, puedan garantizar el cumplimiento de sus funciones de socialización, construcción de valores, de democracia y responsabilidades en el desarrollo humano y afectivo de todos sus miembros, de tal forma que favorezcan el ejercicio de sus derechos (ICBF, 2007).

Según los lineamientos que rigen los proyectos adelantados por el ICBF, “La primera infancia es la etapa del ciclo vital que comprende el desarrollo de los niños desde su gestación hasta los seis años de vida, etapa crítica importante y decisiva para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico y social, tal como lo demuestran múltiples investigaciones”. Esta etapa de la vida resulta ser determinante para el desarrollo de los individuos en cuanto a la dentición permanente se refiere, parte del cuidado y generación de hábitos de higiene oral saludables que se desarrollen en esta etapa serán determinantes para la salud oral del individuo en el futuro.

El apoyo a la primera infancia se brinda a través de la operación del servicio público de bienestar familiar en diferentes modalidades de atención las cuales comprenden el conjunto de procesos, recursos, parámetros y actividades en corresponsabilidad (acordadas) con la familia, la comunidad y el estado que se articulan para dar respuesta al derecho que tiene la familia de ser apoyada para garantizarle a los niños y niñas menores de seis años su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

La adopción de comportamientos que promueven la salud desde una edad temprana influye de manera definitiva en la escogencia de estilos de vida y conllevan a mantener la salud a través de la vida. Las Normas Técnicas de Atención Preventiva en Salud Bucal del Sistema General de Seguridad Social en Salud recomiendan iniciar la promoción en salud oral con los padres de familia en los menores, concomitantemente con los controles de crecimiento y desarrollo y establecen que el niño debe asistir a consulta odontológica a partir de los 2 años, como estrategia para la prevención de la caries de infancia temprana (Franco, M, Y Colaboradores, 2004).

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. La caries durante la niñez tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la odontología pediátrica, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres. (O. Fejerskov, 1995).

La norma técnica de atención preventiva en salud bucal del sistema general de seguridad social en salud, recomiendan iniciar la promoción en salud oral en niños, con los padres de familia, paralelamente con los controles de crecimiento y desarrollo, y sugiere que el niño debe asistir a consulta odontológica a partir de los 2 años, como estrategia para la prevención de la caries de infancia temprana. La

adopción de comportamientos que promueven la salud desde una edad temprana influye de manera definitiva en la escogencia de estilos de vida y conllevan a mantener la salud a través de la vida (6).

Otero, 2007, sostiene que, la Educación para la Salud, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud (7).

La educación en salud oral se define como la 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. (8)

Altos niveles de caries en niños están relacionados con pobres conceptos sobre salud oral de sus padres o cuidadores, Las estrategias más costo-efectivas en prevenir la CIT han resultado de la combinación de técnicas educativas y preventivas dirigidas a niños, padres y cuidadores, la responsabilidad debe ser compartida, con la participación activa de todos los actores. (8-9)

Por esta razón se seleccionaran madres comunitarias y cuidadores principales como líderes promotores de salud. Para el buen desarrollo del programa, es necesario definir las características que debe tener una madre comunitaria para ser promotora y divulgadora de la información, en otras palabras, las características de una madre comunitaria líder.

## IMPACTO SOCIAL DEL PROGRAMA

Por medio de la implementación del programa se logrará la generación de comportamiento saludables en los primeros años de vida favoreciendo la salud oral de los niños en edades entre los 24 y 72 meses de edad, con lo cual se

contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida de los niños, en respuesta a los lineamientos planteados por el ICBF.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Capacitar a madres comunitarias y cuidadores principales en la implementación de hábitos de higiene oral tendientes a disminuir el riesgo de desarrollo de CIT en la población de los hogares del ICBF. Zona Zipaquirá

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a las madres comunitarias y cuidadores principales como líderes promotoras de salud oral.
- Fortalecer las habilidades y conocimientos en salud oral de las madres comunitarias y cuidadores principales, que conlleven a la construcción de estilos de vida saludables.
- Educar a la madre comunitaria y cuidadora principal, en una adecuada técnica de cepillado para realizarla en los niños.
- Implementar la rutina de higiene oral en el hogar comunitario.

### METAS

- 30% de las madres comunitarias formadas como líderes promotoras en salud oral.
- 70% de las madres comunitarias capacitadas en higiene oral y técnica de cepillado.
- 30% de los cuidadores principales formados como líderes promotores en salud oral.

- 70% de los cuidadores principales capacitados en higiene oral y técnica de cepillado.
- 70% de los preescolares con un correcto cepillado diario

## INDICADORES

# de Madres comunitarias formadas como líderes/ total de madres comunitarias convocadas.

# de Madres comunitarias capacitadas/ total de madres comunitarias de hogares zona Zipaquirá.

# cuidadores principales formados como líderes/ total de cuidadores principales de los niños convocados.

# cuidador principal capacitados/ total de cuidadores principales de los niños que asisten al ICBF.

# de escolares con cepillado diario/ total de escolares beneficiarios del programa

Diseño de estrategias de intervención y actividades

| <b>DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CIT PARA MADRES COMUNITARIAS Y CUIDADORES PRINCIPALES DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LOS HOGARES DEL ICBF, ZONA ZIPAQUIRÁ</b> |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>OBJETIVO</b>   | <b>ESTRATEGIA</b>                         | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>TAREAS</b>   |
| Capacitar a las madres comunitarias y cuidadores principales como líderes promotoras de salud oral.   | Implementación de taller teórico práctico | <p>Cursos teóricos como parte de la educación a las madres comunitarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taller</li> </ul> <p>Foros para discusión de inquietudes y enriquecimiento de la actividad</p> <p>Evaluación de conocimientos adquiridos</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definir el perfil de las madres comunitarias y cuidadores principales líderes</li> <li>✓ Realizar la convocatoria</li> <li>✓ Selección de los líderes</li> <li>✓ Evaluación de preconceptos</li> <li>✓ Definición de las temáticas</li> <li>✓ Capacitación en liderazgo</li> <li>✓ Evaluación</li> </ul> |
| Fortalecer las habilidades y conocimientos en salud oral de las madres comunitarias y   | Taller de salud oral                      | <p>Cursos teóricos como parte de la educación a las madres comunitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller</li> </ul> <p>Actividades lúdicas y taller por grupos: el árbol del problema y el árbol de la solución (en una cartelera se dibuja un árbol con sus raíces, tronco y ramas, luego se escribe en una tarjeta el problema que se ha identificado y priorizado. Se discute en grupo las causas y las</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar convocatoria</li> <li>✓ Evaluación de preconceptos en conocimientos y prácticas de salud oral</li> <li>✓ Taller Interactivo</li> </ul>  |

|  |                                 |  |   |
|--|---------------------------------|--|---|
| <p>cuidadores principales, que conlleven a la construcción de estilos de vida saludables</p>                                   |                                 | <p>consecuencias del problema y a medida que las identifican se escriben en una tarjeta, se ubican en la cartelera, primero se ubica el problema en el tronco, segundo en las raíces se ubican las causas del problema y tercero en las ramas se colocan situaciones o efectos que surgen de la afectación del problema.<br/>El árbol de la solución funciona de la misma manera escrito de manera positiva así si el problema es deficiencia en la higiene oral la nueva formulación será higiene oral, de igual manera con las raíces y las consecuencias.<br/>Foros para discusión de inquietudes y enriquecimiento de la actividad</p> <p>Evaluación de conocimientos adquiridos</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Temática: CIT- placa bacteriana-factores de riesgo</li> <li>✓ Elaboración de guías de apoyo.</li> <li>✓ Elaboración de presentaciones didácticas</li> <li>✓ Elaboración de carteleras informativas</li> <li>✓ Evaluación</li> </ul> <p>Análisis comparativo de evaluación de preconceptos y evaluación post-taller</p> |
| <p>Educar a la madre comunitaria y cuidadora principal, en una adecuada técnica de cepillado para realizarla en los niños.</p> | <p>Implementación de taller</p> | <p>Cursos teórico como parte de la educación a las madres comunitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Juego: (lotería comunitaria, en las fichas se consigna el conceptos de la temática del programa (caries, placa bacteriana...) quien de la definición gana la ficha, gana el juego quien complete el cartón.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar la convocatoria</li> <li>✓ Definición de las temáticas</li> <li>• Técnica de higiene oral. Técnica rotacional</li> <li>✓ Elaboración de guía de apoyo.</li> <li>✓ Elaboración de presentación didáctica.</li> <li>✓ Elaboración de carteleras informativa.</li> <li>✓ Evaluación post-taller</li> </ul>       |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  |   | inmediata comparativa con el pre-taller sobre Conocimientos.  |
| Implementar la rutina de higiene oral en el hogar comunitario. | Implementación de simulación de técnica de cepillado | <p>Implementación de técnica de cepillado dentro del taller.</p> <p>Evaluación de conocimientos adquiridos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller:</li> </ul> <p>Por medio del uso de macromodelos se explicará a la madre comunitaria la técnica adecuada para remover la placa bacteriana.</p> <p>Posteriormente, se les explicará a las madres el uso apropiado del líquido revelador para identificar la presencia de placa, cada madre realizará la práctica con una compañera.</p> <p>Foros para discusión de inquietudes y enriquecimiento de la actividad</p> <p>Evaluación del taller</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Establecer horario de cepillo</li> <li>✓ Determinar lugar de cepillado</li> <li>✓ Técnica de cepillado</li> <li>✓ Establecer el responsable del cepillado diario de los niños</li> <li>✓ Implementar metodologías de registro del cepillado diario</li> <li>✓ Evaluación inicial de presencia de placa bacteriana</li> <li>✓ Desarrollo del cepillado. Técnica rotacional</li> <li>✓ Evaluación cada seis meses de placa bacteriana en los niños.</li> </ul> |

## RECURSOS

| RECURSOS HUMANOS   | RECURSOS TÉCNICOS          | RECURSOS TECNOLÓGICOS                   | RECURSOS MATERIALES                  |
|--|----------------------------|---|--------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador y dictante del taller (estudiante de</li> </ul> | Sedes Hogares comunitarios | Proyector de diapositivas o multimedia. | Cepillos y cremas. Líquido revelador |

|  |   |                        |  |
|--|---|------------------------|--|
| odontología UNICOC)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre comunitaria</li> <li>• Padres de familia</li> <li>• Escolares de 24 a 72 meses de los hogares comunitarios ICBF</li> </ul> | Sede social para realización de talleres. | Medios de comunicación | Guías para madres comunitarias<br>Material impreso<br>Material para talleres (carteleras, marcadores,) Poster<br>Cartelera control de cepillados mensual |
|--|---|------------------------|--|

## PRESUPUESTO

De acuerdo a las actividades programadas se estimó la necesidad de recursos humanos (capacitadores), recursos físicos (salón para los talleres, recursos materiales (papelería, computador portátil, video beam, marcadores, líquido revelador de placa, fotocopias, macromodelos, tinta de impresión y otros elementos inherentes al programa.

| CONCEPTO   | CANTIDAD                     | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|--|------------------------------|----------------|-------------|
| Coordinador de taller (estudiante de odontología UNICOC) | 10 HORAS                     | 50.000         | 500.000     |
| Dictante taller (estudiante de odontología UNICOC)       | 10 HORAS                     | 50.000         | 500.000     |
| Sede social para realización de talleres.                | 12 horas                     | 15.000         | 180.000     |
| Proyector de diapositivas o multimedia.                  | 10 horas                     | 20.000         | 200.000     |
| Medios de comunicación                                   | 1                            | 500.000        | 500.000     |
| Líquido revelador  | Xxxxxxx (número de niños)    |                |             |
| Diapositivas-CD  | 30                           | 1000           | 30.000      |
| Guías para madres comunitarias                           | Xxxxxxxxx (número de madres) |                |             |

|   |                             |         |         |
|---|-----------------------------|---------|---------|
| Material para talleres (cartelera, marcadores,) | 3                           | 200.000 | 600.000 |
| Material impreso                                | 2000                        | 100     | 200.000 |
| Cartelera control de cepillados mensual         | Xxxxxxxx (número de madres) |         |         |
| Poster  | Xxxxx(número de padre)      |         |         |
| TOTAL   |                             |         |         |

### CRONOGRAMA GENERAL

| ACTIVIDAD      | ENE | FEB  | MAR  | ABR | MAY  | JUN | JUL | AGO  | SEP | OCT | NOV  | DIC  |
|----------------|-----|------|------|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|------|
| Programación   |     |      |      |     |      |     |     |      |     |     | 2008 |      |
| Convocatoria   |     | 2009 |      |     |      |     |     |      |     |     |      |      |
| Taller 1       |     | 2009 |      |     |      |     |     |      |     |     |      |      |
| Taller 2       |     | 2009 |      |     |      |     |     |      |     |     |      |      |
| Taller 3       |     |      | 2009 |     |      |     |     |      |     |     |      |      |
| Taller 4       |     |      | 2009 |     |      |     |     |      |     |     |      |      |
| Implementación |     |      | 2009 |     |      |     |     |      |     |     |      |      |
| Seguimiento    |     |      |      |     | 2009 |     |     |      |     |     |      |      |
| Evaluación     |     |      |      |     |      |     |     | 2009 |     |     |      |      |
| Resultados     |     |      |      |     |      |     |     |      |     |     |      | 2009 |

| ACTIVIDADES             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| convocatoria            |   | x |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| taller teórico práctico |   | X | x |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Elaboración de un informe parcial  |   |   |   |   |   |   |   | x |   |   |   |   |
| Desarrollo de actividades lúdicas para enseñanza de cepillado  |   | X | X |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Elaboración de cartelera control de cepillado diario por parte de la madre comunitaria   |   |   |   | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Elaboración de módulos didácticos de erupción dental, CIT, factores de Riesco directos e indirectos, hábito de cepillado y aplicación de líquido revelador | X | X | X |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| seguimiento  |   |   |   |   | x | x | x | x | x | x | x |   |
| Evaluación   |   |   |   |   |   |   |   | x | x | x | x |   |
| Informe final  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | x |

### EVALUACIÓN DEL PROGRAMA:

Se realizará una evaluación en cada fase del programa así:

#### EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

Se evaluará:

El diseño del programa y su correspondencia con el problema planteado y diagnóstico de la población.

#### EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Se realizará el monitoreo durante la ejecución del proyecto; para la verificación de las actividades programadas, cumplimiento de los tiempos estipulados, resultados esperados y cronograma.

Se plantearán las correcciones y ajustes necesarios para el alcance de los objetivos propuestos.

La guía será el plan de actividades y el cronograma.

#### EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Se determinará de acuerdo al cumplimiento de cada uno de los indicadores de logros enunciados.

## BIBLIOGRAFIA

**Arango, MC.** Y Baena GP. CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y FACTORES DE RIESGO. REVISIÓN DE LA LITERATURA. Volumen 12 N° 1 2004

**Duque De Estrada, J Y Col.** Factores De Riesgo Asociados Con La Enfermedad Caries Dental En Niños. Rev Cubana Estomatol V.40 N.2 Ciudad De La Habana Mayo-Ago. 2003

**Franco, M,** Y Colaboradores. El Menor De Seis Años: Situación De Caries Y Conocimientos Y Prácticas De Cuidado Bucal De Sus Madres. Universidad De Antioquia (Colombia). *Revista Ces Odontología Vol. 17 - No. 1 2004*

**Gispert Abreu, E Y Col.** Prevención Indirecta De Caries En La Temprana Infancia. Área "Aballí". II Parte. Facultad De Estomatología Clínica Estomatológica H Y 21. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(4)

**KWAN, Stella, Et Al.** Health Promoting Schools: An Opportunity For Oral Health Promotion. En: Journal Policy And Practice: Theme Papers. Bulletin Of The World Health Organization. P. 677 – 685. 2005.

**O. Fejerskov.** Strategies In The Design Of Preventive Programs. Department Of Dental Pathology Operative Dentistry And Endodontics Royal Dental College Faculty Of Health Sciences Vennelyst Boulevard Aarhus University *Adv Dent Res 9(2):82-88, July, 1995*

**Ortiz, Bernabé Eduardo, Delgado-Angulo Elsa Karina, Sánchez-Borjas Pablo César.** Results Of A Surveillance System For Early Childhood Caries. Rev Med Hered V.17 N.4 Lima Out./Dic 2006.

**OTERO Jorge.** Estrategia De Intervención Para Proporcionar Conocimientos Sobre Salud Buco Dental A Niños De Enseñanza Primaria. En: Medicina Preventiva Y Salud Pública, Pediatría Y Neonatología, Odontología Y Estomatología. . Pág. 105- 112. 2007.

**TOVAR, Olga Y García Mauricio.** Ponencia Federación Odontológica Colombiana, Seminario Secretaria De Salud Bogota Talento Humano En Salud Oral. En: Federación Odontológica Colombiana. El Tiempo, Mayo 3 De 2002. Publicado En El Portafolio, Octubre 1 De 2003.