



Programa Piloto de Salud Oral, dirigido a niños y niñas 1 a 5 años de edad, matriculados en los jardines infantiles, la pradera I, Gasparin y Caritas felices del barrio el Codito, Bogotá, Colombia.

Autora

Senovia Donato López

Trabajo presentado como requisito de grado para optar por el título de Magister en Salud Pública

Directora

Ángela María Pinzón Rondón

Escuela de Medicina y ciencias de la Salud
Maestría en Salud Pública
Universidad del Rosario

Bogotá, 2022

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a DIOS por haberme llenado de bendiciones. A mis padres y hermanos por brindarme tanto amor y por estar siempre presentes en mis proyectos de vida.

A mi novio Juan González por estar siempre presente y brindarme su apoyo y cariño.

A cada uno de los docentes de la Maestría en Salud Pública, especialmente al docente John Benavides, aportar un granito de arena a mi formación académica.

A la docente Ángela María Pinzón por permitirme hacer las pasantías en el barrio el Codito y por su apoyo.

También los agradecimientos a la señora Luz Dary Velandia por su apoyo y dedicación durante la realización del programa, a las madres comunitarias, madres de familias y a los niños y niñas de los tres jardines infantiles por la disposición durante la realización del programa, mil bendiciones.

SENOVIA DONATO LOPEZ

RESUMEN DEL PROGRAMA

Objetivo: Establecer programa piloto de salud bucal en menores de 1 a 5 años, con dentición temporal, matriculados en tres jardines infantiles Pradera I, Gasparin y Caritas felices, del barrio el Codito en la ciudad de Bogotá.

Alcance: El programa piloto en salud bucal, fue orientado a diseñar estrategias educativas para la prevención de la caries de la infancia temprana (CTI), tiene como finalidad, que los padres y cuidadores adquieran conocimiento y tomen conciencia sobre las enfermedades de salud bucal que afectan a los niños y niñas de tres jardines infantiles.

Definición de programa piloto: durante la realización del programa se realizó un pilotaje con los menores de 1 a 5 años, con el fin de buscar estrategias para la prevención de la caries de la infancia temprana (CTI), durante la implementación del programa se programaron talleres educativos con las madres de familia, a los menores se les realizó evaluación clínica, con el fin de analizar el estado bucal y el índice de placa bacteriana, en la parte preventiva a cada niño se les realizó aplicación tópica de flúor barniz, la evaluación clínica fue realizada por una odontóloga general y las actividades se realizaron en cada uno de los jardines infantiles.

Conclusiones: Es fundamental el conocimiento que tienen los padres y/o cuidadores sobre la problemática en salud bucal que afecta los menores de los tres jardines infantiles, las prácticas y los recursos que se pueden utilizar para prevenirlos, es fundamental que los padres tomen conciencia sobre la importancia de conservar la dentadura temporal de sus hijos, que tenga buena higiene bucal, buenos hábitos de alimenticios, que conozcan las consecuencias de la caries de la infancia temprana. Por esta razón, es fundamental el conocimiento y prácticas diarias que tienen los padres y/o cuidadores sobre la salud bucal de los menores, ya que son los adultos quienes les enseñan a los menores de manera directa o indirecta los hábitos y conductas saludables.

Palabras clave: Salud bucal, niño, caries dental

Contenido

1. Antecedentes	6
2. Contexto	6
2.1. Contexto general: Caries de la infancia temprana.	6
2.2. Situación de salud bucal en Colombia	7
2.3 Situación de salud bucal en la Ciudad de Bogotá	8
2.5 Ubicación de los tres jardines infantiles:	9
3. Justificación	10
4. Objetivos	12
4.1. Objetivo general	12
4.2. Objetivos específicos	12
5. conceptos básicos de salud bucal	12
5.1 Salud bucal	12
5.2. Placa bacteriana	13
5.3. Cepillado infantil:	13
5.4 Crema dental:	13
5.5. La Seda dental o limpiador interdental	14
5.7. Alimentación:	14
5.8. Visita al odontólogo:	15

5.9. Caries cavitacional	15
8. Planeación: marco lógico.....	18
8.1. Descripción del programa	18
8.2. Marco lógico	26
9. Consideraciones éticas	27
10. Recomendaciones	28
11. Conclusiones	28
12. Anexos 1	30
12.1Anexos fotográficos	38
13. Bibliografía	42

1. Antecedentes

Este informe describe las actividades realizadas durante el período de pasantía de la maestría en salud pública, realizada con la Universidad del Rosario, en el barrio el Codito de la ciudad de Bogotá, Colombia. Las actividades fueron realizadas durante los meses de febrero, marzo y abril de 2022, esta pasantía tuvo como finalidad implementar un programa piloto de salud bucal en tres jardines infantiles, durante la pasantía cumplí con un total de 500 horas establecidas por la universidad, el programa inició con el reconocimiento de la problemática de salud bucal que afecta a los menores de 1a 5 años, durante las visitas interactúe con las madres comunitarias y con los niños y niñas de los jardines (Pradera I, Gasparin y Caritas Felices), este recorrido se realizó con el acompañamiento de la coordinadora de la fundación Funtravidi la señora Luz Dary Velandia Cetina. Para luego dar inicio al programa piloto en los tres jardines infantiles.

2. Contexto

2.1. Contexto general: Caries de la infancia temprana.

La caries de la infancia temprana (CIT) es una enfermedad multifactorial, se presenta más agresivamente en niños en edades tempranas debido a factores nutricionales: alta ingesta alta de carbohidratos, consumo excesivo de azúcares, esta enfermedad demuestra ser muy alta en niños menores de 5 años (3).

La caries de la infancia temprana (CIT) es mucho más grave y rampante en bebés y en niños en edad preescolar, se produce mediante la transmisión vertical entre madre a hijo y la saliva es la vía principal de adquisición del *Streptococo mutans*, también se presenta por la transmisión horizontal entre niños y sus cuidadores o compañeros de jardines infantiles (25).

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) define la caries de la infancia temprana (CIT): como la presencia de una o más superficies cariadas (con o sin lesión cavitaria),

superficies pérdidas (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente temporal de un niño entre el nacimiento y los 71 meses de edad (4).

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD), reconoce que la salud oral perinatal e infantil son las bases sobre la cual la educación preventiva y el cuidado dental deben ser construido para lograr que un niño tenga una vida libre de enfermedades bucodentales, ya que es una enfermedad prevenible, es fundamental generar orientación a los padres y generar estrategias preventivas e intervenciones terapéuticas de manera continua (26).

La caries dental, por su prevalencia e incidencia durante la infancia es considerada un problema de salud pública, el IV Estudio Nacional de Salud Bucal(2015), afirma que la caries dental continúa siendo el principal problema de salud bucal, aún en países industrializados, afectando entre el 60 y el 90 % de la población en edad escolar (8).

Las estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2019 (Global Burden of Disease Study 2019), demuestra que las enfermedades bucodentales afectan alrededor de 3500 millones de personas en todo el mundo y 520 millones de niños sufren de caries en los dientes de leche. (7).

2.2. Situación de salud bucal en Colombia

El IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) 2015, incluyó en el análisis de la situación de salud bucal a la población menor de 5 años, donde los cuidadores reportaron que solo el 58,9% de los menores de 5 años habían asistido a consulta odontológica, fue mayor la proporción de los menores de 5 años que la de 1 y 3 años, lo que afirma un retraso en la recepción de orientaciones para el cuidado de higiene bucal (26).

Al 55,3% de los menores les iniciaron los hábitos de higiene bucal entre los 6 y 12 meses de edad, al 20,2% antes de los 6 meses, al 17,9% se les inicio entre los 12 y 36 meses, es decir que

se realizó de forma tardía. El 45% de los cuidadores se responsabilizan por la higiene bucal de los menores de 1, 3 y 5 años; el 39,6% señalan que comparten la responsabilidad de la higiene bucal con los niños y el 15,4% señalan que el niño realiza por sí solo la higiene bucal, lo cual no debe ser así, esta actividad es responsabilidad de los padres y/o cuidadores, en esta edad los menores apenas están desarrollando su motricidad y su capacidad de compresión (7).

2.3 Situación de salud bucal en la Ciudad de Bogotá

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de salud oral- SISVESO, reporta que la caries cavitacional en la primera infancia presenta un aumento progresivo, según las notificaciones en los últimos años, para el 2013 reportaron el 8,3% y para el 2021 el 28,4%. Durante los años de 2013 a 2021, se triplicaron los casos de caries cavitacional (27).

Esta situación es una alerta a la grave situación de salud bucal que se presenta en los menores de 5 años, esta enfermedad durante los primeros años de vida conlleva a varias consecuencias, por ejemplo: infecciones faciales, hospitalización, lesiones no cariosas, pérdida de dientes temporales. Esta enfermedad causa disminución en el crecimiento y desarrollo de los maxilares, ya que los dientes estimulan el crecimiento, la pérdida de los temporales ocasiona bajo peso en los menores y deterioro de aspectos nutricionales, el habla también se ve afectada por la pérdida dentaria. Afectación psicológica (baja autoestima) influye de manera negativa en el desarrollo psicosocial e interacción con los demás niños limitando actividades propias de su edad, por ejemplo, sonreír, jugar, comer entre otras (27).

2.4. Ubicación geográfica del Barrio el Codito

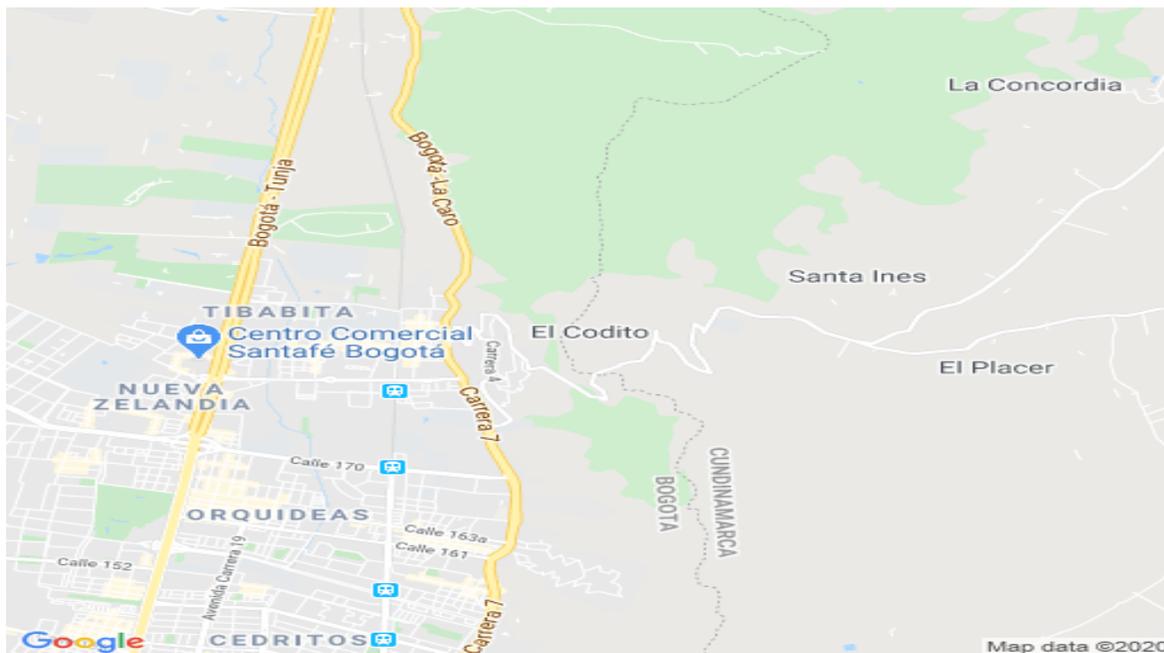
El barrio el Codito está ubicado en el extremo norte de la ciudad de Bogotá, sobre los Cerros Nororientales que delimitan a la capital de Colombia; lo conforman 17 barrios, el Codito es uno de los sectores que componen la localidad de Usaquén. Limita: al sur con la calle 100, al

occidente con la autopista norte, al norte con el municipio de Chía y al oriente con el municipio de La Calera, este barrio fue creado por el asentamiento de poblaciones desplazadas, la mayoría de sus habitantes son de estratos socio-económicos 1 y 2.

2.5 Ubicación de los tres jardines infantiles:

Los jardines infantiles praderas I, Gasparin y Caritas felices están ubicados en la localidad 1 de Usaquéen, en los Cerros Nororientales de la ciudad de Bogotá. La representante legal es la señora Nancy Farfán, La asociación el Codito (1987), es la que regula los jardines infantiles en el barrio, los recursos para los jardines son suministrados y supervisados por el ICBF, la ejecución de las actividades son realizadas por las madres comunitarias, Olga Lucia Leal (Pradera I), Alcira Navarro (Gasparin), y Ruth Salcedo (Caritas Felices), cada jardín tiene cupo para catorce niños, las madres de los menores dejan sus niños a cargo de las madres comunitarias ya que muchas de ellas laboran en casas de familia, floricultura y deben desplazarse a lugares lejanos a su residencia.

Mapa Ubicación Barrio el Codito



Fuente: recuperado de: <https://www.google.com/maps/place/El+Codito,+La+Calera,+Cundinamarca/@4.766899https>

3. Justificación

La organización mundial de la salud (OMS) define la salud bucal como un componente esencial de la salud y el bienestar general, que tienen un impacto significativo en la calidad de vida de la población en general, las enfermedades bucodentales afectan a las personas pobres y socialmente desfavorecidas, la mayoría de los trastornos de salud bucodental son prevenibles y pueden ser tratados en etapas iniciales (7).

En Colombia la prevalencia de caries en menores de 5 años, con dentición temporal es del 52.20%, esta enfermedad es asociada a un cepillado inadecuado, consulta odontológica tardía (24 a 35 meses de vida), al consumo de alimentos en la noche después de cepillado, endulzantes en el biberón, succión del biberón para dormir y durante toda la noche (26).

A raíz de dicha problemática de salud pública, es fundamental fomentar la educación en los jardines infantiles, la educación juega un papel importante en la adopción de hábitos saludables y debe ser reforzada de manera permanente.

El programa piloto en salud bucal busca establecer estrategias para la prevención de la caries de la infancia temprana (CIT). Aunque existen grandes avances para erradicar dicha enfermedad, esta sigue siendo una de las enfermedades más prevalentes en la población colombiana, especialmente en los menores de 5 años.

Aunque existen campañas de salud bucal orientada a la población infantil, estas no tienen continuidad y sostenibilidad a lo largo del tiempo, lo mismo sucede con la educación sobre los correctos hábitos en salud bucal. De acuerdo con Tovar y colaboradores (29), educar a los niños y niñas a la adopción de hábitos saludables es fundamental para que tengan buena salud bucal, en edades tempranas es cuando el individuo establece hábitos que repetirá a lo largo de la vida.

Por tal razón, es fundamental que desde los primeros años de vida los padres les enseñen a los niños y niñas la importancia de una correcta salud bucal, en este sentido son de suma importancia los hábitos alimenticios, de higiene bucal, los controles odontológicos en edades tempranas y de forma periódica, logrando con ello detectar patologías a tiempo, ya que en los niños es esencial mantener los dientes y encías sanos.

Una de las consecuencias de que los menores tengan mala salud bucal, es la caries de la infancia temprana, que se manifiesta con la inflamación en la encía, gingivitis, problemas de infección, alterando en la masticación, alteraciones en el desarrollo de los maxilares, pérdida de espacio por exodoncias prematuras (26). Todos estos factores producen graves repercusiones para los menores, como lo es el dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones, altos costos en los tratamientos odontológicos, disminución en el desarrollo físico y la calidad de vida de los infantes. (6). A raíz de lo anterior surge, la justificación para implementar el programa piloto de salud bucal, ya que es fundamental generar conocimiento en las madres de familia y/o cuidadoras, sobre la importancia de tener buena salud bucal y conservar la dentadura temporal, logrando con ello evitar futuras enfermedades bucodentales.

Mediante la implementación del programa se llevaron a cabo estrategias educativas en las cuales participaron las madres de familias y los menores de los tres jardines infantiles. De esta forma se busca poder concientizar a las madres de familia o cuidadores de los menores de que la caries de la infancia temprana tiene un fácil y rápido desarrollo, con alta prevalencia en la población menor de 5 años, lo que deja en evidencia la necesidad de generar estrategias de prevención relacionadas con la salud bucal, por medio de métodos de enseñanza en los jardines infantiles e información a los padres sobre la problemática de salud bucal que afecta directamente a los menores.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Implementar programar piloto en salud oral, dirigido a los niños y niñas 1 a 5 años, matriculados en tres jardines infantiles del barrio el Codito.

4.2. Objetivos específicos

- Generar conocimiento y conciencia en las madres de familia sobre las enfermedades de salud bucal que afectan a los niños y niñas de los tres jardines infantiles.
- Conocer el estado de salud de los menores mediante evaluación clínica
- Fomentar hábitos de salud bucal en los menores de 5 años, matriculados en los tres jardines infantiles.

5. conceptos básicos de salud bucal

5.1 Salud bucal:

Tener buena salud bucal es un factor importante en la prevención de la caries de la infancia temprana, entre más temprano los padres o cuidadores le empiecen la higiene bucal al menor, mejores son las posibilidades de que el niños/a no desarrolle caries de la infancia temprana. La salud infantil es responsabilidad de los padres o cuidadores, los adultos deben realizar el acompañamiento del cepillado hasta que el menor posea la habilidad motora de realizar dicha actividad por si solo y esta no debe ser antes de los 5 años (20).

5.2. Placa bacteriana:

Es una capa pegajosa de bacteria que se forma constantemente en los dientes, compuesta por desechos de comida y componentes de saliva, la placa bacteriana se acumula en los dientes y es asociada con las enfermedades periodontales como con la caries dental, la gingivitis. La placa se remueve manualmente con una correcta técnica de cepillado, logrando con ello prevenir enfermedades bucodentales (14).

5.3. Cepillado infantil:

A partir de la erupción de los primeros dientes temporales (o de leche) hay que empezar a cuidar aún más la boca de los niños, no se recomienda utilizar ningún tipo de dentífrico hasta los 2 años aproximadamente, es hasta ese momento que los menores son capaces de enjuagarse bien la boca y no tragarse la crema dental (20).

Para realizar un correcto cepillado ponga al menor en sus rodillas mirando los dos en la misma dirección, que el menor se sienta seguro, trate de limpiar todas las superficies de los dientes, cepillando todos los bordes de las encías y detrás de los dientes, el cepillo de dientes debe ser suave y de un tamaño para niños. Los dientes de los menores y el cepillado deben ser supervisados por un adulto, a medida que crecen se les debe enseñar y estimular a que realicen esta actividad por si solos, pero los padres deben hacer parte de dicho proceso durante muchos años. Importante incluir el cepillado de la lengua y cambiar el cepillo cada tres meses (20).

5.4 Crema dental:

Es importante utilizar la crema dental con flúor esta sirve para fortalecer el esmalte de los dientes y lo hace más resistente contra bacterias dañinas que causan la caries. El cepillado debe realizarse por lo menos 2 veces al día, preferiblemente después del desayuno y antes de ir a la

cama en las noches, comience cepillándole los dientes por ellos. La cantidad de la crema dental a utilizar es la similar a un grano de arveja (20).

5.5. La Seda dental o limpiador interdental:

Es indispensable para una buena limpieza bucal, cuando ya existe contacto entre los dientes y las cerdas del cepillo no alcanzan a llegar a las zonas interproximales (14).

5.6 Uso del biberón (20):

- No agregar ningún tipo de azúcar o edulcorantes al biberón.
- El biberón no debe ser utilizado en la noche después de la erupción del primer diente de leche.
- Es aconsejable que si el niño se queda dormido mientras es alimentado, se le debe limpiar sus dientes antes de acostarlo.
- El biberón deberá irse abandonando progresivamente a partir de los 12 meses de edad y definitivamente cuando los molares han erupcionado.

5.7. Alimentación:

- Evitar toda fuente de azúcares fermentables, especialmente durante los primeros 2 años de vida
- Evitar el consumo de alimentos azucarados y de consistencia pegajosa contribuyen a la formación de caries.
- Evitar darle al menor a tomar alimentos azucarados entre las comidas.
- Es fundamental brindarle al menor una alimentación balanceada, mediante el consumo de verduras, frutas y carnes, estos alimentos contribuyen a un adecuado desarrollo de la boca, los huesos y los músculos de la cara (14).

5.8. Visita al odontólogo:

La visita al odontólogo debe realizarse desde el primer control después del nacimiento y cada 6 meses o según el riesgo de caries, entre mayor sea el riesgo de caries con más frecuencia debe ser llevado el menor a la consulta odontológica.

5.9. Caries cavitacional:

Es una enfermedad crónica que afecta los tejidos duros del diente, inicia afectando el esmalte del diente mediante la aparición de manchas blancas, al dejar avanzar la caries esta destruye el tejido de la dentina, en estadios avanzados afecta la pulpa (tejido Blando), formando focos infecciosos, causando pérdida de la corona del diente o la pérdida total de este (27).

6. Análisis de Necesidades

6.1. Necesidades expresadas

En el caso de la localidad I de Usaquén, la situación de salud bucal que tiene la primera infancia a nivel de caries cavitacional es del 17,87%. Esta enfermedad afecta más a los niños que a las niñas (27). La OMS establece que las enfermedades bucodentales afectan a las personas pobres y socialmente desfavorecidas (7).

A raíz de dicha problemática, se evidencia la necesidad de generar estrategias de prevención a nivel educativo y a nivel familiar.

6.2. Necesidades normativas

La siguiente legislación resume la normativa con relación a la salud oral en la población Colombia:

La Resolución 412 de 2000: estuvo vigente hasta el 2 de febrero de 2018, a partir de esta fecha, entro en vigencia la **Resolución 3280 de 2018**. Esta resolución da vía a las rutas Integrales

de Atención en Salud, en el marco del Modelo integral de Atención en Salud (MIAS), las entidades, las aseguradoras y prestadores estarán obligados a brindar atención para promover la salud y anticipar a enfermedad en los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

La Resolución 3577 de 2006: adopta el Plan Nacional de Salud Bucal -PNSB. Considera que los problemas de salud bucal continúan siendo una de las primeras causas de consulta en todos los grupos de edad en Colombia.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015: Obliga al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos, mediante la adopción de decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población y de acciones que resulten en daño en la salud de los pacientes.

Plan Nacional de Salud Bucal 2018- 2030: afirma que la salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades.

6.3. Necesidades percibidas

- Estas necesidades fueron percibidas por las madres comunitarias, quienes evidenciaron deficiente salud bucal en los menores de 5 años, muchos de los cuales tienen antecedentes de caries.
- La falta de compromiso de los padres de familia a la hora de realizar la higiene bucal de los niños (deficiente salud bucal).

6.4. Necesidades Relativas

- Las limitaciones geográficas influyen en el acceso oportuno a los servicios odontológicos.

- Las madres refieren que llevan a los menores a consulta odontológica programada y muchas veces les cancelan la cita sin previo aviso y eso les genera gastos económicos que afecta su diario vivir.
- Barreras de acceso a los servicios odontológicos por la demora en la asignación de las citas odontológicas.
- La falta de compromiso de los padres de familia a la hora de realizar la higiene bucal de los niños (deficiente salud bucal).
- Costos de desplazamiento para acceder a la cita odontológica
- Desconfianza de las madres hacia los odontólogos.

7. Teoría de cambio

7.1. Teoría causal

Existen diversos factores que favorecen la aparición de la caries, entre ellos, el entorno social, la cultura, la presencia o ausencia de los servicios de salud, la falta de programas de salud bucal, los factores de riesgo sociodemográficos, de comportamiento, factores físico-ambientales, biológicos, el nivel socioeconómico bajo, también es considerado otro factor de riesgo de colonización de caries en los niños (2).

Calderón Pico y colaboradores, firman que los determinantes sociales de la salud se comportan como factores de riesgo para la caries dental en la población escolar y que, al cambiar sus condiciones, esta se convierte en factor protector que previene o limita la aparición de la misma (3).

7.2. Teoría de intervención.

Entre más alto es el nivel educativo de los padres, mejores son las condiciones de salud bucal de los menores de 5 años, si se logra que los padres cambien la actitud frente a los problemas

de salud bucal, se logra mejorar las condiciones de salud bucal de los menores de los jardines infantiles.

Navas y colaboradores, afirman que a mayor nivel educativo de los padres, mejores son las condiciones de salud bucal de los menores, mediante los procesos educativos mejora la actitud de los padres frente a la salud bucal (19). Con el programa piloto se busca integrar estrategias y herramientas que generen conocimientos, logrando con ello generar conocimiento y conciencia a las madres de familia y cuidadoras sobre la importancia de conservación de la dentadura temporal en los menores de 1 a 5 años, fomentado el autocuidado.

Con la implementación del programa piloto se busca lograr modificar los malos hábitos de salud bucal que tienen los menores, el aprendizaje en edades tempranas es una de las formas más efectivas de fomentar buenos hábitos de salud bucal, con dicho aprendizaje se logra prevenir en los niños y niñas futuras enfermedades bucodentales, en esta edad es fundamental enseñarles a los menores a proteger su cavidad bucal, esta inversión traerá beneficios para toda la vida, por esta razón, es importante el papel que cumplen los padres de familia (5).

Los padres son quienes tienen contacto directo con los niños y niñas, es esencial que los padres les enseñen a los niños/a la importancia de cuidar su dentadura, tener buenos hábitos alimenticios, buenos hábitos de salud bucal, que estimulen los controles odontológicos desde edades tempranas y de forma periódica.

8. Planeación: marco lógico

8.1. Descripción del programa

La implementación del programa piloto de salud bucal, se desarrolló de la siguiente manera:

Fase I o fase inicial :

En esta fase se realizó el reconocimiento de los tres jardines (Pradera I, Caritas felices, Gasparin) y se obtuvieron los respectivos permisos para acceder a la recolección de datos mediante los registros que reposan en los tres jardines infantiles, esta actividad fue realizada mediante el acompañamiento de la Señora Luz Dary Velandia Coordinadora de la FUNDACIÓN FUNTRAVIDI “TRABAJANDO POR UNA VIDA DIGNA, luego de obtener la base de datos de la población objeto, se sistematizaron en una hoja de Excel.

Antes de iniciar el programa piloto se programó en la sede de la fundación funtravidi, el primer taller educativo con las madres de familia para darles a conocer el objetivo del programa, firma del consentimiento informado donde daban la aprobación del programa, se realizó una encuesta sobre los conocimientos en salud oral, que constaba de 18 preguntas (esta encuesta primero fue aceptada por la tutora y luego fue validada por una odontóloga general y por una especialista en prostodoncia (Anexo 1). En esta fase se realizó el diseño de la estrategia pedagógica a utilizar durante el pilotaje en los jardines, para luego dar inicio a la segunda fase.

En la segunda fase – Implementación del pilotaje:

En esta fase se implementó el programa piloto en los jardines infantiles: Pradera I, Caritas felices, Gasparin, el programa fue realizado en los meses de febrero, marzo y abril de 2022, durante la realización del programa se llevaron a cabo varias actividades lúdicas con los menores, estas fueron realizadas en cada uno de los jardines, el material que se utilizó para dichas actividades fueron: videos educativos sobre la caries dental, técnica del cepillado, plantillas para colorear (Anexo 2).

Durante la realización del programa con las madres y con el padre de familia, se programaron talleres educativos, donde se tuvo en cuenta el horario establecido por los padres de

familia, ya que la gran mayoría de ellos laboran en sitios lejanos a su lugar de residencia, en los talleres se trataron temas como: la caries dental, sus consecuencias, prácticas de autocuidado, alimentación saludable, técnica de cepillado, uso de la seda dental, se reforzó la técnica del cepillado con la ayuda de un macro modelo, logrando con ello dar a conocer la técnica adecuada y eficaz para la remoción de la placa bacteriana.

Mediante un dialogo amable, se fortalecieron los conceptos y dudas sobre la practica adecuadas de salud bucal para mantener una correcta salud bucal en los menores, se recomendó evitar el consumo excesivo de alimentos azucarados, mayor consumo de frutas y verduras, se recomienda monitorear diariamente el cepillado y realizar el refuerzo del cepillado a los niños diariamente. La autora del programa piloto fue quien realizo las actividades programadas con los menores y madres de familia.

Evaluación clínica

En el mes de abril se llevó a cabo la intervención a 22 de los 25 menores que estaban programados. La intervención clínica se realizó una sola vez, se realizó la evaluación clínica a cada uno de los menores con el fin de recolectar información sobre el estado de la salud bucal de los niños y niñas, una odontóloga general fue quien realizo la evaluación clínica, se diligencio el Odontograma y el índice de O'Leary con sus respectivos valores.

Para dicha actividad se utilizaron las medidas de bioseguridad (mascarillas, guantes, gorro, gafas, bata) instrumental (espejo, cucharilla, explorador, pinza) debidamente esterilizado en el autoclave, los desechos infecciosos fueron depositados en una bolsa roja y los no infecciosos en una bolsa negra.

El procedimiento que se realizó durante la evaluación clínica fue el siguiente:

- 1- Entrega de kit de salud bucal para cada niño/a que contenida (crema dental, cepillo dental y una seda dental).
- 2- Evaluación de la presencia de placa bacteriana (índice de higiene oral simplificado O'Leary), mediante la aplicación de gotas reveladoras de placa.
- 3- La evaluación de la caries se realizó mediante el examen visual por parte de la odontóloga general.
- 4- Después de realizado la evaluación de la presencia de caries y el índice de placa bacteriana, se procedió a realizar la limpieza de los dientes usando el kit de salud bucal de cada niño.
- 5- Aplicación de flúor barniz (Colgate -Duraphat) como barrera protectora frente a la caries dental. Se les dio recomendaciones a las madres comunitarias sobre la aplicación el flúor.
- 6- Por último, se hace entrega a las madres comunitarias del kit de salud oral de cada niño debidamente rotulado, para la respectiva entrega a los padres de familia.
- 7- Entrega de remisión a la EPS de los nueve menores con caries.

Durante el programa se tenía programado realizar evaluación clínica a 25 menores que asistieron a las actividades programadas durante la puesta en marcha del pilotaje, pero tres de ellos no se encontraban en sus respectivos jardines al momento de realizar la intervención.

Fase tres: Evaluación de resultados

Condiciones socio-económicas de las madres de familia encuestadas.

El 66 % de las madres son de estrato 2, el 34 % de estratos 1, con relación al nivel educativo, el 88% de las madres tiene bachillerato y el 8 % cuenta con programas técnicos y el 4% cuenta con educación superior. El programa piloto tuvo un enfoque femenino, la gran mayoría de ellas

son de estrato socio-económico 1 y 2, las madres son las encargadas del cuidado bucal de los menores que asisten a los tres jardines infantiles, son familias monoparentales.

Evaluación de los conocimientos de las madres de familia

Con respecto a los conocimientos sobre salud oral, la evaluación de los resultados de las 18 preguntas de la encuesta, se realizó con el programa IBM SPSS Statistics, arrojando los siguientes resultados: el 84 % de las madres encuestadas consideran que es importante que en los jardines infantiles se realice educación en salud oral, el 84% cree que la caries dental se presenta en los niños/a por la falta de higiene bucal y por consumo excesivo de alimentos azucarados, este mismo porcentaje cree que el cepillado es importante después de cada comida y antes de irse a dormir, el 92 % de las madres le enseñaron a cepillarse a los menores, el 56% afirma que los menores se cepillan los dientes 2 veces al día, 68% cambia el cepillo cada tres meses, el 80% de los menores de vez en cuando utiliza crema dental al momento del cepillado, el 68% de las madres dicen que los niños cepillan sus dientes de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba, incluyendo la lengua, el 60% de las madres le revisa los dientes al niño/a después que los cepilla, el 72% de los menores no utiliza seda dental, 92% considera que es importante cepillarle los dientes los dientes después de cada comida y antes de acostarse, 76% de los menores consume alimentos azucarados(dulces, galletas, bebidas azucaradas), 56% considera necesario llevar al menor a consulta odontológica 2 veces al año, 80% cree que es necesario curarle las caries al niño/a, porque los dientes y muelas hacen falta para masticar, el 60 % afirma que le revisa la dentadura al niño/a algunas veces para saber cómo se encuentra su salud bucal, el 80% cree que las encías están enfermas cuando, están rojas, sangran y se inflaman, el 44 % considera la salud bucal del niño/a regular, mientras que el 40 % es excelente y el 16% afirma que es buena.

Tabla 1.

Evaluación de los conocimientos de los padres de familia sobre salud oral

¿Considera importante que en los jardines infantiles se realice educación en salud oral?	1	21	84,0%
	2	4	16,0%
¿Cree usted que la caries dental se presenta en niños/a?	1	2	8,0%
	2	21	84,0%
	4	2	8,0%
¿En qué momento cree usted que es importante el cepillado de los dientes del niño/a para prevenir la caries dental?	1	4	16,0%
	3	21	84,0%
¿Quién le enseñó al niño/a cepillarse?	1	23	92,0%
	2	2	8,0%
¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes el niño/a?	1	6	24,0%
	2	14	56,0%
	3	5	20,0%
¿Con que frecuencia cambia el cepillo del niño/a?	1	17	68,0%
	2	4	16,0%
	3	4	16,0%
¿El niño/a utiliza crema dental al momento del cepillado?	1	20	80,0%
	2	3	12,0%
	3	2	8,0%
¿Cómo realiza el cepillado el niño/a?	1	17	68,0%
	2	6	24,0%
	3	2	8,0%
¿Le revisa los dientes al niño/a después que se los cepilla?	1	15	60,0%
	2	4	16,0%
	3	6	24,0%
¿Utiliza la seda dental para limpiarle los dientes al niño/a? es "SI" responda la siguiente pregunta?	1	4	16,0%
	2	18	72,0%
	3	3	12,0%
¿Cuál de las siguientes medidas considera usted que es la más útil para evitar la aparición de caries en los niños?	1	2	8,0%
	2	23	92,0%
¿Cuántas veces al día consume el niño/a alimentos azucarados (dulces, galletas, bebidas azucaradas)?	1	19	76,0%
	2	6	24,0%
¿Cuándo considera necesario llevar al niño/a consulta odontológica?	1	4	16,0%
	2	7	28,0%
	3	14	56,0%
¿Cree que es necesario curarle las caries las caries al niño/a (muelas picadas o huecas)?	1	20	80,0%
	2	5	20,0%
¿Le revisa la dentadura al niño/a para saber cómo se encuentra su salud bucal?	1	15	60,0%
	2	2	8,0%
	3	8	32,0%
¿Cree que las encías del niño/a están enfermas cuándo?	1	2	8,0%
	2	2	8,0%
	3	20	80,0%
	4	1	4,0%
¿Cómo considera la salud bucal del niño/a?	1	10	40,0%
	2	4	16,0%
	3	11	44,0%

Al analizar los conocimientos que tienen los padres de los menores, se evidencia que es bueno, pero no se aplican a la prevención de enfermedades bucales, durante el pilotaje se evaluaron 22 menores de 1 a 5 años, de los cuales 13 eran del sexo femenino y 9 de ellos del sexo masculino, en la evaluación clínica realizada por la odontóloga se identificó que 9 (40,9%) de los menores

presentaba problemas de caries, se evidencio durante la implementación del programa que a muchos de los menores con problemas de caries los padres hace más de un años que no los llevan a consultas odontológicas ni de prevención y ni a tratamiento odontológico. Muchos de los padres no conocían el estado de salud bucal de sus hijos, mediante la evaluación clínica se les dio a conocer el estado bucal de los menores, la odontóloga hizo entrega de la remisión a la EPS para que los padres realizaran los respectivos controles y el tratamiento odontológico necesario,

Durante el pilotaje se evidencio la falta de cepillado, uso del biberón con contenido azucarados antes de dormir y durante toda la noche, no les realizan a los menores el acompañamiento durante el cepillado, esta actividad es responsabilidad directa de los padres o cuidadores, el 60% de las madres afirma revisarle los dientes a los niños/a después del cepillado, pero durante el pilotaje se evidencio totalmente lo contrario (deficiente higiene bucal por falta de cepillado). Como se relaciona a continuación en la tabla N° 2

Tabla N° 2

	SEXO	PORCENTAJE	INDICE DE OLEARY	INTERPRETACION
1	Masculino	37.5%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
2	Masculino	57.5%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
3	Masculino	48.7%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
4	Femenino	57.5%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
5	Femenino	40%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
6	Femenino	76.2%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
7	Masculino	45%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
8	Masculino	67.5%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
9	Femenino	50%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
10	Femenino	57.5	Mayor de 30.1 %	Deficiente
11	Femenino	32.5%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
12	Femenino	31.2%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
13	Femenino	32.5	Mayor de 30.1 %	Deficiente
14	Masculino	81.2	Mayor de 30.1 %	Deficiente
15	Masculino	45%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
16	Masculino	67.5%	Mayor de 30.1 %	Deficiente

17	Masculino	56,2	Mayor de 30.1 %	Deficiente
18	Femenino	62.5%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
19	Femenino	61.2%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
20	Femenino	87.5%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
21	Femenino	61.2%	Mayor de 30.1 %	Deficiente
22	Femenino	70%	Mayor de 30.1 %	Deficiente

Durante la realización de los talleres se evidencio que muchas de las madres de los menores son cabeza de familia y son quienes están a cargo del cuidado de los menores, debido a sus ocupaciones diarias y llegadas tardes de su lugar de trabajo, ya que son madres monoparentales, muchas de ellas no viven pendiente de los hábitos de salud bucal y como realizan diariamente el cepillado. Lo que deja en evidencia que los niños/a que están libres de caries son niños que sí sus padres no cambian los hábitos presentan un riesgo de presentar problemas bucales que se verán reflejados en la edad adulta.

Evaluación Final

La evaluación final fue realizada una semana después de terminado el programa, esta fue llevada a cabo en las instalaciones de cada uno de los jardines, esta actividad fue programa a las 3:30 después de la salida de los menores del jardín, tuvo un enfoque cualitativo de forma grupal, se intercambiaron ideas, se evaluó el aprendizaje de las madres sobre los temas planteados durante la realización del programa. Las madres de los menores quedaron agradecidas por las actividades realizadas, *“una de las madres me dijo no hay quien aguante a mi hija todos los días diciéndome mami cepille después que usted le dio la charla y les mostro los videos de la caries”* Siento satisfacción al ver que los niños y niñas realizaron las actividades con entusiasmo, por medio de su comportamiento y expresiones se notó que les agrado y que aprendieron bastante del tema.

Otra de las madres durante el taller comento “que es importante que en las citas odontológicas fomenten el autocuidado y no atiendan a los niños a la carrera, sin dar recomendación alguna”, otra de las madres me dijo “es muy importante que en los jardines les den charlas a los niños, siempre que hay actividades tienen en cuentas a los niños, pero no a nosotras las madres que también tenemos a recibir información sobre los cuidados que tenemos que tener con los niños”

8.2. Marco lógico

NIVELES	RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Generar conocimientos a las madres de familia y cuidadores sobre la importancia de conservar la dentadura temporal en los menores de 1 a 5 años mediante el autocuidado.	Número de madres que asistieron a los talleres educativos / Número de menores de 1 a 5 años intervenidos * 100 Meta de cumplimiento 80%	Listado de asistencia a los encuentros programados	La efectividad del programa será evaluada una semana después de terminado el pilotaje, mediante un enfoque cualitativo.
PROPÓSITO	Describir los conocimientos que tienen los padres, frente a la salud oral, ya que los niños aprenden imitando a sus padres, por ende, es necesario generar acciones sobre los malos hábitos y conocimientos que las familias han construido frente a la salud oral.	Número de madres encuestados / Número de menores de 1 a 5 años, de los jardines infantiles encuestados * 100 Meta de cumplimiento 80%	Listado de encuestados padres y menores de los jardines infantiles.	Lograr incentivar a las madres y menores para que participen activamente en el programa.
COMPONENTES	Caracterización de datos sociodemográficos y clínicos de los menores de 1 a 5 años.	Proporción de los menores que se incluirán en el programa de salud oral y madres de familia que asistirán a los talleres educativos.	- Base de datos -Listado de asistencia a los encuentros programados	Que los resultados esperados sean negativos, por falta de asistencia a los talleres educativos.
	<ul style="list-style-type: none"> Programa piloto de salud oral, dirigido a niños y niñas de 1 a 5 años. Talleres educativos para los Madres y cuidadores. 	El total de actividades programadas / total actividades ejecutadas. Meta Tener el 80 % de las actividades programadas ejecutadas.	Mediante los registros de asistencia a los talleres.	Cumplir con los lineamientos establecidos en el programa
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> Selección de base de datos de los tres jardines. Encuestas a las madres de familia. Firma de consentimiento informados 	Número de padres encuestados / Número de menores de 2 a 5 años, de los jardines infantiles encuestados * 100 Meta de cumplimiento 80%	-Listados de encuestados - Verificación base de Datos	Identificar la población objeto, implementación del programa de Salud Oral en los menores
	Talleres educativos sobre salud oral con las madres, cuidadores e infantes.	Medir la efectividad de las intervenciones Número de talleres educativo ejecutados Número de talleres programadas * 100	-Lista de asistencia por talleres con firmas -Registro de capacitaciones	Falta de disponibilidad por parte de los padres de familia y cuidadores, en la participación de las actividades programadas.

		Metas de cumplimiento 80%		
	<ul style="list-style-type: none"> Mediante las intervenciones se realizarán examen clínico, donde se evaluarán las superficies cariadas. Evaluación placa bacteriana mediante el índice de O'Leary. 	<ul style="list-style-type: none"> Total, de dientes temporales cariados, con extracción indicada, y obturados / Número de dientes en boca * 100 Cantidad de superficies teñidas/ Total de superficies Presentes * 100 <p>Metas de cumplimiento 80%</p>	<p>Mediante el índice COP (para dientes temporales)</p> <p>Mediante el índice de O'Leary.</p>	<p>Que los menores se nieguen asistir a las intervenciones programados en los jardines.</p>
	Entrega de kit de salud oral a los menores de los tres jardines infantiles.	<p>Entrega a los 25 niños por ser una muestra pequeña.</p> <p>Meta de cumplimiento 80 %</p>	Registros entrega de los kit de salud oral a los menores	<p>Incentivar a los niños y niñas a que participen activamente en el programa.</p> <p>Dedicarle mucho más tiempo a la enseñanza y aprendizaje de la salud oral de forma más didáctica.</p>

Fuente: elaboración propia.

9. Consideraciones éticas

El programa piloto fue realizado mediante el acompañamiento de la Doctora Ángela María Pinzón, la señora Luz Dary Velandia coordinadora de la fundación FUNTRAVIDI y por las madres comunitarias de los tres jardines. Mediante el programa se llevó a cabo una encuesta con las madres de familia de 18 preguntas sobre el conocimiento en salud oral, se socializo el objetivo del programa, las madres de los menores firmaron el consentimiento informado, dando la aprobación del programa piloto con los menores.

Antes de realizar el examen clínico, el control de placa bacteriana y la topicación de flúor barniz, se les explico a las madres de los menores el procedimiento a realizar, este procedimiento fue realizado por una odontóloga general.

Las intervenciones realizadas durante el programa no amenazaron la integridad física o moral de los menores, se realizó con el fin de contribuir a la mejora de los hábitos de salud bucal

de los niños y niñas menores de 5 años, desde el punto de vista preventivo. El programa fue realizado por la autora del programa quien dispuso de los recursos propios para llevar a cabo dicho pilotaje.

10. Recomendaciones

- Es de suma importancia que las campañas de salud oral en los jardines infantiles tengan continuidad, ya que los patrones de cuidado bucal descubiertos en la infancia generan enfoques preventivos que se verán reflejados en la edad adulta.
- Las campañas y programas deben ser basados en la salud oral de los menores de 5 años, no solo es realizar la intervención (control de placa bacteriana, profilaxis, topicación de flúor y sellantes), sino que también es fundamental tener en cuenta a los padres de familia y cuidadores. Pues son estos quienes están a cargo de los menores y son los niños y niñas quienes siguen los patrones y conductas de los adultos.
- Mayor compromiso y acompañamiento por parte de los padres frente a la salud bucal de los menores, ya que la mala higiene oral afecta la salud oral de los niños y niñas.
- Es importante que en las universidades odontológicas fortalezcan los enfoques en salud pública, que no solo se limiten a la atención de la enfermedad, sino que le se preste atención a la prevención en edades tempranas.

11. Conclusiones

Es fundamental impulsar en los jardines infantiles, campañas y programas basados en la salud bucal de los menores de 5 años, donde se tenga en cuenta a los padres de familia y madres comunitarias. La caries es una enfermedad prevenible, si se realizan estrategias de mayor impacto desde la salud pública con el fin de mejorar las condiciones de salud bucal que afecta a los niños

y niñas de los jardines infantiles. Hay que préstale atención a la prevención de la caries de la infancia temprana mediante estrategias educativas y familiares. No son solo los determinantes sociales que afectan la salud bucal de la población colombiana, la educación es un factor determinante que afecta la salud bucal de los menores de 5 años (3).

12. Anexos 1

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO SALUD ORAL

Su hijo(a) ha sido invitado a participar en un programa de salud oral que se llevará a cabo en su jardín infantil. Usted puede decidir si quiere que su hijo participe o no en este programa. Si su hijo(a) no participa en el programa, seguirá con las actividades del jardín de manera cotidiana, esto no le traerá ninguna consecuencia negativa. El programa contempla valoración oral con identificación de caries, determinación de índice de placa bacteriana y aplicación de flúor a todos los niños(as). SENOVIA DONATO LÓPEZ identificada con cédula de ciudadanía número 24716003, pasante de la Maestría en Salud Pública de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, estará a cargo de dicho programa. Si su hijo(a) participa, él o ella aprenderá acerca de la importancia de la higiene oral y de cómo realizarla y usted recibirá el diagnóstico de la salud oral de su hijo(a) con remisión a su EPS si se considera necesario. Por favor déjenos saber si autoriza la participación de su hijo en esta actividad.

¿Qué se nos pedirá hacer?

Si ustedes quieren que su hijo(a) participe, deberán firmar este consentimiento informado y diligenciar la encuesta sobre conocimientos, prácticas y creencias sobre salud oral, el niño participará en una jornada de evaluación y enseñanza en salud oral en la que deberá abrir su boca para que le realicen examen, le apliquen revelador de placa y aplicación de flúor barniz.

¿Qué beneficios podemos tener con la participación en el programa?

Se espera que el programa contribuya a una muy buena salud oral de los niños, dientes sanos y lindas sonrisas. Ustedes podrán conocer la salud oral de su hijo, sabrán si tiene caries y si tiene algún problema con la placa bacteriana. Al niño(a) se le enseñarán buenas prácticas de salud oral como el cepillado y el uso de seda dental. Si se encuentran caries o alguna otra lesión que requiera manejo especializado, recibirán una remisión para que traten al niño(a) en la EPS.

¿Qué consecuencias negativas podemos tener con la participación en el programa?

Al momento de la aplicación del flúor barniz se puede presentar posibles náuseas o vómitos, esto se produce cuando el niño/a han ingerido alimentos momentos antes de la aplicación, por esta razón el niños/a no consumirá alimentos en el jardín momentos antes de la aplicación del flúor barniz.

En rara ocasiones se han presentado reacciones alérgicas a la colofonia (resina de color ámbar o amarillenta obtenida de las coníferas, que se encuentra principalmente de la resina de los pinos, madera (serrín), ya que el barniz contiene dicha sustancia.

En muy raras ocasiones se ha reportado dificultad respiratoria en personas asmáticas, para prevenir esta reacción se recomienda que los niños asmáticos utilicen inhalador previo a la aplicación del barniz. Si, en el momento de la intervención surge alguna complicación imprevista, el odontólogo tomara las medidas necesarias que conduzcan al mejoramiento de la salud del niño/a.

Yo _____ con documento de identidad No _____, de _____ en calidad de representante legal del niño(a) _____, identificado con documento de identidad número _____, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y Voluntariamente declaro que he sido debidamente INFORMADO/A y se me ha explicado en términos entendibles, las características del programa piloto en Salud Oral con menores de 1 a 5 años, matriculados en los jardines infantiles la Pradera I, Caritas Felices o Gasparin del barrio el Codito. **ACEPTO** ___ o **NO ACEPTO** ___ la participación de mi hijo(a) en el programa de salud oral.

Nombre Madre _____ Nombre Padre _____

Firma _____ Id _____ Firma _____ Id _____

Fecha _____ Fecha: _____

Nombre Testigo 1 _____ Nombre Testigo 2 _____

Firma _____ Id _____ Firma _____ Id _____

Nombre encargado del programa _____

Firma _____ Id _____

Fecha _____

¿Si su hijo participa en el programa usted autoriza la toma de fotos del niño(a) en la actividad y el uso de las mismas con fines educativos? Autorizo _____ No Autorizo _____

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA

Por favor responda de acuerdo a sus conocimientos, no hay respuesta ni buenas ni malas, esta encuesta es solamente con el interés de conocer su creencia y prácticas relacionadas con la salud oral de los niños/a de los jardines infantiles, Pradera I, Caritas Felices y Gasparin del barrio el Codito.

Por favor: lea detenidamente las preguntas y marque con una X una de las opciones.

Nombre del padre: _____

Estrato: _____

Nivel Educativo _____

Nombre del niño/a: _____

Jardín Infantil: _____

1. ¿Considera importante que en los jardines infantiles se realice educación en salud oral?

- A: Totalmente de acuerdo
- B: De acuerdo
- C: Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- D: Totalmente en desacuerdo
- E: No sabe / No responde



2. ¿Cree usted que la caries dental se presenta en los niño/a?

- A: Por el consumo de carnes, pescado, vegetales, huevo
- B: Por la falta de higiene bucal y consumo excesivo de alimentos azucarados
- C: Por visitar al odontólogo periódicamente
- E: No sabe / No responde



3. ¿En qué momento cree usted que es importante el cepillado de los dientes del niño/a para prevenir la caries dental?

- A: Al levantarse y antes de desayunar
- B: Antes de irse a dormir
- C: Después de cada comida y antes de irse a dormir
- E: No sabe / No responde



4. ¿Quién le enseñó al niño/a cepillarse?

- A: La Madre
- B: El Padre
- C: En consulta odontológica
- E: Otros, quien
- E: No sabe / No responde



5. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes el niño/a?

- A: 1 vez
- B: 2 veces
- C: 3 a 5 veces
- C: Nunca
- E: No sabe / No responde.



6. ¿Con que frecuencia cambia el cepillo del niño/a?

- A: Cada 3 meses
- B: 4 a 5 meses
- C: Cuando las cerdas del cepillo se dañan
- D: No lo cambia
- E: No sabe / No responde.



7. ¿El niño/a utiliza crema dental al momento del cepillado?

- A: De vez en cuando
- B: El niño no tiene la edad para utilizar crema dental
- C: No, por falta de recursos económicos.
- E: No sabe / No responde



8. ¿Cómo realiza el cepillado el niño/a?

- A: De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a dientes) incluyendo la lengua.
- B: De forma circular por todos los dientes.
- C: De izquierda a derecha (horizontal)
- E: No sabe / No responde



9. ¿Le revisa los dientes al niño/a después que se los cepilla?

- A: Si
- B: No
- C: De vez en cuando



E: No sabe / No responde

10 ¿Utiliza la seda dental para limpiarle los dientes al niño/a? si su respuesta es “si” responda la siguiente pregunta?

- A: Si
- B: No
- C: De vez en cuando
- E: No sabe / No responde



11. ¿En qué momento la utiliza?

- A. Antes del cepillado
- B. Después del cepillado
- C. Después de cada comida y antes de irse a dormir
- D. Cuando le queda carne entre los dientes
- E. No sabe/ No responde



12. ¿Cuál de las siguientes medidas considera usted que es la más útil para evitar la aparición de caries en los niños/a?

- A: Cepillarle los dientes dos veces al día.
- B: Cepillarle los dientes después de cada comida y antes de acostarse.
- C: Masticar chicle y consumir alimentos azucarados.
- E: No sabe / No responde



13. ¿Cuántas veces al día consume el niño/a alimentos azucarados (dulces, galletas, bebidas azucaradas)?.

- A: 1 vez
- B: 2 a 3 veces al día
- C: Nunca
- D: No sabe / No responde



14. ¿Cuándo considera necesario llevar al niño/a consulta odontológica?

- A: Cuando tiene dolor
- B: 1 vez al año
- C: 2 veces al año
- E: Cuando tenga dientes permanentes
- D: No sabe / No responde



15 ¿Cree que es necesario curarle las caries al niño/a (muelas picadas o huecas)?

- A: Si, porque los dientes y las muelas hacen falta para masticar.
- B: No es necesario porque son dientes de leche y se van a caer.
- C: No sabe / No responde



16. ¿Le revisa la dentadura al niño/a para saber cómo se encuentra su salud bucal?

- A: Regularmente
- B: Nunca
- C: Algunas veces
- E: No sabe / No responde



17. ¿cree que las encías del niño/a están enfermas cuándo?

- A: Están muy pálidas
- B: Son rosadas y pegadas al diente
- C: Están rojas, sangran y se inflaman
- D: No sabe / No responde



18. ¿Cómo considera la salud bucal del niño/a?

- A: Excelente
- B: Buena
- C: Regular
- E: Mala
- D: Muy mala
- E: No sabe / No responde

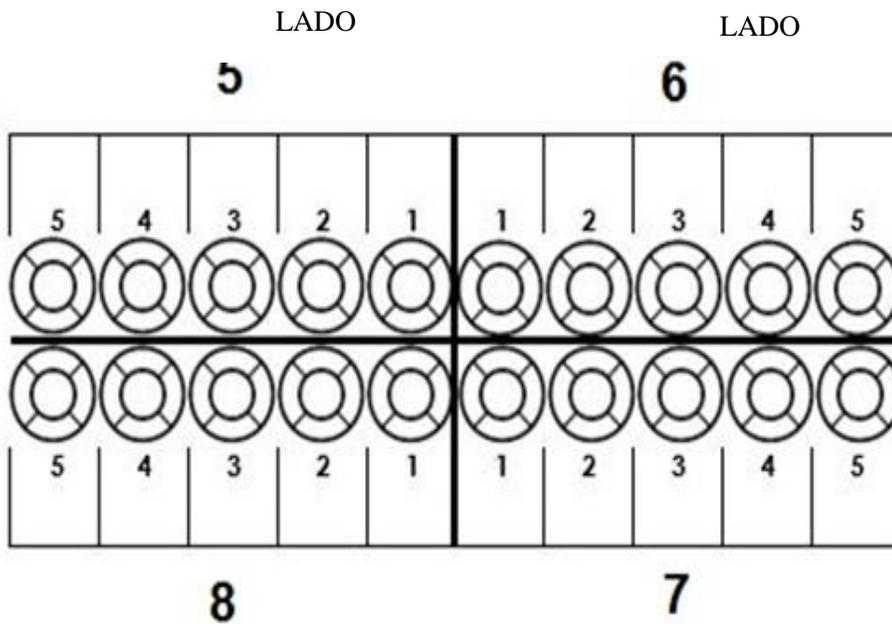


Toma de Ugalde, A. S., Delgado, N. M. S., & Quintana, N. G. (2014). Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur*, 12(1), 24-34.

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

Para la obtención de datos de Caries dental, se utilizará el índice Cod para dientes temporales, mediante el examen clínico la caries se marcará en el Odontograma de color rojo, las obturaciones con la letra O y las extracciones indicadas con la letra E.

Nombre _____ edad _____ sexo _____ jardín _____



El índice ceo- d: es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados.

C	E	O	TOTAL

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

Control de Placa bacteriana

Nombre _____ edad _____ sexo _____ jardín _____

Indice de O'Leary															
Indice primera consulta										%		Fecha: / /			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Indice Alta										%		Fecha: / /			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

El índice de placa bacteria se obtiene aplicando la siguiente formula:

$$\frac{\text{Cantidad de superficies teñidas}}{\text{Total, de superficies Presentes}} \times 100$$

12.1 Anexos fotográficos

Talleres educativos con las madres de los tres jardines infantiles.



Talleres didácticos con los menores



Aplicación gotas reveladoras de placa bacteriana





Examen clínico



Topicación de flúor barniz



Entrega kit de salud oral



13. Bibliografía

1. Alfonso, A. P., Pimentel, B. T., & Romero, L. O. (2013). Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia y cuidado de la dentición temporal. *Acta Médica del Centro*, 7(4).
2. Alonso Noriega, M. J., & Karakowsky, L. (2009). Caries de la infancia temprana. *Perinatología y reproducción humana*, 23(2), 90-97.
3. Calderón Pico, M. A., Contreras Yaruro, T. C., García Contreras, M. J. C., & Lozano López, M. Determinantes sociales y su relación con la caries dental en una población escolar de 5 a 12 años, Bucaramanga Colombia.
4. Canseco, D. M., Morales, P. L., & Pérez, R. C. C. (2011). Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. *Revista odontológica mexicana*, 15(2), 96-102.
5. Capote Fernández, M. M., & Campello Trujillo, L. E. (2012). Importancia de la familia en la salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, 49(1), 0-0.
6. Castillo, J. L., Palma, C., & Cabrera-Matta, A. (2019). Early childhood caries in Peru. *Frontiers in public health*, 7, 337.
7. de África, R., de las Américas, R., de Asia Sudoriental, R., & de Europa, R. Salud bucodental.
8. de Salud Bucal, S. (2015). ENSAB IV. *Situación en Salud Bucal MPS*, 19-51.
- 9 Gómez de Ferraris, M. E., Campos Muñoz, A., Carranza, M., & Arriaga, A. (2002). Histología y embriología bucodental. In *Histología y embriología bucodental* (pp. xv-467).
10. González-Martínez F, Sierra C, Morales L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública Mex.* 2011; 53(3):247-57.

11. Guerrero Castellon, M. P., GOMEZ GONZALEZ, N. S., GUTIERREZ ROJO, J. F., RIVERA, G., NOE, R., & CARRILLO PADILLA, D. G. (2016). Pérdida prematura de molares temporales, factor etiológico de maloclusión. CONACYT.
12. Gutierrez, C. M., Quijano, D. M. D., Espinel, M. L. C., Lemus, F. L., & Rodriguez, C. J. R. (2016). Asociación de caries de infancia temprana con factores de riesgo en hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en Zipaquirá, Colombia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 28(1), 123-13.
13. Hanada N. Current understanding of the cause of dental caries. *Jpn J Infect Dis*. 2000 Feb; 53(1):1-5. PMID: 10777849.
14. Humeres-Flores, P., Guzmán-Orellana, D., Madrid-Canales, C., Fredes-Ziliani, A., & Mustakis-Truffello, A. (2020). Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres-un estudio cualitativo. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13(2), 62-66.
15. Illescas, P. L. A., León, K. C., León, E. V., & Coral, B. V. (2021). Estado nutricional y caries de infancia temprana en niños de 0 a 3 años: Revisión de la literatura. *Revista Odontología Pediátrica*, 20(1), 49-59.
16. Malo Gómez, L., Pérez Puello, S., & Ramos Martínez, K. (2015). Impacto de caries dental sobre la calidad de vida en niños pertenecientes a la primera infancia de instituciones educativas de Cartagena (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena).
17. Millan, L. M., & Botero, D. (2020). Evaluación de resultados del programa de salud oral en una población entre 0 y 17 años. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 3(2), e6919-e6919.

18. minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/cuidados-salud-bucal-ninos-adolescentes-y-jovenes.pdf
19. Navas, R., Rojas de Morales, T., Zambrano, O., Álvarez, C. J., Santana, Y., & Viera, N. (2002). Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. *Interciencia*, 27(11), 631-634.
20. Palma, C., Cahuana, A., & Gómez, L. (2010). Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediatr Esp*, 68(7), 351-357.
21. Palomer, L. (2006). Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. *Revista chilena de pediatría*, 77(1), 56-60. scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008
22. PratTs, M. J. F., González, M. D. L. C. B., Bernal, L. D. C. C., Jiménez, E. V., Flores, G. L., & Gutierrez, R. C. INDICES EPIDEMIOLÒGICOS PARA MEDIR LA CARIES DENTAL.
23. Ramírez Puerta, B. S., Franco Cortés, Á. M., Ochoa Acosta, E. M., & Escobar Paucar, G. M. (2015). Experiencia de caries en dentición primaria en niños de 5 años, Medellín, Colombia.
24. Ramón Jimenez, R., Castañeda Deroncelé, M., Corona Carpio, M. H., Estrada Pereira, G. A., & Quinzán Luna, A. M. (2016). Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. *Medisan*, 20(5), 604-610.
25. Rojas, F. S., & Echeverría, L. S. (2014). Caries temprana de infancia: ¿enfermedad infecciosa? *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(3), 581-587.
26. SALUD, B. Y. P. E. E. SOY GENERACION MÁS SONRIENTE.

27. saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-cronicas/salud-oral-sisveso/.
28. Secretaría Distrital de Salud. Políticas de salud oral de Bogota, D.C. con participación social para el decenio 2011-2021 [Internet]. 2011. p. 2-118. Disponible en: http://acfo.edu.co/educacion/pdf/Guias/politic_salud_oral_bogota_2011-2021.pdf
29. Tovar, C. P. L., Martínez, G. M., & Delgado, A. L. S. (2013). La educación como determinante de la salud oral. *Universitas Odontológica*, 32(69), 115-121.