

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN SALUD BUCAL VEREDA EL CEDRO, MUNICIPIO DE AYAPEL, 2009-2013

Alfonso Escobar-Rojas*, Andrea Álvarez-Tobón**, Juan Camilo Correa-Correa**,
Sara Delgado-Tobón**, Paola Duque-Díaz**,
Jaime Jesús Percy-Percy**, Mariana Vélez-Botero**

Introducción

La primera infancia en Colombia ha tenido desarrollos normativos con el propósito de lograr un desarrollo integral de los niños y niñas, como declara la Ley 1098 de 2006, Política Pública de Niñez y Adolescencia en Colombia.¹ Sin embargo persisten graves desigualdades entre grupos sociales, originando un perfil de morbi-mortalidad por causas evitables de magnitud considerable, de tal manera que aún falta recorrer mucho camino para alcanzar indicadores internacionales de desarrollo, a pesar de que actualmente Colombia se considera un país con un crecimiento económico y social muy promisorio, en cifras de los organismos gubernamentales como el Banco de la República.²

La salud bucal no es diferente en el comportamiento a aquellas enfermedades generales relacionadas con la pobreza, la malnutrición, las escasas capacidades humanas para las diferentes oportunidades; bien se refiere la Organización Mundial de la Salud cuando sustenta la estrecha relación entre éstas. Dada la magnitud, severidad y vulnerabilidad, las enfermedades bucodentales se consideran un problema de salud pública. Su impacto sobre los individuos y las comunidades, de manera desfavorable, afecta la calidad de vida.^{3,4}

El último estudio poblacional de salud bucal del país, data del año 1998;⁵ apenas en el 2012 se logró asignar el contrato para realizar el cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal. De esta manera los únicos referentes que se tienen, son datos muy anteriores (15 años atrás) lo que dificulta beneficiarse de indicadores oportunos que sirvan de comparación.

Los conceptos actuales sobre caries dental, definen dos aspectos claves a tener en cuenta: el primero es la infección y el segundo es la enfermedad.⁶⁻⁷ Se

* Profesor Facultad de Odontología, Universidad CES

** Estudiantes 10º semestre Facultad de Odontología, Universidad CES

define enfermedad cuando hay cavitación y puede decirse que es el estado más avanzado de la misma porque hay pérdida de la integridad del esmalte, lo que permite su rápida progresión a dentina y pulpa, produciendo dolor, inflamación y limitación en su función.^{6,7}

La caries dental en los niños es más frecuente por variadas condiciones; reviste importancia la inmadurez del esmalte que lo hace apto a la disolución ácida, producto del metabolismo de los hidratos de carbono provenientes de la dieta.^{6,8} Las condiciones socioeconómicas han sido reportadas como otro de los factores de riesgo, porque es un determinante del acceso a bienes y servicios, entre ellos la compra de elementos de higiene bucodental.⁹⁻¹⁰ La escolaridad de los padres, la educación en salud que hayan recibido ellos, hace a los niños más o menos vulnerables a la presentación de la enfermedad.¹⁰ Es clave entonces trabajar con este grupo de edad fortaleciendo el cepillado dental con supervisión en cantidad y calidad.

Con estas consideraciones, el presente trabajo se propuso intervenir la salud bucal con enfoque preventivo, en los niños desde los 2 hasta los 14 años de edad, residentes en la Vereda El Cedro, municipio de Ayapel (Córdoba) mediante un programa continuo, con el apoyo de Corpo-Ayapel y la Universidad CES, debido a que es una población vulnerable no solo por pertenecer a la primera infancia y adolescencia, sino por sus condiciones económicas, sociales y culturales. Este programa se propone controlar las principales enfermedades bucales que se manifiestan en este grupo etáreo, de tal manera que se reduzcan indicadores de enfermedad bucal y se transformen en indicadores de salud bucal.

Marco Contextual

San Jerónimo de Ayapel es un municipio ubicado en el departamento de Córdoba en el extremo oriental del mismo, se encuentra en la parte baja del río San Jorge (mapa 1)¹¹, localizado en la parte suroccidental de la Depresión Momposina y limita con la subregión de la Mojana.^{11,12}

Mapa 1. Localización de la ciénaga de Ayapel.



Fuente: Tomado de IBAs de Colombia, p. 152

Fué fundado el 25 de Octubre de 1535 por Alonso de Heredia; según el censo poblacional realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el 2005, Ayapel cuenta una población de 42.629 habitantes. Del total de la población de Ayapel el 52,0% son hombres y el 48,0% mujeres.¹⁰⁻¹¹ Censos de población ajustados, para 2012 proyecciones de población por área determinado por DANE para un aproximado de 48.324 habitantes.¹³

Ayapel cuenta con una extensión territorial de 1.959,82 km², lo cual equivale al 7.83% con relación al total del departamento. De los 1.960 Km² aproximadamente 15.000 Has corresponden a la zona de humedales representados principalmente por la ciénaga de Ayapel, que a su vez constituye la principal vía de comunicación de la cabecera municipal con la mayor parte de los corregimientos.¹⁰⁻¹³

Los límites geográficos del municipio son, al norte limita con los municipios de San Marcos, Majagual y San Benito Abad (Sucre), al este con Guaranda (Sucre) y San Jacinto del Cauca (Bolívar), al oeste limita con Pueblo Nuevo y Buenavista (Córdoba) y al sur con La Apartada (Córdoba), Caucasia y Nechí

(Antioquia). La principal virtud del municipio radica en que está bañado por las aguas del río San Jorge y la ciénaga de Ayapel, lo cual permite la explotación de su economía la cual se basa en la pesca, la agricultura, la ganadería y la minería.^{10,12,13,14}

El clima es tropical seco, el territorio es en su mayor parte plano y cenagoso y cuenta con diez corregimientos, quienes de manera mayoritaria se comunican por vía fluvial. Entre ellos se encuentra el corregimiento de El Cedro. Dicho corregimiento cuenta con una extensión de 8317 hectáreas distribuido en cuatro veredas; El hoyo de los bagres, Las Escobillitas, Las Palmas y Mermejo. El corregimiento de El Cedro cuenta con una población de 3018 habitantes.^{10,11}

El sector educativo del municipio agrupa 5 Centros y 20 Instituciones que abarcan 110 Sedes, para una población de 12.071 estudiantes; los servicios de salud públicos los presta el único centro hospitalario, que es el Hospital San Jorge.

Debido a las necesidades de esta población nace la Corporación para el Desarrollo Integral de la Ciénaga de Ayapel (CorpoAyapel). Esta es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro creada el 25 de Febrero de 2003 por un grupo de personas que tienen casas de recreo alrededor de la Ciénaga de esta localidad, para contribuir al mejoramiento de la calidad y condiciones de vida de la familias de extrema pobreza de dicho municipio.¹⁰⁻¹³

Inicialmente la entidad, se orientó al desarrollo de proyectos ambientales, sin embargo no se cumplieron a cabalidad los objetivos planteados, por falta de compromiso y disciplina de la comunidad seleccionada (pescadores y agricultores) para ejecutarlos. Como la comunidad que se buscaba beneficiar no tenía resueltas necesidades básicas como la salud y la educación, se decidió dar un nuevo rumbo a la Corporación, haciendo énfasis en proyectos enfocados hacia dos líneas de acción: Salud y Educación en el corregimiento del Cedro perteneciente al municipio, con el fin de obtener un mayor impacto al cubrir una población de manera más integral. Sin embargo, durante el transcurso de los años, se ha logrado ampliar la cobertura a otras comunidades del municipio, a través de diferentes programas y servicios.

En el año 2009 la Universidad CES realizó un censo poblacional del Corregimiento El Cedro, donde se realiza la intervención en salud; se encuestaron 184 viviendas en las cuales habitaban 946 personas, con un promedio de 5 personas en cada una de ellas.¹⁵

Las condiciones de las viviendas se consideran precarias porque la mitad de ellas tienen pisos en tierra (51,1%; n=94 viviendas), seguidas de cemento (44,6%; n=82 viviendas); el 58,2% (107 viviendas) tenían tejas de zinc por techo, seguido de palma y paja (23,4% y 4,9% respectivamente). Los servicios públicos son precarios en cuanto a saneamiento básico (agua, alcantarillado y disposición de basuras).

El 52,3% (495 personas) fueron hombres, con una edad promedio de 26 años (d.e.± 20,4 años); según este censo, “uno de cada tres habitantes es menor de 12 años y el 46,2% (437) se encuentra entre los 13 y los 40 años”.

En esta comunidad son cabeza de familia, principalmente hombres, en el 31,9% de las personas (158 hombres); el 9,8% (44) son mujeres; esta denominación se refiere a quienes llevan el ingreso para el sostenimiento de los demás miembros de la familia.

Las ocupaciones de las personas cabeza de hogar son minería (9,9%), pescador (5,4%), mayordomo (3,5%), dueño de tienda (2,5%), trabajos casuales (25,7%) y otras (41,1%); el 10,9% (22 personas) que informaron tener la responsabilidad económica de la familia no tiene ocupación alguna. No solo empleos precarios, sino ausencia de estabilidad laboral, pues uno de cada cuatro entrevistados tienen empleo de forma permanente.

Las personas jefes de hogar cursaron primaria incompleta en el 30,2% (61 personas); uno de cada cinco personas, cabeza de familia, no presentó ningún nivel de escolaridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde el año 2009 se realizan visitas periódicas a la vereda el Cedro, municipio de Ayapel, en el Departamento de Córdoba cada 3 meses, gracias a

los esfuerzos de CorpoAyapel en asocio con la Universidad CES, aportando a la identificación de problemas relacionados con la salud bucal, así como a su prevención, diagnóstico y tratamiento restaurador dirigido a los niños y niñas, pertenecientes a la comunidad, entre los 2 y 12 años de edad, con impacto familiar, educativo y comunitario, con el fin de mejorar la salud oral de la población.

La atención odontológica a la comunidad es efectuada por un grupo de trabajo compuesto por seis estudiantes de séptimo a décimo semestre de la Universidad CES en conjunto con dos residentes del postgrado de Odontopediatría pertenecientes a la misma universidad y docentes de la institución.

El programa comenzó con un total de 300 niños inscritos en el año 2009 y a la fecha dicho número se ha extendido a un total de 608 niños beneficiados. Así mismo el centro de salud habilitado por Corpo-Ayapel para el programa ha tenido un notable crecimiento en su infraestructura y dotación, inicialmente constaba de dos sillas odontológicas, un equipo radiográfico e insumos básicos; en la actualidad el centro cuenta con tres sillas odontológicas, un equipo radiográfico, dos sillas portátiles y dos aulas que se utilizan para realizar charlas institucionales a los niños, padres de familia y educadores.

El grupo de trabajo viaja al corregimiento 4 veces al año, durante una semana; cada visita evalúa en promedio, 60 niños diarios, para un total de 250 niños por visita, entre usuarios nuevos y antiguos. En cada asistencia se realiza historia clínica y encuesta sobre conocimientos en higiene oral a los padres de los pacientes nuevos que ingresan al programa, así mismo se diligencia el odontograma; entre las actividades clínicas que se cumplen están el control de placa bacteriana bucal, profilaxis profesional, aplicación tópica de flúor y entrega de Kit de higiene oral, tanto a los pacientes que ingresan al programa como a los que ya hacían parte de él, para garantizar que los hábitos higiénicos no tengan excusa de no practicarse.

En caso de que el paciente necesite tratamiento restaurador, se realiza tratando de mantener el indicador de continuidad, con el fin de dejar la mayor

cantidad de niños sanos posible. Se realizan tratamientos de baja y mediana complejidad, de acuerdo al caso.

Resultados

Conocimientos y prácticas de los padres

Se entrevistaron 609 personas adultas, padres y madres de los niños que asisten al Programa de salud bucal adelantado por la Universidad CES y Corpo-Ayapel. El 29% (n= 175) de las personas entrevistadas nunca han visitado el Odontólogo y el 32% (n= 193) tienen más de un año sin visitar al odontólogo. Quienes solicitaron los servicios informaron que acudieron por dolor en un 27,3% (n=166) y por revisión en un 23,5% (n= 143). Otros motivos como operatoria dental y trauma tuvieron menor ocurrencia.

La mayoría de las personas al ser preguntados por la importancia del cuidado de los dientes deciduos (“de leche”) respondieron afirmativamente (90,5%; n=551). La caries dental se produce por falta de higiene en opinión del 66,3% de los encuestados; por consumo de dulces el 16,7% (n=102). En esta población no se asocia caries dental con embarazo; muy pocos creen que los antibióticos ejercen alguna influencia en la presentación de la caries dental.

Con respecto a la utilización de las ayudas para la higiene dental reportaron que el cepillo de dientes, se utiliza en un 94,4% (n=575) con una frecuencia de cepillado de 2 veces al día del 45,2% (n=275) y de 3 veces por día de 42,2% (n=257, no así con el uso de la seda dental: el 53% (n=323) no la usa.

El 58% (n=353) de los entrevistados ha recibido información sobre el cuidado de los dientes de sus hijos; el 33% (n=200) la información la obtuvo desde el centro de salud, sin embargo manifiestan que la brindada por el profesional de la salud bucal es mínima (4,3%; n=26).

Uso del biberón y hábitos alimenticios por parte de los niños

Los encuestados fueron preguntados por el consumo de tetero por parte de los niños, actualmente; el 85,6% (n=521) contestó negativamente, pero si existe

consumo de tetero en los niños de la población en años anteriores; nunca tomó tetero el 1,3% (8) de los casos. Es importante resaltar que la edad mínima de ingreso al programa es a partir de dos años. El 100% de la preparación utiliza carbohidratos y almidones fermentables y utilizan el tetero en la noche la mitad de quienes respondieron afirmativamente por su utilización, pero no lo dejan dormir con el tetero en la mayoría de los casos.

Se indagó por el consumo de golosinas por parte de los niños; todos reportaron esta ingesta y las respuestas indicaron el uso de carbohidratos y almidones fermentables.

Hábitos de higiene bucal del niño

Una sola persona de los encuestados respondió que no le cepilla los dientes a su hijo; tampoco respondieron iniciar el cepillado desde el nacimiento del niño. Quienes los cepillan iniciaron esta práctica desde un mes hasta los 81 meses de nacidos; el mayor número de respuestas fue al primer año de nacido (35,6%; n=217).

Los padres o madres de los niños informaron que algunos de ellos no tenían cepillo de dientes (1%; n=6); el cepillo es compartido en el 2,3% (n=14) de los encuestados.

El 52,7% (n=321) de los niños se cepilla solo; el 30,5% (n=186) se cepilla acompañado. El restante porcentaje se cepilla unas veces solo y otras, acompañados.

La utilización de la crema dental es un hábito de alta frecuencia: 92% (n=560) de los encuestados y es la misma que utiliza toda la familia (77%; n=467). En menor frecuencia tienen crema dental apropiada para niños (18,1%; n=118).

Los padres y madres informaron que el niño nunca ingiere la crema dental en la mayoría de los casos; sin embargo el 24,1% (n=147) de los niños se come la crema dental con una frecuencia entre siempre y algunas veces. En cuanto a la utilización de la seda dental por parte del niño, los padres refirieron que el 69,3% (n=422) nunca la utilizan. Solo el 9,4% (n=57) la utilizan con regularidad.

Con respecto a las visitas del niño al Odontólogo alguna vez en los años que tiene, respondieron afirmativamente el 33,5% (n=204) de los entrevistados en un lapso de tiempo menor a seis meses. El 24,3% (n=148) asistió por revisión y por dolor el 5,3% (32). Quiere decir que quienes asistieron por dolor muy probablemente pudo presentarse caries que compromete dentina y pulpa.

Se preguntó a aquellos que nunca visitaron al Odontólogo, cuál fue el motivo para no solicitar cita; las respuestas atribuyen causas a los padres de familia “descuido”, “abandono”, “falta de dinero”, falta de interés”, “falta de cuidado”, “desconocimiento” por mencionar las más relevantes; otras causas tienen que ver con los servicios de salud, como por ejemplo “la falta de citas”, “muchas vueltas” o la accesibilidad geográfica: “muy lejos”.

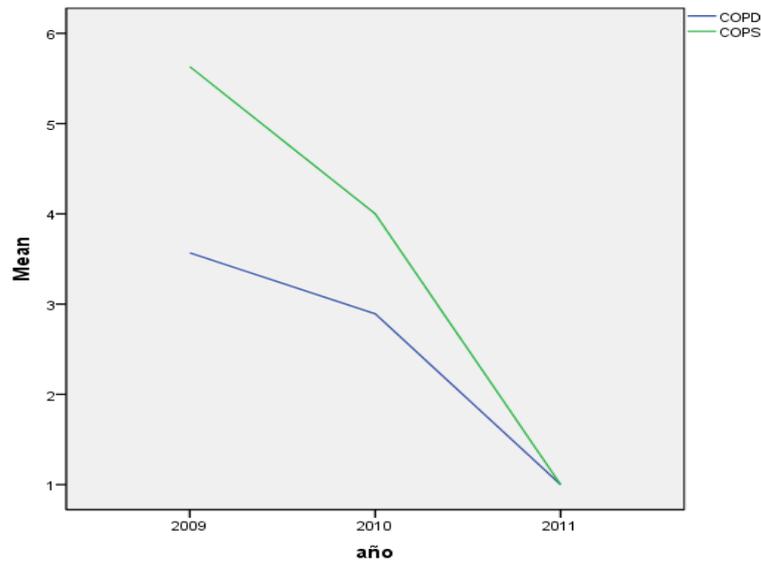
El comportamiento de los niños en la consulta odontológica se calificó como colaborador en un 30% (n=183); el 6,6% (n=40) lloraron pero se dejaron atender. En menores porcentajes refirieron otros comportamientos como el rechazo total (1,5%; n=9), llanto (2,3%; n=14); llanto y timidez y niño temeroso.

Atención clínica

En el año 2009 se dio inicio a una intervención en salud bucal, de carácter educativo-preventivo y rehabilitador en niños hasta los 14 años de edad en la Vereda El Cedro, municipio de Ayapel, Departamento de Córdoba, Colombia; por sexo la distribución fue de 52% (290) hombres.

Se diligenció historia clínica a 608 pacientes en total; durante cada año de seguimiento (2009 a 2012) se han atendido escolares, como se ilustra en la figura 1, todos ellos con diversos tratamientos tanto en la vía de curación de la enfermedad bucal, como en materia preventiva.

**Gráfico 1. Valores del COP-D y COP-S por años de atención.
Vereda ElCedro, Municipio de Ayapel, Departamento de Córdoba.**



Fuente: Historias clínicas Ayapel

En el año 2009 se atendió el mayor número de pacientes, 306 en total; en el 2010 asistieron a consulta 104 niños; en el año 2011, 67 pacientes y en el 2012, 79 pacientes; todos estos pacientes son ingresos nuevos al programa. Falta por clasificar y tratar 85 pacientes del total captado inicialmente.

El 36,7% (205) de los niños tuvieron su dentición temporal completa (20 dientes); los demás estaban en la época de erupción del primer molar permanente (23,1%) y de recambio dental, aumentando el número de dientes permanentes presentes en boca.

Se realizó valoración del estado de salud dental por medio del COP-D modificado. La tabla 1 resume estos valores por grupos de edad, aclarando que por dificultades en la manera de registrar la información solo se tuvieron datos de 294 pacientes.

**Tabla 1. Valores de COP-D y COP-S según edad.
Vereda El Cedro, Municipio de Ayapel, Departamento de Córdoba.**

	N°	Promedio	S.D	IC _{95%}		Vr.	Vr.	
				LI	LS	Min	Max	
COPD	2-5 años	125	3,20	4,020	2,49	3,91	0	16
	6-10 años	158	3,45	3,698	2,87	4,03	0	16
	11-14 años	11	3,64	5,390	,02	7,26	0	15
	Total	294	3,35	3,896	2,90	3,80	0	16
COPS	2-5 años	125	4,77	7,174	3,50	6,04	0	39
	6-10 años	158	5,49	6,336	4,49	6,48	0	29
	11-14 años	11	4,82	6,765	,27	9,36	0	17
	Total	294	5,16	6,707	4,39	5,93	0	39

p>0,05

En el grupo de menores de 5 años, el valor promedio de COP-D fue de 3,2 (d.s \pm 4,0) El mayor valor de este índice se encontró en los niños de 11 a 14 años (3,6d.s \pm 5,3); este dato puede explicarse por los cambios ocurridos en la fórmula dentaria durante el recambio fisiológico, aumentándose los dientes y las superficies en riesgo de caries dental, aunque no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y los valores del COP-D. El promedio general del COP por superficie (COP-S) fue de 5,16 (d.s. \pm 6,7), valor superior a la medición por diente.

En cuanto a opacidad del esmalte el promedio fue de 1,26 (d.s. \pm 5,6), es decir, entre uno y 6 dientes están comprometidos; algunas de estas opacidades pueden deberse a caries inicial, situación que es reversible con el tratamiento adecuado. Otras opacidades probablemente indican otro tipo de problemas del esmalte, que dependiendo del compromiso estético pueden requerir tratamiento.

El índice de placa dental, como indicador de cepillado dental y en consecuencia de riesgo de caries dental presenta un nivel bajo en su mayor porcentaje (Tabla 2); los niveles regular y malo son un poco menores con respecto al nivel bajo, no obstante, no es despreciable el porcentaje, de tal manera que el trabajo permanente de acompañamiento a los niños durante los momentos de higiene

oral es un concepto a trabajar con los padres en cada momento educativo que se realice.

Tabla 2. Clasificación de la presencia de placa dental como indicador de riesgo de caries dental. Vereda El Cedro, Municipio de Ayapel, Córdoba

Niveles de placa dental	Nº	%
Sin placa	8	1,4
Bajo ($\leq 30\%$)	210	37,6
Regular (entre 31 y 60%)	71	12,7
Malo ($\geq 60\%$)	111	20

Los valores encontrados en el ENSAB III (1998)⁵ se sitúan mayoritariamente en el nivel regular de remoción de placa dental, mientras que el presente estudio se sitúa en el nivel bajo; este estudio, con un tamaño muestral mucho más grande que el presente, y recoge datos de todo el país, revela un nivel de higiene bucal catalogado como regular en esa época (hace 14 años). La comunidad de Ayapel, en los cuatro últimos años, mostró un nivel bajo de higiene bucal, resultado que le da sentido a la intervención que se adelanta en la localidad.

El criterio mancha blanca inactiva se valoró en 401 pacientes (72% de la muestra); el mayor porcentaje se ubicó en categoría cero (0), ausencia de lesiones de este tipo, con frecuencia más alta de presentación en mujeres (51,1%), sin diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p > 0,05$) (Tabla 3)

Tabla 3. Frecuencia de mancha blanca inactiva en niños de la Vereda El Cedro, Municipio de Ayapel, Departamento de Córdoba

Nº de dientes	Mancha blanca inactiva										Total
	0	1	2	3	4	5	6	15	20		
SEXO F	184	9	8	3	1	0	1	1	1	1	208
M	176	6	6	2	2	1	0	0	0	0	193
Total	360	15	14	5	3	1	1	1	1	1	401

$p > 0,05$

Con respecto al criterio cavidad detenida en esmalte estuvieron comprometidos, en promedio 0,25 dientes (d.s.± 1,2), datos que no pueden valorarse como mínimos aunque se considere que la caries dental sea un proceso dinámico, muy difícil de lograr que no haya daño estructural al esmalte, por la condición de desmineralización y remineralización permanentes. El criterio cavidad detenida en dentina es mucho más comprometedora, porque ya hay avance a tejido menos mineralizado que involucra, aún más, la integridad del diente; el promedio de esta condición es 0,15 (d.s.± 0,9).

El promedio de mancha blanca activa fue de 1,33 (d.s.± 3,2), valor más alto de todos los promedios relacionados con la presentación de la caries dental, preocupante porque indica avance de la enfermedad (entre 2 y 4 dientes por cada niño examinado), igualmente que el promedio de dientes con caries activa en dentina (1,4 d.s.± 3,1), lo que representa avance y mayor compromiso de las estructuras dentarias derivadas del proceso de caries dental.

En el año 2009 también se observó un promedio mayor en el criterio cavidad detenida en dentina, valor que descendió en el año 2012 a un nivel casi cero (0). Aunque se note reducción en los valores promedios del comportamiento de la caries dental, sigue evidenciándose alguna lesión que obliga a un seguimiento individualizado y un mayor acompañamiento de padres y educadores pues están preparados para motivar a los niños al cuidado bucal.

El promedio del COP-D en el 2009 fue alto, si se compara con el estudio nacional de salud bucal ENSAB-III de 1998; al comparar por año de seguimiento, el comportamiento del índice es descendente, tanto cuando se mide por diente como cuando se mide por superficie.

Durante el año 2012 se realizaron tres visitas al lugar, con el propósito de resolver las principales necesidades de tratamiento, así como desarrollar labores educativas a padres, maestros y niños. Las principales actividades en la primera visita fueron profilaxis, aplicación de flúor, obturaciones con amalgama y resina (entre 1 y 6 superficies), aplicación de ionómeros (entre 1 y 7 superficies), exodoncias (1 a 3 dientes). En escasa cantidad atención pulpar (pulpotomía y pulpectomía).

Situación del primer molar permanente

Se evaluaron 137 niños y niñas de todas las edades (hasta los 14 años). El estado del primer molar permanente es favorable en algo más de la mitad de los escolares; el 58,4% reportaron estar sanos, 2,2% presentó caries dental oclusal en alguno de los molares, 8,1% restaurados y 31,4% no habían erupcionado.

Discusión de resultados

La Declaración de Alma Ata en 1978 instó a los países del mundo a que la estrategia de Atención Primaria se convirtiera en una estrategia fundamental para el desarrollo de los servicios de salud en el mundo, porque podría contribuir a la resolución del 80% de los problemas de salud¹⁷, en tanto fortalece los niveles básicos de atención, mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico e intervención oportunos y el tratamiento adecuado a las dolencias.

En todos los países se han desarrollado programas preventivos con variados enfoques y con resultados variables.¹⁸ Uno de los resultados que se espera alcanzar con estos programas es la disminución de enfermedades como la caries dental y la gingivitis, al enfatizar en la educación en salud bucal, con la transformación de hábitos y costumbres no saludables, basados en la co-responsabilidad de padres y educadores y en el tratamiento de la enfermedad cuando esta se presenta.

La presentación de las principales patologías bucales en esta población intervenida debería ser más agresiva por sus condiciones socioeconómicas; son muchos los estudios en el mundo que sostienen que a mayores dificultades sociales, económicas y culturales es mayor el comportamiento de la incidencia y prevalencia de enfermedades principalmente infectocontagiosas.^{19,20}

El comportamiento del COP-D al inicio del estudio fue mayor en promedio cuando se contrasta con resultados de otros estudios, como el sexto monitoreo de salud bucal en escolares del Municipio de Medellín, realizado en el 2006²¹, o

con el estudio de factores de riesgo realizado en Cartagena, por González y cols.²⁰

La mancha blanca, como indicador de la actividad de caries dental requiere otros abordajes distintos a la operatoria dental; lo importante de un programa de este tipo es la posibilidad de llegar a tiempo antes que evolucione a una cavidad franca con terapéuticas como la aplicación de flúor y la sensibilización a la comunidad educativa de no bajar la guardia en el cepillado dental.²²

Con respecto al primer molar, la literatura reporta que son los dientes más propensos a caries dental por variables como la inmadurez del esmalte, la anatomía dental, la imposibilidad de una estricta higiene oral en períodos eruptivos, descuido y escaso conocimiento sobre su importancia, poca capacidad motriz del niño, amén de las dificultades económicas para la compra de elementos de higiene bucal, entre otros.²³ Por tanto encontrar molares sanos puede considerarse como resultado favorable de este programa.

Conclusiones

El éxito de un programa preventivo dirigido a la niñez depende necesariamente de los cuidadores adultos, por cuanto los niños aún carecen de habilidad motriz para el cepillado dental; de igual manera del ejemplo de dichos cuidadores. El niño es el reflejo de lo que hacen sus padres o personas a los que ellos quieren imitar; es decir el cultivo de hábitos de vida saludables.

De la misma manera, un programa informativo no trasciende a generar hábitos de autocuidado; por ello este tipo de programas debe ir enfocado a producir en los participantes aprendizajes significativos que no se logran con charlas ocasionales.

Otro asunto no menos importante, es el acceso a bienes y servicios; si el dinero del hogar es insuficiente, las prioridades se centran en satisfacer las más inmediatas relacionadas con la supervivencia. Por tanto, todo programa preventivo dirigido a las personas más desfavorecidas socioeconómicamente

hablando debe incluir en sus presupuestos la dotación básica de elementos de higiene bucal.

La Universidad CES hace presencia en este municipio como parte de la extensión solidaria y de la docencia que se desarrolla en escenarios propios de las comunidades.

Conflictos de interés:

Este programa es patrocinado por la Universidad CES y por Corpo-Ayapel.

Correspondencia:

Dr. Alfonso Escobar Rojas
Universidad CES
Calle 10 A N° 22-04
aescobar@ces.edu.co

Bibliografía

1. Congreso de Colombia. Ley 1098 de 2006. Política Pública de Niñez y Adolescencia. El Congreso. Boletín Oficial del Estado, número 46.446, de 08/11/06.
2. Banco de la República (Colombia).
En: [<http://www.banrep.gov.co/es/node/31835>] consultado el 20 de octubre de 2013.
3. Petersen P. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. 03.2
4. Petersen PE. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2003. Vol. 31, Issue 6, page 471.
5. Ministerio de Salud de Colombia. III Estudio Nacional de Salud Bucal. Colombia, 1998.
6. Cárdenas Jaramillo D. Odontología pediátrica., Corporación para investigaciones biológicas, CIB. 4ª edición, 2009. Medellín. ISBN: 9789589076309.
7. National Institutes of Health Consensus Development Panel. Diagnosis and Management of Dental Caries Throughout Life. NIH Consensus Statement 2001 March 26-28. Bethesda, Maryland. JADA. August 2001 vol. 132 no. 8 1153-1161
8. Harris R, Nicoll AD, Adair PM and Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Community Dental Health. 2004;21 (Supplement), 71–85.
9. Armfield JM, Spencer AJ, Slade GD. Changing Inequalities in the Distribution of Caries Associated with Improving Child Oral Health in Australia. American Association of Public Health Dentistry. Vol. 69, No. 2, Spring 2009
10. Tinanoff N, Kanellis MJ, Vargas CM. Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. Pediatr Dent. 2002;24:543-551
11. Aguilera Díaz MM. Documentos de trabajo sobre la economía regional: "Ciénaga de Ayapel: riqueza en biodiversidad y recursos hídricos. Colección de Economía Regional, Cartagena, Banco de la República. 2009; 112 1:62.
12. Concejo Municipal de San Jerónimo de Ayapel. Plan Básico de Ordenamiento Territorial San Jerónimo de Ayapel 2002-2012.

Localización y caracterización del asentamiento del municipio de Ayapel - la visión urbano – regional.. 2000; 16-266

13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín censo general 2005. Perfil Ayapel – Córdoba. ISBN: 978-958-624-072-7
14. República de Colombia, departamento de Córdoba, concejo municipal de Ayapel. Plan de desarrollo de municipal 2012 – 2015 Ayapel. Ayapel: Córdoba, Colombia Mayo 31 de 2012.
15. Peña Bocanegra A. Plan de desarrollo turístico de Ayapel 2012-2015: “Ayapel turístico, mostrar lo que es y tiene, a Colombia y al mundo”. Asesoría empresarial, octubre 29 de 2012.
16. Garcia-Calvache C, Nariño-Tapias W, Navarro-Arias L, Gonzalez-Ariza S, Cardona-Arango D. Características demográficas de una población rural: El Cedro-Ayapel, Córdoba. Universidad CES, Medellín. 2011
17. Onocko-Campos RT; de Sousa Campos GW; Ferrer AL; Silveira Corrêa CR; de Madureira PR; Pegolo da Gama CA; Dantas DV; Nascimento R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. 2012 Rev. Saúde Pública Vol.46 Nº1
18. Silva de Souza TM, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública, 2007, 23(11):2727-2739
19. Chankanka O, Cavanaugh JE, Levy SM, Marshall TA, Warren JJ, Broffitt B, Kolker JL. Longitudinal associations between children’s dental caries and risk factors. Journal of Public Health Dentistry; 2011;71:289–300
20. González-Martínez F, Sánchez-Pedraza R, Carmona- Arango L. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. 2009; Rev. salud pública. 11 (4): 620-630
21. Franco AM, Ochoa EM, Ramírez BS, Segura AM, Tamayo A, Garcia C. Caries dental en escolares de 5 a 13 años de las instituciones educativas oficiales de Medellín. VI Monitoreo. Año 2006. Rev Salud Pública de Medellín 2007;2(1):57-69
22. Rodríguez-Vilchis LE, Contreras-Bulnes R, González-Solano F, Arjona-Serrano J, Soto-Mendieta MR and González-López BS. Caries Incidence in School Children Included in a Caries Preventive Program: A Longitudinal Study. In: Contemporary Approach to Dental Caries; www.intechopen.com
23. Kuhnisch J, Berger S, Goddon I, Senkel H, Pitts N and Heinrich-Weltzien R. Occlusal caries detection in permanent molars according to WHO basic methods, ICDAS II and laser fluorescence measurements. Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36:475–484