

Salud bucal, actitudes y prácticas en población entre los 2-12 años en el corregimiento el Cedro municipio de Ayapel Córdoba, 2009

Introducción

La caries dental y la enfermedad periodontal inducida por placa dentobacteriana son dos de las enfermedades [bucales](#) más prevalentes en el mundo(1)(2). Ambas son de carácter oportunista, sin embargo, los microorganismos encontrados en el biofilm de cada una de ellas son diferentes(3). La mayor incidencia de caries dental [se presenta](#) durante la infancia o adolescencia temprana, tornándola una de las enfermedades más comunes entre la población infantil(1). Dentro de las patologías periodontales, la gingivitis inducida por placa es la más frecuente en niños, [algunos](#) estudios han reportado prevalencias superiores al 90%(4 [otras referencias](#)). Cabe resaltar, que ambas enfermedades presentan patrones diferentes de prevalencia, no solo globalmente, sino también en cada país y sus diferentes poblaciones(1). Las malas condiciones y prácticas en higiene oral tienen un impacto negativo en la salud general y calidad de vida de las personas(5).

La caries de la primera infancia puede llegar mucho más allá del área dental influyendo en la salud general y el desarrollo del niño afectando muchas de sus funciones, es por esta razón que se decide realizar una valoración oral inicial y así definir el estado actual de la población estudiada(6)(7).

~~La valoración inicial de las características de la salud oral, es importante ya que nos da a conocer las condiciones de salud bucal de la población a la que se va a intervenir, generando un reconocimiento de las actitudes y prácticas que tiene una comunidad ante procesos de salud bucal.~~

El conocimiento de la calidad de vida de la comunidad nos permite observar e interpretar características propias en cuanto a la salud bucal y así poder determinar factores causantes de enfermedades bucales en la población infantil(8).

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los niños en edades tempranas es de gran importancia para evitar procesos de enfermedad que puedan generar pérdidas de salud bucal que más adelante van a tener sus consecuencias(6).

Todos los tratamientos que se realizan en los niños son válidos siempre y cuando se realicen con el objetivo de preservar la salud bucal de estos, igualmente es muy importante recalcar que la actitud de los padres está asociada a la experiencia de caries dental de sus hijos, ya que son los responsables de crear hábitos de higiene bucal(9)(10)([18 no se han citado las referencias desde el 11-17](#)).

Las visitas a los hogares son un medio muy eficaz para el conocimiento temprano que se les pueda brindar a los padres acerca del cuidado que deben tener en el buen uso de los implementos de higiene bucal, así se evitara el desarrollo de problemas

de salud bucal, como por ejemplo, fluorosis por ingesta de cremas dentales, caries dental y enfermedades gingivales(11)(12)(13).

[Insertar un párrafo que mencione el motivo por el cual se hizo el estudio en Ayapel](#)

El objetivo de este estudio ~~descriptivo transversal prospectivo~~ fue caracterizar la salud bucal, identificar actitudes, prácticas y necesidades en una población entre 2 y 12 años de edad, permitiendo elaborar planes integrales de promoción, prevención e intervención.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal prospectivo en una muestra de 407 niños entre los 2-12 años pertenecientes a la institución educativa INSTECED, residentes en el corregimiento EL CEDRO en el municipio de Ayapel, en el departamento de Córdoba, Colombia; la cual consta de una población aproximada de 953 habitantes; según censo poblacional realizado en la zona urbana por los estudiantes de la universidad CES en el año 2010, no se realizó censo en la zona rural correspondiente a las veredas.

Se eligió la comunidad del corregimiento EL Cedro, del municipio de Ayapel, por ser una población que nunca ha sido intervenida en el área de salud bucal.

Los criterios de inclusión fueron: naturalidad de Ayapel, Córdoba, niños nacidos entre diciembre de 1.999 y diciembre de 2.009. Los criterios de exclusión fueron: individuos con algún síndrome o portadores de **necesidades especiales** y niños, cuyos padres no aceptaron participar del estudio.

Los padres o acudientes responsables del niño firmaron el consentimiento informado aprobando la participación en el programa y respondieron la encuesta diseñada prácticas de la salud bucal, con el objetivo de conocer algunas variables que están ligadas con el riesgo de caries dental; que constaba de 38 preguntas orientadas a conocer los hábitos de higiene bucal y conocimientos y prácticas del entorno familiar, uso del biberón y alimentación.

El examen clínico fue realizado por examinadores parametrados y calibrados con auxilio de un espejo intrabucal y sonda periodontal reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), con luz artificial y en ambiente clínico. Fue aplicado el índice de O'Leary para ~~identificar antes de medidas de promoción, prevención e intervención determinar~~ el porcentaje de superficies con formación de biofilm. Así mismo el índice de caries dental CPO-D (dientes permanentes cariados, perdidos u obturados) y ceo-d (dientes deciduos cariados, extraídos u obturados)

según los criterios de la OMS (1997) para levantamientos de Salud Bucal. El criterio para definir experiencia de caries en la dentición decidua fue $ceo-d > 0$ y para la dentición permanente, $CPO-D > 0$.

La historia clínica fue diligenciada por estudiantes de odontología de pregrado y postgrado de la universidad CES, previamente estandarizados para dicho diligenciamiento.

Durante el examen clínico inicial se les informo a los padres sobre la educación de salud bucal y el cuidado personal como el de sus hijos.

La información se recolecto durante los meses de marzo de 2009 ha junio de 2010, Se realizaron cuatro visitas con una duración de una semana cada una para obtener esta información vinculando personal de CORPOYAPEL muy cercana a la comunidad quienes ayudaron a establecer los horarios por grupos de edad en el puesto de la salud para un mejor control y garantizar que en cada brigada se registren la mayor cantidad de servicios posibles.

Análisis Estadístico

La información recolectada se digito en una base de datos Epi-Info versión 6.04, se realizo un análisis descriptivo de las variables cualitativas, las cuales se resumieron con frecuencias absolutas y relativas, las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central (promedio o mediana) y medidas de variación (desviación estándar y amplitud). Se utilizó la prueba t Student para muestras independientes para comparar el estado de salud bucal de los niños respecto a las niñas. Siempre se asumió un nivel de significancia del 5% lo que significa que un valor $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo. Se utilizaron tablas [y gráficos](#) para presentar de manera apropiada la información analizada.

Resultados

Se evaluaron 407 niños con una distribución homogénea según sexo, con un leve predominio de niñas. La edad de los niños oscilo entre 1 año y 11 años, con un promedio de 6.17 ± 2.60 . Se organizaron los niños por grupos de edades y según su estado de salud bucal, es decir, se clasificaron en sanos y enfermos.

Se atendieron niños de la zona urbana y de la zona rural, con predominio rural en un 72.9%, conformada por veredas aledañas al corregimiento del cedro que son: los Piscingos, 11 Cagui, Miraflores, Hoyo de los bagres, Escobillitas, Miralindo, Pajonal, El Guamo, Quebradon [y](#), El Jobo.

Con respecto a los conocimientos y prácticas del entorno familiar referidos en la tabla 1, los padres relataron que SI usan el cepillo dental en un 97.9%, con una frecuencia de cepillado [entre de 2 y 3 o más](#) veces al día, ~~un 94.1% se cepillaban 3 o más~~

| ~~veces al día~~, sin embargo el 52.9% ~~NO~~ ~~hacen~~ ~~usane~~ ~~de~~ la seda dental. Un 68.2% de la población encuestada señala que la principal causa de aparición de caries dental es la falta de higiene, por el contrario el 18.4% indica que la principal causa de caries dental radica en la ingesta de dulces.

TABLA 1- Conocimientos y prácticas del entorno familiar

Preguntas	Opciones de respuesta	%
¿Cuándo fue la última vez que visitó al odontólogo?	< 6 meses	14,2
	6-12 meses	15
	> 12 meses	38,5
	Nunca lo ha visitado	32,4
¿Cuál fue el motivo de la última consulta?	Revisión	29,4
	Dolor	46,2
	Operatoria	12,6
	Otros	11,8
¿Cree usted que es importante cuidar los dientes de leche?	Si	94,7
	No	5,3
¿Sabe usted por qué se produce la caries dental?	Falta de higiene	68,2
	Consumo de dulces	18,4
	Otros	13,4
¿Usted usa el cepillo de dientes?	Si	97,9
	No	2,1
¿Cuántas veces al día lo usa?	1	5,9
	2	47,5
	3 o más	46,6
¿Utiliza usted la seda dental?	Si	47,1
	No	52,9
¿Ha recibido alguna información sobre el cuidado de los dientes de su hijo?	Si	60,3
	No	39,7
¿Dónde o de quien ha recibido esta información?	Radio y TV	11,5
	Odontólogo	7,2
	Charlas	57,9
	Colegio	23,4

Los datos obtenidos concernientes al uso del biberón y hábitos alimenticios referidos en la tabla 2, reportaron que el 91,8% no toman tetero actualmente, cuando lo tomaban era a base de mazamorra de chócolo y leche, un 60,3% dicen haber recibido información sobre el cuidado de los dientes de su hijo en donde el 57,9% señala haber recibido esta información por medio de charlas en el puesto de salud,

TABLA 2 - Uso del biberón y hábitos alimenticios

Preguntas	Opciones de respuesta	Resultado
El niño toma tetero actualmente	Si	8,2
	No	91,8
Cuántas veces al día toma (o) el tetero	Una vez al día	1,6
	Más de dos a tres veces	45,9
	Cuatro o más veces al día	52,5
En las noches el niño acostumbra (o) a tomarse el tetero antes de dormir	Si	49,7
	No	50,3
Lo deja dormir con el tetero	Si	15,6
	No	84,4

Examinando los hábitos de higiene bucal explicados en la tabla 3 cabe destacar que el 54% de la población escolar siempre se cepilla solo sin supervisión de un adulto; el 95,3% usan cepillo personal, el 83 % de los niños usan la crema dental de toda la familia, solo el 17% usan crema dental especial para niños, De la población encuestada el 69,5% de los niños nunca ha visitado el odontólogo, y el 30,5% que representa la proporción de la población que visita al odontólogo ha presentado en su mayoría una actitud de colaboración en un 71% de los casos,

TABLA 3- Hábitos de higiene oral

Preguntas	Opciones de respuesta	%
El cepillo lo usa para el solo o lo comparte con otras personas (hermanitos, papas)	Solo	95,3
	Compartido	3,4
	No tiene cepillo	1,3
Como se lava los dientes el niño	Siempre solo	54,0
	Siempre ayudado por un	33,3
	Unas veces solo y otras	12,7
Actualmente para lavarse los dientes el niño utiliza crema	Nunca	0,3
	Casi nunca	0,5
	Casi siempre	3,7
	Siempre	95,5
La crema que usa el niño es	La misma de toda la familia	83,0
	Especial para los niños	17,0
Se come el niño la crema dental	Siempre	9,0
	Algunas veces	14,3
	Nunca	76,6
El niño utiliza la seda dental	Nunca	70,9
	Casi nunca	7,2
	Casi siempre	10,4
	Siempre	11,5
El niño ha visitado el odontólogo alguna vez	Si	30,5
	No	69,5
Como describe usted el comportamiento del niño en la cita odontológica,	Colaborador	71,0
	Rechazo total	1,6
	Llanto	20,2
	Temeroso	7,2

En la tabla 4 se puede comparar los valores obtenidos en la valoración de caries dental para el grupo de niños y niñas estudiados, En primera instancia se destaca

que no se reportan cambios estadísticamente significativos en valores de $P \leq 0,05$, todos se encuentran por encima de este valor con un promedio de dientes presentes en boca de $21,44 \pm 2,71$ y promedio de superficies sanas de $104,02 \pm 48,38$, Para el COP-D se observa una moderada prevalencia de dientes cariados obturados y perdidos de $3,52 \pm 4,01$ para los niños y un $3,45 \pm 4,00$ para las niñas,

TABLA 4 – Valoración en Caries Dental

Variable	Niños	IC 95%		Niñas	IC 95%		Total	IC 95%		Valor p
D1	0,16±0,69	***	***	0,36±1,90	***	***	0,27±1,45	***	***	0,19
D2	0,24±1,70			0,15±0,50			0,20±1,23			0,49
D3	0,19±1,26			0,09±0,76			0,14±1,03			0,38
C1	1,52±3,18			1,66±3,70			1,59±3,46			0,68
C2	1,02±1,61			1,06±1,82			1,04±1,72			0,82
C3	1,70±3,73			1,49±3,41			1,59±3,56			0,57
C4	0,50±2,00			0,20±1,03			0,34±1,57			0,06
CR	0,11±1,29			0,00±0,00			0,05±0,89			0,22
CRA	0,00±0,00			0,02±0,17			0,01±0,12			0,11
RCD	0,01±0,07			0,01±0,16			0,01±0,12			0,45
S	0,06±0,51			0,09±0,55			0,08±0,53			0,65
SA	0,01±0,10			0,01±0,10			0,01±0,10			0,92
SI	0,00±0,00			0,00±0,00			0,00±0,00			---
OE	0,98±4,54			1,64±6,75			1,32±5,79			0,27
EC	0,06±0,39			0,09±0,44			0,08±0,41			0,56
EI	0,10±0,43			0,16±0,67			0,13±0,57			0,25
DS	1,33±3,67			1,68±3,53			1,51±3,59			0,35
copd	3,52±4,01			3,48±4,00			3,49±4,02			0,93
COPS	5,48±7,19			5,35±7,24			5,40±7,20			0,86
RR	0,18±0,68			0,12±0,49			0,15±0,59			0,35
DPB	21,3±2,8			21,5±2,68			21,4±2,74			0,51
SUPER	49,9±30,0			52,5±30,5			51,3±30,2			0,41
PLACA	59,0±34,3			61,1±35,6			60,2±34,9			0,56
SS	106±68,3			102±15			104±48			0,44

Valor de P: Grado de diferenciación de las variables

D1: Mancha blanca inactiva D2: Cavidad detenida en esmalte D3: Cavidad detenida en dentina C1: Mancha blanca activa C2: Cavidad activa en esmalte C3: Cavidad activa en dentina C4: Compromiso pulpar CR: Caries dental radicular CRA: Restauración caries activa CRD: restauración caries detenida S: Requiere sellante SA: Sellante adecuado SI: Sellante inadecuado OE: Opacidades del esmalte EC: Extraído por caries EI: Extracción indicada DS: Dientes sin erupcionar COPD: Dientes cariados, obturados y perdidos COPS: Superficies cariadas, obturadas o perdidas RR: Resto radicular DPB: Dientes presentes en boca SUPER: Superficies con placa PLACA: Porcentaje de placa SS: Superficies sanas,

Entre las cosas más importantes a resaltar, se observó que el promedio de aparición de caries no cavitaria (C1) fue de $1,66 \pm 3,70$ correspondiente a las niñas; en cuanto a (C2) cavidad activa en esmalte se encuentra que la mayor prevalencia es de $1,06 \pm 1,82$ correspondiente a las niñas a diferencia de los niños con un $1,02 \pm 1,61$, Referente a la aparición de caries en dentina sin compromiso pulpar (C3) se observó un promedio de $1,70 \pm 3,73$ en niños, a diferencia de las niñas que reportaron $1,49 \pm 3,41$,

Al evaluar el nivel de placa de la población se encontró una mayor prevalencia en niñas equivalente a un $61,13 \pm 35,61$ a diferencia de los niños que mostraron un porcentaje menor correspondiente a un $59,01 \pm 34,32$,

Discusión

En el vivir de una población de bajos recursos se entremezclan factores determinantes como nivel socioeconómico, estilo de vida, dieta, conocimiento de la salud bucal, acceso a los servicios de salud entre otros, los cuales tienen un gran impacto con el deterioro permanente de las condiciones de vida de la población que lo sufre, tales poblaciones marginadas constituyen un grave problema de salud pública(14),

Es importante tener en cuenta como primer factor para poder llevar a cabo mejoría notoria en poblaciones de esta forma de vida, las condiciones de pobreza en las que viven; el Cedro está dentro de 27,5% de las comunidades que viven en extrema pobreza a nivel nacional según el informe del departamento nacional de planeación año 2005(14),

Según el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) mostró que al indagar en la población en lo que considera "Una boca sana" más de la mitad de la población 64,9% relata que es aquella que no tiene caries; esto indica que ambas poblaciones coinciden en que la mala higiene es el principal factor causante de la aparición de caries a pesar de que la población de estudio no posee los conocimientos básicos de salud bucal, En cuanto a las prácticas de higiene bucal se destaca el hecho de que un alto porcentaje (98,2%) del ENSAB III afirma que siempre utiliza crema dental para limpiar sus dientes y con relación al uso de la seda dental solo un 37,4% la usa ocasionalmente para limpiar sus dientes y prevenir sangrado; otros estudios donde se compara una población marginada y casi de igual condición (De Antioquia – Colombia) que la de estudio demuestra que a pesar de la falta de conocimientos el 98% de las personas utilizan como fuente de higiene bucal la crema dental con un 93% y solo un 27,6% utilizan la seda dental, si comparamos con la población de estudio los resultados son muy semejantes a los hallazgos del ENSAB III y al estudio realizado de Antioquia en cuanto al uso de la crema dental, sin embargo el porcentaje de utilización de elementos diferentes a la crema dental (seda dental) es mucho más alto en la población general que en la población de estudio (15),

Los índices en la enseñanza al cuidado bucal difieren en las distintas poblaciones de estudio, mientras que en el ENSAB III los padres eran la principal fuente de información acerca del cuidado oral y la radio, la televisión ocupaba el último lugar,

en la población de estudio priman las charlas y los medios audiovisuales, colocando al odontólogo en el último escalón, también en un estudio realizado en una población marginada de igual condición realizado en Cartagena-Colombia puso a los medios de comunicación y charlas en primer lugar como fuentes de información sobre la higiene bucal(15)(16),

En cuanto a las creencias, conocimientos y prácticas de los padres con respecto al cuidado de los dientes deciduos ambas poblaciones coinciden en desacuerdo con la afirmación “los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer” a pesar de que la población de estudio está ubicada en zona rural y posee un bajo nivel de escolaridad(17),

Otro factor importante es conocer la relación que existe entre la dieta alimenticia y el riesgo de caries dental, Se ha encontrado un gran desconocimiento de las madres frente a este tema, ya que no tenían acceso a fuentes de información que les permitiera aplicar esto en sus prácticas de cuidado dental; se sabe que una buena dieta y buenas prácticas de salud bucal disminuyen el riesgo de caries dental, pero no es de esperar que una población de bajos recursos tenga la posibilidad de cambiar sus hábitos alimenticios pero si fomentar buenas prácticas de higiene bucal(17)(18),

Las madres juegan un papel importante en la educación y formación oral de sus hijos, el estudio de la población se comparo con un estudio de madres gestantes y madres de niños pequeños en las que reconocían la importancia de ir a consulta constantemente, de recibir educación en higiene oral para poder transmitir a sus hijos, las madres de este estudio de comparación también coincidieron con la definición que “una boca sana es aquella que no tiene caries” y con respecto de la importancia a la visita del odontólogo a diferencia de la población de estudio que visita al odontólogo muy pocas veces y en la mayoría de casos solo cuando hay manifestación de enfermedad, estas afirman que es importante llevar al niño desde los primeros años a consulta(19),

Los resultados obtenidos en ambas poblaciones sobre conocimientos, practicas, creencias, hábitos de los padres con respecto a la salud bucal de los niños hacen referencia que ha avanzado el conocimiento de los padres con respecto a los posibles riesgos de los problemas orales que se pueden presentar, sin embargo se requiere de más educación principalmente en zonas rurales como la de estudio, para mejorar las condiciones de salud bucal(15)(20),

Con respecto a la valoración de caries (COPD) a nivel del ENSAB III se calculo un promedio entre las edades de 5 y 12 años obteniendo un valor de 2,4, este valor comparado con la población de estudio que fue de $3,49 \pm 4,02$ lo que indica que ambas poblaciones se asemejan en su índice de caries(15),

Se debe resaltar que la necesidad de la salud bucal no se debe apartar de la calidad de vida y de la salud general, pero debe tenerse en cuenta que el factor primordial es el reconocimiento de la comunidad para llevar a cabo las propuestas trazadas y así hacer un trabajo integral,

Conclusión

La falta de hábitos de higiene oral, la incidencia de caries dental y la escasez de promoción y prevención manifestada en la población de estudio, presenta la necesidad de que los estudiantes de esta universidad, junto a su director de proyecto desarrollen estrategias para la prevención y el manejo apropiado de la condición de vulnerabilidad de la población,

REFERENCIAS

- 1, Greene JC, Suomi JD, Epidemiology and public health aspects of caries and periodontal disease, J, Dent, Res, 1977 Oct;56 Spec No:C20-6,
- 2, Decler CD, Leory R, Martens L, Lesaffre E, Garcia MJ, Factor associated with prevalence and severity of caries experience un preschool children Community dentistry and Oral epidemiology /Vol 36 N°2 pp 95-190, 2008
- 3, Loesche W, Dental caries and periodontitis: contrasting two infections that have medical implications, Infect, Dis, Clin, North Am, 2007 Jun;21(2):471-502, vii,
- 4, Jenkins WM, Papapanou PN, Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents, Periodontol, 2000, 2001;26:16-32,
- 5, Petersen PE, World Health Organization global policy for improvement of oral health--World Health Assembly 2007, Int Dent J, 2008 Jun;58(3):115-21,
- 6, Lydia M, Lopez del Valle, DMD, MPH Christine A, Riedy, PhD, MPH Phil Weinstein, PhD, Rural Puerto Rican Women's Views on Children's Oral Health: A Qualitative Community-based Study, Dent Child 2005;72:61-66,
7. Morrison JJ, MacPherson LMD, Binnie VI, A qualitative investigation of the perceived barriers to and inducements for the early registration of infants with general dental practitioners, Int J Health Prom & Educ 2000; 38(1):4-9,
- 8 González F, Sierra C, Morales L, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia; salud pública de México/Vol,53, N 3, Mayo - Junio 2011,
- 9 Skere Ms, Espelid L, Riordan Pj, Klock Ks, Caries increment in children aged 3-5 years in relation to parents dental actitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004, Community Dent Oral Epidemiology 2008; 36: 441- 450,
- 10 Sherry R Jenkins and Kathy V Geurink, A Rural School-Based Oral Health Program, Journal of Dental Hygiene, Vol, 80, No, 1, January 2006,
- 11 Feldens CA, Vitolo MR, Dracchler ML, A randomized trial of the effectiveness of homevisits in preventing early childhood caries, Community Dent Oral 2005; 39:455-467,

- 12 Rivera, MC, A pre-school child oral health in a rural Chilean community, *Int, J, Odontostomat*;5(1): 83-86,2011,
- 13 Da Silva Cardoso VE, Almeida Bs, Buzalaf Ma, Fluoride ingestion from tooth paste and diet in 1 to 3 year old Brazilian children, *Community Dentistry and Epidemiology/ Vol, 35, N 1, pp 1-80, 2007,*
- 14 Alonso Agudelo A, Isaza LT, Bustamante AD, Martínez CM, Martínez MC, Perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de población desplazada y destechada, (Antioquia-Colombia), *Rev, CES Odont, 21(2) 17-24, 2008,*
- 15 Franco Cortes AM, Suarez Zuñiga E, Tovar Valencia S, Jacome Lievano S, Ruiz Carrizosa JA, III Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB III, Tomo VII Estudio Nacional de Salud Bucal Santa Fé de Bogota 1999,
- 16 González F, Carmona L, Campo P, Prevención de la Enfermedad Oral en Familias Desplazadas por la Violencia de la Comunidad de Nelson Mandela Cartagena- Colombia, *Revista CES Odontología Vol, 21 - No, 1 2008,*
- 17 Decler CD, Leory R, Martens L, Lesaffre E, Garcia MJ, Factor associated with prevalence and severity of caries experience un preschool children *Communitly denstistry and Oral epidemiology /Vol 36 N°2 pp 95-190, 2008*
- 18 Telles M, Lara J, Barreiro L, Builes L, Córdoba D, Gómez J, Correlación de un instrumento de calidad de vida relacionado con salud oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá, *Odontología CES /Vol,23, N1 primer semestre de 2010,*
- 19 Saldarriaga OJ, Sánchez M,, Avendaño L, Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal, Medellín 2003, *Revista CES Odontología Vol, 17 - No, 2 2004,*
- 20 Agudelo A, Isaza LT, Bustamante DA, Martínez CM, Martínez CM, Perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de población desplazada y destechada (Antioquia-Colombia), *Revista Odontología CES/ Vol, 21 (2): 17-24 2008,*