

## **IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DEL PREESCOLAR “MONSEÑOR LUIS EDUARDO HENRÍQUEZ”. MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO. 2005**

\*Ybelisse Romero Méndez, Odontólogo. Especialista en Gerencia Educativa. Doctoranda en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad. U. C. Docente Asociado del Dpto. Salud Odontológica Comunitaria.

E-mail: yberomercantv.net

### **Resumen**

Dentro de la temática de investigación de la efectividad de los programas de salud pública, el propósito de este estudio fue evaluar el impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal aplicado durante año y medio a niños en edad preescolar. Para ello, se condujo un estudio epidemiológico de campo, de tipo longitudinal, estimándose la frecuencia de caries dental e índice de higiene oral en dos momentos. La población blanco de estudio fue de 196 niños con edades comprendidas entre 3 y 5 años y la muestra de tipo no probabilística intencional, condujo a la selección de 186 niños por su permanencia durante año y medio en el preescolar. El procedimiento, siguió las tres fases de la planificación estratégica; diagnóstico y planificación, ejecución y evaluación del plan de acción. Fue utilizada la encuesta epidemiológica y la observación directa como instrumento y técnica, respectivamente, de recolección de la data. El análisis de las observaciones fue realizado mediante técnicas estadísticas descriptivas. Los resultados indicaron que el programa evaluado fue efectivo al conservar el estado de la “condición de caries” en 100% y al disminuir favorablemente el índice de higiene oral en 30% del la muestra. Finalmente, se concluye que la prevención efectiva mejora la condición de salud bucal de la población infantil y, por tanto, se recomienda actuar sinérgicamente al respecto.

**Palabras Clave:** salud bucal, prevención, población infantil, planificación estratégica.

### **IMPACT OF PROMOTION AND EDUCATION BUCAL HEALTH PROGRAM IN PRESCHOOLER CHILDREN “MONSEÑOR LUIS EDUARDO HENRÍQUEZ” PRESCHOOL. SAN DIEGO COUNTRY, CARABOBO STATE. 2005**

### **Abstrac**

Into the research framework on public health programs, the purpose of this study was to assess the impact of a promotion and education bucal health program placated during one year and a half in preschooler children. For that, was induced an epidemiology field research, with a longitudinal design, determining the prevalence of dental caries and bucal hygiene in two moments. The study object population was represented by 196 children between 3 and 5 years old, and the pattern not intentional probabilistic type, induce to select 186 children for his permanence in the preschool. The process, follow the three steppes of strategic planning; diagnosis and planning, execution and evaluation the action plan. Was used the epidemiology survey and direct observation like instrument and technique, respectively, of data recollection. The observations analyzes was doing by statistics descriptive techniques. The results showed that the program evaluated was effective because the health condition permanence in 100% and the oral hygienic index favorably decrease in 30% in the muster. Finally, it was concluded that effective prevention beneficiate the bucal health in children, in that way, it's suggested synergic action in this area under discussion.

**Key Word:** bucal health, prevention, children, strategic planning.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente se está viviendo un periodo de transición, de índole económico social y político, mediante el proceso de globalización, el cual está representado por el auge de las telecomunicaciones, la cibernética, la biogenética, entre otras manifestaciones de desarrollo tecno-científico. Si bien, el proceso de globalización genera competencia en base a calidad, también es cierto que remarca las diferencias ente los países, acentuando las dependencias tecnológicas y de conocimientos, y con ello potencian la crisis de los países subdesarrollados, y más aún, remarca las diferencias entre sectores de la población de un mismo país. Es por eso que se puede afirmar, que las corrientes globalizadoras instauran beneficios, pero también, posibles peligros dentro de un contexto de complejidad, incertidumbre y riesgos, representando estos atributos las tendencias del desarrollo histórico moderno y posmoderno actual.

En este sentido, el estado de salud de una sociedad no escapa a la determinante de globalización. Por ejemplo, aún cuando los resultados de salud mostraron una mejoría durante la segunda mitad del siglo XX, esta mejoría parece haber retrocedido a finales del mismo siglo, en la década de los noventa, pudiéndose predecir que la mayoría de las naciones no lograrán las metas pautadas por la Organización Mundial para la Salud para el año 2015, como lo refleja el último informe del Banco Mundial (1). En consecuencia, se conjetura que la investigación científica convencional ya no resulta tan eficiente para mejorar los indicadores macrosociales de salud, por lo que se requiere de otros enfoques de indagación sobre la salud pública que aborde paradigmas complejos, donde se involucren atributos cualitativos y que hagan énfasis en la promoción y prevención de la salud bucal.

En esta realidad contextual, Venezuela es un país que responde a la presencia de un modelo hegemónico de atención de salud bucal con propiedades altamente científicas que se

caracteriza por ser biologicista, mecanicista, organicista e individual, enfatizando la atención médica curativa-mutilante, en detrimento de las acciones básicas de atención primaria, con un sistema que generalmente responde a la lógica del asistencialismo y la libre demanda, y no a la oferta planificada en función de las necesidades prioritarias de salud de la población.

Ahora bien, hacer un diagnóstico sobre el estado de la situación actual de la salud bucal, remite a múltiples análisis que sobre la misma se han realizado, donde la mayoría revelan la deficiencia e inoperancia de este sector en Venezuela, aun con la presencia de los programas masivos de salud bucal que existen en la actualidad, que siendo colectivos, abandonan la condición de “*prevención y promoción*”, ejecutando una odontología por sí, más curativa que preventiva, destacándose más la condición de enfermedad, que la propia condición de salud, sobretodo en la población infantil (29).

Esta situación obliga a rediseñar, ensayar y evaluar nuevas estrategias de salud preventiva, a la vez se hace imperativo que la comunidad científica se abogue a indagar los problemas de la salud pública desde nuevos paradigmas de investigación. Al respecto se ha manifestado, que la orientación de nuevas estrategias en salud para abordar la salud bucal de la población infantil, que hasta la actualidad ha sido parcialmente postergada de programas específicos de salud, requiere primero estudiar las condiciones de salud bucal, para así implementar programas que garanticen realmente un bienestar, abarcando la urgente necesidad de proporcionar la mencionada “salud bucal” de los infantes (6).

En consecuencia, la puesta en marcha de programas y la investigación en salud preventiva de la población, se debe concebir holísticamente y transdisciplinariamente, utilizando los conceptos de la administración moderna con un nuevo enfoque, más dinámico y analítico denominado planificación estratégica, para la propuesta, ejecución y evaluación de los programas aplicados. En este

sentido, el bienestar de la salud bucal de los niños, se va a entender como la aplicación del primer nivel de prevención de Leavell y Clark, que van desde la educación hasta el fomento de la misma obteniendo cambios en la conducta de la población, dirigida hacia comportamientos saludables.

En virtud de lo expuesto anteriormente, el propósito de esta investigación consiste en “evaluar el impacto de un programa de promoción y educación en salud bucal, dirigido a niños del preescolar Monseñor Luis Eduardo Henríquez, ubicado en el Municipio San Diego”.

En tanto, para lograr ese propósito se plantea la siguiente interrogante de investigación: ¿en que medida un programa de promoción y educación de salud bucal aplicado en una población infantil específica, impacta en los indicadores de salud de este contexto particular?

### **EN RELACIÓN AL TEMA**

Dentro del marco actual que se vive en Venezuela, se hace indispensable poner en práctica políticas de salud preventiva, debido que su filosofía está enfocada a que en el siglo XXI se alcance la meta de mantener la mayoría de la población sana, con el menor número de consultas asistenciales. Así, se debe reconocer que la promoción de la salud es una estrategia de la OMS (23) en la construcción de ambientes saludables, y ello implica la adopción y desarrollo de nuevos programas y metodologías educativas, incluyendo dentro de su organización el entorno escolar y metodologías de enseñanza-aprendizaje.

En este sentido, la salud, educación, alimentación, saneamiento, vivienda, seguridad social, entre otras, son necesidades sociales inherentes al desarrollo de las capacidades y potencialidades humanas, para la realización de la vida en diferentes etapas. Cada una, de estas, representan los derechos sociales establecidos y reconocidos por la población venezolana en la reciente Constitución de 1999, que están íntimamente relacionadas con la expresión del conjunto de condiciones

materiales, sociales, biológicas, espirituales y anímicas, que definen una vida plena (Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela, (4).

Bajo este nuevo contexto social, se considera prioritario impulsar programas educativos de salud que incentiven al desarrollo de patrones de conductas saludables en los grupos estratégicos, donde se incluye el entorno escolar y metodologías de enseñanza-aprendizaje en la educación temprana, considerando que hay pocos programas de salud bucal en los preescolares y que estos son la base del sistema de educación. Estando de acuerdo, que es ésta la población infantil donde se plasma la vida moral, mental, social y emocional del ser humano, se debe construir los sistemas de atención odontológica y los tipos de prácticas dominantes, que se caracterizan por hacer énfasis en la curación más que en la propia prevención. Generalmente, los programas de salud bucal desarrollados en el país, en la práctica casi no incorporan a niños preescolares, debido que representan para el gobierno un elevado costo por tratarse de dentición primaria, que en definitiva son unidades dentarias que se recambian; aunque teóricamente, la población infantil es tomada siempre como prioritaria en los programas sanitarios de salud integral y Bnhdis (15).

La identificación y atención temprana de los problemas de salud bucal en el preescolar, significa prevenir problemas futuros como: caries dental que puede ocasionar pérdida de espacio, gingivitis que crea predisposición del ambiente bucal para otros problemas y maloclusiones leves que se pueden convertir en severas discrepancias óseo dentarias. Así, en ésta investigación se conjetura que el propósito de prevención se logra con el desarrollo de los siguientes objetivos específicos:

1. Diagnosticar del índice ceod e IHOS inicial en la población estudiada.

2. Diseñar y ejecutar un programa de promoción y educación de salud bucal, dirigido a los niños del preescolar "Monseñor Luis Eduardo Henríquez", en función del diagnóstico inicial de la salud bucal.
3. Desarrollar y ejecutar un programa de adiestramiento en cuanto al manejo y fomento de la salud bucal a maestros del preescolar "Monseñor Luis Eduardo Henríquez".
4. Realizar un diagnóstico final del índice ceod e IHOS en la población estudiada.
5. Evaluar el impacto del programa aplicado a través de los índices analizados.

En tal sentido esta es una investigación relevante, primero por cuanto aportará una información valiosa para una transformación en el sistema operativo dominante en el ámbito de la salud bucal de la población infantil venezolana; además, brinda experiencias modelo en las que los maestros son agentes de promoción de salud y el colegio deja de ser el lugar donde sólo se transmite el conocimiento científico, para pasar a ser centro clave de la formación en salud pública integral de los niños, quienes enfrentarán los riesgos de un mundo cambiante y complejo.

### BASAMENTO TEÓRICO

Por muchos años se pensó, que la problemática de salud bucal como un elemento de salud pública, podría ser resuelta por medio de procedimientos restaurativos. En consecuencia, con frecuencia esto ha sido tomado como una política de salud en varios países sin producir resultados satisfactorios. Se sabe que la restauración soluciona momentáneamente un problema pero no ataca las causas, razón por la cual los indicadores del problema no decrecen sin la atención coadyuvante de la prevención. A pesar que ha habido aproximaciones entre el quehacer profesional y las necesidades de prevención en ciertas comunidades, la aplicación de planes de promoción se ha desarrollado en tan pequeña proporción que han pasado desapercibidas; sin embargo, a lo largo de los

años se han reportado y publicado una gran cantidad de modelos de programas preventivos. Los indicadores del fracaso o éxito de cada uno de estos programas dependen de la constancia de quienes y a quien se aplican, así como de la eficiencia del método de evaluación utilizado. En este sentido, en el ámbito mundial se han ejecutado planes en países desarrollados con éxito, como en el caso de Escocia reportado por Pine (28), en un estudio sobre las perspectivas internacionales para la prevención de la caries. También, Latinoamérica no se ha quedado atrás, tras el desarrollo de diferentes programas preventivos como en Panamá, con "Sonríe Latinoamérica" (8) Cuba con "Sonrisas Saludables" (6) y Perú con la "Clínica del Bebe" (7).

Análogamente en el ámbito nacional, existen numerosos planes regionales preventivos y educativos de salud bucal exitosos. Por ejemplo el programa masivo "Misión Barrio Adentro" (MSDS) (20), donde se incluye la fase preventiva para la solución de las principales necesidades sociales y de salud; constituyéndose como el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria, prevista en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en el Proyecto de Ley Orgánica y en el Modelo de Atención Integral. Su propósito consiste en garantizar el acceso de los servicios de salud a la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral. Esta Misión se basa en el concepto de salud integral, el cual trasciende la visión reduccionista de la salud previamente señalada.

Ahora bien, aceptando que todo programa preventivo y educativo tiene como eje fundamental los principios de "**Salud Pública**", se deduce que la reforma en salud, constituye un cambio de paradigma en el quehacer del sector, trasladándose de un modelo dominante hospitalcéntrico, medicalizado, centrado en la enfermedad, a uno nuevo que enfatice la salud del individuo, familia y comunidad, con una visión focalizada en la promoción y educación, premisas básicas de la salud pública;



acentuando el logro de los objetivos sanitarios y la satisfacción de las necesidades del pueblo. En tal sentido la nueva concepción de salud pública, representa la organización racional de todas las actividades dirigidas a garantizar el estado de bienestar físico, biológico, psicológico, ecológico y social, básico para la vida del individuo desde su concepción hasta su muerte; por lo que esta concepción se encuentra dirigida a proteger a la colectividad de los factores de riesgos, mejorando la convivencia y la calidad de vida (16) (17) (30).

A través de las acciones en salud pública, el sujeto obtiene una serie de beneficios que le permiten una mejor convivencia y mejoramiento de sus condiciones y de la sociedad en donde pertenece (26). Esto le garantiza al individuo una fácil adaptación a su ambiente socio-cultural, considerando las afirmaciones de San Martín (30) con respecto a que las enfermedades que sufre el individuo se producen por la incapacidad de adaptarse con rapidez a los cambios socio-culturales. En concordancia Piedrola Gil (27) define a la salud pública como un esfuerzo organizado de la comunidad para proteger, fomentar y proporcionar un estado de bienestar cuando el individuo se encuentra sano, así como diagnosticar, tratar y rehabilitar al individuo enfermo, a fin de insertarlo de nuevo en la sociedad.

Ahora bien, en este nuevo contexto epidemiológico, social y cultural debe nacer un nuevo abordaje de la salud bucal, desde la perspectiva de la salud pública, entendiendo a la **"salud pública bucal"** como una adaptación del concepto general, como el abordaje realizado por Downer citado por Baca y Cols. (2) quien define a la salud pública oral como *"El arte y la ciencia de prevenir la enfermedad oral, promover la salud oral y mejorar la calidad de vida a través de los esfuerzos organizados de la comunidad"*.

En este orden de ideas se puede observar que el paciente es la comunidad más que el individuo, además la salud pública bucal forma parte complementaria e integral de la salud general. Su objetivo consiste en promocionar

la salud bucal y tratar las enfermedades bucales de la comunidad, a fin de restablecer las funciones del sistema estomatognático. Así se evidencia, que la salud pública bucal abarca un campo mucho más amplio e integral que el de la propia odontología como ciencia, y por tanto se apoya en otras disciplinas como la epidemiología, la patología, la odontología preventiva, la estadística, la administración de programas, entre otras.

Otros conceptos afines han ido evolucionando con los años, por ejemplo, a partir de la década de los 60 y 70, el término de salud pública bucal fue sustituido por el de **"Odontología Comunitaria"**, debido a la connotación de pobreza y mala calidad que conllevaba la palabra *"pública"*, es por eso que hoy en día al hablar de odontología comunitaria, es lo mismo que hablar de *"salud pública bucal"*. La odontología para la comunidad, es considerada como la alternativa específica para el cambio y logro de la solución de los problemas de salud bucal del individuo, familia y colectivo, y cuyo basamento científico está dado esencialmente por los conocimientos de salud pública y de odontología preventiva. Bajo esta concepción, la odontología comunitaria ha sido definida como:

*"campo que se ocupa del estudio de la salud y de la enfermedad en la población de una comunidad o grupo determinado. Su objetivo es identificar los problemas sanitarios en relación con la odontología y las necesidades de la población definidas (expresadas o no, sentidas o no), descubrir los medios con los que se puede cubrir dichas necesidades y valorar el grado en el que los servicios sanitario s la satisfacen eficazmente"*. (12)

A través de los conceptos de odontología comunitaria, se logran aplicar los principios de **"Atención Primaria en Salud" (APS)**, comprendiéndola como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos lo individuos y familia de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste

que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. (25). La APS es reconocida mundialmente como la clave para alcanzar en un futuro previsible un nivel aceptable de salud, que forma parte del desarrollo social, inspirado en un sistema de justicia; así como también la clave para conseguir un grado aceptable de salud para todos.

La APS hace énfasis en los principios epidemiológicos de promoción y educación, del primer nivel de prevención de Leavell y Clark, que comprende "el fomento a la salud". La promoción de la salud corresponde a las medidas específicas sobre el individuo, colectivo o medio ambiente a fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de patologías, creando las condiciones favorables para la salud y desfavorable para la enfermedad, así como aumentado la resistencia del individuo. (11) Mientras que Educación para la salud, es el proceso de educación permanente, que se inicia desde la infancia, dirigido hacia el conocimiento de si mismo en todas sus dimensiones tanto individuales, sociales y ambientales, así como ecológicas, con el propósito de obtener una vida sana y participar en la salud colectiva. (27).

La orientación de nuevas estrategias en salud para abordar la salud bucal del niño o niña, que hasta la actualidad ha sido parcialmente postergada de los programas específicos, parte primero de estudiar las condiciones de salud bucal, para así implementar programas que garanticen realmente un bienestar, abarcando la urgente necesidad de proporcionar la mencionada "salud bucal", utilizando los conceptos de la administración moderna con un nuevo enfoque, dinámico y analítico denominado administración estratégica, para la planificación, ejecución y evaluación de los programas aplicados.

En este orden de ideas se desarrolló este programa dirigido a la población infantil, a fin de generar conductas y hábitos saludables hacia la salud bucal y una aproximación al área

de la odontología, sin traumas ni consecuencias futuras, incorporando un modelo de atención y adaptación que mejore la calidad de vida del niño venezolano. Se pretendió también brindar experiencias vivenciales a los maestros, con el objeto de desarrollar destrezas y capacidades pedagógicas en salud, orientadas a crear formas, hábitos y estilos de vida saludables en sus discípulos. Así, para la examinación del impacto de prevención se emplearon los indicadores epidemiológicos como ceod para medir la caries e IHOS para identificar el grado de higiene bucal de los sujetos blanco del estudio.

**INDICADORES DEL ESTADO DE LA DENTICIÓN:**

Los niveles de prevalencia de la caries dental aplicados por la OMS (21) para la dentición permanente, se adaptan a la dentición temporaria, siendo los siguientes:

CPOD	0 – 1,1:	Muy Bajo
CPOD	1,2 – 2,6:	Bajo
CPOD	2,7 – 4,4:	Moderado
CPOD	4,5 – 6,5:	Alto
CPOD	+ 6,6:	Muy Alto

Mientras que Sosa y col. (31), describen el grado del índice de higiene bucal de la siguiente manera:

Bueno	0,0 – 1,2
Regular	1,3 – 3,0
Malo	3,1 – 6,0

**METODOLOGÍA**

El presente estudio se considera una investigación epidemiológica, basada en una asociación de actividades como, revisión bibliográfica, recolección de datos, observación directa, llenado de instrumentos, aplicación de diversas estrategias de promoción y educación; así como la medición, tabulación y uso de métodos estadísticos para llegar a las conclusiones. En relación con los objetivos

planteados, según su contenido se denomina investigación epidemiológica de tipo descriptivo ya que se identifica y evalúa en términos cuantitativos, las características de la caries dental y del índice de higiene oral, a través de la observación directa, utilizando los principios de la planificación estratégica (3).

En cuanto a su alcance temporal, se considera una investigación longitudinal, ya que se estimó la frecuencia de la caries dental y del índice de higiene oral en la población infantil, en dos momentos diferentes, uno inicial (2003) y otro final (2005), posterior a la ejecución de un programa continuo de promoción y educación de salud bucal, que se desarrolló en el lapso comprendido de un año y medio. Por ello, según el contacto donde se desarrolló el estudio, la investigación se considera un trabajo de campo; porque el objeto de estudio se diagnosticó y se fomentó la salud bucal, directamente en el preescolar "Monseñor Luis Eduardo Henríquez" en el Municipio San Diego, Estado Carabobo (14)

### **POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo representada por 196 niños del preescolar "Monseñor Luis Eduardo Henríquez" Municipio San Diego, distribuidos en 6 secciones. La muestra final estuvo conformada por 186 niños en edades comprendidas entre 4, 5, y 6 años, representando el 94,90% de la población, considerada representativa. La muestra fue de carácter "*no probabilística, intencional*", (13) debido que se escogieron para el diagnóstico inicial a la totalidad de niños de 3 a 5 años, debido a su permanencia por más de un año y medio en el preescolar, teniendo acceso a todo el programa educativo aplicado, por lo que en la medición final se consideraron las edades de 4, 5 y 6 años.

### **MATERIALES Y MÉTODO**

La técnica que se empleó para la recolección de los datos fue la Observación Directa y el instrumento de recolección de la información consistió en la Encuesta Epidemiológica que se aplicó en dos momentos diferentes, uno inicial en 2003 y otro final en 2005, a fin de

evaluar el impacto del programa educativo y preventivo aplicado. Su llenado se realizó a través de la observación directa, por medio de un examen bucodental de los infantes estudiados. Para el examen se utilizó espejo y explorador bucal, bajo la luz natural del día. Se consideró como caries, toda pérdida de sustancia de la superficie dentaria de forma cavitada, según las directrices que dicta la OMS (10) (22).

### **PROCEDIMIENTO**

Siguiendo los principios de la planificación estratégica (3), la presente investigación se realizó en tres etapas.

#### **Etapas: Diagnóstico Inicial:**

1. Solicitud del consentimiento de la Comunidad Educativa.
2. Diagnóstico Inicial, previa unificación de criterios.
3. Planificación del programa de promoción y educación dirigidos a los niños estudiados.
4. Planificación del plan de adiestramiento de técnicas de educación dirigidas a los maestros.

#### **II Etapas: Ejecución del Plan de Acción:**

1. Programa de promoción y educación dirigidos a los niños estudiados.
2. Programa de adiestramiento en cuanto a técnicas de educación dirigido a los maestros.

#### **III Etapas: Evaluación del Impacto:**

1. Diagnóstico final.
2. Organización, clasificación, tabulación y análisis del instrumento epidemiológico final.
3. Análisis y evaluación de los datos obtenidos.
4. Resultados, conclusiones y recomendaciones.

### **RESULTADOS**

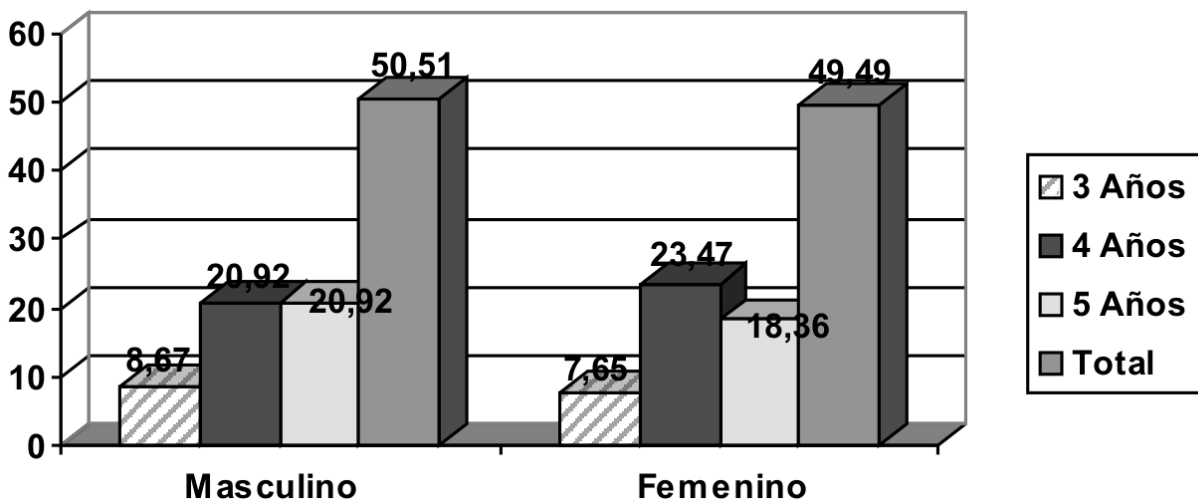
Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados. Durante el desarrollo de la segunda etapa del plan de acción, fue tal la motivación por parte de la comunidad

educativa, que solicitaron la presencia de la Unidad Móvil de la Alcaldía de San Diego con actividades clínicas durante tres meses. Esto permitió cambiar las unidades dentarias en condición de cariadas, a obturadas; así como disminuyó en número de extracciones indicadas.

**ANÁLISIS CUANTITATIVO:**

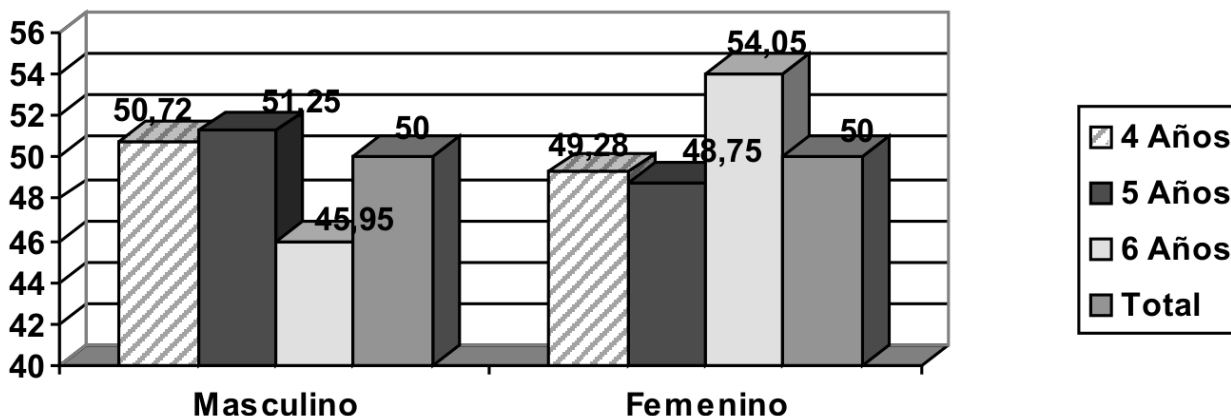
El análisis cuantitativo se llevó a cabo en función de los principios de la estadística descriptiva, y los hallazgos fueron presentados en gráficos:

**Gráfico N° 1: Distribución inicial de la Población por Edad y Sexo. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo. 2003.**



**Fuente:** Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2003. Años

**Gráfico N° 2: Distribución final de la Población por Edad y Sexo. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo, 2005.**



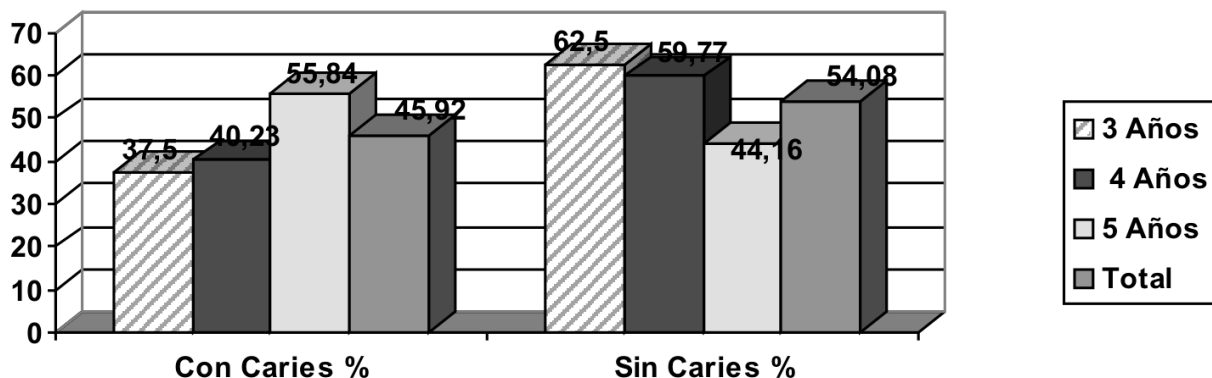
**Fuente:** Cuadros obtenidos del Levantamiento Epidemiológico. 2005.



**Análisis:** A través de los datos obtenidos en la distribución de la población por edad y sexo, se puede observar que de un total inicial de 196 niños, se diagnosticaron finalmente 186. En un inicio prevaleció el sexo masculino, sin embargo al final se mantuvo una distribución

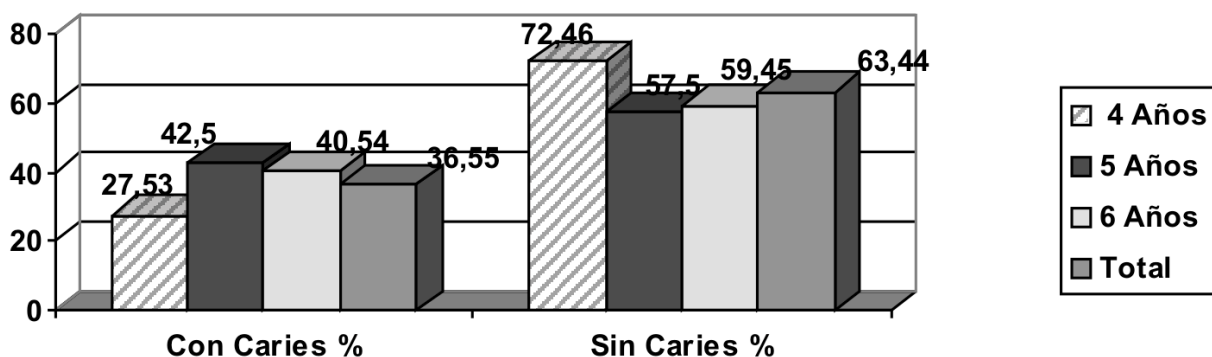
equitativa entre ambos sexos, observándose que no existe diferencia relevante en cuanto al género. El grupo etáreo con mayor proporción en el inicio fue el de 4 años (44,39%), por lo que en el estudio final, el de mayor proporción correspondió a 5 años (43,01%).

**Gráfico N° 3: Distribución inicial de Caries Dental según grupo etáreo. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo. 2003.**



**Fuente:** Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2003.

**Gráfico N° 4: Distribución final de Caries Dental según grupo etáreo. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo, 2005.**

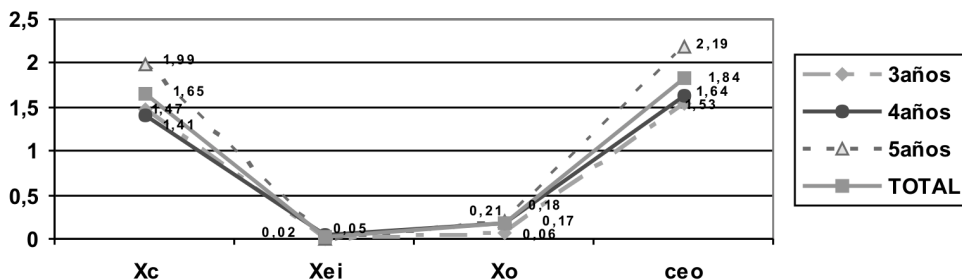


**Fuente:** Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2005.

**Análisis:** Es de hacer resaltar que en el cuadro de la frecuencia de caries dental inicial, el mayor porcentaje está dado por el ítem “sin caries” en la mayoría de los grupos etareos (54,08%), valor que se incrementa en el estudio

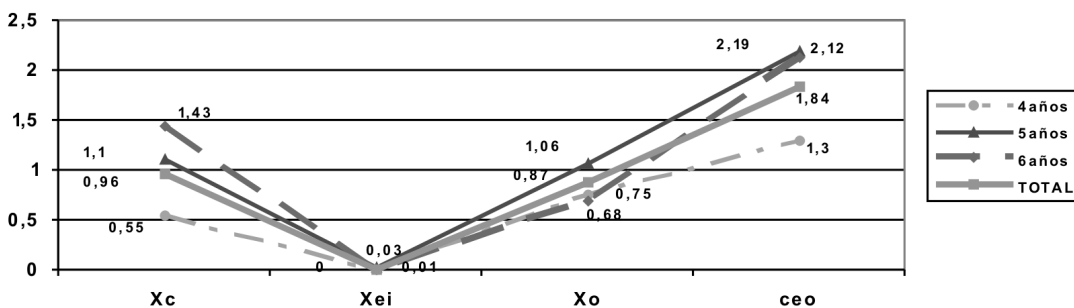
final a 63,44%. La edad de 5 años, es el grupo con mayor proporción de caries tanto en el diagnóstico inicial (55,84%) como en el final (42,5%), observándose en este último un ligero descenso de la misma.

**Gráfico N° 5: Promedio inicial de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas, obturadas y sanas por edad. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo. 2003.**



Fuente: Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2003.

Gráfico N° 6: Promedio final de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas, obturadas y sanas por edad. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo, 2005.

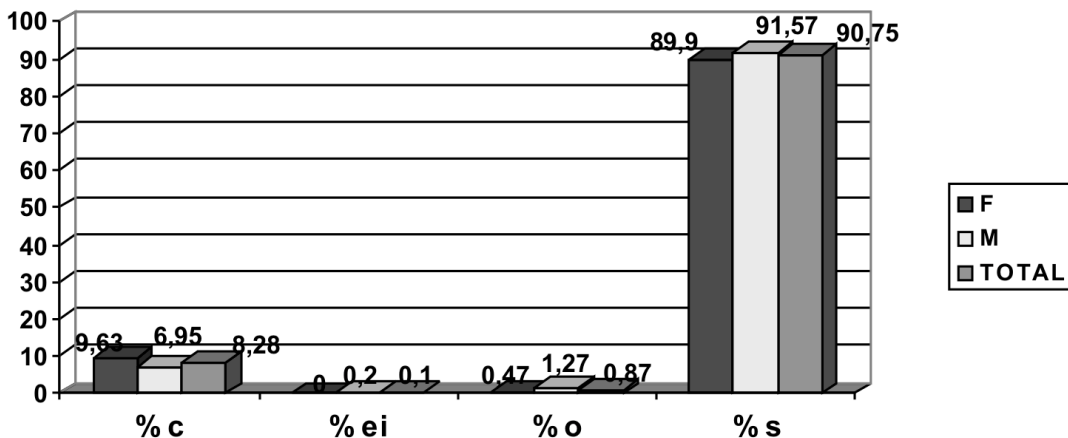


Fuente: Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2005.

**Análisis:** En cuanto a los datos obtenidos se observa como el promedio ceod tanto inicial como final se mantuvo en 1,84, considerado un valor bajo, prevaleciendo el mayor índice (2,19) en las edad de 5 años tanto en el inicial,

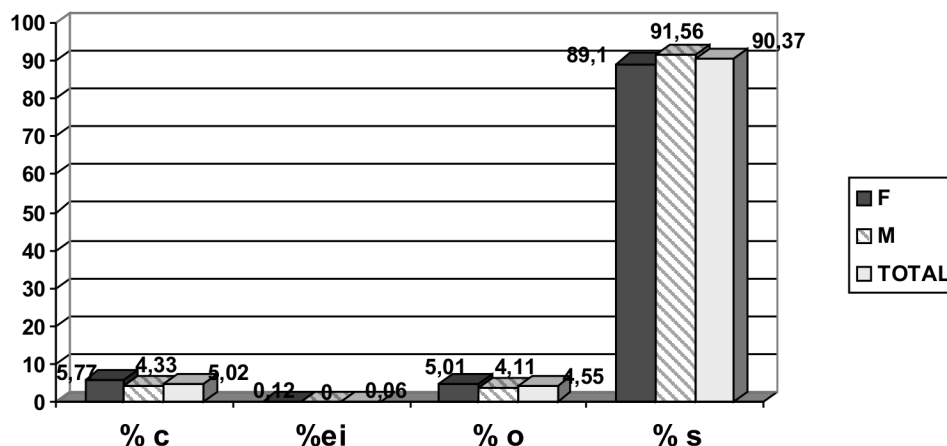
como en el final. Se identifica la disminución del promedio de extracciones indicadas de 0,02 a 0,01 y del promedio de cariados de 1,65 a 0,96; consecuentemente el aumento de 0,17 a 0,87 de las unidades dentarias en condición de obturadas.

Gráfico N° 7: Tasa inicial de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas, obturadas y sanas por sexo. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo. 2003.



Fuente: Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2003.

Gráfico N° 8: Tasa final de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas, obturados y sanos por sexo. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo, 2005.

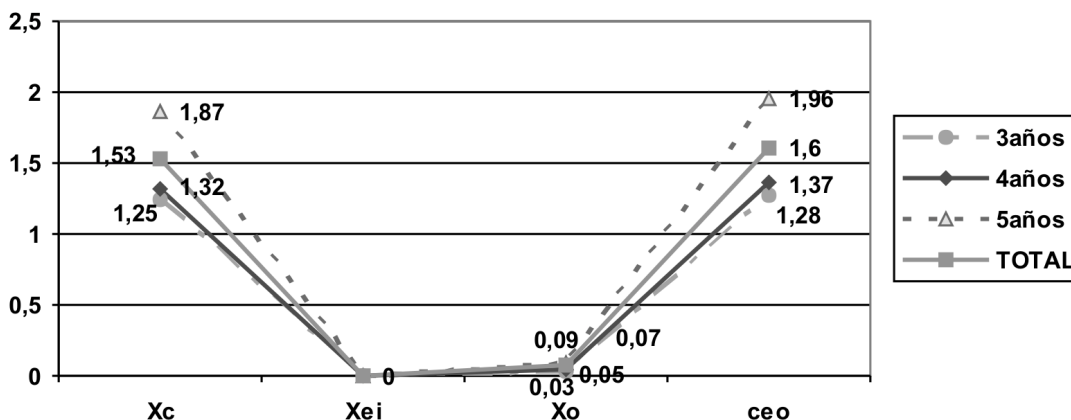


Fuente: Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2005.

**Análisis:** Con respecto al cuadro de tasa distribuido por sexo, se observa que se mantienen en más de 90% las unidades dentarias en condición de sanas, prevaleciendo en el masculino en ambos diagnósticos, no obstante el femenino fue el que

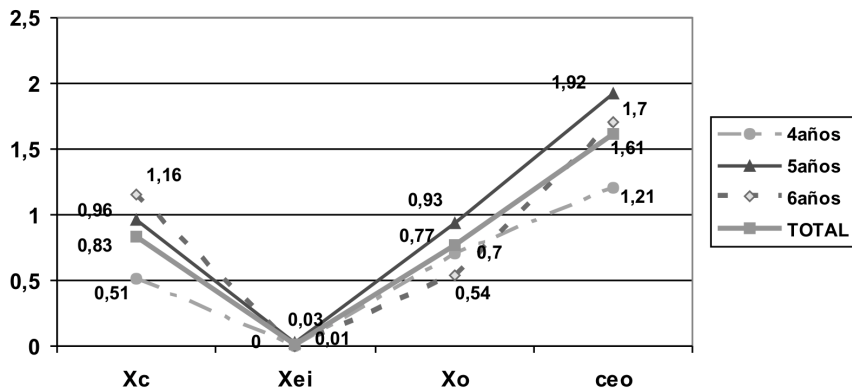
mejor condición de obturados logró de 0,47% a 5,01%. El porcentaje de cariados a pesar de ser bajo se disminuyó en ambos sexos, en el femenino de 9,63 pasa a 5,77%, y en el masculino de 6,95% baja a 4,33%.

Gráfico N° 9: Promedio inicial de primeros y segundos molares temporarios cariados, con extracciones indicadas y obturados por edad. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo, 2003.



Fuente: Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2003.

Gráfico N° 10: Promedio final de primeros y segundos molares temporarios cariados, con extracciones indicadas y obturados por edad. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo, 2005.

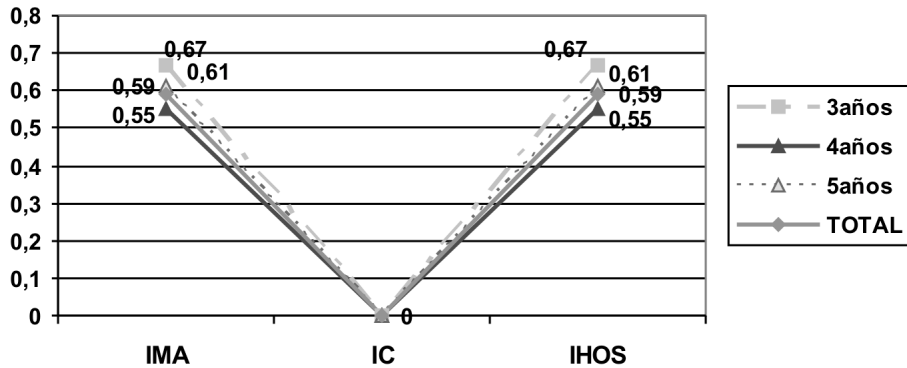


Fuente: Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2005.

**Análisis:** En relación con el promedio ceod del primer y segundo molar temporario, se evidencia que se mantuvo relativamente parejo en ambos diagnósticos (1,6). Este promedio está determinado a expensas de los caridos

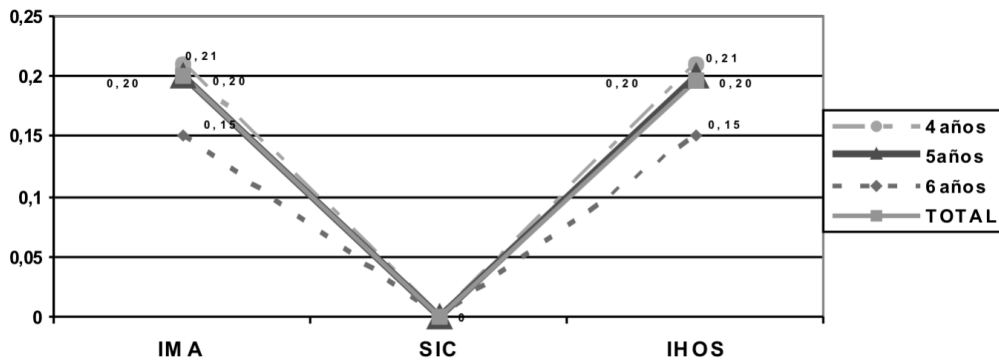
en el inicial y en el final de los caridos y obturados. En ambos diagnósticos se observa que la caries aumenta progresivamente con la edad, si embargo se disminuyó de 1,53 a 0,83, y por ende, aumentó el numero de obturados de 0,07 a 0,77.

Gráfico N° 11: Índice inicial de Higiene Oral Simplificado por edad. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez». Municipio San Diego. Estado Carabobo. 2003.



Fuente: Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2003.

Gráfico N° 12: Índice final de Higiene Oral Simplificado por edad. Preescolar «Monseñor Luis Eduardo Henríquez Municipio San Diego. Estado Carabobo, 2005.



Fuente: Cuadro obtenido del Levantamiento Epidemiológico. 2005.

**Análisis:** En el total de la población estudiada se observa que el IHOS a pesar de ser bueno, decreció sustancialmente de 0,59 a 0,20. El grupo etáreo con mayor índice en ambos diagnósticos lo representa el de menor edad. Es importante resaltar que el índice de cálculo para la población evaluada es igual a 0 en ambos diagnósticos, por lo que el índice de higiene oral simplificado, está dado a expensas de la materia alba solamente.

#### **ANÁLISIS CUALITATIVO:**

- Inicialmente 54,08% libre de caries, valor que se incrementó a 70,43 %.
- Desde un inicio prevalecieron las unidades dentarias sanas con respecto a las que se encuentran en condición de cariadas (90,74% a 90,01%).
- El índice ceod inicial (1,84 correspondiendo a bajo), se mantuvo en la misma proporción. Las extracciones indicadas de 0,02, disminuyeron a 0,01, los cariados de 1,65 disminuyen a 0,96, correlacionalmente los obturados de 0,17 se incrementan a 0,87.
- En cuanto al género no se reporta mayor diferencia del ceod, el femenino se mantuvo en 2,00, mientras que el masculino de 1,67 pasa a 1,68.
- El porcentaje de sanos del 1 y 2 molar temporario prácticamente se mantuvo (80,17% a 79,90%), y el ceod de 1,60, pasa a 1,61 (correspondiendo a bajo), donde los cariados de 1,53 decrecen a 0,83 y los obturados de 0,07 aumentan a 0,77.
- El IHOS inicial de 0,59 decrece a 0,20, manteniéndose en el renglón de bueno.

#### **CONCLUSIONES**

Una vez presentados los resultados en gráficos, producto del diagnóstico epidemiológico inicial y final, realizado en la comunidad infantil del preescolar "Monseñor Luis Eduardo Henríquez", se establece una aproximación objetiva entre la situación de caries dental y el índice de higiene oral inicial y final, posterior a la aplicación de un programa

preventivo y educativo durante año y medio, donde se concluye lo siguiente:

1. De 196 niños diagnosticados en el inicio (99 varones y 97 hembras), se evaluaron 186 de los mismos, dos años después, (93 niños y 93 niñas). Inicialmente 54,08% de la muestra estaba ausente de caries, valor que se incrementó a 70,43%, posterior a la aplicación del programa preventivo y educativo, así como de las actividades clínicas realizadas por la Unidad Móvil de la Alcaldía de San Diego.
2. Con respecto al primer objetivo de diagnosticar el índice ceod e IHOS inicial en la población estudiada., se puede concluir que la muestra de sujetos presentaron indicadores con buenas condiciones de salud bucal para sus edades, ya que el índice ceod inicial fue 1,84, prevaleciendo las unidades dentarias sanas en 90,74%, así como el índice ceod del 1° y 2° molar temporario fue 1,60, manteniéndose ambos índices en el rango de "bajo" según la OMS (23), considerando además que se refleja analogía con respecto a la literatura revisada en cuanto a la prevalencia de las unidades dentarias en condición de sanas en niños de edad preescolar, tomando en cuenta la etiología multifactorial de la caries y el poco tiempo de exposición a los factores de riesgo (10) (21). Con respecto al índice IHOS inicial fue de 0,59, observándose que este se encontró en el rango de "bueno", además que era a expensas de la materia alba.
3. En relación al segundo objetivo planteado, sobre el diseño y ejecución de un programa de promoción y educación de salud bucal, dirigido a los niños en función del diagnóstico inicial de salud bucal, se planificó y desarrolló un programa de promoción y educación durante año y medio donde se enfatizó sobre la importancia y el significado de los dientes, cepillo dental, caries y dieta balanceada; así como, la importancia de la salud bucal, del odontólogo y de la adopción de estilos de



vida saludables, a través de títeres, charlas, videos, juegos educativos y teatro.

4. En cuanto al objetivo planteado, que guarda relación con el desarrollo y ejecución de un programa de adiestramiento dirigido a los maestros, se planificó y ejecutó un programa de capacitación a través de un taller donde se logró sensibilización y compromiso por parte de los maestros, así como evidencias de un mayor conocimiento y adiestramiento e intensificación de la preparación en cuanto a salud bucal. También se alcanzó un evidente fortalecimiento de la comunicación para la prevención de las enfermedades bucales, y se dotó de insumos necesarios para la prosecución de los programas educativos en materia de salud.
5. En relación al objetivo, relacionado con el diagnóstico final de salud bucal de la población estudiada, se obtuvo que siguen prevaleciendo en 90,73% las unidades dentarias sanas, condición que supera las metas fijadas por la OMS (24) para el decenio 2015, que sugiere que los niños entre 5 y 6 años presenten 80% de las unidades dentarias libres de caries. Se mantuvo un bajo índice ceod (1,84), prevaleciendo en la edad de 5 años. Se evidenció un promedio de dientes obturados de 4,55% y extracciones indicadas de 0,06%, mientras que el ceod de los primeros y segundos molares temporarios fue relativamente bajo (1,61), manteniendo un 79,90% de unidades sanas. No se evidenció diferencia en cuanto al género. El IHOS final correspondió a 0,20, enmarcado en el rango de "bueno" para todos los grupos etareos en ambos sexos, con un índice de cálculo igual a cero.
6. En función al objetivo de la evaluación del impacto del programa aplicado, se comprobó que se mantuvo en 100% las unidades dentarias sanas iniciales, prevaleciendo las sanas sobre las cariadas, se mantuvo el índice ceod inicial de 1,84,

considerando que a pesar de haber transcurrido casi dos años los niños evaluados mantuvieron el rango de "bajo", demostrando que si bien la caries aumenta progresivamente con la edad una vez transcurrido el tiempo (18) (19), esta se puede detener cuando se aplican programas preventivos de salud bucal de una manera continua y eficiente, como lo afirman Couto y Romero (5) (8). Con respecto a la característica de género no se reportó mayor diferencia entre los valores encontrados, observándose que el femenino mantuvo un promedio ceod superior de poca diferencia, esto corrobora, lo asegurado por Gestal y col. (9), que afirman que no existen diferencias en cuanto a la susceptibilidad de caries entre ambos sexos. Del mismo modo se evidenció un aumento del promedio de los dientes obturados, así como una disminución del promedio de dientes cariados, producto de las actividades clínicas de la unidad móvil. En cuanto al ceod de primeros y segundos molares temporarios se mantuvo en el rango de "bajo", (de 1,60 pasa 1,61), así como, se incrementaron las obturaciones y disminuyeron los cariados, corroborando la bibliografía revisada en cuanto la combinación de educación sanitaria en conjunto con el apoyo institucional, a fin de promover estilos de vida saludable como lo reporta Green y Anderson (12), la OMS (23) y la OPS (24) (25) condición que predominó en este estudio, existiendo correspondencia entre los resultados y la teoría planteada, donde la vulnerabilidad de estas piezas dentarias a las caries, es suprimida por las acciones preventivas, En este sentido, también se logró una disminución de 30,5% del índice de higiene oral simplificado para la población estudiada, manteniéndose en el rango de "bueno", en todas las edades de ambos sexos. Además hay que hacer referencia que este índice fue a expensas de la materia alba, ya que ningún niño desarrollo cálculo dental, durante el estudio.

7. Finalmente en razón de lo antes expuesto, se concluye que la condición de salud bucal de la población preescolar estudiada, se puede considerar que es bastante buena, dado que los bajos niveles de caries dental y el bajo índice de higiene oral simplificado, ofrecen un panorama muy alentador sobre las posibilidades reales de controlar las principales enfermedades bucales y de alcanzar las metas en los programas de prevención y promoción planteados, más aun si se logran las alianzas estratégicas con otras instituciones.

### RECOMENDACIONES

1. Previo a la aplicación de cualquier programa de salud, se debe conocer las condiciones iniciales de la misma
2. Se deben utilizar los principios de la planificación estratégica, siempre que se quiera aplicar un programa de salud, ya que agiliza la consecución y el logro de los objetivos planteados.
3. Se debe estimular a la participación activa de los maestros en la promoción de hábitos de higiene bucal, actuando como reforzadores de comportamientos positivos.
4. Se debe impulsar al desarrollo de alianzas estratégicas con instituciones gubernamentales y privadas, a fin de abaratar los costos.
5. Incentivar a la investigación en relación al tema, donde se incorporen a la población infantil.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1).- Banco Mundial **Informa sobre el Desarrollo Mundial 2004. Servicios para los pobres**. Alfaomega, Colombiana S. A. Colombia. 2003
- (2).- Baca P., Bravo M. Junco P. **Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria**. En Rioboo, R. (Comp). Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria (Cap. 1 Tomo I) Ediciones Avances Médico-Dentales. S.L. Madrid. 2002

(3).- Bolívar, E. **Manual de Planificación en Salud**. Una visión Estratégica. Mayo, Valencia. 2002.

(4).- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela**, Marzo, 26. Venezuela. 2001

(5).- Couto, M. y Romero, Y. **Prevalencia de caries dental e Higiene Oral en preescolares “Hogar Infantil Municipal Magallanes” y Monseñor Luis Eduardo Henríquez”**. Municipio San Diego. Edo. Carabobo, 2003. Trabajo de ascenso (2004) (Agregado). Facultad de Odontología, U.C.

(6).- Díaz del Mazo, L., Pérez, M., García, R., y O'Connor, M. **“Sonrisas Saludables” para capacitar a adolescentes sobre salud bucal**. Cuba MEDISAN: vol. 7.4. 2003.

(7).- Elías, M. **Programa Clínicas del Bebe**. Odontopediatría del Hospital de la Fuerza Aérea.. Perú. Documento en línea. (2001) <http://www.gestion.com.pe/GM/archivo/edicion/1odon.htm>. [Consulta : 2005, Enero,12].

(8).- Evans, J.; Acuña, B.; López, C. y Sandoval, J. **Programa Latinoamericano de Educación para la Salud Bucal “Sonríe Latinoamérica”** Comisión Latinoamericana de Prevención de Fola. Panamá: Enero. (2001) Documento en línea. <http://www.folaoral.org/programas.htm>. [Consulta : 2005, Enero,12].

(9).- Gestal J; Smyth E. y Cuenca E. **Epidemiología y Prevención de la caries y de las Enfermedades Periodontales** En Piedrola Gil. (Comp). Medicina Preventiva y Salud Pública. (Capítulo 66). Editorial Masson. 10ª Edición. Barcelona, España. 2001

(10).- Gil, F., **Prevención de la Caries Dental**. En Rioboo, R.(Comp). Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. (Capítulo 10. Tomo I). Ediciones Avances Médico-Dentales S.L. Madrid. 2002

(11).- González Sanz, A. **Métodos en Odontología Comunitaria: APS**. En Rioboo, R. (Comp.). Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. (Capítulo 44. Tomo

- II). Ediciones Avances Médico-Dentales S.L. Madrid. 2002
- (12).- Green W. y Anderson L. **Community Health**. Mosby, College Publishing. St. Luis USA. 1986.
- (13).- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista P. **Metodología de la Investigación**. Editorial Mc Graw Hill Interamericana S.A. 60. México. 1996. p:60
- (14).- Laski, L.y Brindis, C. **Evaluación de Programas de Salud**. Mc. Gras Hill, Interamericana, México. 1997
- (15).- López, M. **Salud Pública**. Editorial Mac Graw Hill, México. 2003
- (16).- Malagón-Londoño y Galán, M. **La Salud Pública. Situación actual**. Editorial Médica Panamericana. Colombia. 2002
- (17).- Mena, A. y Rivera, L. **Epidemiología Bucal. Conceptos básicos** Editorial Ofedo/Udual: 27-31. Venezuela. 1991
- (18).- Mijares, A. **Condiciones de Vida de la Población Venezolana. Aspectos Odontológicos**. FUNDACREDESA. Caracas, Venezuela. 1995
- (19).- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. **Misión Barrio Adentro** Caracas, Venezuela. 2003. Documento en línea: <http://www.barrioadentro.gov.ve> [Consulta 2004, Octubre, 14].
- (20).- Narey D. y Aldereguía, H. **Medicina Social y Salud Pública en Cuba**. pp:21-22. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, Cuba. 1990
- (21).- Organización Mundial de la Salud (OMS) **Promoción de la Salud. Glosario**. Ginebra. 1998.
- (22).- **Necesidades de Salud de los adolescentes**. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 609 Ginebra 1997 pp.16-17
- (23).- **Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000**. Serie "Salud Para Todos". 1981 No. 3
- (24).- Organización Panamericana de la Salud (OPS). **La salud en las Américas**. Washington, DC: OPS;1998. (Publicación científica No. 569).
- (25).- **Informe final del seminario Replanteamiento de la cooperación técnica internacional en salud**; Oficina de Análisis y Planificación Estratégica. 1996
- (26).- Perea Quesada, R. **Fundamento y Justificación para la educación para la salud** UNED. F.U.E. 1997 Madrid.
- (27).- Piedrola Gil. **La Salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y Salud Pública**. En: Piedrola Gil, (comp.) Preventiva y Salud Pública. (Capítulo 1). Editorial Masson. 10ª Edición. Barcelona, España. 2001
- (28).- Pine C. **Perspectivas internacionales para la prevención de la caries**. Universidad de Dundee, Escocia. Presentado en 7º Congreso Mundial de Odontología Preventiva. 24-27 abril. Pekín, China. 2001
- (29).- Rioboo, R. **Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria**. Ediciones Avances Médico-Dentales S.L. Primera Edición. 2002
- (30).- San Martín. **Salud y Enfermedad**. Prensa Médica Mexicana, 2a. Edición. México. 1996
- (31) Sosa, M., González, M., Naranjo, B., y Quintana, B. **Levantamiento Epidemiológico bucal en escolares de 1º y 2º etapa. Abril 2003**. Documento en línea: <http://www.odontologiaonline.com/casos/part/LST/LST08/lst08.html>. [Consulta: 2003, Agosto 18].

Ybelisse Romero Méndez, Odontólogo. Especialista en Gerencia Educativa. Doctoranda en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad. U. C. Docente Asociado del Dpto. Salud Odontológica Comunitaria.

RECIBIDO: 30 / 07 / 06  
ACEPTADO: 18 / 09 / 06