

2ej 19

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**LA ODONTOLOGIA EN LA PRACTICA
GENERAL PREVENTIVA**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

LILIA AMADA AGUIRRE CHAVEZ

México, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CAPITULOS

- CAPITULO I.- Papel del práctico general en la comunidad -
de la odontología.
- CAPITULO II.- Necesidades de la odontología de la comuni--
dad y de la odontología preventiva.
- CAPITULO III.- La odontología preventiva en la práctica pri
vada.
- CAPITULO IV.- Recursos de la comunidad al alcance del prác
tico general.
- CAPITULO V.- La odontología preventiva.- Desafío del futu
ro.

INTRODUCCION

La finalidad principal de la práctica odontológica es mantener los nuevos conceptos y métodos de prevención, ya que se dispone de materiales restauradores perfeccionados, con estos métodos de prevención se ha aprendido como prevenir y tratar a la enfermedad periodontal.

El cirujano dentista ha adquirido excelentes conocimientos sobre la odontología preventiva clínica.

Y que el objetivo final de la práctica odontológica es la conservación de toda la dentadura sana y con una buena función durante toda la vida del paciente. Ya que en el pasado los dentistas actuaban como si la finalidad principal fuera la extracción de todos los dientes y la construcción de dentaduras completas.

CAPITULO I

PAPEL DEL PRACTICO GENERAL EN LA COMUNIDAD DE LA
ODONTOLOGIA.

PAPEL DEL PRACTICO GENERAL EN LA COMUNIDAD DE LA ODONTOLOGIA

Tanto si el dentista atiende pacientes en forma individual como si lo hace en grupos, sus esfuerzos profesionales influyen sobre la salud del público. Tradicionalmente, los dentistas con práctica general han prestado servicios "sanitarios" conciente o inconcientemente. En los primeros tiempos de la profesión todos los esfuerzos encaminados a mejorar la salud dental pública -tanto de los individuos como de los grupos- tenían su origen en los dentistas con práctica privada.

Al aumentar la apreciación del público por la salud oral, algunos organismos e instituciones emplearon dentistas para que proporcionaran su asistencia (y, posteriormente, servicios preventivos y educativos) a ciertos factores de la población. De una manera natural, estos miembros de la profesión llegaron a ser considerados como odontólogos especialmente interesados por la salud pública. Esta tendencia culminó en la creación de unos programas para postgraduados en odontología sanitaria y, en 1950, en la aprobación por parte de la Asociación Dental Americana de una junta de las especialidades para examinar y expedir los títulos de diplomado en odontología sanitaria.

El desarrollo de este campo de la especialización es fruto natural de la ampliación de los programas en sectores tales como la epidemiología, la comunicación, la administración; y el desarrollo de métodos para modificar el comportamiento humano. Sin embargo, el desarrollo de una especialidad la sanidad dental ha tenido el desafortunado resultado de disminuir el interés del práctico privado por el mejoramiento de la salud dental del público globalmente-

considerado. Además se han combinado varios factores que han desacreditado en cierto modo el término sanidad. En algunos casos la combinación de salarios y programas poco ambiciosos han dado lugar a que organismos públicos emplearan dentistas con iniciativa y capacidad inferior al promedio.

La confusión y las interpretaciones erróneas acerca de la relación de la profesión con la "sanidad" ha contribuido a bloquear la comunicación de los conceptos nuevos sobre la odontología preventiva y a inhibir la responsabilidad del dentista de divulgarlo al público, tanto entre la clientela como en su comunidad. Por esta razón se ha lanzado un término nuevo, odontología de la comunidad. Su objetivo es estimular al práctico a colaborar en la mayor medida posible al mejoramiento de la salud oral. Puede hacerlo primeramente reorientando su ejercicio privado hacia la prevención con preferencia a la sustitución, y preocupándose del bienestar general del paciente más que de los métodos técnicos aislados de tratamiento de los dientes individuales. El dentista comprometido con estas ideas es de suponer que reconocerá su obligación con la comunidad con la cual proceden sus pacientes.

El dentista que se preocupa por la comunidad tendrá también interés en mejorar la imagen de la profesión, tanto mediante un ejercicio privado impecable como esforzándose en las relaciones públicas para comunicar y hacer comprender los beneficiosos efectos del servicio sanitario dental preventivo. Finalmente reconoce sus oportunidades y responsabilidades como elementos dirigentes de la comunidad; tales como la financiación de los servicios sanitarios y la administración adecuada de los programas de Gobierno.

La profesión ha reconocido desde hace tiempo que el dentista ha de estar capacitado y dispuesto a actuar a nivel de la comunidad, así como del límite de su propio consultorio.

En años recientes las escuelas dentales progresivas han comenzado a crear nuevos departamentos dedicados a la "odontología preventiva, y a la sanidad pública" con el fin de preparar mejor a los dentistas para que actúen eficazmente en su práctica privada en relación con la comunidad y con la orientación de las medidas preventivas. Estos departamentos se preocuparon de la enseñanza tradicional de la "sanidad", sino de la creación de un concepto amplio de la odontología preventiva, que abarque no solo los procedimientos técnicos y clínicos, sino también las relaciones con los pacientes y la actuación del dentista como dirigente de la comunidad. Un examen de los cursos formativos contínuos y de las reuniones de las introducciones al tratamiento de los pacientes, la práctica junto al sillón dental, las relaciones públicas, los ejercicios de administración, las comunidades y las relaciones humanas.

En pocas palabras, el problema radica en que el dentista no puede prestar los servicios profesionales más modernos y eficaces a menos que disponga de un paciente que desee gozar de una buena salud oral, que tenga la posibilidad y el deseo de pagar unos honorarios para tales servicios, y que esté dispuesto a cooperar con los métodos de higiene oral y de conservación. La habilidad para hacer comprender al paciente los riesgos que acarrea la no sustitución de los dientes que faltan, puede ser un requisito necesario para la utilización de la capacidad de construir restauraciones protésicas fijas. La organización eficiente del ejercicio y la utilización eficaz de auxiliares, consi-

derados desde el punto de vista, no son simplemente precauciones egoístas del dentista, sino un medio de prestar más-asistencia dental de gran calidad a un precio que el público pueda pagar.

CAPITULO II

NECESIDAD DE LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD Y DE
LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA.

NECESIDAD DE LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD Y DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA

El observador no iniciado tal vez considere con recelo esta asistencia en la prevención, suponiendo que es a mayor interés del público pero no de la profesión. Puede preguntarse sí, al servir mejor al público, la profesión no se pone en sí misma "en situación de paro". Por el contrario, un análisis de las tendencias actuales indican que tanto el público como la profesión salen ganando con la aplicación más eficaz de la odontología preventiva. Debido al aumento de la población, el carácter crónico y recidivante de las enfermedades dentales, el incremento de la demanda per capita y el desarrollo de los planes de pago previo financiados en forma privada y con aportaciones de Gobierno, existen todas las razones para creer que la profesión dental se verá muy solicitada y tendrá que rendir al máximo para prestar la asistencia dental requerida por el público en el futuro.

NECESIDADES DENTALES CONTRA DEMANDAS DENTALES

Muchas enfermedades dentales son crónicas y recurrentes. Por ejemplo, las huellas de un ataque de caries permanecen en la boca sea como lesión abierta, como obturación o como espacio resultante de una extracción exigida por haber descuidado demasiado tiempo la lesión. Asimismo, la pérdida de hueso de sostén producida por la enfermedad periodontal generalmente es progresiva, o al menos irreversible, y puede detectarse en la boca mientras se conserva el diente, tanto si la enfermedad está en fase de actividad como si se mantiene latente. A medida que aumenta la edad del paciente, resulta más difícil diferenciar entre dientes

extraídos por sufrir lesiones de caries que es la causa principal de la pérdida de dientes durante las tres primeras décadas de la vida y los perdidos en la edad adulta por efectos de la enfermedad periodontal. Lo evidente, sin embargo es el número de lesiones orales que se han ido acumulando con los años.

El problema de las enfermedades dentales crónicas y del aumento de las cifras de incidencia al aumentar la edad, se combina con la negligencia general en seguir un tratamiento con regularidad. El examen clínico de población indicará la necesidad de tratamiento con una precisión considerable, determinándose el grado de necesidad por los estándares profesionales de requerimientos sanitarios. Sin embargo, en la práctica, las ideas de los pacientes sobre lo que contribuye una salud dental aceptable a menudo difieren considerablemente de los patrones profesionales, y los pacientes pueden optar por no buscar la asistencia dental.- Asimismo, los que deseen una asistencia dental regular, es posible que no dispongan de los recursos necesarios para obtenerla. Por estas razones la necesidad de tratamiento y la demanda de servicios con frecuencia difieren mucho. Puede suponerse, por ejemplo, que 100% de la población, al menos en los grupos de edad más joven, "requieren" un tratamiento dental regular; y sin embargo, según Kegeles, solamente de 15 a 20% "solicitan" este tipo de servicio dental.

Casi toda la población padece enfermedades dentales crónicas e irreversibles que no pueden tratarse con consejos o prescripciones, sino que exigen servicios profesionales que requieren tiempo. Como buena parte de la población no recibe los servicios profesionales necesarios, se produce una acumulación cada vez mayor de servicios necesarios no prestados. El Servicio Sanitario Nacional estima -

que en los Estados Unidos 111 000 000 de adultos presentan la asombrosa cifra de 2250 millones de dientes cariadados, obturados o ausentes, siendo mayor el número de los que fal--tan o están cariadados que los obturados.

Con los conocimientos y la práctica profesional - actuales, casi todos los individuos deberían poder conser--var la mayor parte de los dientes permanentes, si no todos--durante toda su vida. Los hallazgos del Servicio de Sani--dad revelan que la mitad de la población queda totalmente - desdentada a los sesenta y cinco años. En las actuales - circunstancias, una parte importante de la asistencia den--tal es la elaboración de dentaduras completas, y sin embar--go podríamos decir que cada dentadura es un monumento al - fracaso. Indica que o bien que al paciente no se preocupó--de buscar tal tipo de asistencia.

DEMANDA EN AUMENTO

Aunque las estadísticas demuestran que la demanda de tratamiento no ha estado a la altura de las necesidades--reales, resulta también evidente que la demanda ha experi--mentado un continuo aumento. Una de las principales razo--nes del aumento de demanda de asistencia dental es el creci--miento de la población de los Estados Unidos, crecimiento - que deja atrás a la expansión de la profesión dental. La - proporción relativa de dentistas disponibles para prestar - sus servicios al público ha ido disminuyendo desde 1930. - En el futuro irá aumentando el número de personas que recla--marán asistencia dental. Las mismas tendencias que han da--do lugar a las escuelas superpobladas y a la expansión de - las ciudades producirán a no tardar un impacto importante - sobre la odontología.

Además del crecimiento, también tendrá repercusiones importantes sobre los futuros niveles de la demanda las modificaciones en el nivel de vida y en el estado social. - No obstante la brecha existente entre la actualidad entre - la demanda y las necesidades reales. Los estudios realizados por la Asociación Dental Americana indican que el promedio de demanda de atención per cápita ha ido aumentando con bastante regularidad durante los dos últimos decenios. El incremento que se ha producido hasta la fecha se cree que - obedece principalmente a los cambios de las características económicas y educativas de la población, cambios que es de esperar que se acentúen en el futuro. Pelton y Bothwell - han puesto de relieve que el público del futuro tendrá niveles culturales más altos y dispondrá de ingresos superiores que en la actualidad, dos factores que se han demostrado que están estrechamente asociados con el aumento de la - demanda de servicios odontológicos. Por ejemplo, se han estimado que en este decenio se producirá un aumento superior a 77% en el número de personas con grado de bachiller y profesionales, y que el ingreso per cápita (en dólares constantes) aumentará en el período comprendido entre 1955 y 1975- desde 1850 a 2550 dólares.

Es relativamente fácil predecir la amplitud del - aumento de la demanda de asistencia que se producirá al aumentar la población, que solicitará mayores servicios por - persona. Sin embargo, en años recientes se ha introducido una nueva variable que dificulta una estimación precisa de la futura demanda. Durante los diez años últimos ha habido una extraordinaria expansión en el desarrollo de planes para la contratación asistencia dental por grupos a base de - pago previo, especialmente de planes en los cuales las primas son satisfechas por terceros, como los sindicatos o las compañías industriales. El desarrollo de nuevos mecanismos para reducir la barrera del corte económico crea nuevas de-

mandas de servicios casi de la noche a la mañana. Estas de mandas, que son resultados no de tendencias que vayan desarrollándose lentamente en la población, sino de cambios inmediatos instituidos por los dirigentes de los sindicatos, - por la Administración y por los contratos colectivos, introducen un elemento nuevo y apremiante en el mercado tradicional de la oferta y la demanda de los servicios dentales. - Parece evidente que el desarrollo continuo de los planes de pago previo por terceros tenderá a agravar el déficit de dentistas previsto basándose en el aumento del nivel de vida de la población.

Se están produciendo cambios aún más revolucionarios en relación con los programas sanitarios financiados - con fondo público. Durante muchos años se han desarrollado programas sanitarios y de asistencia a cargo de organismos gubernamentales locales, estatales o federales, pero la asistencia dental disponible, especialmente para los más necesitados, ha sido muy limitada. La Asociación Dental Americana ha puesto de relieve que en la 89 sesión del Congreso se aprobó más legislación relativa a los servicios médicos y dentales que en cualquier otra sesión de los veinticinco años anteriores. La legislación más importante para la odontología implica cambios en las leyes de salud pública, requiriendo una mayor expansión de los servicios sanitarios para los económicamente débiles prestados por los organismos estatales. En el nuevo programa los estados deberán proporcionar servicios sanitarios amplios y de calidad a los grupos necesitados. Por ahora la asistencia sanitaria-dental es optativa por parte del estado, pero al parecer será obligatoria a partir de 1975.

PROBLEMAS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD

Buen número de problemas importantes de los dentistas son, de hecho, problemas de la comunidad, más que dificultades con los pacientes individuales. Los pacientes no llegan al consultorio del dentista del vacío, sino de una comunidad vital y activa. Sus actividades hacia el dentista y la asistencia dental reflejan en gran parte las ideas y las actitudes de aquellos con los cuales están asociados; familias, amigos, vecinos y compañeros de trabajo.- La renuncia a aceptar las recomendaciones del dentista con frecuencia refleja consenso general entre las personas relacionadas con el paciente.

Tenemos la esperanza de que el dentista procederá con energía a educar eficazmente a los pacientes con los cuales entre en contacto y, en algunos casos, podrá cambiar su actitud con respecto a la salud oral. Como la encuesta-sanitaria nacional puso de manifiesto que sólo 40% de la población visita al dentista durante el año y Kegeles ha estimado que solamente 15 a 20% lo hacen con regularidad, no es probable que ni siquiera el máximo esfuerzo del dentista en su consultorio ejerza gran influencia en las actitudes globales de la comunidad de la cual proceden sus pacientes. - El problema de la ignorancia y la apatía ante la salud oral es, pues, un problema de la comunidad. Una solución positiva requiere esfuerzos educativos a nivel comunitario a través de las escuelas, departamentos sanitarios y otras instituciones de la comunidad. Si el dentista no llega a participar activamente en tales programas su actitud equivale a una abdicación de su oportunidad y de su responsabilidad de influir sobre las actitudes de la comunidad en general y, por consiguiente, en las actitudes y acciones de sus propios pacientes.

De modo parecido, el ambiente de la comunidad y el uso de ciertos tipos de medidas preventivas basadas en la masa tienen relación con el tratamiento de los pacientes individuales, pues influyen de manera importante en la incidencia de la enfermedad dental. Por ejemplo, la fluoración del agua solamente es práctica basándose en grupos, y a menos que el dentista esté dispuesto a trabajar en cooperación con otros en la zona en que vive para asegurar su adopción, sus pacientes se verán privados de los beneficios del agente anticaries más eficaz que se conoce en la actualidad. Galagán también ha sugerido que la mayoría de los niños no se beneficiarán de las aplicaciones tópicas de fluoruros a no ser que se organicen basándose en grupos y, como al dentista acude regularmente menos de la mitad de la población, las medidas destinadas a mejorar la higiene oral (que son las medidas más importantes de que se disponen para reducir las enfermedades periodontales) solamente podrán llegar a la mayoría de la población mediante organismos e instituciones públicas tales como las escuelas o departamentos de sanidad.

Es muy probable que los dentistas se vean implicados en los programas de asistencia comunitaria, voluntaria o involuntariamente. La Asociación Dental Americana ha informado que se están creando centros sanitarios vecinales para proporcionar servicios a los pobres que se sufragan los gastos de los niños inscritos en el Head Start y otros programas de acción comunitaria que son atendidos por dentistas en su práctica privada. Es de preveer una notable expansión de este tipo de asistencia dental pública. En algunos casos estarán organizados y desempeñados en eficacia y seguirán una pauta profesionalmente solvente de prioridades de tratamiento; en otras comunidades ocurrirá todo lo contrario. Las diferencias obedecerán, en gran medida, al grado de participación activa de la profesión dental en el

planteamiento y en la ejecución de tales programas comunitarios.

Finalmente el grado de intervención del dentista en los asuntos de la comunidad en que vive será un factor importante en la determinación de la actitud del público ante la odontología y los derechos y privilegios que se le conceden como profesión sanitaria. La profesión necesita la confianza y el apoyo del público al cual sirve, si su voz se ha de considerar importante cuando se contemplan modificaciones en la organización de los servicios sanitarios. No hay bastantes dentistas para constituir una fuerza política con influencias para hacer modificar la ley. La influencia de la odontología dependerá del respeto y de la gratitud del público que ha estado bien servido, no solamente en el consultorio del dentista, sino en otros aspectos de la vida de la comunidad también. Como Knutson afirma:

Debido al carácter personal de los servicios que prestará, el éxito "de un dentista" de ordinario estará directamente relacionado con el número de personas de la comunidad que confíen en su capacidad. Esa confianza no se limitará a sus servicios dentales técnicos, sino que se extenderá en un amplio campo de acción de los asuntos comunitarios actuales. Estos asuntos comunitarios pueden abarcar propuestas para construir una nueva escuela, para la fluoración del agua de bebida, para nuevos locales y terrenos de juego para los niños, para la construcción de un centro sanitario de la comunidad, para construir una nueva planta de depuración del agua, para aumentar los salarios de los maestros y para la gran variedad de proyectos. Sea cual fuere el proyecto o la proposición, muchas personas desearán el consejo y la guía del dentista de la familia. Es más, esperarán un buen consejo porque su dentista es un buen dentista.

CAPITULO III

LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN LA PRACTICA PRIVADA.

LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN LA PRACTICA PRIVADA

CONCEPTOS BASICOS

Una definición demasiado restringida de la odontología preventiva ha sido probablemente la causa que ha dificultado su adopción por parte del público y por partes de sectores de la profesión. Si la prevención se considera que solamente atañe a algunos aspectos de la práctica (como la profilaxis oral o las aplicaciones tópicas de fluoruros) podría parecer como una faceta opcional, electiva o incluso lujosa de la práctica dental. Lo que se necesita es la convicción de que la odontología preventiva es una filosofía básica de la práctica que abarca todos los aspectos de la salud oral. La terapéutica endodóncica para conservar un diente con una lesión de caries descuidada durante largo tiempo, podría no ser considerada como medida preventiva -- según la definición tradicional restringida del término. Y, no obstante, ese servicio elimina una fuente de infección crónica que podría convertirse en un riesgo grave para la salud y permite la conservación del diente. Aceptando una interpretación más amplia, tal terapéutica puede considerarse como preventiva.

Los procedimientos preventivos pueden clasificarse según el momento voluntario de la enfermedad en que se aplican. La gama de servicios puede enfocarse en tal caso en términos de "niveles de prevención" -primario, secundario y terciario-, que abarcaría desde el período prepatogénico, antes de que se produjeran las enfermedades, hasta el de rehabilitación, en que han cesado los procesos morbosos-activos pero han dejado secuelas.

La prevención primaria se refiere al período que se precede a la aparición de una enfermedad manifiesta y tiene por misión el mejoramiento del nivel general de salud o la prevención de alguna enfermedad específica. Ejemplo de lo primero es la educación del paciente para que visite periódicamente al dentista, y de lo último la aplicación tó

ica de fluoruros.

Los procedimientos utilizados en la prevención primaria se clasifica según el mecanismo de acción: 1) los que afectan al medio ambiente oral por ejemplo, la fisioterapia oral, especialmente la relacionada con la enfermedad periodontal; 2) los que implican la protección local del diente (acción tó

ica de las soluciones de fluoruros) y 3) los que actúan por medio del torrente circulatorio o afectan al medio orgánico (protección de las estructuras bucales durante el período de desarrollo mediante dieta controlada).

La prevención secundaria tiene por misión la detección precoz de la enfermedad y el tratamiento rápido y eficaz para evitar sus progresos. El reconocimiento de una lesión de caries antes de que se produzca una cavidad extensa y la restauración del diente con una obturación de contorno adecuado son probablemente el ejemplo más corriente de prevención secundaria. El detartaje completo y el pulido de los dientes y la asistencia profesional continua mediante visitas periódicas constituye una acción preventiva-secundaria similar en pacientes con manifestaciones precoces de enfermedad periodontal.

SERVICIOS CORRIENTES EN LA PRACTICA DENTAL PREVENTIVA

La clave de la odontología preventiva es un servicio dental de gran cantidad para todos los pacientes vistos

en la práctica privada, lo cual supone la aplicación de todos los tipos de prevención de manera sistemática. La educación dental profesional hace incapié en procedimientos técnicos específicos, y a veces aislados, relativos a la preparación de la cavidad, la manipulación de ciertos materiales, o la fabricación de un tipo particular de prótesis. Como algunos de estos procedimientos exigen una habilidad técnica precisa, se centra sobre ellos la atención y llegan a ser considerados como fines en sí mismos. En realidad, todo servicio es importante mientras esté relacionado con la finalidad de la práctica dental, la conservación de la dentición en estado hígido durante la vida del paciente. Una práctica dental clínica que ponga de relieve la prevención con preferencia a la sustitución mecánica debería adoptar sistemáticamente las siguientes medidas preventivas:

- 1.- Examen completo y evaluación del paciente, que incluye la observación general del estado físico global; historia clínica; inspección cuidadosa de los tejidos duros y blandos de la boca, cara y cuello; examen radiográfico; elaboración de modelos de estudio y observación de la oclusión; biopsia y examen patológico de cualquier lesión sospechosa de los tejidos blandos; prueba de actividad de la caries.
- 2.- Profilaxis oral completa a intervalos regulares e instrucción adecuada sobre la higiene oral personal.
- 3.- Tratamiento de las lesiones orales y dentarias en sus primeras fases; corrección de las deformidades periodontales; colocación de restauraciones de contorno adecuado para proteger la pulpa y restaurar la función; y sustitución de los dientes que faltan.

- 4.- Preveer las visitas periódicas del paciente para asegurar una profilaxis, nuevos exámenes, y tratamiento de las enfermedades dentales tan pronto como se produzcan.
- 5.- Aplicaciones tópicas de fluoruros según las necesidades y recomendaciones del uso de suplementos dietéticos de fluoruros a los pacientes cuyo servicio de agua no contenga la cantidad óptima de dicho elemento.
- 6.- Preveer o recomendar dispositivos ortodóncicos interceptivos cuando estén indicados.
- 7.- Remisión del paciente a los especialistas dentales o médicos cuando sea necesario para la evaluación del estado del paciente o para su tratamiento con el especialista.
- 8.- Premedicación de los pacientes cuyas historias clínicas indican la necesidad de un tratamiento medicamentoso.
- 9.- Utilización de medidas prácticas para controlar la radiación.
- 10.- Esterilización adecuada de los instrumentos dentales, especialmente de los que rompen el tegumento.
- 11.- Previsión de protectores bucales para los pacientes que practican actividades peligrosas o ciertos deportes.
- 12.- Recomendación de un régimen dietético adecuado para la protección de las estructuras dentales o el control de la enfermedad.

ENFOQUE PREVENTIVO DE LA CARIES DENTAL

EXTENSION DEL PROBLEMA

Menos de cinco por ciento de personas se ven libres del ataque de caries dentaria, lo cual indica que probablemente se trata de la enfermedad predominante de la humanidad. No es raro que el primer ataque de caries se produzca poco después de la erupción de los dientes de leche. El número de lesiones de caries de la primera dentición aumenta constantemente hasta que el niño llega a los seis u ocho años, en que la cifra media registrada estadísticamente inicia un descenso debido a la exfoliación natural de los dientes de leche. No obstante, Fulton ha demostrado que la tasa de los ataques de caries se mantiene mientras quedan en la boca dientes de la primera dentición. De manera similar, se producen lesiones de caries en la dentición permanente tan pronto como aparecen los primeros molares permanentes. Una vez salidos los dientes permanentes, son objetos de continuos ataques de caries hasta que el individuo queda desdentado o fallece.

Estadísticamente, la predominancia de la caries dental suele expresarse mediante una cifra llamada COF, es decir, la suma del número de dientes permanentes con lesiones de caries sin tratar (C- caries); el número de dientes con restauraciones (O- obturado), y el número de dientes extraídos (F- faltan). El ataque persistente de las enfermedades dentales y el evidente fracaso que suponer no proporcionar a la población actual los beneficios de la odontología preventiva.

Es una muestra representativa de población adulta estadounidense no perteneciente a instituciones los individuos de veinte años de edad presentaban un promedio de casi

quince dientes atacados de caries dentaria. De tales dientes solo se habían restaurado seis, mientras que un número casi igual (cinco) habían sido extraídos. En los adultos - mas jóvenes, los recuentos de los dientes cariados, faltantes y obturados expresan esencialmente el afecto acumulativo de la caries dentaria. Sin embargo, en los adultos mayores aumenta el número de dientes perdidos por enfermedad periodontal, y estos se registran en el índice COF como parte del componente "F". Por consiguiente, en lo que a este período se refiere, el COF ya no representa una estimación - precisa del ataque de caries, sino que resume los efectos - totales de la combinación de caries y enfermedad periodontal. La magnitud de esta pérdida que demuestra que por encima de los cincuenta años que faltan por término medio - veinte dientes o más.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Las medidas preventivas primarias (prepatogénicas) de la caries dental apuntan a la supresión o modificación de los factores conocidos que predisponen a la enfermedad. Algunas medidas preventivas primarias, como la fluoración del agua y las aplicaciones tópicas de fluoruros, aumentan la resistencia del esmalte a la disolución por los ácidos. Otras pretenden modificar el ambiente de los dientes, reduciendo la cantidad de carbohidratos capaces de formar ácidos, disminuyendo los sistemas enzimáticos o bacterianos que permiten la degradación de los almidones en azúcar, y eliminando las bacterias y los ácidos de la boca.

Los métodos de prevención secundaria aplican los principios fundamentales de la odontología restauradora a las pequeñas lesiones descubiertas poco después de su aplicación: eliminación completa de la dentina cariada, exten--

sión del contorno de la cavidad para evitar la reaparición de la caries, diseño adecuado de la cavidad para prevenir - fracturas del diente o del material de restauración, información de un contorno adecuado para restaurar la anatomía - normal.

CARIES DENTAL

<u>Niveles de prevención</u>	<u>Proceso</u>
	Diente susceptible a la caries
	Ingestión de carbohidratos y otros factores alimenticios.
Prevención Primaria	Placa dental presente en la superficie del diente.
	Sistema enzimático que facilita el cambio - de los almidones en azúcares
Prevención Secundaria	Cavidad inicial
	Cavidad avanzada
	Invasión de la pulpa
	Invasión sistemática
Prevención terciaria	Pérdida del diente
	Inclinaciones y malposiciones de otros - dientes.

FLUORUROS

FLUORACION DEL AGUA. Cuando la fluoración del - agua fue aprobada oficialmente por la Asociación Dental - Americana y otras muchas entidades en 1948, probablemente - se tenían más pruebas acerca de su inocuidad y eficacia que de cualquier otra medida preventiva adoptada por los profesionales de la sanidad. Unos veinte años de estudios epidemiológicos, de laboratorio y clínicos, habían puesto de ma-

nifiesto la relación existente entre la ingestión sistemática de fluoruros durante el período del desarrollo dentario y una notable disminución de la incidencia de caries. Desde entonces se ha publicado nuevos informes que confirman tanto su eficacia como agente preventivo de la caries cuanto su seguridad absoluta.

No sólo se sabe que la fluoroación del agua es universalmente eficaz para mejorar la salud oral, sino que estudios recientes indican que pueden contribuir a mejorar la salud general de los adultos. Los primeros estudios médicos, como los de Leone y colaboradores, habían puesto de manifiesto que la ingestión de cantidades óptimas de fluoruro no podría producir efectos nocivos. Estudios más recientes sugieren que los niveles elevados de fluor orgánico pueden ser útiles en el tratamiento de enfermedades por descalcificación del hueso, fracturas óseas y dolor de los huesos. Aunque la evidencia no es aún definitiva, existen informes sobre casos de osteoporosis (debido a diversas causas), de enfermedad de Paget y de mieloma múltiple en los cuales dosis sistémicas de 100 mg de fluoruro diarios durante tres a seis meses han producido mejorías mensurables (Cohen y Rubini, Rich y Cols... y Gardner y Cohen). Bernstein y colaboradores también han observado que los residentes de una zona cuya agua presentaba un elevado contenido de fluoruro presentaban menos signos de osteoporosis, aplastamiento de vértebras y calcificación de la aorta que los residentes en zonas cuya agua contenía poco fluoruro.

El práctico general no puede prestar mejor servicio a sus pacientes y a todos los ciudadanos de su comunidad que trabajan enérgicamente en pro de la adopción de la fluoroación del agua, si vive en una zona donde los fluoruros no están presentes en la cantidad óptima. Este método preventivo alcanza a todos los niños de la comunidad, inde-

pendientemente de su estado socioeconómico, y evita la necesidad de recabar la cooperación de padres o de los niños en esta faceta de la prevención de la caries. El departamento de sanidad local puede informar acerca del contenido de fluoruro en el agua y si se han realizado previamente esfuerzos para que se adoptara su fluoración. En todo intento nuevo para introducir la fluoración se debe entrar en contacto con la división dental del departamento de sanidad del estado para recabar su guía y apoyo. Existen diversas publicaciones de la Asociación Dental Americana útiles para planear la campaña de fluoración.

APLICACION TOPICA DE SOLUCIONES DE FLUORURO

Para los niños que viven en comunidades donde el agua no ha sido fluorada o en una zona sin servicio municipal de agua, una alternativa importante es la aplicación tónica de soluciones de compuestos de fluoruro. Aunque hay pruebas evidentes que demuestran la eficiencia de este método de prevención de la caries, su uso no es lo suficientemente amplio en la práctica. Tal vez una de las razones sea la superabundancia de estudios que preconizan diferentes tipos de soluciones de fluoruro y diferentes métodos de aplicación, lo cual ha inducido a confusión.

En 1965 se reunieron unos setenta investigadores sanitarios de primera línea para revisar los datos sobre los diversos métodos de aplicación tónica de los fluoruros. El primer programa eficaz de aplicación tónica de fluoruro presentado fue una serie de cuatro aplicaciones de solución a 2% de fluoruro sódico, administradas a niños de tres, siete, diez y trece años. Posteriormente Muhler y sus colaboradores, de Indiana, presentaron un informe sobre la eficacia de una serie de cuatro aplicaciones de solución de fluo

ro estannoso a 4%, y todavía más tarde, de una aplicación - aislada de solución de fluoruro estannoso a 8% a intervalos de seis meses o un año como parte de la práctica dental corriente. El consejo de los que asistieron a esta conferencia fue que eran eficaces tanto el fluoruro sódico como el fluoruro estannoso, pero no había pruebas evidentes de que uno fuera más eficaz que el otro. El método de fluoruro sódico, debido a que requería una serie de cuatro aplicaciones, se consideró que presentaba limitaciones en la práctica privada, pero se creyó que era útil en los programas sanitarios. Sin embargo, presenta varios inconvenientes, entre ellos la falta de estabilidad del fluoruro estannoso en solución acuosa, un sabor astringente y desagradable, y a veces efectos secundarios de irritación de los tejidos y pigmentación de los dientes.

En 1965 no se disponía de datos y pruebas suficientes para valorar la eficacia de las soluciones fosfato-fluoruro, agentes preventivos que parecen prometedores, porque no tienen las desventajas del fluoruro estannoso. Aunque los resultados de los estudios clínicos y de laboratorio no han sido totalmente concordantes, son lo bastante alentadores para incitar a Knutson (que desarrolló el método de las cuatro aplicaciones de fluoruro sódico) a decir: "la prolongada investigación para descubrir una solución tópicamente más eficaz que el fluoruro sódico o que el fluoruro estannoso aislados, ha dado sus frutos. Una aplicación (de fluoruro fosfato acidulado) es al menos tan eficaz como cuatro de fluoruro sódico. Además, el fluoruro fosfato no presenta el gusto desagradable, ni las propiedades tintóreas, ni la inestabilidad del fluoruro estannoso".

Hay al menos tres maneras eficaces de aplicar tópicamente los fluoruros: uso corriente en el que se aísla un cuadrante de la boca mediante el dique de goma para los-

procedimientos operatorios; aislamiento de la mitad de la boca mediante rollos de algodón. En todos los casos hay que limpiar y pulir los dientes cuidadosamente. Aunque en muchos de los estudios clínicos en que se demuestra la eficacia de los diversos agentes fluorados sólo se ha practicado una limpieza coronal superficial de los dientes con piedra pómez y una copa profiláctica de goma, parece razonable esperar que la eficacia del agente mejoraría con una limpieza más a fondo, incluso con seda para uso dental y tiras finas de lienzo para el acabado en las zonas interproximales y del contacto de los dientes.

Muchos odontopediatras opinan que la odontología infantil puede realizarse más eficazmente utilizando el dique de goma para aislar el campo mientras se trata un cuadrante de la boca en una sesión. De esta manera puede aplicarse fácilmente el fluoruro al terminar el tratamiento de cada cuadrante. También sería recomendable terminar la sesión, después de un tratamiento operatorio en un niño, aplicando sistemáticamente una solución de fluoruro a una zona seca y aislada con rollos de algodón.

El método convencional para aplicar las soluciones es aislar los cuadrantes maxilar y mandibular de un lado de la boca por medio de un porta algodones especial. 1 - El porta algodones se fija sobre el arco inferior, sosteniendo un rollo del número 2 sobre la cara lingual de los dientes y del número 6 la cara bucal. El extremo libre del rollo vestibular se extiende en sentido distal y se refleja hacia arriba y hacia adelante en el arco superior del mismo lado. Se secan los dientes y se aplica la solución del fluoruro. En la misma sesión aplica el mismo tratamiento en el otro lado. Spedding ha hecho observar que pueden utilizarse simultáneamente ambos portaalgodones para aislar toda la boca de una sola vez. En este caso se pone un rollo-

de algodón más corto en el surco mucolabial mandibular, para asegurar el aislamiento de las superficies vestibulares de los incisivos.

FORMULAS Y TABLETAS DE FLUORURO

La toma regular de una solución de fluoruro por prescripción facultativa desde el nacimiento hasta el período de calcificación del esmalte, teóricamente debería producir sobre la dentición en desarrollo la misma reducción de la incidencia que se obtendría mediante la acción sobre el organismo del agua fluorada. Ciertos tipos de prescripción podrían también duplicar los efectos tópicos de los fluoruros contenidos en el agua de bebida, puesto que los niños que ya han llegado a la edad en que la calcificación del esmalte es completa, al parecer se benefician todavía cuando se instituye la fluoración.

Como el agua de muchas partes de los Estados Unidos contiene fluoruros naturales, antes de prescribir fluoruros a un niño es necesario determinar la riqueza del agua de bebida en dicho elemento. En las ciudades puede solicitarse esta información al inspector de sanidad o al sanitario del departamento local. Si no es posible hacerlo así, el dentista ha de escribir a la división dental del departamento de sanidad del estado. Todo paciente debe ser interrogado en lo que se refiere al agua que consume, como independencia de su residencia. En las zonas rurales a veces resulta imposible estimar si el agua de bebida que consumen en un hogar determinado contiene fluoruros, porque no hay un servicio municipal de agua. En tal caso se ha de recoger una muestra del agua que consume la familia y el dentista la remitirá al departamento de sanidad local o estatal para el análisis de los fluoruros. En muchos sitios es importante repetir esta operación durante varios meses para -

tener la certidumbre de que el contenido de fluoruro es estable. Se solicitará que el departamento local o estatal - indiquen con que frecuencia hay que repetir los análisis.

El Consejo de Terapéutica Dental de la Asocia- - ción Dental Americana sugiere las orientaciones siguientes- para la prescripción dietética de fluoruros como suplemento en el período postnatal:

- 1.- Se prescribirá un suplemento de fluoruros cuando la concentración de fluoruro en el agua de bebida sea infe- - rior a 0.7 ppm.
- 2.- No se despacharán más de 264 mg de fluoruro sódico de - una vez y no se repetirá la receta hasta que se haya - consumido completamente esta cantidad.
- 3.- Los preparados concentrados de fluoruro deben llevar la advertencia siguiente: "¡Cuidado!"! guardar fuera del alcance de los niños.

El Consejo de Terapéutica Dental ha sugerido una- pauta de dosificación para los suplementos de fluoruro. Esta pauta se basa en datos relativos a la ingestión diaria - de agua en zonas en que la proporción del fluoruro es de - una parte de un millón. Los dosificaciones de fluoruro re- comendadas para pensar las condiciones de fluoración del - agua tienen en cuenta las pautas del consumo de agua por - parte de los niños de diversas edades.

Edad	Dosis	Frecuencia	Forma de admon.
0-2 años	Una tableta de fluoruro (1mg) en cada cuarto de litro de agua.	Según la necesidad.	Biberones y otros alimentos.
2-3 años	Una tableta de (1mg)	Cada tres días	Zumos de frutas o agua potable; tomarse una sola vez.
Más de 3 años	Una tableta de (1mg)	Diaria	Zumos de frutas o agua potable; tomarse una sola vez.

Dosificación del fluoruro sódico en tabletas como suplemento cuando el agua de bebida carece prácticamente de fluor.

Rx: Gramos de fluoruro de sodio añadidos al agua destilada, para completar 240 ml. (equivalentes a 60 dosis - suplementarias).

Rotúlese: Una cucharada de té por día.

Precaución: Guárdese fuera del alcance de los niños.

Contenido natural fluoruro en el agua ppm	Gramos de fluoruro de que deben usarse en la receta indicada arriba	Miligramos - equivalentes - de iones de - fluoruro por - cucharada de - 4cc
0,0	0.132	1,0
0,1	0,119	0,9
0,2	0,106	0,8
0,3	0,092	0,7
0,4	0,079	0,6
0,5	0,066	0,5
0,6	0,053	0,4

Aunque existen diversos preparados comerciales en los que se combinan los fluoruros con las vitaminas, no se recomienda su uso de manera sistemática; con tales preparados se corre el riesgo de una hipervitaminosis.

El Comité de Nutrición de la Academia de Pediatría Americana ha puesto de relieve que un niño bien cuidado, al cual se le administre cualquier tipo de suplemento vitamínico, probablemente recibiera una dosis de vitamina D tres veces superior a la recomendada. Como los suplementos de vitamina A y complejo B solamente se han de administrar cuando exista una indicación específica, la prescripción de cualquier suplemento vitamínico que las contenga puede resultar peligrosa.

Aunque los limitados datos disponibles sugieren que el suplemento dietético de fluoruros pueden ayudar a reducir la caries en una proporción comparable a la de la fluoración del agua, el estudio más importante realizado en Estados Unidos sobre este método indica que su utilidad

practica es limitada. La muestra de población utilizada -- por Arnold y colaboradores en este estudio constituía un grupo de gran cultura que se preocupaba mucho de su salud. Y, sin embargo, sólo la mitad siguieron un régimen de administración diaria de tabletas de fluoruro. Esta prueba, que sustancia la experiencia de muchos prácticos con otros métodos de prevención que requerían la participación continua de los padres o del propio paciente, sugiere que la prescripción de fluoruros sólo da resultados en una minoría de pacientes que sean a la vez inteligentes y se sientan motivados para mejorar su salud oral adoptando con constancia alguna acción aunque suponga cierta molestia.

CEPILLADO DE LOS DIENTES Y DENTIFRICOS

Los dentistas y otros sanitarios han insistido siempre sobre el cepillado regular de los dientes como método para controlar la caries dentaria. En años recientes se ha hecho incapié en el cepillado lo más pronto después de comer, a la luz de los hallazgos de laboratorio de Stephan de que el ácido se produce muy pronto después de la ingestión de carbohidratos y desaparece de la boca a los pocos minutos. Por desgracia, la evidencia científica que apoya el cepillado como método para combatir la caries es mucho menos convincente que el entusiasmo con que es propugnado. Especialmente en otros países, grupos culturales en los cuales no se practica, o se practica muy poco el cepillado de los dientes, generalmente presentan índices de caries mucho más bajos que los grupos en los que son corrientes hábitos correctos de higiene bucal. Bibby (1966) revisó recientemente diez estudios, de los relativamente de los que se dispone, en los que se intenta una estimación cuantitativa de la relación entre cepillado dental y ataque de caries. Cinco estudios informaban haber observado una reducción de la-

caries asociada con el cepillado de los dientes. Dos de ellos eran estudios cuidadosamente supervisados en los cuales el cepillado se practica después de las comidas; los resultados revelan una disminución de 9.3 y de 40% respectivamente. Por el contrario, los otros cinco estudios citados por Bibby no revelaban ningún beneficio fruto del cepillado, y algunos incluso indicaban una relación inversa. Por ejemplo, Smith y Striffler, en un estudio de mas de mil residentes en Nuevo México, hallaron que los individuos que no se habían cepillado los dientes el día anterior tenían un COF total de 19.5, mientras que los que se los habían cepillado al menos dos veces el día anterior tenían un COF de 27.3.

Si bien la evidencia científica mencionada más arriba parece sugerir que el cepillado de los dientes como medida preventiva se sobreestima, tampoco es indispensable la prueba de una reducción del ataque de caries gracias al cepillado concienzudo para promover esta importante manobra de profilaxis. Una higiene oral adecuada constituye la clave esencial de la prevención y control de la enfermedad periodontal (pp. 39 a 42). Lo interesante para el control de la caries es que la existencia de dentífricos terapéuticos han proporcionado una razón más para el cepillado.

Una vez se hubo determinado que el contenido del fluoruro del esmalte podía aumentarse mediante la aplicación de soluciones tópicas, era lógico que se buscaran otros vehículos para aportar el agente a los dientes. Los dentífricos que contienen fluoruro disponible se ha visto que aumentan la concentración del esmalte superficial por formaciones de fluorapatita (reacción irreversible que produce cambios permanentes) y por precipitación de fluoruro de calcio que se pierde rápidamente por disolución. El empleo frecuente de un dentífrico fluorado permite la restau-

ración del fluoruro cálcico que tiende a disolverse en los líquidos orales.

La elaboración de un dentífrico fluorado no es una empresa fácil que consiste simplemente en añadir fluoruro a una base ya conocida. Es difícil hayar una fórmula dentífrica en la cual los iones del fluoruro se mantengan estables y a disposición de los dientes en el momento del cepillado. Incluso las excelentes fórmulas que se han desarrollado pierden parte de su eficacia durante el almacenamiento. Por esta razón, La Asociación Dental Americana ha aprobado la marca registrada de los dentífricos después de valorar la fórmula, el proceso de fabricación y la regularidad del producto final en cuanto a fluoruro disponible y eficacia clínica.

A pesar de las dificultades técnicas, se pudo disponer de suficientes estudios globales para que, una vez revisados por el Consejo Terapéutico Dental, éste clasificará la fórmula Crest en el grupo B en 1960. Desde entonces, la fórmula Crest ha pasado al grupo A y la Cue, Fact y Super Stripe han sido clasificadas en el grupo B. Por lo tanto, los profesionales disponen ahora de una base en que apoyarse para recomendar varios dentífricos ensayados y aprobados que proporcionan grados de protección significativos, aunque no sean extraordinarios, cuando se utilizan en circunstancias ordinarias. Si bien los dentífricos terapéuticos disponibles en la actualidad no constituyen una panacea, deberían prescribirse sistemáticamente a todos los pacientes. Toda reducción en los casos de caries que se logren con el uso de un dentífrico medicinal beneficiará al paciente y es una razón más para preconizar el cepillado regular de los dientes.

REGULACION DE LA DIETA

No ha habido ningún mito tan persistente como la creencia de que los minerales y las vitaminas desarrollan "huesos y dientes fuertes" interpretándose lo de dientes fuertes como sinónimo de dientes libres de caries.

Aunque se han realizado muchos esfuerzos para demostrar que mejorando la composición global de la dieta se logra disminuir el ataque de caries, se tienen pocas de que realmente sea así. Como ha dicho Robinson, "una buena nutrición es importante para el bienestar general y la salud, pero ni una buena nutrición ni la ausencia de enfermedades orgánicas ofrecen una ayuda sustancial en la prevención de la caries dental".

Los estudios internacionales sobre enfermedades predominantes realizados por el Comité Interdepartamental sobre Nutrición y Defensa Nacional de los Estados Unidos incluían una valoración del ataque de la caries. Se descubrió que la incidencia de la caries era baja en muchos países donde la dieta tradicional seguida durante siglos había sido sumamente inadecuada en numerosos elementos nutritivos esenciales. En muchos de tales países incluso es inadecuado el consumo calorífico total. De otro lado, la caries dental es altamente destructiva en los países con mejor nivel de vida, tales como la Gran Bretaña, las naciones escandinavas, Nueva Zelanda y los Estados Unidos. Tal vez los hallazgos más importantes sean los de Marshall Day, que observó una baja incidencia de caries en regiones de la India en las que era común el hambre crónica, y que comunicó con (Taylor) que en 22 mujeres adultas que padecían osteomalacia a consecuencia de graves deficiencias de caries se halló un promedio de sólo 1,54 dientes atacados por la caries.

Aunque no es posible eliminar el ataque de la caries mejorando la composición global de la alimentación, sí que puede reducir de manera impresionante eliminando los carbohidratos refinados (azúcares principalmente) de la dieta. Como las bacterias, para producir el ácido nocivo, han de disponer de azúcar, en muchos individuos no se producirá la caries si se producen una dieta excenta de azúcares refinados.

Esta posibilidad, aunque atractiva desde el punto de vista teórico, no es probable que se convierta en realidad en nuestro mundo actual.

Sin embargo, Jay ha descrito un método de restricción dietética para individuos con elevada incidencia de caries con buena motivación para combatirla y curarla. Este método, desarrollado en la Universidad de Michigan, comprende tres fases: 1) El consumo de carbohidratos del paciente se limitan a 100 gr. diarios por un periodo de dos semanas. Se excluyen totalmente de la dieta los artículos como las patatas y el pan, así como el azúcar. 2) Durante las dos semanas siguientes el paciente continúa con la misma dieta sumamente restrictiva, excepto en que se permiten las patatas en una de las comidas y hasta seis rebanadas de pan integral de trigo al día. 3) En el período final el paciente puede comer cantidades moderadas de azúcar en una de las comidas del día. Este cambio radical de la composición de la dieta, teóricamente, ha de producir modificaciones de la flora bucal que crean un ambiente desfavorable para el desarrollo de las bacterias que intervienen en el proceso de la caries dental (las divisiones dentales de los departamentos de sanidad de muchos estados disponen de copias del Plan Dietético de Michigán; pueden también obtenerse a través de las escuelas de muchas zonas del país. La Escuela Dental de la Universidad de Oregón también ha puesto un régimen dietético similar).

Para los pacientes sin motivación suficiente para someterse a este riguroso cambio de hábitos alimenticios, - existe la posibilidad de beneficiarse de modificaciones menos penosas de las pautas alimentarias, como lo indican los datos disponibles sobre la relación entre la caries dentaria y los métodos de ingestión del azúcar más que con la cantidad total de azúcar ingerido. La cantidad total de carbohidratos refinados consumidos es uno de los tres factores que determinan la extensión de la caries dental producida por ellos. Son igualmente importantes la frecuencia con que el azúcar es ingerido y la consistencia y los caracteres del vehículo en que se toma. Según las observaciones de Stephan, esa producción de ácido se efectúa en "estallidos" relativamente cortos después de la ingestión de un compuesto acidogénico, por la que parece lícito pensar que - cuanto más frecuente sea la ingestión de azúcares, tanto mayor será la posibilidad que causen daño. Esta hipótesis ha sido puesta a prueba por diversos investigadores y se ha comprobado que era cierta. Por ejemplo, Weiss y Trithart encontraron un promedio de 3.3 dientes atacados por las caries en niños que afirmaron no comer nada entre comidas, - mientras que los dientes afectados eran 9,8 en los niños - que dijeron que tomaban cuatro o más refrigerios entre comidas. Estos datos confirmaban un importante estudio sueco - realizado por Gustafson y colaboradores (el estudio Vipeholm).

Basandose en pruebas de laboratorio, Bibby (1955) señaló que varía mucho el tiempo que se requiere para la - eliminación del ácido de la boca, diferencia que está en relación con la naturaleza del alimento comido. Por eso sostenía que cantidades equivalentes de azúcar serían relativamente inofensivas en una bebida no alcohólica y en cambio - relativamente peligrosa en un vehículo como los caramelos y los bombones. Esta cuestión se ha visto confirmada clínica

mente en el estudio de Vipeholm, en el cual se observó durante cinco años a un gran número de individuos permanecientes a instituciones diversas cuya dieta se modificó añadiendo carbohidratos y azúcares variados. Los vehículos que contenían carbohidratos que originaron caries fueron (en orden descendiente de la frecuencia de caries): bombones de azúcar, bombones de chocolate, caramelos, sucrosa líquida y pan.

ENFOQUE DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

EXTENSION DEL PROBLEMA

Los dientes que no son víctimas de caries y escapan a la destrucción se convierten en blanco de las enfermedades periodontales, que son la causa principal de la pérdida de los dientes a partir de los 35 años. Aproximadamente ocho de cada diez dientes perdidos por pacientes que han cumplido los cuarenta y cinco años son víctimas de este proceso común y altamente destructivo. Una de las características tristes de la enfermedad periodontal es que con frecuencia ataca a pacientes que han procurado por todos los medios de conservar una boca sana. La experiencia clínica sugiere que los individuos con poca salud oral han perdido la mayor parte de sus dientes durante los decenios de la mitad de la vida. Solamente los que han buscado concienzudamente una asistencia sanitaria oral preventiva, y que por lo tanto todavía tienen una dentadura relativamente completa, se ven sujetos al ataque periodontal. En demasiados casos estos pacientes han sido tratados por la caries dental, pero no lo han sido en lo que se refiere a los signos iniciales de la enfermedad periodontal.

El examen de una amplia muestra de adultos realizados por el Servicio de Sanidad Nacional reveló que alrede

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

dor de 70% de los individuos de veinte a treinta años presentaban algunos signos de enfermedad periodontal, y uno de cada diez, signos de formación de bolsas. La incidencia de la enfermedad era más elevada en los hombres que en las mujeres, y más elevada en los individuos de raza negra que en los de la raza caucásica.

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL

En el pasado el interés de la odontología en la investigación, la enseñanza y la práctica se centraba casi exclusivamente sobre la caries dentaria, tal vez porque se tenían pocos conocimientos acerca de la etiología, la prevención o el tratamiento de las enfermedades periodontales. Generaciones de dentistas han remachado a sus pacientes la importancia del cepillado de los dientes y de otras prácticas de higiene oral por suponer que tales medidas eran indispensables para prevenir la caries. Se creó una especialidad, la higiene oral, principalmente para que prestara unos servicios de higiene oral más eficaces. Sin embargo, hasta muy recientemente existían pocos datos científicos que indicaran que la higiene oral defectuosa fuera un factor importante en la enfermedad periodontal.

Recientemente varios estudios epidemiológicos de ámbito mundial han puesto de manifiesto una relación directa e innegable entre la higiene oral y la enfermedad periodontal. Estos estudios, en los que se usa el índice periodontal (IP) de Russell para determinar el predominio de la enfermedad, y el índice de higiene oral (IHO) de Greene y Vermillion para registrar los residuos y el cálculo, han de mostrado una relación constante entre la limpieza oral y la salud oral o, inversamente, entre la presencia de residuos y cálculos en la boca y la existencia de enfermedad perio-

dontal. Si bien la incidencia de la enfermedad periodontal aumenta con la edad, existen estudios en los que se demuestra que, independientemente de la edad, las personas con una higiene oral buena presentan una incidencia elevada. Asimismo, tales estudios no han revelado ningún otro factor cuya importancia sea comparable a la de los residuos orales como agente causal de la enfermedad periodontal.

Así, basandose en dichos estudios, se ha llegado a la conclusión de que el programa preventivo de mayor entidad radica en una higiene oral adecuada, acompañada de la asistencia profesional regular. La evidencia es lo bastante importante para impulsar a Russell a decir (al comentar los programas para mejorar la higiene oral): "basandonos en los datos a nuestro alcance, nos atrevemos a afirmar que este programa resultará tan eficaz para combatir la enfermedad periodontal como lo ha sido la fluoración de las aguas de los servicios públicos para dominar la caries dentaria". Comentando este mismo asunto, el informe del Servicio de Sanidad Nacional expone; "Ciertamente, parece muy claro que la higiene oral defectuosa no sólo facilitará el comienzo de la enfermedad periodontal, sino que es una de sus causas. Aunque este razonamiento se basa principalmente en la estrecha relación repetidamente demostrada entre ambas condiciones, no consideramos oportuno para nuestro propósito aportar datos de carácter más concluyente. En el análisis final, el establecimiento y la conservación de la limpieza oral han sido durante varios decenios los puntuales principales del éxito del tratamiento de la enfermedad periodontal. Resulta difícil imaginar que alguna vez dejen de serlo, pese al hecho de que todavía queda mucho por aprender acerca de la enfermedad periodontal incluso en lo que se refiere a su relación precisa con la higiene oral".

Dada la gran incidencia de las enfermedades periodontales, su carácter destructivo y la relación entre la hi

giene oral y la aparición de la enfermedad, parece evidente que las principales armas de la práctica preventiva del futuro serán el cepillado de dientes y la cureta de raspado.- Cuando ya se han producido alteraciones irreversibles y destrucción del tejido, un tratamiento correcto puede detener el proceso morbozo (prevención secundaria) y restaurar la función perdida (prevención terciaria). Sin embargo, es obvio que la atención debe centrarse sobre la eliminación de los factores que inician el proceso morbozo.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

<u>Niveles de prevención</u>	<u>Proceso</u>
Prevencción primaria (Cambios periodontales irreversibles)	Tejido susceptible a la alteración Estructuras bucales, predisponen--tes a la acumulación de detritos -orales Placa dental Cálculos Cambios inflamatorios (reversibles)
Prevencción secundaria (Cambios irreversibles y destrucción moderada)	Alteración de tejido blando Reabsorción ósea Pérdida del soporte del diente
Prevencción terciaria (Enfermedad avanzada y destrucción)	Aumento de la dificultad para -eliminar los irritantes locales Aumento de la pérdida de tejido -blando y tenso Pérdida del diente

METODOS DE FISIOTERAPIA ORAL

El predominio de la enfermedad periodontal u la pérdida de diente que produce, indica que los anteriores esfuerzos de los profesionistas no lograron motivar a la gente para que practicara una higiene oral adecuada. El fracaso puede obedecer a la falta de interés del paciente por la salud oral, a ignorancia respecto a la enfermedad periodontal o a la falta de instrucciones eficaces por parte del personal dental. El método para instruir sobre higiene oral popularizado por Armin y utilizado en la Universidad de Kentucky parece haber superado al menos de dos de los fallos del pasado; métodos de instrucción inadecuados y una técnica de cepillado demasiado difícil para animar a la limpieza efectiva.

El método de Armin utiliza un arsenal sencillo, sigue principios educativos básicos y permite que el paciente adopte el método que a él le resulte más cómodo. Utiliza una oblea reveladora que contiene un colorante vegetal soluble en agua. Este colorante, que no tiñe de manera permanente los dientes o las restauraciones, es bastante específico para localizar las acumulaciones bacterianas. Se indica al paciente que mastique la oblea y (bombee) la saliva alrededor de los dientes con el fin de distribuir el colorante. Las acumulaciones bacterianas resaltan de manera impresionante gracias al color rojo que les presta el colorante y se le hace ver al paciente en un espejo para demostrarle la extensión de su problema y fijar una meta que ha de alcanzar lo antes posible. Se recomienda al paciente un cepillo dental de cerdas suaves de nylon, que no causen molestias ni erosiones a los dientes, y se le dan las mínimas instrucciones para su uso. En esencia se le dice que siga el método de cepillado que le resulte más cómodo y que elimine completamente las bacterias teñidas por el colorante.-

También se recomienda la seda dental no encerada (que es - preferible al tipo encerado por ser menos incómoda); se - instruye al paciente para que la inserte a través de las zo nas de contacto en cada uno de los espacios interproxima- - les.

CLAVES PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE

Si se exceptúa la fluoración del agua, casi todas las demás medidas preventivas requieren la actuación de los esfuerzos por parte de los pacientes. Algunas exigen un - cambio de hábitos higiénicos; otras requieren que pague el tratamiento del odontólogo. Por consiguiente, la educación eficaz destinada a producir en el paciente los cambios nece sarios es fundamental en la odontología preventiva.

Como el dentista, más que exponer hechos debe intenar que se modifiquen la actitud y la modificación, con - frecuencia tiene que enfrentarse con una labor mucho más di fícil que la del maestro en clase. En la educación sanitaria, el problema del dentista que es la comunicación de in- formación sanitaria a la gente de tal manera que la apli- - quen en su vida diaria. Basta un breve contacto con los pa cientes para descubrir que casi todos poseen más conocimien tos acerca de la salud oral de los que está dispuestos a - aplicar corrientemente.

Los científicos conductistas han desarrollado algunos conceptos que son útiles para planear la educación sa nitaria porque logran modificaciones de la conducta. Va- - rios estudios indican que no se producirán ninguna acción a menos que los pacientes aceptan tres ideas básicas: que son susceptibles a una enfermedad, que la enfermedad tendrá con secuencias graves para ellos si se presenta, y que existe -

alguna manera eficaz de eliminar la enfermedad o de reducir sus efectos o su gravedad si ellos la aplican. Por consiguiente, los esfuerzos educativos han de concordar con las ideas de los pacientes. Cualquier comentario sobre los métodos de cepillado resultará prematuro e ineficaz a menos que el paciente se convenza primero de lo que es susceptible a la enfermedad periodontal, de que se trata de un problema grave que puede producir la pérdida de los dientes, de que el cepillado será eficaz para evitar la enfermedad.

La importancia que el paciente conceda a los riesgos de la enfermedad periodontal y a la gravedad de sus consecuencias dependerá de la prioridad que asigne a la salud oral en relación con otros valores. Las decisiones acerca de la salud dental no se toman por lo común sobre la base de sí o no, sino sobre la base de los de si los gastos ocasionados por la asistencia dental son más importantes que los que ocasionaría alguna otra cosa deseada. Para que sean eficaces, los esfuerzos educativos del dentista deberían hacerse a la medida para adaptarse a las necesidades individuales, tomando en cuenta el sistema de valores de cada individuo y la motivación que pueda resultarle más atractiva. Los esfuerzos para motivar a un adolescente tal vez haya que enfocarlos exclusivamente a la mejoría de su aspecto, se trate de un chico o una chica. La motivación del padre del adolescente, que tal vez sea un atareado hombre de negocios, habrá que centrarla en las ventajas de la economía a largo plazo en tiempo y en dinero que se lograría con tratamiento dental preventivo inmediato.

Los cambios de actitud pueden lograrse con facilidad cuando los propios pacientes participan activamente en su consecución. Lo ideal es estimular en primer lugar el deseo del paciente de lograr un beneficio personal. Entonces se establece una meta relativamente simple y fácil -

de conseguir, y se le da un programa de acción mediante el cual puede alcanzar dicha meta. Finalmente, podrá conseguir la recompensa demostrable gracias a la acción emprendida. La vaga aspiración de "alcanzar una salud oral óptima" ni puede obtenerse inmediatamente ni es obvia una vez alcanzada. Por el contrario, las metas intermedias a corto plazo, tales como una dentadura limpia, una cuenta baja de lac tobacilos, o los beneficios derivados de la profilaxis oral a intervalos regulares son alcanzables.

Existen diversos métodos utilizables para la educación de los pacientes. El uso más frecuente en las cuestiones dentales consiste en conservaciones entre el dentista y el paciente (o entre el personal auxiliar y el paciente). El término conservación implica el uso de una terminología sencilla, clara, no erudita; reconoce asimismo que la comunicación es un proceso de doble dirección. Un enfoque en que sólo se actúe en una sola dirección, dando por supuesto que el paciente escuche pasivamente la lección del dentista, no es probable que resulte eficaz. Para que produzca frutos, la sesión sobre educación sanitaria ha de consistir en una discusión con el paciente más que en darle una conferencia.

Para reforzar la acción del personal auxiliar y ahorrar tiempo cabe recurrir a diversas ayudas visuales, como folletos y libritos, películas cortas, cintas magnetofónicas y dispositivas. Es importante que los elementos auxiliares mecánicos se usen con discriminación, que estén específicamente relacionados con las necesidades individuales del paciente. Por ejemplo, antes de proyectar la película se ha de explicar porque le interesa verla y la relación que tiene con su propio problema. Cuando se da un folleto a un paciente, no cuesta nada subrayar o señalar ciertos párrafos, y relacionarlos también con el problema específico-

del individuo. Finalmente, es importante recordar que son necesarias las repeticiones frecuentes y los "refuerzos" para ayudar a los individuos a retener los conocimientos adquiridos y motivarlos a su aplicación continua. Todo contacto del paciente con el consultorio debe incluir algún tiempo de experiencia educativa.

Podemos citar el método de enseñanza a la fisioterapia oral propugnado por Arnim como ejemplo clínico específico de la aplicación de los métodos y principios educativos descritos más arriba. El empleo del colorante para teñir la placa establece el primer concepto básico conductista de los tres antes mencionados, que "aquello (los dientes sucios) pueda ocurrirle a él". Al mismo tiempo, en conversaciones entre el dentista y el paciente y con el auxilio de una película se prepara al paciente para que se haga cargo de que la higiene oral descuidada "podría tener consecuencias serias" y de que "él" pueda hacer algo por evitarlas". Se fija una meta a breve plazo: la manera de eliminar el colorante de los dientes mediante el cepillado. Es una meta que sólo puede conquistarse en breve tiempo, sino más bien un método que lo pueda aprender a utilizar cualquiera que los necesite. En cosa de pocos minutos, es decir, después de cepillarse los dientes, el paciente recibe su "premio" viendo con sus propios ojos en un espejo cuan bien ha alcanzado el fin que se le había propuesto. Finalmente, se le da una cantidad de colorante para que lo use en casa, de manera que pueda "reforzar" esta experiencia repitiendo periódicamente el ciclo de ponerse una meta, realizar la acción y lograr el premio.

SERVICIOS CLINICOS PREVENTIVOS

Pese a los esfuerzos educativos encaminados a mejorar la higiene oral, en muchos pacientes se desarrollan -

acresiones alrededor de los dientes, las cuales, si no se eliminan periódicamente, acaban por producir la enfermedad periodontal. Después de la educación del paciente, la función más importante del dentista y del higienista dental en la odontología preventiva es el raspado y la limpieza a fondo de los dientes periódicamente, haciendo hincapié en la eliminación completa de las apreciaciones y esperanzas de las zonas subgingivales. Si los pacientes han sido adecuadamente educados y motivados, se darán cuenta de la importancia que tiene obtener éste servicio de manera sistemática y periódica. Les agradará que el dentista los planee un sistema de consulta a fecha fija para asegurar unas sesiones regulares.

Por desgracia, la limpieza y pulido de los dientes es un servicio cuya compensación ha sido relativamente pequeña con respecto al valor del procedimiento. Sobre todo en los pacientes con depósitos exentos de cálculo, un servicio adecuado requiere mucho tiempo. No es probable que un dentista asegure a todos sus clientes un servicio de conservación periódica, especialmente si éste reduce sus ingresos y le impide concentrarse en aspectos de la odontología que resulten más satisfactorios desde el punto de vista profesional. Por lo tanto, conviene que el dentista fije unos honorarios para este servicio, y que los pacientes correspondan la necesidad de aceptarlos.

Un procedimiento para proporcionar el servicio de detartaje y pulido como presentación corriente a un precio razonable es por medio de una higienista dental, cuya función principal consiste en realizar este importante servicio junto con la educación del paciente sobre higiene oral.

PREVENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS

Los dientes anteriores de los niños son susceptibles a una amplia variedad de lesiones por accidente, especialmente durante el período dentición mixta. Muchos de ta les accidentes podrían prevenirse, estimulando a los niños para que tomen ciertas precauciones de seguridad o diseñado mejor las cosas que constituyen riesgos en potencia, como - por ejemplo las fuentes para beber. Todo programa de educa ción sanitaria dental destinado a las escuelas deberían incluir instrucciones con respecto a los accidentes que pueden provocar lesiones dentarias y sobre los medios para evi tar dichos peligros. Un medio auxiliar visual excelente - es la "carta del diente roto" elaborada por la Sociedad - Dental del Distrito de Detroit y distribuida por la Socie-- dad Americana de Odontología Infantil.

Muchos jugadores que practican deportes de contac to pierden dientes; o sufren lesiones en ellos. La sonrisa "mellada" del futbolista profesional famoso; es una prueba-gráfica de los peligros con que se ha enfrentado. Los protectores bucales pueden eliminar, o al menos reducir notablemente, los daños estéticos o funcionales de la denti- - ción. Hickey y colaboradores han demostrado que estos protectores también disminuyen la presión intracraneal y la de formación de los huesos craneales que resulta de los golpes recibidos en la barbilla, y así es posible que reduzcan el riesgo de conmoción y de lesiones cerebrales.

La aprobación en 1962 de una disposición reglamenta ria por parte del National Alliance Football Rules Committee, en el sentido de que todo jugador de foot ball de las escuelas superiores debería llevar en la boca un dispositivo que protegiera la boca y los dientes, brindó una excelen te oportunidad a la profesión dental para mejorar las relaciones públicas en toda la nación.

El comité recomendaba mucho que se usaran protectores individuales construidos según los moldes de los dientes. En centenares de comunidades estadounidense los dentistas han cooperado con los cuadros de entrenadores de las escuelas superiores para satisfacer la necesidad con el mejor protector bucal posible.

En las tiendas de artículos deportivos pueden adquirirse protectores bucales de diversos tamaños fabricados en serie. Sin embargo, este tipo de protector ha de mantenerse en la boca por presión constante de los dientes opuestos. Por esta razón, y porque no se ajustan exactamente, - con frecuencia se pierde durante las incidencias del juego. Como también dificultan la palabra y la respiración, no es de extrañar que el atleta medio no los tolere bien.

Existen en el comercio otros tipos de protectores que pueden adaptarse a la boca de cada individuo. En esencia consiste en una envoltura de goma blanca que contiene - en su interior una materia plástica o de otra clase que se ablanda al calentarla y se endurece al enfriarla. Todos estos aparatos presentan la misma desventaja: no tienen la extensión adecuada en las regiones vestibulares labial y bucal, de suerte que los tejidos gingivales no queden completamente protegidos. Además, el bulto excesivo dificulta la palabra y produce incomodidad general.

Puede organizarse un esfuerzo cooperativo de un grupo de dentistas o de una sociedad dental para el suministro de protectores, con ayuda de auxiliares, de manera - que el servicio exija relativamente poco esfuerzo a cada - práctico.

COMO EVITAR LA ROTURA DE DIENTES

FUTBOL RUGBY	Llevar casco y protector bucal del tamaño adecuado	Circular con precaución en tiempo lluvioso; las carreteras mojadas y las hojas húmedas son especialmente peligrosas.	CICLISMO
BEISBOL	Llevar la careta de catcher al parar las pelotas.	No empujar ni poner zancadillas a los otros patinadores. Llevar protector bucal en los partidos de hockey.	PATINAJE SOBRE HIELO
BALONCESTO	Llevar protector bucal, especial.	¡no correr demasiado! - Dominar los patines. No sujetar a los corredores.	PATINAJE SOBRE RUEDAS
BOXEO	Llevar siempre protector bucal	No golpear ni empujar a nadie mientras bebe en su botijo o en una fuente.	BEBIDA
CARRERAS	No empujar ni derribar a otro	Permanecer sentado. No saltar, ni pasar por debajo de un columpio en movimiento.	COLUMPIO
VIAJES EN AUTOMOVIL	Atención a los frenazos bruscos. Ponerse el cinturón de seguridad.	Atención a los árboles y otros obstáculos que pueda haber en la senda.	TRINEOS
NATAACION Y SALTOS	Usar la escalerilla para salir de la piscina. No correr ni empujar.	No empujar ni poner zancadillas a los compañeros de juego.	PATIO DE RECREO
TREPAR A - LOS ARBO-- LES	No subir nunca a un árbol mojado. Asegurar los pies en todo	Ir con un alpinista experto. Comprobar la firmeza de la roca y de los apoyos de los pies.	ALPINISMO

DETECCION PRECOZ DEL CANCER ORAL

Cada año mueren casi tantas personas de cáncer oral como de accidentes de automovil. La única medida preventiva conocida es el diagnóstico precoz de la lesión cancerosa para poder aplicar el tratamiento. ¡Para tratar la lesión precoz, primero hay que descubrirla! Por consiguiente, es indispensable un examen oral meticuroso.

Las muertes por cáncer oral son especialmente trágicas porque muchas podrían evitarse. En muchas partes del cuerpo no se descubren lesiones precoces porque el examen físico no puede realizarse sin recurrir a la cirugía exploradora. Por el contrario, todas las partes de la cavidad oral son fácilmente accesibles al examen, de modo que debería ser posible la detección precoz.

Muchas lesiones de cáncer oral son curables si el tratamiento se instituye en los comienzos. Por desgracia, según observan Cahn y Slaughter, incluso en las zonas de donde se disponen de la mejor asistencia médica, la proporción de curaciones no pasa actualmente de 30%. Se estima que esta tasa de curaciones podría duplicarse como mínimo mediante un examen oral más adecuado y un diagnóstico precoz de las lesiones.

Ninguna otra técnica preventiva ofrece al dentista mejores oportunidades que el examen a fondo del tejido blando. Y a la inversa, si se produce con negligencia, es probable que ninguna otra técnica produzca daños tan graves para el bienestar del paciente. La manera de proceder a un examen meticuroso del tejido blando no es difícil de aprender y es fácil de realizar. El principal problema estriba en que, como no son muy frecuentes las lesiones orales malignas, el dentista no siempre tiene presente la nece

sidad de efectuar un examen a fondo. Se requiere un sentido de la disciplina y una dedicación al bienestar del paciente extraordinarios para que el dentista realice este servicio constantemente ante el hecho de que las lesiones, aunque de suma importancia cuando existen, no se observan con frecuencia.

INTERCEPCION DE LA MAL OCLUSION

Las mal oclusiones abarcan desde desviaciones de lo normal relativamente insignificantes hasta malas relaciones de los dientes, de las arcadas dentarias y de las estructuras faciales que desfiguran el rostro. Las desviaciones más graves de la oclusión normal deben descubrirse precozmente, y se ha de remitir al especialista en ortodoncia para su supervisión y tratamiento. Zwemer y Young citan estimaciones que revelan que la mitad de la población en edad escolar necesitan algún tipo de tratamiento ortodóncico, y que uno de cada cinco presentan un problema ortodóncico que puede considerarse grave. Otras estimaciones del predominio de las desviaciones "graves" son todavía más elevadas; incluyen en esta categoría a 30% de la población infantil.

La clave de los servicios preventivos en ortodoncia es el conocimiento completo del crecimiento y desarrollo. Solamente si posee estos conocimientos, estará el dentista en posición de hacer las recomendaciones adecuadas, de comprender cuando puede prestar el mismo un servicio apropiado al niño, y de darse cuenta de cuando causará un perjuicio a éste y así mismo si no se encuentra capacitado para impedir el desarrollo de las mal posiciones dentarias.

Los participantes en una reciente conferencia so

bre la enseñanza de la ortodoncia sugirieron que la creciente demanda de asistencia dental para los niños podría rebasar las posibilidades de los ortodoncistas calificados para prestar la gama completa de servicios requeridos. Si esta opinión es correcta, cada vez será necesario que los odontopediatras y los dentistas generales preseten servicios elementales de ortodoncia, tales como la conservación del espacio y la guía del desarrollo de las arcadas, para prevenir o detener las pequeñas desviaciones de la oclusión normal.- La tendencia actual en las escuelas dentales apuntan a una enseñanza más adecuada de los principios elementales del - crecimiento y desarrollo. Tenemos la esperanza de que el - dentista practico podrá beneficiarse de cursos formativos - en este terreno.

ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA LOS PACIENTES CON PROBLEMAS ESPECIALES.

Las hendiduras orales figuran entre las deformidades congénitas más corrientes. Greene ha estimado que cada año nacen en los Estados Unidos alrededor de seis mil niños con hendiduras orales y faciales. El tratamiento de estos niños requiere los esfuerzos coordinados de varios especialistas, entre ellos cirujanos plásticos y orales, ortodon--cistas, odontopediatras, prostodoncistas y especialmente en logopedia.

El dentista práctico corriente no suele desempe--ñar un papel central en la asistencia primaria de los niños con hendiduras, pero se puede requerir sus servicios para - que se encargue de continuar la restauración básica en es--tos infortunados pacientes. Pocos pacientes hay en la práctica general para los cuales sea más importante la odontología preventiva. Muchos aspectos de la rehabilitación de -

las hendiduras orales dependen de la conservación de la den-tadura natural. Los dientes son importantes en la logope--
dia, en la terapéutica ortodóncica para modificar el contor-no de la arcada lesionada, y algunas veces como apoyos de -
los dispositivos para corregir la palabra o de tipo protési-
co. La odontología restauradora corriente aplicada a estos
niños difiere poco de la que precisan los niños normales. -
La diferencia principal consiste en que las sesiones deben-
ser más frecuentes, todos los dientes se han de restaurar -
lo más pronto posible, y se han de utilizar toda la gama de
métodos de prevención primaria de la caries dental.

Hay diversos defectos del desarrollo que afectan-
a los tipos de calcificación y erupción; por ejemplo, la -
amelogénesis imperfecta y las displasias ectodérmicas. En-
circunstancias ordinarias, la reconstrucción y la rehabili-
tación serán realizadas por un odontopediatra, aunque el -
dentista general pueda estar en condiciones de prestar la -
asistencia corriente y vigilar el caso.

La experiencia indica que a muchos individuos con
defectos físicos les resulta difícil conseguir asistencia -
dental. Integran este grupo los que padecen parálisis de -
una o más extremidades (paraplégicos y cuadriplégicos), los
afectados de parálisis cerebral, los epilépticos y las per-
sonas de edad avanzada o enfermizas. Los especialistas en-
el tratamiento de minusválidos han manifestado con frecuen-
cia que la inmensa mayoría de tales pacientes no requiere -
tratamientos especiales ni presenta problemas de asistencia
que no puedan ser manejados por el dentista medio, y sola-
mente precisan pequeñas modificaciones de la rutina del con-
sultorio. De manera parecida, un proyecto para la presta--
ción de asistencia a los ancianos, a los enfermos crónicos-
y a los confinados en su domicilio indica que si se dispone
de medio de transporte, 92% podrían ser tratadas en una clí-
nica dental con sólo ligeros cambios en las técnicas opera-
torias.

CAPITULO IV

RECURSOS DE LA COMUNIDAD AL ALCANCE DEL PRACTICO
GENERAL.

RECURSOS DE LA COMUNIDAD AL ALCANCE DEL PRACTICO -
GENERAL

ESCUELAS

El porqué de las personas adopten o no la actitud adecuada con respecto a su salud constituye un problema complejo que no resulta fácil aclarar. Es muy probable que las razones de su comportamiento no estén directamente relacionadas con la salud. Por ejemplo, Koos, en la salud de Regionville, observó que algunas madres solicitaban los servicios de un pediatra para que prestaran los cuidados preventivos corrientes pese al hecho de que tuvieran la impresión de tales cuidados no era necesario en realidad. Actuaban bien, pero lo hacían más por prestigio social que por considerar que la asistencia pediátrica era una necesidad ineludible. Es muy probable que la motivación para buscar asistencia dental, conservar los dientes naturales y utilizar las prácticas caseras adecuadas sea también el resultado de complejos procesos de tipo social no siempre en relación directa con la salud dental.

La incorporación del niño a la sociedad, influida a la vez por el hogar y por la escuela, implica el desarrollo de todo un "modo de vida" en el niño. En los Estados Unidos se han asignado a las escuelas públicas amplias responsabilidades para el desarrollo de hábitos de conducta, actitudes y valores, además de la comunicación de conocimientos positivos. El sistema de escuelas públicas reúne a la mayoría de los niños de la comunidad durante buena parte del día, en un período de la vida en que son muy impresionables. Es, por lo tanto, un recurso clave en la socialización del niño y por el desarrollo de sus hábitos de higiene dental.

En el proceso de incorporación a la sociedad, el cepillado de los dientes, por ejemplo, se adquiere junto - con otros hábitos deseables, tales como lavarse las manos - antes de comer, ser puntual en las citas y leer acerca de - los acontecimientos corrientes.

Como la mayor parte del día transcurre para el niño en el ambiente de las escuelas, muchos de sus hábitos - fundamentales se establecerán en ella; es importante, por - consiguiente, que este ambiente le incline al aprendizaje - de hábitos sanitarios correctos. Por ejemplo, la cafetería de la escuela debe proporcionar dietas equilibradas que demuestran al niño lo que es una nutrición apropiada. Los - edificios escolares han de prevenir la posibilidad de accidentes y otros peligros para la salud. Se han de disponerlo necesario para que los niños puedan cepillarse los dientes inmediatamente después de terminar la comida del medio-día.

Además del control de los factores ambientales, - las escuelas proporcionan abundantes clases sobre educación sanitaria. Por desgracia, muchos profesores poseen conocimientos sanitarios relativamente limitados, por lo que no - siempre desempeñan de manera adecuada sus responsabilidades con respecto a la formación sanitaria, especialmente sobre higiene dental. Aunque los nuevos textos de higiene incluyen capítulos sobre odontología, la información que contienen es con frecuencia anticuada o errónea. Por lo tanto, - es importante que el dentista está dispuesto a ayudar en caso necesario a la enseñanza de la higiene oral.

Al trabajar en el ámbito escolar, el dentista debe tener presente que su influencia en el perfeccionamiento de la enseñanza de la higiene oral dependerá de su manera - de enfocarla. En primer lugar, es decisivo que averigue -

cuales son las actividades sanitarias que se desarrollan en la escuela normalmente. Si el director y los profesores se han esforzado honesta y concienzudamente en enseñar los conocimientos sanitarios apropiados, no les halagará que el - dentista dé por supuesto cándidamente que no han hecho nada. El odontólogo debería adoptar la actitud de que su papel es ayudar y colaborar en los esfuerzos que se estén haciendo - en el terreno sanitario.

El dentista se ha de dar cuenta de que el tiempo - dedicado a las clases es limitado y está sometido a tremendas presiones, por lo cual sus sugerencias y peticiones han de ser razonables. El que los miembros de la profesión den tal sean acogidos favorablemente no, dependerán de que - si están verdaderamente interesados por el bienestar global de los niños del ambiente escolar. El inspector y sus cola - boradores tienen muchas responsabilidades que no están di-- rectamente relacionadas con la odontología; si gestionan - una emisión de bonos para financiar aulas más adecuadamen-- te, probablemente pensarán, y no se les podrá reprochar, - que la enseñanza de la higiene dental es una cuestión secun daria entre las responsabilidades que les atañe. El profesional que demuestre interés por los problemas de la escue - la, por el desarrollo de mayor capacidad física, por el au - mento de salarios y por mejorar la calidad personal de ense - ñanza, será recibido con simpatía y por los administradores de aquella.

Uno de los modos más eficaces de desempeñar el - dentista su función en relación con la escuela mediante la - preparación de las maestras dentro de ella. La maestra ha - sido especialmente preparada acerca de los principios funda - mentales para transmitir información a las mentes jóvenes, - y tanto por su experiencia como por su preparación resulta - singularmente apta para esta función. En muchas circunstan

cias el dentista debería únicamente servir como persona a la cual recurrir en busca de información técnica, dejando a la maestra el labor de comunicar la información al niño en desarrollo. Los textos y otros materiales educativos usados corrientemente podrían ser revisados por el dentista, que sugeriría las modificaciones pertinentes. Los maestros aprecian especialmente los materiales adicionales, como folletos, carteles y material audiovisual, que les permiten enriquecer el curso. La Oficina de Educación Sanitaria Dental de la Asociación Dental Americana publica actualmente un catálogo en la que se describen diversos materiales auxiliares para la enseñanza que pueden obtener a precio reducido.

En muchos casos la participación del dentista en las actividades de una clase deberían limitarse a situaciones cuidadosamente elegidas. El dentista podría presentarse ante los niños mayores para contestar las cuestiones técnicas específicas que pudieran plantearle sobre odontología, o podría aparecer como invitado al terminar una clase sobre higiene dental que hubieran preparado previamente a los estudiantes para preguntar al dentista cuestiones específicas. Por regla general, el dentista solamente debería aparecer en la clase para completar las enseñanzas del profesor, no para sustituirlo.

En muchas escuelas se sigue un programa de inspección dental. Generalmente estos "exámenes de cribado" no son tan completos como los que se efectúan en el consultorio dental, por lo cual puede convertirse en esfuerzos perdidos. Los talentos profesionales del odontólogo o del higienista dental que colaboran en las escuelas deberían encaminarse a proporcionar servicios educativos, medidas preventivas específicas o tratamiento dental a los necesitados, y no a duplicar los esfuerzos del práctico privado.

La mayoría de los niños en edad escolar tienen -- alguna lesión de caries y han de ser atendidos periódicamente por su propio dentista para los exámenes de rutina y los cuidados oportunos. En muchas zonas el empleo de fichas de control han resultado más eficaz que los exámenes de "cribado". Generalmente la ficha se envía a los padres rogando - que se lleven al niño (y la ficha) al dentista de la familia para que los examine. La ficha suele tener varias secciones.

Una es rellena por el dentista después de examinar al niño e indica si comienza o no el tratamiento. Esta porción se devuelve a la escuela. Otra parte la conserva - el dentista y la devuelve a la escuela cuando termina el - tratamiento.

Estas fichas cumplen varias funciones importantes de manera cómoda y económica. La ficha y el material con - explicaciones que la acompañan proporcionan un medio excelente para transmitir información a los padres. Asimismo - pone de relieve la importancia de las visitas regulares al dentista. Con respecto a la escuela, identifica a los niños que ya reciben asistencia profesional regular. Al hacerlo - así, ayuda a la escuela y al personal sanitario a concentrar sus esfuerzos en niños que no son objeto de cuidados - regulares.

La asistencia dental de los indigentes ha sido - muy limitada en el pasado. Sin embargo, en los años recientes se han destinado nuevos programas para proporcionar servicios dentales a los niños pobres. Esto puede realizarse o bien a través de dentistas que trabajen en clínicas o bien mediante servicios prestados por dentistas privados cuyos honorarios se satisfacen por acto médico. Los odontólogos en activo deben estar alertas ante el desarrollo de ta-

les programas para poder ofrecer sus consejos cuando se plneen. Si bien los miembros de la profesión dental general--mente prefieren que tales programas se desarrollen en el - consultorio privado, tienen que reconocer que las escuelas--se enfrentan con problemas especiales cuando han de proporcionar asistencia a los niños indigentes. La familia menesterosa suele vivir en zonas alejadas de los consultorios - dentales, a veces sin medios de transporte. Además, estas--familias es poco probable que tomen la iniciativa de acudir al dentista y que sigan hasta el final el tratamiento recomendado. Por esta razón, el personal de la escuela a menu--do considera más fácil, desde el punto de vista administra--tivo, poner en marcha clínicas centralizadas en las cerca--nías de las escuelas. Si los dentistas de una comunidad - creen que la asistencia dentaria pública se han de adminis--trar a través de los prácticos privados, han de estar preparados para sugerir la manera de atender a los pacientes que se les remitan, señalar horas para las sesiones, indicar medios de transporte y controlar a los asistidos.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Otra institución importante de la comunidad con - la cual el dentista debe intentar cooperar es el departamento de sanidad local. Estos departamentos suelen estar fi--nanciados conjuntamente por el gobierno local (ciudades y - condados) y por el departamento de sanidad del estado. El--grado de autonomía varía, pero generalmente las responsabi--lidades están compartidas entre los niveles estatal y local de gobierno. En muchos casos el estado tiene la responsabilidad final del control de la enfermedad y de los programas sanitarios. Sin embargo, los estados reciben buena parte - de su apoyo económico de las concesiones federales adminis--tradas a través del Servicio de Sanidad y de la Oficina de la infancia, y muchos programas se han de efectuar siguien-

do las líneas generales fijadas por el Congreso y estos organismos federales.

El volumen y la complejidad de los programas del departamento de sanidad local varía muchísimo, y dependen de la zona del país y del tamaño de la unidad política que ha de recibir los servicios. El dentista se encontrará con que en algunas comunidades el departamento de sanidad consiste en un cuadro de dirigentes de la comunidad que no cobran, un médico que dedica unas horas como oficial de sanidad, una enfermera y una oficinista que trabajan la jornada completa, y posiblemente un sanitario que actúa unas horas. En estas zonas, el departamento de sanidad local puede ser una organización grande y complicada dirigida por un médico de sanidad de jornada completa y con un cuadro de profesionales diversos que comprenden enfermeras, higienistas dentales, bacteriólogos, epidemiólogos y especialistas en estadística y en varios campos de la medicina clínica.

Una de las funciones básicas de los departamentos de sanidad es el control de los peligros que presenta el ambiente para la salud. El suministro de agua para la comunidad y la eliminación de basura y desperdicios constituyen responsabilidades importantes, como lo son también la comprobación del nivel sanitario de los restaurantes y la supervisión de la venta de leche y productos alimenticios. Otra responsabilidad tradicional de los departamentos de sanidad es el control de las enfermedades contagiosas mediante la promoción de la inmunización, la identificación de los casos activos y de los portadores de enfermedades contagiosas para su aislamiento o tratamiento, y la vigilancia para determinar la morbilidad de la comunidad. Un aspecto importante de las actividades del departamento de sanidad es la educación sanitaria del público. Este tiene un interés especial, en lo que se refiere a los programas destina-

dos al control y erradicación de las enfermedades crónicas, entre las que se incluyen las dentales.

La amplitud de la asistencia sanitaria prestada - por un departamento de sanidad varía de acuerdo con la tradición de la zona. Casi todos los departamentos proporcionan alguna forma de asistencia sanitaria cuando tienen relación específica con el control de la enfermedad: por ejemplo, clínicas para tuberculosos y programas de inmunización. En algunas zonas del país esta forma de asistencia - se considera el límite de las funciones del departamento de sanidad. En otras zonas los departamentos de sanidad efectúan extensas actividades sanitarias, incluso amplios programas dentales. Sin embargo, ni siquiera en las zonas con amplios programas de asistencia dental han sido capaces de prestar servicios más que a una pequeña parte de la población indigente. Recientemente, el Congreso ha establecido nuevos mecanismos para conceder las aportaciones necesarias a los departamentos de sanidad estatales y locales para la expansión de sus servicios sanitarios. En consecuencia, - hay que esperar que en el futuro próximo se produzca un aumento en el número y en la amplitud de los programas de - asistencia dental llevados a cabo por los departamentos sanitarios estatales y locales.

Los que se interesan por mejorar la salud dental de la población han reconocido que hay que conceder la prioridad a los esfuerzos encaminados a la salud oral de los niños. Por tal razón, en el futuro las actividades dentales del departamento de sanidad local probablemente estarán estrechamente relacionadas con las actividades de las escuelas locales. En algunas zonas, el departamento de sanidad proveerá todos los servicios sanitarios en las escuelas, incluso la asistencia dental; en otras, las escuelas continuarán empleando su propio personal y prestando los servicios-

de sanidad escolar mediante un cuadro de enfermedades escolares y algunas veces médicos que actuarán unas horas a la jornada completa. En los últimos casos los esfuerzos profesionales en pro de la salud dental deberán dirigirse hacia el sistema escolar. El dentista ha de estar preparado para proporcionar en las escuelas, o el departamento de sanidad, programas educativos para el personal, consultas con respecto a los proyectos de programas y ayuda en la búsqueda de asistencia dental para los que no están en condiciones de obtener por sí mismos.

El departamento de sanidad atiende a otros grupos de individuos. Por ejemplo, muchos departamentos llevan a cabo programas para mujeres gestantes y niños en edad preescolar. En ellos se incluye con frecuencia visitas de las enfermeras sanitarias a los hogares de las familias, así como a las clínicas donde las gestantes acuden en busca de asistencia prenatal y donde llevan al recién nacido para la supervisión pediátrica durante el primer año de la vida. En ambos casos la enfermera sanitaria se halla en una posición clave para informar sobre la salud dental en un momento en que las madres están particularmente interesadas en aprender la manera adecuada de criar a los niños.

DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA

Un organismo importante, que en el futuro adquirirá cada vez mayor relieve, es el departamento de salud pública. Todos los estados tienen departamentos de este tipo y muchos mantienen consultorios locales o regionales. Los departamentos de salud del estado desarrollan programas sufragados en parte mediante asignaciones federales y en parte mediante créditos del estado, que son administrados de acuerdo con unas pautas generales fijadas por el Congreso.-

Los programas varían según las decisiones locales en cuanto a las cantidades que han de aportar el gobierno del estado o el local para llevarlos a la práctica.

Hasta hace poco los programas de bienestar público se traducían principalmente en donativos en metálicos a individuales necesitados para la adquisición de los alimentos indispensables y el pago de alquileres que les permitieran un nivel mínimo de subsistencia. Algunos estados también concedían auxilios mínimos en forma de servicios sanitarios que en algunos casos incluían cuidados dentales. El individuo que recibía subsidios solamente podía beneficiarse de los servicios sanitarios mínimos si estaba clasificado en una determinada categoría; por ejemplo, ancianos, ciegos, incapaces totales y permanentes, o niños que dependían de ellos. Los que estuvieran igualmente necesitados no podrían incluirse en las categorías especiales como derecho a prestaciones sanitarias se incluían en un programa "global" llamado "asistencia general" y financiando a nivel mínimo - enteramente con fondos del estado y locales.

El 89 Congreso aprobó algunas enmiendas a la legislación sobre bienestar público que tienen implicaciones de gran alcance. Estas enmiendas modificaron las provisiones para emparejar la ayuda estatal con los fondos federales, de tal modo que resultara casi imperativo para los estados proveer una amplia de los beneficios. Gradualmente se irán ofreciendo servicios sanitarios más completos a los incluidos en alguna de las categorías establecidas. Además, se creará una nueva categoría para los individuos carentes de asistencia médica que actualmente la reciben rara vez o nunca. El programa es nuevo y se desarrolla con tal rapidez que resulta arriesgado hacer predicciones. No obstante, parece cierto que dentro de cinco años estarán al alcance de todos los individuos que no puedan sufragarlos con

sus propios recursos unos servicios sanitarios amplios, entre los cuales figurarán la asistencia dental.

Las decisiones concernientes a los procedimientos mediante los cuales se sufragará y se proporcionará la asistencia se tomará principalmente a nivel del estado. Experiencias anteriores hacen pensar que en algunos estados los acuerdos no serán satisfactorios para la profesión dental - debido al innecesario expediente burocrático, las tarifas - inadecuadas y la incapacidad de establecer prioridades profesionales sólidas; en otros estados se fijarán regulaciones razonables, se aprobarán tarifas adecuadas, se establecerán las prioridades pertinentes para la concesión de tratamiento y se creará un sistema de información lógico.

CAPITULO V

LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA. DESAFIO DEL FUTURO.

LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA. DESAFIO DEL FUTURO

La profesión dental posee los conocimientos teóricos y prácticos para la conservación de la dentición natural de casi todas las personas durante toda su vida. Si se desea aprovechar estos conocimientos, todos los miembros de la profesión han de aceptar el desafío, la oportunidad y la obligación de practicar la odontología preventiva es su más amplio sentido.

El primer deber del dentista es utilizar al máximo sus conocimientos profesionales y su experiencia adquiridos en la escuela dental y continuar el perfeccionamiento de éstos. Sin embargo, debe rebasar los límites de la simple capacidad técnica para poner en práctica y utilizar a los auxiliares eficazmente, y educar a los pacientes de manera convincente. Mejor que encerrarse en su consultorio dental, ha de colaborar con otros individuos de la comunidad en pro de la salud oral.

La oportunidad ofrecida por la odontología brinda al práctico la ocasión de obtener la autosatisfacción que surge al saber que los pacientes tratados en su consultorio y en la localidad en que ejerce serán personas más sanas,-- que vivirán en una comunidad mejor y más saludable gracias a sus esfuerzos que lleva consigo el deseo de hacer de la comunidad un sitio mejor para vivir.

Y finalmente, la práctica preventiva es una obligación del dentista en cuanto a persona que se ha detectado de las sociedad para tomar sobre sí una responsabilidad superior al del ciudadano corriente respecto a la salud de los demás. Lyons, poniendo de relieve el estado especial del profesionista sanitario dentro de la comunidad, que se-

ñala que a veces son designados como caballeros profesionales:

"Como se podría definir o describir a un caballero profesional". Podría ser descrito como un hombre benévolo que pone de manifiesto ciertas cosas. Pone de manifiesto que ha de recibir una educación superior a nivel general de su comunidad; que tiene unos conocimientos teóricos y -prácticos especiales; que da más de lo que recibe, gustosamente y por propio designio; que está en deuda con sus predecesores, de los cuales ha heredado los conocimientos, las técnicas y la tradición de su profesión; que él, a su vez, enriquecerá y mejorará la profesión de la cual se honrra en formar parte.

El caballero profesional manifiesta estos atributos y el público tiene plena fe en él. Esta fé del público concuerda con las responsabilidades del caballero profesional. Disfruta de la confianza pública dentro de sí.

CONCLUSIONES

Si se llevara a cabo la comunicación del dentista con la comunidad de todos los pasos de higiene y de todos los métodos restaurativos que existen en odontología, en el futuro habrá más conservación de todos los dientes evitando así llegar a una edad adulta y a la vejez con dentaduras completas y extracciones de todos los dientes.

Por eso es conveniente de desde la niñez se visite al dentista con regularidad, por lo menos cada seis meses o un año, siguiendo una higiene dental preventiva efectiva y continua para prevenir males mayores.

BIBLIOGRAFIA

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL

- 1.- Alvin L. Morris, D.D.S., P.D.- Profesor de Medicina - Oral y Diagnóstico oral. Universidad de Kentucky.
- 2.- Harry M. Bohannon, D.M.D., M.S.D.- Profesor de Periodoncia. Universidad de Kentucky.
- 3.- Dr. Guillermo Mayoral Herrero. Jefe de la sección de Ortodoncia. Hospital de San Juan de Dios, Barcelona.

