

1 ejemplar
(64)

**ENEP-UNAM
IZTACALA**

**O D O N T O L O G I A
S A L U D E H I G I E N E
Bucal de la comunidad en México**

Tesis para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

Jaime Cosío Aguila

**Asesor de tesis:
Dr. ARTURO SARACHO A.**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E T E M A T I C O

PROLOGO

INTRODUCCION

CAPITULO # 1

1. SALUD BUCAL
- 1.1 SITUACION ACTUAL
- 1.2 OBJETIVOS
- 1.3 METAS
- 1.4 ACTIVIDADES
- 1.5 ESTRATEGIAS
- 1.6 ORGANIZACION
- 1.7 COSTO Y FINANCIAMIENTO
- 1.8 BASES PARA EL CONTROL

CAPITULO # 2

2. PLANIFICACION Y EVALUCION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA DE SALUD PUBLICA.
- 2.1 ANTECEDENTES.
- 2.2 NIVELES DE PLANIFICACION SANITARIA.
- 2.2.1 FORMULACION DE UNA POLITICA SANITARIA NACIONAL.
- 2.2.2. PLANIFICACION DE UN PROGRAMA SANITARIO NACIONAL.
- 2.3 FORMULACION DE UNA POLITICA DE SALUD ESTOMATOLOGICA.
- 2.4 PLANIFICACION DE UN PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESTOMATOLOGICA.
- 2.4.1. EL PROCESO DE PLANIFICACION.
- 2.4.2. ANALISIS DE LA SITUACION.
- 2.4.2.1 CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS.
- 2.4.2.2 USUARIOS.
- 2.4.2.3 PRESTACIONES DE LA ASISTENCIA.
- 2.4.2.4 PRESENTACION.
- 2.4.3. IDENTIFICACION DE PROBLEMAS Y FORMULACION DE OBJETIVOS.
- 2.4.3.1 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS.
- 2.4.3.2 FORMULACION DE OBJETIVOS.
- 2.4.4. FORMULACION Y ANALISIS DE OTRAS POSIBLES ESTRATEGIAS.
- 2.4.5. ACTIVIDADES ESPECIALES.
- 2.4.6. SELECCION DE ESTRATEGIAS.
- 2.4.6.1 CONSULTA CON LOS SUPERIORES.
- 2.4.7. FORMULACION DEL PROGRAMA
- 2.5. EVALUACION.

CAPITULO # 3

- 3. EDUCACION SANITARIA E HIGIENE DENTAL.
- 3.1. PROBLEMAS PRIORITARIOS DE HIGIENE DENTAL Y NECESIDADES CORRESPONDIENTES EN MATERIA DE EDUCACION SANITARIA.
- 3.1.1. RELACION ENTRE SALUD DENTAL Y SALUD EN GENERAL.
- 3.1.2. OBSTACULOS QUE SE OPOENEN A LA ADOPCION DE UN CONCEPTO POSITIVO DE LA SALUD DENTAL.
- 3.2. CARIES DENTAL Y PARADONTOPATIAS.
- 3.2.1. CONSIDERACIONES FUNDAMENTALES.
- 3.2.2. CONSECUENCIAS PARA LA EDUCACION SANITARIA.
- 3.3. DEFINICION, ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA EDUCACION SANITARIA EN RELACION CON LA HIGIENE DENTAL.
- 3.4. APLICACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN HIGIENE DENTAL.

CAPITULO # 4

- 4. ENSEÑANZA DEL CEPILLADO.
- 4.1. DISEÑO DEL CEPILLADO.
- 4.2. TECNICAS DE CEPILLADO.
- 4.2.1. METODO DE CEPILLADO PARA DENTICION MIXTA Y ADULTA JOVEN.
- 4.2.2. METODO DE CEPILLADO DE LA DENTICION TEMPORAL.
- 4.3. PAPEL DE LOS PADRES EN EL CEPILLADO.
- 4.4. CEPILLO DENTAL ELECTRICO.
- 4.5. EL DENTRIFICO.
- 4.6. ENJUAGUE Y DEGLUTA.
- 4.7. ENSEÑANZA DEL CEPILLADO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.
- 4.8. AUXILIARES DEL CEPILLADO.
- 4.8.1. USO DE ESTIMULADORES INTERDENTALES, PALILLOS DE DIENTES Y CEPILLOS DENTALES.
- 4.8.2. CEPILLOS INTERPROXIMALES.
- 4.8.3. LIMPIADORES DE PUENTES.
- 4.8.4. IRRIGADORES DENTALES.
- 4.8.5. ENJUAGATORIOS BUCALES.

CAPITULO # 5

- 5. NUTRICION Y SALUD DENTAL.
- 5.1. IMPORTANCIA DE LA NUTRICION.
- 5.2. PAPEL DE LA NUTRICION EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
- 5.3. VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL.

- 5.3.1. EVALUACION CLINICA.
- 5.3.2. EXAMEN DE LA DIETA.
- 5.4. FACTORES QUE AFECTAN LA INGESTION DE LOS NUTRIENTES RECOMENDADOS.
- 5.5. REGLAS BASICAS PARA ALIMENTAR SATISFACTORIAMENTE A - LOS HIJOS.
- 5.6. COMPONENTES DE UNA DIETA ADECUADA.
- 5.6.1. PROTEINA.
- 5.6.2. HIDRATOS DE CARBONO.
- 5.6.3. LIPIDOS.
- 5.6.4. VITAMINAS.
- 5.6.5. MINERALES.
- 5.6.6. AGUA.

CAPITULO # 6

- 6. ADMINISTRACION DEL CONSULTORIO Y EDUCACION SANITARIA.
- 6.1. FILOSOFIA DE LA PRESENTACION DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS A LOS NIÑOS.
- 6.2. COMUNICACION INICIAL DE LOS PADRES.
- 6.3. ADMINISTRACION DEL TIEMPO.
- 6.3.1. PROCEDIMIENTOS DE CITACION.
- 6.3.2. CITAS FRACASADAS Y CANCELADAS.
- 6.3.3. PLAN DIARIO DE TRATAMIENTO.
- 6.3.4. MANTENIMIENTO DE UN INVENTARIO DE ELEMENTOS.
- 6.4. PRIMERA VISITA DEL NIÑO.
- 6.4.1. PROCEDIMIENTOS DEL EXAMEN PRELIMINAR.
- 6.5. PAPEL DE LA HIGIENISTA.
- 6.6. PLAN DE TRATAMIENTO Y DETERMINACION DE HONORARIOS.
- 6.7. SEGUNDA VISITA DEL NIÑO.
- 6.7.1. CONSULTA.
- 6.7.2. PRESENTACION PRELIMINAR DE LA RECEPCIONISTA.

CAPITULO # 7

- 7. SALUD DENTAL DE LA COMUNIDAD.
- 7.1. ACERCANDOSE A LA COMUNIDAD.
- 7.2. EVALUACION DE LA SALUD DENTAL EN LA COMUNIDAD Y DETERMINACION DE LAS NECESIDADES.
- 7.2.1. DOCUMENTACION DE LA ENFERMEDAD DENTAL.
- 7.2.2. PROBLEMA DENTAL.
- 7.2.3. CONDUCCION DEL INFORME DENTAL.
- 7.3. OPORTUNIDAD PARA LA SALUD ODONTOLÓGICA EN LAS ESCUELAS.
- 7.3.1. POLITICAS SANITARIAS ODONTOLÓGICAS ESCOLARES.

- 7.3.2. EDUCACION SANITARIA ODONTOLOGICA.
- 7.3.3. EXAMENES DENTALES PREESCOLARES.
- 7.3.4. RESTRICCION DE DULCES.
- 7.3.5. PROGRAMA ESCOLAR PREVENTIVO DE CARIES.
- 7.3.6. PROTECTORES BUCALES.
- 7.4. CUIDADOS EN EL HOGAR DE LA SALUD BUCAL.
- 7.5. ASPECTOS DEL CONSULTORIO PRIVADO EN LA SALUD DENTAL DE LA COMUNIDAD.
- 7.6. ACCION COMUNAL.
- 7.6.1. ENFASIS EN LA SALUD DENTAL PARA TODOS LOS GRUPOS.
- 7.7. ACTIVIDADES PROFESIONALES.
- 7.8. RESUMEN.

CAPITULO # 8

- 8. CONCLUSIONES.

PROLOGO

Lo que se pretende en éste trabajo, es ubicar los problemas básicos de la educación de la higiene bucal; así como los grandes esfuerzos que se han llevado a cabo, para lograr la salud de la comunidad y sus resultados.

Estudiar a fondo los problemas existentes dentro de la comunicación paciente - profesional, para el mejor cuidado de los conocimientos que puede asimilar el paciente y la relación íntima con la conducta y comportamiento de éste; así como la actitud que debemos mostrar en cada caso específico, esperando así una respuesta positiva, logrando la conservación de él; siendo éste uno de los objetivos importantes dentro de la práctica.

Mediante buenos estudios, comprensión y análisis lograr los objetivos propuestos por el Cirujano Dentista, en beneficio del paciente y posteriormente del profesional; basándose en los grandes autores y organizaciones, haciendo todo lo que esté de nuestra parte, estudiándolos profundamente y combinándolos con la experiencia que se pueda adquirir en la práctica, ya sea en él, o fuera del consultorio, de una manera dinámica y precoz.

Proporcionar al paciente toda la información posible, - transmitiéndole concisa y claramente, la importancia de su - tratamiento, complementando ésta comunicación con folletos, - revistas, artículos y hasta invitándolo, en caso necesario, a conferencias.

Esta información puede ser determinante en nuestro paciente, ya que será un núcleo que servirá de vínculo hacia -- las personas que lo rodean, aconsejando, o hasta exhortando a la persona correspondiente; en el cual se deben utilizar todas las armas necesarias para lograr los objetivos propuestos, una vez iniciado el tratamiento.

Otro de los objetivos que persigue éste trabajo, es el de conocer a nuestro paciente desde el punto de vista psico-- socio-económico y cultural, ya que va a depender el éxito o el fracaso del trabajo que estamos realizando; así como las - influencias que tienen éstas estructuras de los sistemas.

La información de los procesos reales y válidos para la

prevención y conservación de la salud, así como la planificación de métodos de información.

El enfoque a los problemas principales de las enfermedades de los tejidos blandos y duros de la boca.

El desarrollo de los programas de educación de higiene dental y planificación en beneficio de la comunidad, aunque sea en forma preventiva y estudiando a fondo las necesidades primarias de cada comunidad específicamente para el bienestar del desarrollo nacional, no sólo como individuos, sino como humanos.

Ruego, por medio de la presente se me otorgue la oportunidad para realizar éste trabajo, que pienso, es muy interesante.

INTRODUCCION

La prevalencia mundial de las odontopatías constituye un testimonio permanente de la necesidad casi universal de organizar programas eficaces de educación en materia de higiene dental. En muchos países se han distribuido grandes cantidades de material educativo, y además hace muchos años se vienen organizando programas de información sobre higiene dental en escuelas e instituciones. Sin embargo esos esfuerzos no han bastado para mejorar el comportamiento del público en la medida que se esperaba; incluso en los países donde los servicios de asistencia odontológica son dispensados gratuitamente por personal competente, muchas personas no se hacen tratar como debieran. En consecuencia es urgente dar una orientación más eficaz a la educación en materia de higiene dental.

Este déficit de comportamiento es debido principalmente al reconocimiento de que, entre los factores que intervienen en la etiología y persistencia de las enfermedades, así como en la conservación y el mejoramiento de la salud, muchos dependen más del comportamiento individual y colectivo, que de las condiciones del medio.

Es necesario citar que la responsabilidad del individuo ante sí mismo está disminuida, ya sea por que no ha adquirido conciencia para valorar la importancia de su estado de salud, ya sea por falta de tiempo, dinero, orientación, impulso, exhortación, falta de interés, inaptitud y en algunos casos hasta la despreciación de la oportunidad para obtener los conocimientos elementales y básicos para la conservación de su propia salud y en ocasiones hasta de su familia.

Por las necesidades que presenta la República Mexicana en materia de salud, en 1973 se inició el Plan Nacional de Salud, en la que participan doctores, investigadores, etc., que tienen que ver con la salud pública tratándose alrededor de 200 temas-problema en los que cruza el país, elaborándose 3 tomos del Plan Nacional de Salud.

Se sugiere la conveniencia de ubicar en las pequeñas comunidades rurales, casas de salud que sirvan para orientar, en los programas de carácter higiénico de la comunidad y ofrecer atención médica elemental, sirviendo de apoyo a brigadas médicas móviles.

Se consideró necesario que la población sin recursos --

económicos, reciba servicios en forma gratuita, sin límite, - en los establecimientos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y en una proporción de la capacidad instalada de otros servicios oficiales y privadas.

Para ampliar la cobertura de la atención médica al sector rural, es menester de un nuevo equipo integrado por personas extraídas de la misma comunidad, y pertenecientes a la -- misma cultura en la que cabe distinguir tipos con funciones + fundamentales preventivas: el técnico en salud, el promotor - de salud y el personal empírico previamente capacitado.

Que el apoyo técnico al programa de formación de éste - personal, que se realizaría en escuelas a nivel de la comunidad quede a cargo de centros regionales constituidos con recursos de las instituciones de educación superior y de salud, con el sistema Nacional de Hospitales.

Considerando que el crecimiento y desarrollo del país, la industrialización, la proliferación de áreas urbanas y el uso y abuso de los recursos naturales, han determinado un deterioro creciente de los sistemas ecológicos, con grande amenaza para la salud y supervivencia de los pueblos, así como - la creciente contaminación del aire, del agua, de la tierra y de los alimentos; se hace necesario planear nuevas políticas sanitarias que faciliten recuperar los sistemas afectados y - asegurar el uso de los recursos, para consolidar el bienestar de la sociedad, sin detener su evolución y los grados de su - perfeccionamiento biológico, económico social y moral, en cuyas acciones deberá participar decididamente la comunidad, ya que nadie tiene el derecho de deteriorar o empobrecer el ambiente comunitario, de la conservación de su vida y de sus intereses particulares, sino obligarse a procurar el bienestar, la salud y la conservación de los bienes colectivos, esto hace necesario incrementar las acciones educativas y fortalecer los programas de prevención y control de la contaminación, para el mejoramiento del medio ambiente, para que cualquier comunidad, por pequeña que sea, cuente con agua potable y los servicios primarios de salubridad que exige el medio humano.

1. SALUD BUCAL.

- a.- Lograr la fluoración del agua en población de más de 50 000 habitantes.
- b.- Establecer programas de prevención de enfermedades bucales en base a auto-ayuda en localidades de 2 500 a 10 000 habitantes.

1.1 SITUACION ACTUAL.

El 33.8% de la población nacional (de 3 a 14 años) se encuentra afectada gravemente por la caries dental, existen además enfermedades de las encías (paradontopatías) en sus distintos grados de severidad, maloclusiones, malformaciones de dientes que afectan el aparato estomatognático y a la estética del individuo, malformaciones congénitas de labio y paladar (fisura labial y palatina), cáncer bucal con tasa de mortalidad de: 0.56/100 000 habitantes y de tendencia ascendente, necesidades de prótesis, etc.

Respecto a las áreas más afectadas por caries dental y paradontopatías, mucho se creyó que la población que habita en el medio rural tenía mucha resistencia; hoy en día se está apreciando que también están sujetas al mismo riesgo.

Los recursos humanos existentes en el país para la atención de éstos problemas ascienden a 5 110 odontólogos, pero éstos se concentran en las ciudades más grandes; la proporción de habitantes por odontólogo es de 9 484 y 1, tasa de 10.5 por cada 100 000 habitantes.

En términos generales y en base a los datos anteriores, las instituciones de salud en el país no cuentan con el recurso humano suficiente para satisfacer la demanda de salud de la población.

El porcentaje de población por atender en las diversas instituciones es el siguiente: IMSS, 23.84; ISSSTE, 5.76; SEP, 12.98; SSA, 40.08; otras, 17.34.

En total cuentan las instituciones para la atención odontológica con 6 399 horas/odontólogo/día y 3 562/pasante/día, sumando 9 961 horas/día (recursos profesionales).

1.2 OBJETIVOS

En general es el de mejorar la salud bucal de los habitantes del país como parte de su salud integral, que les permita una activa relación con su medio ambiente y una óptima transformación en su transformación.

Específicamente serían:

- a.- Procurar que las instituciones de atención odontológica del país funcionen en forma coordinada en la solución del problema de salud bucal.
- b.- Promover la reestructuración de las diversas secciones de odontología en todas las instituciones de salud y la creación de ellas en donde no existan.
- c.- Realizar investigaciones epidemiológicas sobre enfermedades bucales y estudios de recursos odontológicos.
- d.- Establecer programas preventivos de enfermedades bucales mediante:
 - i) Suplementación de agua y abastecimiento público con sales de flúor, a nivel nacional, que permita disminuir en 65% la incidencia de caries.
 - ii) Método auto-ayuda, para prevención de un 100% de paradontopatías, y 30% de caries dental (en población escolar).
 - iii) Utilización de otros vehículos tales como sal de cocina fluorada.
- e.- Ampliar y rehabilitar los servicios de atención odontológica y crear otras en zonas desprotegidas, utilizando un equipo básico, personal auxiliar con funciones delegadas y óptimo mantenimiento especializado del equipo según los estudios específicos de cada institución, hasta lograr como mínimo, duplicar los existentes en los próximos 3 años.
- f.- Intensificar el programa de educación para la salud bucal en todos los niveles.

1.3 METAS

1977 - 1983

1. Promover la fluoración del agua potable en poblaciones de más de 50 000 habitantes y mejorar la distribución de sal fluorada.
2. Intensificar el programa de prevención de enfermedades bucales en base a auto-ayuda, ampliándolo a localidades de 2 500 a 10 000 habitantes.
3. Continuar la ampliación de personal auxiliar y profesional para alcanzar en 1980, las relaciones de 3 auxiliares por 1 odontólogo y 1 odontólogo por 5 000 habitantes.

1.4 ACTIVIDADES.

1. Coordinar a todas las instituciones para la atención a la población. Crear comisiones locales, estatales y Nacional de Odontología.

Analizar los servicios aplicativos existentes y los que se incrementen y establecer prioridades en cada institución para reestructurar las secciones de odontología o crear nuevas.

2. Realizar una encuesta nacional de morbilidad bucal y efectuar un censo de recursos humanos e institucionales, regionalizando el país en 5 zonas.
3. Obtener la aprobación a nivel estatal para la fluoración del agua potable y coordinar las actividades para la ejecución del programa de acuerdo a las metas (11 ciudades con cobertura de 13 millones de habitantes, en la primera fase). Motivar la ampliación del programa a otras ciudades.
4. Establecer las zonas del país que requieran utilización de sal fluorada, facilitar la distribución de ésta a la población y evaluación permanente de sus efectos.
5. Coordinación interinstitucional con la SEP. Adiestramiento de personal aprovechando recursos locales - - (maestros) para la ejecución del programa de prevención en base a auto-ayuda.
6. Obtener el financiamiento para amplificación y rehabilitación de los servicios a áreas previamente establecidas; incrementar el número de plazas para profesionales y personal auxiliar, mantener programas de

educación continuada al personal que colabora en las instituciones de salud.

7. Amplificar los horarios de trabajo a turnos vespertinos y utilizar adecuadamente a los pasantes de odontología, de acuerdo a su preparación profesional. Reglamentar y promover a nivel de instituciones de servicio y educativos; la formación de personal auxiliar de acuerdo a las necesidades del país.
8. Unificar mensajes educativos; adiestrar personal; -- elaborar material educativo y llevar a cabo programas de educación a la población, especialmente a -- maestros y escolares.

1.5 ESTRATEGIAS

1. Promover la coordinación de las diferentes instituciones a nivel central, regional y local, mediante unificación de criterios, objetivos y establecimiento de prioridades, basada en una oportuna y eficiente comunicación.
2. Señalar la necesidad de personal específico que se requiere para las actividades normativas, de planeación y supervisión y evaluación a los servicios odontológicos y sus programas.
3. Los estudios de recursos humanos y morbilidad serán realizados de acuerdo a las etapas del método estadístico con 20 pasantes de odontología, previo adiestramiento y la participación de: IMSS, ISSSTE, SEP, ADM, AMPEO, SSA y otras instituciones. El estudio de recursos institucionales será realizado por el personal previamente adiestrado de cada institución que tenga servicios de odontología. Se analizarán los resultados de los estudios realizados y se establecerá el grupo más vulnerable, coordinando las actividades de las diferentes instituciones en la atención prioritaria a éste grupo.
4. Establecer coordinación con diferentes instituciones en los estados del país, en especial los gobiernos de los estados, SRH, SSA, IMSS, ISSSTE y otras, para obtener financiamiento inicial y de mantenimiento del programa.
5. Procurar que empresas privadas elaboren a precios ac

cesibles la sal fluorada y que se distribuya en las zonas establecidas de acuerdo a estudios de morbilidad y concentraciones de ión-fluor en agua, en coordinación con la SSA y la SRH.

6. Establecer coordinación interinstitucional a todos los niveles señalando responsabilidades. Seleccionar personal de cada institución que será adiestrado en el método auto-ayuda, el cual adiestrará a maestros para la ejecución del programa en todas las escuelas primarias.
7. Obtener el presupuesto para ampliación y rehabilitación de los servicios, crear plazas para el personal que laborará en ellos y lograr la creación de nuevas plazas, a un 50%, para cubrir turnos vespertinos.
8. Obtener pasantes en servicio social para turnos vespertinos y efectuar cursos prácticos al personal - - odontológico de las diferentes instituciones en forma coordinada y periódica.
9. De acuerdo a los estudios de necesidades, establecer bases legales, nivel educativo y curriculum para el personal auxiliar.
10. Se sensibilizará y educará a la población de todos los niveles utilizando medios auxiliares a grupos y de información masiva. Se utilizarán los recursos humanos de cada localidad.

1.6 ORGANIZACION.

La organización para el logro de los objetivos se alcanzará a través de la coordinación entre las instituciones para fijar las metas, estableciéndose reuniones periódicas con los dirigentes de la odontología en diversas instituciones. Presentará algunas variantes debido a la naturaleza específica de estos.

El programa nacional de fluoración y el de intensificación de educación para la salud bucal, será asesorado por la Comisión Mixta Coordinadora en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social y la Secretaría de Recursos Hidráulicos.

La formación de personal auxiliar se hará en coordinación entre las instituciones educativas con las del servicio de salud.

1.7 COSTO Y FINANCIAMIENTO.

Los presupuestos específicos de las diferentes secciones de odontología en todas las instituciones de salud han sido - difíciles de precisar ya que en la mayoría de los casos no es fijo, ni controlado por la sección respectiva.

1.8 BASES PARA EL CONTROL.

La supervisión de las acciones que comprende el programa se realizarán de acuerdo a las normas de los servicios de odontología de las instituciones que cuenten con ellas.

Para la evaluación se tomarán como indicadores del programa logran el 100% de las metas fijadas. En relación a las actividades del personal, la evaluación se hará de acuerdo a las normas de los servicios de odontología.

2. PLANIFICACION Y EVALUACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA DE SALUD PUBLICA.

En todos los sectores, incluso los más específicos y -- técnicos, es indispensable un enfoque integrado, que considere cada sector concreto como parte no solo de un problema sanitario más complejo, sino también del desarrollo general. -- Así el mandato del Comité de Expertos de la OMS, consiste en integrar la planificación de la higiene dental en la planificación y la programación general de salud. Esta cuestión pre supone deliberaciones fundamentales sobre los siguientes puntos:

- integración dentro del sector de la estomatología,
- evaluación, documentada, de otros posibles enfoques, y
- continuación de los ensayos e investigaciones para -- asegurar la máxima eficacia de los datos estomatológicos aportados.

2.1 ANTECEDENTES.

Ha sido ésta la primera vez en que un Comité de Expertos de la OMS en Higiene Dental se reunía para debatir exclusivamente éste tema. Durante las deliberaciones se examinó -- especialmente la política de la OMS relativa a la programación sanitaria por países a fin de contribuir a que la planificación de la higiene dental se considere en el marco de la planificación sanitaria total, y no para indicar que deba utilizarse exclusivamente tal o cual procedimiento de programación sanitaria.

Lo importante es que se efectúe una planificación sistemática y cuidadosa que garantice un empleo eficaz y rentable de los recursos..

Casi todo el mundo necesita acceso a los servicios de -- higiene dental, y sin embargo la cantidad de éstos que pueden facilitarse es muy insuficiente para atender esa necesidad.

2.2 NIVELES DE LA PLANIFICACION SANITARIA

La planificación sanitaria en un país se realiza a tres niveles:

- formulación de una política sanitaria nacional,

- planificación de un programa sanitario nacional (o provincial/regional), y
- formulación de proyectos sanitarios.

En todos los países hay planificación a esos niveles, a veces implícitamente como parte de un proceso continuo de -- asignación de recursos a la salud y actividades afines por -- parte de gobiernos, organizaciones, o particulares. El esfuerzo nacional de programación sanitaria deberá vincularse fun-- cionalmente a los procesos superiores e inferiores a aquella.

2.2.1 FORMULACION DE UNA POLITICA SANITARIA NACIONAL.

Cuando no existe una política nacional explícita y completa, se adoptan decisiones de alcance nacional en las que -- van implícitas la doctrina y la política de los órganos deci-- sorios.

Se reconoce la necesidad de sustituir las medidas nacio-- nales inconexas por una política nacional explícita y orienta-- dora. A satisfacer esa necesidad se encaminan los procesos -- planificadores que se bosquejan en el presente informe y las reacciones que evocan a nivel nacional.

2.2.2 PLANIFICACION DE UN PROGRAMA SANITARIO NACIONAL.

Las finalidades de la programación sanitaria por países son:

- aclarar la índole de los problemas sanitarios existen-- tes, así como la influencia en ellos de factores como la tecnología, la urbanización, la industrialización, y el contexto social, económico y político;
- señalar las correlaciones importantes entre el sector sanitario y los distintos sectores sociales y económi-- cos, así como entre los diversos componentes del sec-- tor sanitario;
- facilitar la elaboración de otras posibles estrate--- gias en una forma que sirva de base para elegir y que sea útil a quienes adoptan las decisiones;
- fomentar y facilitar la ejecución de programas de de-- sarrollo sanitario en zonas difíciles de gran priori-- dad;
- señalar sectores del programa que requieran proyectos de desarrollo bien regidos; esos sectores pueden abar

- car programas existentes, necesitados o no de revisión y sectores no comprendidos todavía en los programas - actuales o futuros;
- fomentar la mejora de la planificación sanitaria, de la formulación de proyectos, de la gestión y de la -- práctica de evaluaciones;
 - mejorar los planes nacionales de sanidad, atendiendo sobre todo a una mayor eficacia en la asignación de - recursos;
 - señalar sectores del programa y proyectos para los -- que pudiera obtenerse ayuda exterior de fuentes como: acuerdos bilaterales con otros países; acuerdos multi- nacionales; organismos de las Naciones Unidas y funda- ciones.

El Comité se atuvo al razonamiento lógico y, en particu- lar, a la serie de medidas que se describen en las pautas de la programación sanitaria por países y estimó que los procedi- mientos de planificación que se esbozan en el presente infor- me serán fácilmente adaptables en la práctica a otros procedi- mientos formales de planificación sanitaria nacional, ya que todos esos sistemas de planificación se basan en conceptos y supuestos lógicos análogos.

2.3 FORMULACION DE UNA POLITICA DE SALUD ESTOMATOLOGICA

Con frecuencia los actos u omisiones nacionales son la única indicación clara de una política sanitaria estomatológi- ca. Sin embargo, es indispensable que administradores y plani- ficadores cuenten con directrices para planificar y ejecutar los programas de odontología.

Puede ser necesario proponer una política y tratar de - obtener el asentamiento de los órganos decisorios y financia- dores antes de emprender el proceso de planificación. Una po- lítica nacional de estomatología debe reflejar lo siguiente:

- compromiso de mejorar la salud estomatológica;
- la visión nacional de los programas de salud estomato- lógica en relación con la salud en general;
- la visión nacional de la función relativa de los sec- tores privado y público en la prestación de servicios odontológicos, incluyendo la función de los médicos - indígenas;
- actitud en lo que respecta al desarrollo, despliegue

- y utilización de todos los tipos de personal que actúan en el sector sanitario;
- prioridades relativas para la recepción de los servicios entre los grupos de edad u otras categorías especiales;
 - actitud en lo que respecta a las prioridades relativas de la prevención y el tratamiento;
 - disposición a invertir en investigación y evaluación;
 - resultados esperados del uso de fondos públicos en programas odontológicos;
 - visión de las prácticas culturales que son nocivas para la salud odontológica.

Cuanto más precisas y comprensibles sean las exposiciones de política, tanto más útiles resultarán. Al mismo tiempo, conviene que en esas declaraciones se deje margen a la flexibilidad del programa, para poder ajustarse a cambios de política ulteriores.

La tecnología prosigue su rápida expansión en muchas disciplinas, y no cabe duda de que se seguirán haciéndose de cubrimientos en la prevención de las enfermedades. Lo mismo sucede en el sector estomatológico y justifica la hipótesis de que se llegará a dominar la caries dental y las periodontopatías.

El aumento de la caries que se observa entre los habitantes urbanos de países en desarrollo; esas personas, relativamente muy bien atendidas en materia de servicios generales de salud, están necesitadas de servicios de estomatología.

El no preveer ésta situación, por no conseguir frenar la migración urbana o por no poder prestar servicios adecuados, provocará problemas de gran envergadura.

2.4 PLANIFICACION DE UN PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESTOMATOLOGICA.

2.4.1 EL PROCESO DE PLANIFICACION.

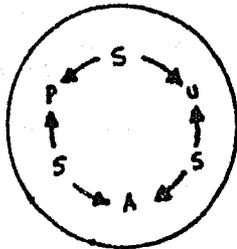
El proceso de planificación que se describe en el presente informe es uno de los muchos que cabe utilizar para alcanzar el objetivo de facilitar una utilización eficaz y rentable de recursos escasos para alcanzar las metas prefijadas. Se divide en seis etapas, que habrán de emprenderse en el marco de la política sanitaria nacional:

- análisis de la situación,
- identificación de problemas y formulación de objetivos,
- formulación y análisis de otras posibles estrategias;
- identificación de esfuerzos especiales,
- selección de la estrategia, y
- formulación del programa.

2.4.2 ANALISIS DE LA SITUACION.

El análisis de la situación en que se desarrollarán la planificación del programa y su ejecución subsiguiente es indispensable para formarse idea de la situación sanitaria existente y del rendimiento de los servicios sanitarios, y para documentar la evolución y los posibles cambios de esos elementos. Sin conocer a fondo la dinámica del medio en que la población obtiene asistencia estomatológica, serán erróneos e inútiles los intentos de mejorar la salud estomatológica.

Puede ser conveniente considerar cualquier sector de planificación en función de sus sistemas de prestación de servicios odontológicos. Un sector puede contener uno o más subsistemas y, en toda economía en desarrollo, ocurre a veces que un solo subsistema contiene elementos no tan clara o formalmente definidos como otros. En el diagrama siguiente se da un ejemplo de sistema de prestación de servicios:



P = Proveedores de servicios directos de odontología -- (dentistas, estomatólogos, enfermeras de odontología, otro personal auxiliar perteneciente o no a la odontología, etc.)

U = Posibles usuarios de la asistencia, ya se trate de poblaciones enteras o de grupos de población

A = Personal de administración o decisión, políticos, - representantes de seguros, u otras personas cuya misión consista en facilitar la prestación de servicios dentales

S = Bienes y servicios de higiene dental; pagos; e información (los bienes comprenderían partidas como - prótesis, coronas, cepillos de dientes, etc.)

Las flechas indican los caminos que pueden seguir los - servicios, bienes, pagos e información.

El círculo representa el contexto social, económico y - político en el que ocurren esos intercambios.

Los principios fundamentales de acopio de datos para el análisis de la situación son: que cada elemento sea de interés para los fines de planificación; que las partidas para -- las que se recojan datos posean características mutables o variables; y que los datos puedan obtenerse de las fuentes disponibles a bajo costo, sin necesidad de practicar nuevas encuestas especiales. Lo mejor es que esos datos sean escogidos por un pequeño grupo de investigadores planificadores - - (que incluya si es posible a un estadístico sanitario) familiarizados con las fuentes estadísticas existentes.

2.4.2.1 CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS.

Los datos tanto cuantitativos como cualitativos, sobre política sanitaria general y estomatológica se obtendrán de fuentes como las siguientes:

- gobiernos centrales y regionales, especialmente los - ministerios encargados de la política sanitaria,
- administradores no gubernamentales de servicios,
- organismos financiadores de asistencia odontológica,
- organizaciones de usuarios,
- proveedores de servicios.

Los archivos de los servicios pueden ser una valiosa de datos en algunos casos.

Se cuidará de enumerar la siguiente información presupuestaria:

- 1) el gasto total que durante un tiempo dado han efectuado en sanidad en el sector de planificación fuentes oficiales y no oficiales;
- 2) el gasto total, oficial y no oficial, destinado a sa lud estomatológica durante el mismo tiempo y en el mismo sector.

El número y tamaño de las instalaciones utilizadas para prestar asistencia se determinarán y agruparán por tipos (por ejemplo, unidades móviles, dispensarios particulares, laboratorios de odontología, consultorios simples y múltiples, etc), y se expondrá su distribución proyectada y real por zonas -- geográficas y administrativas, así como el número de pacientes atendidos en cada centro durante un tiempo determinado.

2.4.2.2 USUARIOS.

Se compilarán datos demográficos acerca de los usuarios actuales y posibles. Aunque esos datos representan elementos del sistema, que rara vez pueden ser alterados por los administradores, esa información aclara los incentivos y las restricciones existentes en cuanto a prestación de servicios de asistencia odontológica. Esa información deberá comprender -- aspectos como los siguientes:

- pirámides de edad y sexo;
- distribución urbana/rural;
- tamaño de las familias por zonas de residencia;
- densidad y distribución de la población;
- tiempo de residencia de subgrupos identificables de la población (por tiempo, por zonas de residencia, por características étnicas, etc.)
- proyecciones demográficas (basadas en la tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad y tasas de inmigración y emigración).

Se obtendrá una descripción más completa del sector usua rio por medio de indicadores socioeconómicos como los siguientes:

- nivel de instrucción alcanzado, mediante una clasifica ción escolar apropiada (por ejemplo, falta de escolaridad, terminación de la enseñanza primaria, terminación de la secundaria, etc.);
- porcentaje de la población que es económicamente activa (en efectivos laborales) por sectores geográficos o

- administrativos de planificación;
- niveles de ingreso individual y familiar en cada sector; y
- pertenencia a grupos que puedan recibir asistencia es tomatológica especial.

Se indicará del siguiente modo las dificultades de acceso y salida de los lugares donde se preste la asistencia es tomatológica:

- tipo y distancia de transporte hasta los centros asistenciales, tanto para la asistencia primaria como la especializada;
- costo del transporte hasta los centros asistenciales, en términos de dinero desembolsado por el usuario y de tiempo invertido por éste en llegar a éstos y en volver de ellos.

Convendrá disponer de otros indicadores del comportamiento y de las actitudes del usuario frente al sistema, por ejemplo, los siguientes:

- lo que se espera del sistema de prestación de asistencia estomatológica;
- experiencias reales notificadas concernientes a la re cepción de servicios de asistencia estomatológica;
- opinión sobre las tarifas de las prestaciones;
- frecuencia y tipo de las actividades personales de hi giene bucal;
- frecuencia de visitas sanitarias en un tiempo dado; y
- cuantas opiniones se manifiesten sobre cambios deseados en el sistema de prestación.

Ciertas medidas del estado de salud se presentarán en términos generalmente aceptables, tales como:

- las cinco causas principales de defunción en la zona,
- el absentismo laboral por afecciones estomatológicas,
- proporción de personas, por grupos de edad, sin nin gún diente natural,
- proporción de personas que necesitan servicios de pró tesis,
- proporción de personas, por grupos de edad, que han tenido caries,
- proporción de personas, por grupos de edad, con afecciones del periodonto,
- proporción de personas, por grupos de edad, que reci ben con regularidad asistencia para la conservación -

de la dentadura.

Se describirán, si se conocen, los factores etiológicos o predisponentes relacionados con problemas estomatológicos, por ejemplo:

- variaciones nutricionales de ingestión de fluoruros y del consumo de azúcar, y
- morbilidad diferencial por sectores o por grupos de población.

2.4.2.3 PRESTACION DE LA ASISTENCIA.

El sector que proporciona la asistencia odontológica debe describirse teniendo en cuenta su dotación de personal pasada, presente y prevista, la política de las organizaciones profesionales, y la modalidad del ejercicio profesional.

Deben recogerse los siguientes datos sobre dotación de personal de odontología:

- número, por tipos, del personal reconocido y de otras personas que ejerzan tradicionalmente el país, con -- clasificación por edad y lugar donde ejercen,
- número y situación de las instituciones de formación profesional de cada tipo de personal, y aumentos proyectados,
- número de graduados al año actualmente, posibilidades de futuro crecimiento por tipos de personal, y su tasa de crecimiento pasada,
- gastos de enseñanza y formación profesional de tipos de personal,
- cuantía del personal odontológico que entra y sale cada año del sector de planificación, y
- tendencias previstas en la dotación de personal para asistencia primaria y especializada, y por sectores de planificación.

Se enumerarán las políticas vigentes de las asociaciones profesionales organizadas, según se expresan oficialmente en documentos orgánicos relacionados con la prestación de servicios estomatológicos.

Se describirán las modalidades actuales del ejercicio en cada grupo principal de personal:

- importancia numérica de los distintos tipos de ejercicio profesional (aislado, en grupo, institucional, etc)

- tipos de especialización en los tipos de ejercicio -- (aislado, en grupo, institucional, etc.),
- participación en programas de servicio oficiales o de terceros,
- pacientes atendidos por cada programa de servicio, y cantidad y tipo de servicios prestados,
- distribución de profesionales en servicio;
- tipos de servicio que se prestan (preventivo, curativo, de mantenimiento, etc.);
- empleo actual y posible de personal auxiliar;
- ingresos por tipo de servicio; y
- actitudes y opiniones, condiciones normales de trabajo, disposiciones sobre reembolsos, y otros aspectos del programa de prestación; estos datos deberán reflejar los cambios que el grupo proveedor desearía ver -- introducidos en las características del sistema.

Se describirá la disponibilidad de equipo y suministros apropiados, así como de servicios de mantenimiento, para los distintos sistemas de prestación en diversos lugares.

2.4.2.4. PRESENTACION.

La exposición debe ser fácilmente comprensible por personal no especializado; conviene añadir apéndices en forma de cuadros. Es necesario indicar cada una de las partidas de datos las modificaciones que se esperan durante el período de planificación, pero estarán claramente separados los hechos de las previsiones. Asimismo, cuando proceda, se indicarán -- las posibilidades de expansión o de modificación deliberada.

Hay que insistir en que el análisis de la situación ha de basarse en datos ya existentes. Se enumerarán las fuentes de información y se determinarán, para ulteriores esfuerzos del programa, las lagunas que haya en los datos.

2.4.3 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS Y FORMULACION DE OBJETIVOS.

2.4.3.1 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS.

En esta etapa es importante examinar los resultados del análisis de la situación, para determinar las necesidades relativas de intervención y fijar prioridades de acción.

CRITERIOS GENERALES.

- 1) Importancia para la satisfacción de necesidades políticamente expresadas,
- 2) Importancia para el aumento de la satisfacción y de la equidad sociales,
- 3) Importancia para el desarrollo económico,
- 4) Importancia para el crecimiento demográfico,
- 5) Importancia para la futura calidad de la vida,
- 6) Importancia para el bienestar de la familia,
- 7) Importancia para la modernización,
- 8) Importancia para las modalidades culturales.

CRITERIOS DE SALUD ESTOMATOLOGICA.

- 1) Afecciones estomatológicas de carácter urgente,
- 2) Afecciones estomatológicas que amenazan a muchas personas,
- 3) Afecciones estomatológicas que producen gran preocupación pública,
- 4) Afecciones estomatológicas mortales,
- 5) Afecciones estomatológicas que pueden evitarse o combatirse.

Utilizando estos criterios, pueden enumerarse los problemas por orden de importancia, y decidir el nivel de importancia por debajo del cual un problema no se incluirá en el plan actual.

2.4.3.2 FORMULACION DE OBJETIVOS.

Una vez que se han determinado y expuesto claramente -- los problemas más necesitados de intervención, el planificador procederá a formular en términos cuantificables los objetivos que deben alcanzarse durante el período de planificación.

Cuando los cambios en prevalencia de enfermedades en -- uno u otro sentido y en la demanda de servicios sean rápidos, es importantísima la delimitación cronológica de esas etapas intermedias.

Para esos objetivos se dispone de ciertos indicadores, tanto dentales como de otra índole. Ejemplos de indicadores de salud dental son el índice de experiencia de caries (CAO=dientes cariados, ausentes u obturados), periodontal y de maloclú

sión, y otros métodos epidemiológicos. Ejemplos de indicadores no dentales son los medios para medir la aceptabilidad, -- accesibilidad y disponibilidad para los usuarios de los programas dentales. Por supuesto, es también indispensable exponer los objetivos de manera comprensible para los dirigentes políticos y el público en general, y con ese fin se explicarán en lenguaje llano los indicadores epidemiológicos y sociológicos.

2.4.4 FORMULACION Y ANALISIS DE OTRAS POSIBLES ESTRATEGIAS.

Después de decidir que objetivos debe alcanzar el programa durante el período de planificación, es conveniente consultar con algunos de los grupos que más probablemente influirán en la determinación de la política o en la asignación de recursos.

Al formular otras posibles estrategias hay que tener presentes los factores que se consideraron al fijar los objetivos:

- necesidades prioritarias de la población en conjunto;
- necesidades de ciertos grupos beneficiarios, como niños, ancianos, familias, trabajadores industriales;
- tipo de servicio que se necesita, como preventivo, curativo, educativo, selectivo, creciente, limitado, -- completo;
- tipo de enfermedad o trastorno que se pretende combatir con el servicio, como caries dental, afecciones periodónticas, cáncer oral;
- integración de los servicios de salud estomatológica en los servicios generales de salud;
- relación costo/beneficio de los métodos para combatir y reducir el problema.

Es posible, naturalmente, utilizar estrategias basadas en combinaciones de esos factores, con el objetivo final de elegir la combinación más eficaz de distintas estrategias.

2.4.5 ACTIVIDADES ESPECIALES.

Es probable que casi todas las estrategias posibles en un programa tengan que ir acompañadas de ciertas actividades subsidiarias y cronológicamente limitadas que contribuyan a superar las dificultades y a garantizar el éxito.

Estas actividades vienen a sumarse al programa principal pero pueden ser indispensables para alcanzar el objetivo último. El calificativo de especiales que aquí se les da sirve para acentuar la necesidad de incluirlas en los planes y prever los recursos y el tiempo que exigirá su ejecución.

Algunos ejemplos de actividades especiales que pueden resultar necesarias para el éxito de los programas odontológicos son:

- acopio de datos que no tienen carácter periódico;
- establecimiento de un programa especial de formación de personal indígena o de dirigentes de la colectividad que contribuyan a la ejecución del programa, sobre todo en los sectores de asistencia urgente y educación sanitaria;
- obtención de los servicios de consultores y de asistencia técnica de otros países o de la OMS;
- ensayo práctico restringido de programas combinados de prevención y lucha y de otro tipo antes de su aplicación general.

Es preciso estudiar cada una de las posibles estrategias propuestas para determinar que proyectos o actividades especiales exigiria su aplicación. Hay que especificar la naturaleza, el alcance y el costo de esas actividades especiales para facilitar la selección de la estrategia más conveniente.

El proceso continuo de planificación, ejecución y evaluación puede poner de manifiesto la necesidad de otras actividades especiales que no se previeron en la planificación inicial.

Estas actividades especiales pueden necesitar asistencia externa concreta y a plazo fijo en forma de fondos o de personal especializado y conviene solicitar esa asistencia y aceptarla siempre que corresponda a la estrategia elegida y a los objetivos del programa.

2.4.6 SELECCION DE ESTRATEGIAS.

Antes de iniciar el proceso selectivo, debe establecerse una serie de criterios ponderados y llegar a un acuerdo sobre su aplicación concreta a este proceso selectivo. Entre los criterios que pueden utilizarse para identificar las estrategias más convenientes cabe citar los siguientes:

- el grado en que la estrategia se ajusta a la política y a la acción sanitaria generales,
- el grado en que la acción propuesta es compatible con las políticas y con la acción en el sector de la salud estomatológica,
- el grado en que la estrategia favorece o crea tendencias a largo plazo convenientes,
- la probabilidad de éxito en el logro de los objetivos cuantificados dentro del período del tiempo apetecido,
- la ausencia de limitaciones financiera o humanas en ese momento o en un futuro previsible,
- la relación de costo y eficacia,
- el grado de previsibilidad de efectos o beneficios secundarios, deseables o no deseables.

Puede ocurrir en algunos casos que la elección definitiva deba hacerse sobre la base de apreciaciones subjetivas. Como quiera que se tomen las decisiones, debe dejarse constancia explícita para futura referencia, de los supuestos y las consideraciones que se hayan utilizado.

2.4.6.1 CONSULTA CON LOS SUPERIORES.

Hay que procurar que los documentos estén preparados de tal modo, que quienes hayan de adoptar las decisiones puedan seguir el proceso de planificación y decisión y comprender las razones en que se funda la recomendación de ciertas estrategias. Es importante conseguir que en ese momento los interlocutores formulen preguntas, expresen sus inquietudes y opiniones y den directrices al respecto. Quizá sea necesario volver más tarde con respuestas concretas y con argumentos de mayor alcance para apoyar la recomendación antes expuesta. Antes de pasar a la fase siguiente conviene obtener por lo menos un acuerdo provisional.

2.4.7 FORMULACION DEL PROGRAMA.

Cuando se hayan determinado, descrito y elegido las estrategias y su aplicación conjunta se considere posible con los recursos nacionales de que se dispone, los documentos preparados y los debates que sigan darán la orientación necesaria para dar con el programa efectivo.

En el plan se describen con más detalles que en la o las estrategias correspondientes el criterio técnico, los métodos y procedimientos (tecnología) y el modo en que se aplicarán y dirigirán (aplicación); además, se especifica la vo-

blación a la que el programa se dirige (grupos geopolíticos), demográficos, etc.), la cobertura esperada, los cambios políticos e institucionales necesarios en su caso y quien aplicará la estrategia (personal), con que recursos, y cuándo -- (cronología). En otras palabras, en el plan debe indicarse -- con precisión lo que ha de hacerse, quién ha de hacerlo, con que métodos, cuándo y a que costo. En general la formulación de programas comprenderá la compilación y consolidación de -- los análisis de datos y de las decisiones adoptadas en las -- etapas precedentes y comprenderá:

- una breve reseña de la situación existente, comprendido el enunciado de los problemas,
- una exposición de los objetivos y de las estrategias,
- una lista de las actividades del programa y de los resultados que se espera alcanzar con ella,
- una descripción de los criterios administrativos (autoridad y responsabilidades) para la ejecución,
- un plan general de actividades,
- la especificación de los recursos materiales y de personal necesarios,
- una estimación de las necesidades presupuestarias, -- comprendidos el capital y los gastos fijos,
- los métodos de evaluación.

Conviene a continuación exponer el plan de acción pro-- puesto a quienes hayan de adoptar la decisión, consultarles -- al respecto y modificar el plan una vez más detenido en cuenta las reacciones observadas.

2.5 EVALUACION.

Se ha dicho que la evaluación es el espejo de la planificación, puesto que su finalidad consiste en determinar la -- utilidad o el mérito del programa planificado, averiguar si -- se ejecuta realmente el modo prescrito y descubrir si se obtienen efectivamente los resultados requeridos y el rendimiento previsto.

Un programa de educación sanitaria puede tener como objetivo lograr que pase del 20% al 30% la proporción de personas que utilicen al año los servicios disponibles, o un pro-- grama preventivo, puede tener por finalidad disminuir en un -- 20% el número de dientes cariados, ausentes u obturados en un grupo de edad determinado. En un plan integrado, la formación de personal está vinculada a estos objetivos y, si los --

objetivos no alcanzan de la forma prevista, sólo su oportuna evaluación puede evitar que se produzca un serio desequilibrio.

En la planificación y evaluación de todos los programas es indispensable tener en cuenta las dimensiones y los factores determinantes de las actitudes y del comportamiento; para la evaluación existen 2 tipos de mediciones:

Mediciones directas.

Las mediciones directas sirven para comparar los datos (antes y después) respecto de aquellas variables que se pretende cambiar con el programa. Este medio se ha utilizado a menudo en programas de fluoración del abastecimiento público de agua. Es evidente que tales datos son de suma utilidad para la evaluación del programa y para la comunicación de los resultados obtenidos.

Mediciones indirectas.

Puede suceder que los resultados de una acción determinada no queden clara o inmediatamente de manifiesto o no sean fáciles de medir y resulte necesario por lo tanto, recurrir a indicadores de los efectos del programa.

Por ejemplo; se tardaría muchos años en medir directamente los efectos de un programa de educación sanitaria encaminada a reducir la pérdida de hueso por periodontopatías. En cambio, puede ser preciso a efectos de evaluación examinar factores como la modificación de las prácticas de higiene bucal, los niveles de higiene bucal y de prevalencia de gingivitis. Es evidente que puede haber riesgo en los métodos indirectos de atribuir efectos a determinadas acciones.

La evaluación se efectúa por referencia a normas, condiciones, cualidades o atributos sobre la base de cierta escala de valores.

Las principales características utilizadas como criterios para la evaluación de los programas de salud son las siguientes:

- Eficacia; ¿ ha permitido el programa el objetivo establecido?
- Rendimiento; ¿ cuánto ha costado alcanzar el objetivo establecido en términos absolutos y en comparación con lo que se había previsto?

útil para alcanzar los objetivos establecidos? ¿ es óptima la aceptabilidad de la estrategia?

-Suficiencia; ¿ha abarcado el programa en todo o sólo en parte el problema de salud que se pretendía resolver? -
¿cual es el grado de disponibilidad para los diversos sectores de la población?.

3. EDUCACION SANITARIA E HIGIENE DENTAL.

INFORME DE UN COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS.

Del 2 al 8 de diciembre de 1969 se reunió en Ginebra un Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria e Higiene Dental. El Dr. J. Karefa-Smart, Subdirector General, inauguró la reunión en nombre del Director General y dió la bienvenida a los miembros del Comité y a los representantes de la Federación Dental Internacional y de la Unión Internacional -- para la Educación Sanitaria.

En su alocución inaugural, el Dr. Karefa-Smart señaló -- que la OMS había convocado ya nueve reuniones de grupos internacionales de expertos para examinar cuestiones relativas a -- la higiene dental, y cinco para tratar de problemas de educación sanitaria, pero que era la primera vez que se confiaba a un grupo de expertos de exámen a fondo de cuestiones relacionadas con ambas disciplinas. En efecto, para llegar a un nivel satisfactorio de salud bucodental, es esencial educar a -- los individuos de manera que adquieran hábitos sanos de higiene dental. El Dr. Karefa-Smart expresó la convicción de que los trabajos del Comité serían sumamente útiles para los servicios de salud y para las instituciones de educación de los Estados Miembros de la Organización.

3.1 PROBLEMAS PRIORITARIOS DE HIGIENE DENTAL Y NECESIDADES CORRESPONDIENTES EN MATERIA DE EDUCACION SANITARIA.

3.1.1 RELACION ENTRE SALUD DENTAL Y SALUD EN GENERAL.

Según la Constitución de la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición se aplica al individuo en su totalidad, por lo tanto a la parte del organismo que es la cavidad bucal.

La salud dental es el estado de normalidad funcional de los dientes y del parodencio, así como de las partes vecinas de la cavidad bucal y de las diversas estructuras relacionadas con la masticación y que forman parte del complejo maxilo facial. El alcance de la salud dental es por consiguiente -- más amplio de lo que ese término da a entender, y tal vez fue ra más exacto utilizar la expresión "salud bucal".

La salud dental es inseparable de la salud en general - porque las enfermedades de la cavidad bucal pueden ser una -- manifestación o un factor agravante de ciertos trastornos generalizados. Por consiguiente, toda medida encaminada a mejorar o a conservar la salud dental puede ser sumamente importante para la protección de la salud general.

3.1.2 OBSTACULOS QUE SE OPONEN A LA ADOPCION DE UN CONCEPTO POSITIVO DE LA SALUD DENTAL.

Con frecuencia los primeros síntomas de una enfermedad, y en particular de una odontopatía, pasan desapercibidos o -- apenas se les concede importancia.

El carácter crónico, recurrente, irreversible, acumulativo y generalizado de las odontopatías, hace difícil la adopción de un concepto positivo de la salud dental. Esas características contribuyen a acreditar la creencia de que los problemas dentales son inevitables y que su prevención es imposible.

Algunos protegen sus dientes por su valor funcional y -- estético otros lo cuidan porque estiman que contribuyen a su bienestar social y mental; y, por último, para muchos la dentadura parece tener tan poco valor que apenas hacen nada por conservarla o protegerla.

Estas dificultades se agravan por el hecho de que las -- prótesis dentales son relativamente eficaces, cómodas y socialmente aceptables.

Otros obstáculos importantes que se oponen a la adopción de un concepto positivo de la salud dental son el carácter poco espectacular de la mayoría de las odontopatías; la -- asociación del tratamiento de esas enfermedades con la idea de dolor, de molestia e incluso de angustia; y la falta de -- constancia que demuestran muchas personas para aplicar con regularidad las prácticas de higiene bucal y general necesarias para prevenir o curar las infecciones dentales.

3.2 CARIES DENTAL Y PARODONTOPATIAS.

3.2.1 CONSIDERACIONES FUNDAMENTALES.

La caries dental tiende a ser más frecuente entre los -- jóvenes y las parodontopatías entre los adultos. En ambos -- casos se trata de enfermedades crónicas destructivas; en efec

to, la caries destruye los tejidos duros de los dientes, y -- las paradontopatías las estructuras y tejidos de sostén. Ambas dolencias pueden causar dolor, infecciones, desfiguramiento, alteración de ciertas funciones y problemas de orden psicológico.

Investigaciones recientes han puesto de manifiesto la -- presencia de un factor común, en las fases iniciales de la -- evolución de las dos enfermedades, a saber, la formación de -- "placas" en la superficie del diente. Las placas se componen de materias orgánicas e inorgánicas en las que se desarrollan microorganismos que pueden ser nocivos tanto para los tejidos dentales como para el parodonto.

En el caso de la caries, el daño que sufre la estructura del diente es permanente e irreversible, y casi siempre -- exige la intervención del dentista; en cambio la inflamación de las encías se puede combatir, por lo general eficazmente, con una mejor higiene bucal.

3.2.2 CONSECUENCIAS PARA LA EDUCACION SANITARIA.

En el estado actual de los conocimientos la prevención de esas enfermedades exige una acción educativa que abarca -- tres puntos principales:

1. Adopción y aplicación regular e ininterrumpida de -- las prácticas recomendadas en materias de higiene bucal y alimentación;
2. Asistencia odontológica periódica, sea para el tratamiento precoz de enfermedades, sea para la aplica---ción de medidas específicas de prevención: aplica---ción tóptica de fluoruros para prevenir la caries dental o limpieza de los dientes por un dentista para -- prevenir las paradontopatías;
3. Aplicación de medidas que interesen al conjunto de -- la colectividad, por ejemplo: la fluoración del agua.

Puesto que la lucha contra la caries dental y las parodontopatías tiene una importancia decisiva para el mejora---miento de la salud dental en todo el mundo, es preciso darle la prioridad absoluta en los programas de educación sobre higiene dental.

3.3 DEFINICION, ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA EDUCACION SANITARIA EN RELACION CON LA HIGIENE DENTAL.

Como la educación sanitaria en materia de higiene dental forma parte integral de la educación sanitaria general, - será preciso para alcanzar los objetivos de la higiene dental, aplicar los principios y los métodos que han resultado eficaces en otros sectores de la educación sanitaria. La medida - en que se llegarán a alcanzar esos objetivos dependerá de una serie de factores interdependientes y en particular:

1. De la facilidad de acceso a los servicios de higiene dental y de la posibilidad, para los interesados, de recibir consejos de personas que les inspiren confianza;
2. De la posibilidad, desde el punto de vista económico, de poner en práctica las medidas de higiene dental preconizadas;
3. De la compatibilidad de las prácticas de higiene dental recomendadas con las costumbres, tradiciones y creencias de los individuos, las familias y los grupos;
4. La medida en que la población haya adquirido ya la educación suficiente para comprender y desear los beneficios que resultarán de la introducción de nuevos hábitos de higiene dental incluso si, como ocurre muchas veces, este cambio exige un importante sacrificio personal de carácter financiero, social o psicológico.

Es importante por lo tanto, que todo el personal de sanidad y cuantas personas participen en las actividades educativas de higiene dental sepan que las modificaciones del comportamiento en materia de higiene dental están condicionadas o realidades sociales, psicológicas y económicas, así como -- por la calidad, la importancia y la disponibilidad de los servicios.

Aunque no existe ningún método simple e infalible para hacer comprender a la gente la necesidad de modificar sus hábitos de higiene dental, esa educación es sin embargo necesaria en todos los estratos sociales a fin de obtener el máximo provecho de las inversiones hechas por un país para elevar el nivel de la higiene dental de su población.

En última instancia, el objetivo de todos los planes de educación sanitaria en materia de higiene dental es que todos los individuos consigan y mantengan para siempre un grado óptimo de salud dental y bucal. Aunque tal vez nunca se llegue

mucho mediante una aplicación acertada de los conocimientos - de que hoy se dispone sobre el comportamiento humano y sobre la manera de modificar los hábitos sociales y las ideas.

3.4 APLICACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN HIGIENE DENTAL

PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA
FOMENTO DE LA SALUD		
Educación sanitaria sobre higiene dental	Higiene dental individual	Medidas de localización de casos (por ejemplo, radiografías)
Propaganda en favor del reconocimiento dental periódico	Acción sobre el medio; fluoración del agua, aplicación tópica de fluoruros y otras medidas preventivas	Encuestas de localización (por ejemplo cáncer en la boca)
Alimentación racional adaptada de las diversas fases del desarrollo del individuo	Protección contra los accidentes de trabajo y los traumatismos deportivos - (el empleo de dispositivos de protección bucodental, etc.)	Sistemas de citación ulterior del paciente para nuevo examen
Vigilancia del desarrollo de la personalidad		Tratamiento de dientes careados
Asesoramiento en cuestiones de genética	Utilización de ciertos nutrientes carcinógenos -- (por ejemplo, medidas contra el hábito de fumar)	Limpieza de dientes por el dentista
Medidas destinadas a obtener condiciones de vida óptimas		Eliminación de infecciones
		Instalación de dispositivos de ortodoncia y espaciamento

PREVENCION TERCIARIA

LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
<p>Tratamiento para combatir la caries dental y las parodontitis, y para prevenir complicaciones y secuelas</p> <p>Colocación de prótesis con fines - funcionales o estéticos</p> <p>Tratamiento de otras anomalías y afecciones bucodentales</p>	<p>Instrucción sobre el empleo de las dentaduras postizas</p> <p>Educación prequirúrgica y postquirúrgica de los operados de la boca</p>

Con respecto a lo que se refiere a los programas de educación, están descritos en el capítulo número 2.

4. ENSEÑANZA DEL CEPILLADO

Todo odontólogo siente una clara responsabilidad hacia sus pacientes de aconsejarles debidamente la importancia del cepillado dental y recomendarles un tipo de cepillo, un dentífrico y la mejor técnica para llevar a cabo esa acción. No obstante, le resulta muy difícil determinar justo cual es el mejor consejo que puede dar. Y sin embargo, el odontólogo deberá elegir que diseño de cepillo dental recomendará, que técnica enseñará y cuanto énfasis deberá poner en la práctica en la enseñanza del cepillado.

4.1 DISEÑO DEL CEPILLO.

Existen pruebas de que en un tiempo el hombre masticaba una ramita de madera especial hasta que ese extremo se convertía en una especie de cepillo, que entonces utilizaba para limpiar los residuos. Desde este elemental comienzo de cepillo, ha evolucionado hasta el moderno cepillo, que en general posee un mango de celulosa o resina y cerdas de nylon.

El cepillo en sí, cualesquiera que fueren sus cerdas, no tienen efecto abrasivo sobre el esmalte y la dentina; en cuanto a su dureza, un cepillo demasiado rígido puede lacerar los delicados tejidos gingivales, por lo tanto hoy se recomienda un cepillo de cerdas blandas. Se recomienda para la dentición temporal un cepillo de cerdas blandas de nylon con una longitud total de 12 cm. y para la dentición mixta y permanente un cepillo de nylon de alrededor de 15 cm.

Los tres tipos clásicos de cepillo son: el recto recortado, el oval y el empenachado; es muy importante hacer notar que lo que interesa es que posea el tamaño ideal para que logre llegar a los lugares más difíciles en cuanto a espacio.

Se recomiendan tipos de cepillo comercial como: el ORAL B-30, TECK, LACTONA, y otros que son de fácil adquisición en el comercio.

4.2 TÉCNICAS DE CEPILLADO.

Los siete tipos de técnicas de cepillado son:

Método de refregado. Con esta técnica, se sostiene el cepillo con firmeza y se cepillan los dientes con un movimiento de atrás hacia adelante, similar al del refregado de un piso.

Método de Fones. Con los dientes en oclusión se presiona firmemente el cepillo contra los dientes y los tejidos gingivales y se lo hace girar en círculos de mayor diámetro posible.

Método de barrido o giro. Se colocan las cerdas del cepillo lo más alta que sea posible en el vestíbulo, con los lados de las cerdas tocando los tejidos gingivales. El paciente ejerce tanta presión lateral como los tejidos puedan soportar y mueve el cepillo hacia oclusal. Los tejidos se isquemian al hacer que la sangre se retire de los capilares. A medida que el cepillo se aproxima hacia el plano oclusal se lo va haciendo girar lentamente, de manera que son ahora los extremos de las cerdas las que toquen el diente en su esmalte. Al liberar la presión sobre las encías, la sangre vuelve a los capilares. Entonces se vuelve a colocar el cepillo alto en el vestíbulo y se repite el movimiento de giro. Se indica a los pacientes que en cada zona de haga seis claros movimientos hacia oclusal; después el cepillo pasa a una nueva zona.

Método de Charters. Se colocan los extremos de las cerdas en contacto con el esmalte dental y el tejido gingival, con las cerdas apuntando en un ángulo de 45° hacia el plano de oclusión. Se hace entonces buena presión hacia abajo y lateral con el cepillo y se lo vibra delicadamente de adelante hacia atrás, más o menos un milímetro. Esta presión vibratoria fuerza los extremos de las cerdas entre los dientes y limpia muy bien las caras proximales; esta técnica masajea también las caras interproximales.

Método fisiológico. Algunos aconsejan esta técnica por que creen que si los alimentos son introducidos en sentido apical durante la masticación, en la misma dirección deben ser cepillados dientes y encías. Con un cepillo muy blando, se cepillan los tejidos dentales y gingivales desde la corona hacia la raíz en un suave movimiento de barrido. Aunque la técnica puede ser eficaz, se ha de advertir que al emplearlo se debe poner mucho cuidado.

Método de Bass. Para el cepillado de las caras vestibulares y linguales se fuerzan las cerdas directamente en las hendiduras gingivales y en los surcos entre los dientes en un ángulo de unos 45° con respecto de los ejes mayores dentarios. Se fuerzan las cerdas dentro de las hendiduras cuanto sea posible y con movimientos anteroposteriores cortos del cepillo se desaloja todo el material blando de los dientes, dentro de las hendiduras al cual pueden llegar. Al mismo tiempo, se ---

limpian los dientes por sobre el tejido gingival, en los nichos y entre los dientes lo más lejos que puedan llegar las cerdas. Las superficies oclusales se cepillan aplicando las cerdas a la superficie, presionando firmemente y moviendo el cepillo en sentido anteroposterior en acciones cortas.

Los dientes anteriores se cepillan por lingual dirigiendo las cerdas del talón o del costado del cepillo hacia las hendiduras gingivales y espacios interdentarios en alrededor de 45° como en los demás lugares.

El método que se ha de recomendar y enseñar al paciente depende de la evaluación del odontólogo, de las necesidades del paciente.

Suomi revisó recientemente la literatura sobre los aspectos preventivos de las enfermedades periodontales, para el Consejo de Investigaciones Odontológicas y concluyó, que se había acumulado evidencias, suficiente para indicar que el mantenimiento de los dientes limpios es eficaz como control de la enfermedad periodontal y que el cepillado dentario es el método más recomendado comúnmente para la conservación de los dientes.

Sin embargo, observó que no hay un método de cepillado que haya demostrado una clara superioridad sobre los demás, sino que más importante para el mantenimiento de la salud periodontal es la minuciosidad de la remoción de residuos y placa por la aplicación cuidadosa y correcta de cualquier método de cepillado. Con respecto a los dentríficos opinó que son muy útiles para limpiar los dientes, pero que su exagerado uso cuando poseen fuertes abrasivos, está contraindicado, principalmente cuando están expuestas las partes más blandas de los dientes. Esta revisión de la literatura dió como resultado su conclusión de que no hay una clase particular de cepillado que puede ser recomendada para todas las personas, sino que el odontólogo debe ajustar sus instrucciones y la selección del cepillo a las características individuales del paciente.

Otro método popular para el cepillado de la dentición mixta y adulta joven, que se enseña hoy, está basado sobre el método de Bass. Se coloca el mango paralelo a las superficies oclusales; las cerdas se dirigen en ángulo aproximado de 45° con respecto al eje mayor del diente hacia la línea gingival.

Para el cepillado se utilizan movimientos cortos antero posteriores (no de arriba hacia abajo), permitiendo que las cerdas permanescan en el mismo lugar.

4.2.1 METODO DE CEPILLADO PARA LA DENTICION MIXTA Y ADULTA JOVEN.

La técnica del barrido o giro es muy aceptable para la dentición mixta y adulta joven. Es un método que no es excesivamente complicado o difícil, y hará un buen trabajo de estimulación de los tejidos gingivales además de limpiar los tejidos de los dientes. Si hubiera parodontitis, se puede enseñar la técnica vibratoria de Stillman, como complemento de la del barrido. Al ir el cepillado hacia oclusal y girar suavemente, el mango puede ser vibrado suavemente para forzar las cerdas entre los dientes. El tiempo mínimo recomendable es de 3 minutos.

4.2.2 METODO DE CEPILLADO DE LA DENTICION TEMPORAL.

Kimmelman y Tassman señalaron que la acción del fregado desaloja mejor los residuos de las superficies dentales de los dientes temporales.

El diente temporal y la anatomía de las arcadas, en particular con las prominencias cervicales de las caras vestibulares, permiten una limpieza mucho mejor si se utilizan movimientos horizontales. Además, la presencia de esos rebordes cervicales protegen el tejido gingival y proporciona seguridad desde ese punto de vista.

4.3 PAPEL DE LOS PADRES EN EL CEPILLADO.

McCURE incluyó 175 preescolares en un estudio de observación de la eficacia del niño al cepillarse los dientes, en comparación con los resultados cuando son los padres quienes se los cepillan. Al mismo tiempo, comparó la eficiencia de la técnica de fregado horizontal con la del barrido o giro, realizada por el niño y por los padres.

Un grupo de niños se cepilló los dientes sin indicación alguna; otro grupo lo hizo con técnica de barrido, que le fué enseñado; y un tercer grupo aplicó la técnica horizontal del fregado, también enseñado.

En todos los casos, los padres cepillaron mejor que los niños. El fregado horizontal demostró ser más eficaz que el

método del barrido y giro en la dentición temporal. Los padres que habían sido instruidos cepillaron con mayor eficacia que los otros. Es muy interesante señalar que los que cepillan sin haber sido enseñados, realizaron una labor más eficaz que el grupo que había sido instruido en la técnica del barrido o giro. Pero se observó que el grupo que no había sido instruido en realidad empleaba la técnica del fregado horizontal, que parece ser más natural para ellos.

Recientemente, Sanges y colaboradores informaron que en 41 niños de 5 años, con técnica de fregado horizontal dió colores de placa significativamente inferiores a las caras vestibulares y linguales frente a la técnica de barrido resultando aprobatoria la labor de McClore. Que los padres cepillan a los hijos mejor que ellos mismos. Por lo tanto hay que enseñar al padre del preescolar a que cepille los dientes y que emplee la técnica de fregado horizontal; técnica para el cepillado de los dientes por los padres.

El niño se para delante de la madre con su espalda contra ella. La madre, con su brazo izquierdo sostiene la cabeza del pequeño, con los dedos de la mano izquierda separa el labio cuando cepilla anteriores inferiores, le queda la mano derecha libre para cepillar. Así puede cepillar todas las caras de los dientes inferiores, los dedos de la mano izquierda pueden utilizarse para separar los carrillos cuando cepilla los dientes posteriores, el dorso de la cabeza del cepillo mantiene separada la lengua mientras está cepillando las caras linguales de los dientes inferiores.

Cuando se cepillan los dientes del maxilar superior, se le pide al niño que eche la cabeza ligeramente hacia atrás, por observación directa, la madre tiene una visión adecuada y buen acceso a cepillar las superficies dentales. Una vez más los dedos de la mano izquierda pueden servir para separar los labios y el carrillo.

Recomendamos antes que en la dentición mixta se emplee la técnica de barrido o giro, a los padres se les indica que cepillen los dientes de los hijos, y al terminar la limpieza, que alienten al pequeño a que él también se cepille.

Sin embargo, no se dan instrucciones específicas al niño. Habitualmente recurrirá a la técnica del fregado horizontal, pero no se hará intento de adentrarlo en ningún método, puesto que cuando comienzan a erupcionar los dientes permanentes anteriores, se le deberá explicar el método del barrido vertical.

Los padres deben proseguir cepillando hasta que el niño demuestre su eficiencia e interés en llevar a cabo el procedimiento por sí mismo (9 ó 10 años).

4.4 CEPILLO DENTAL ELECTRICO.

El cepillo eléctrico elimina mucho más residuos y placa que el manual cuando lo usan los niños y empleado por los padres también hallaron que los padres obtenían mejores resultados en ambos métodos que los niños.

El cepillo eléctrico era más eficaz que el manual en la limpieza de los dientes de los niños. Por cierto - los padres pueden cumplir en el hijo preescolar, con el cepillo manual, un cepillado eficiente, tanto como el que pueden efectuar los niños mayores con un cepillo manual si están motivados debidamente.

4.5 EL DENTRIFICO

Los fluorados son los que reciben más atención en la última década y han recibido un apoyo considerable como resultado de la documentación de su eficacia. De hecho, el consejo de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Norteamericana clasificó en el grupo A. Crest, con fluoruro estañoso, y Colgate con MFP, con monofluorofosfato de sodio.

Jordan y Peterson condujeron también estudios con dentrífico fluorurado y demostraron que el dentrífico es eficaz como agente preventivo de caries.

En base a los estudios realizados se recomienda el dentrífico con fluoruro estañoso.

4.6 ENJUAGUE Y DEGLUTA.

Hay que alentar a los pacientes, si no pueden cepillarse inmediatamente después de cada comida, a que se enjuaguen minuciosamente la boca con agua y que deglutan. Hay que alentarlos a que repitan éste procedimiento cuatro o cinco veces inmediatamente después de comer.

La eficacia de éste procedimiento estará directamente relacionada con lo bien que el odontólogo o la higienista hayan motivado al paciente, para que practique éste método adicional de prevención. Es muy probable que, si ésta prueba fue

re demostrada al paciente estaría mucho mejor motivado.

Las caras proximales donde no llegan las cerdas y dentro de las hendiduras gingivales pueden ser limpiadas con el uso apropiado del hilo dental ya que son unas zonas muy importantes.

La mayoría de los odontólogos están acordes, que para eliminar toda la placa de los dientes, hay que usar la combinación de cepillado e hilo. Sin duda, la mayor falla en los programas de higiene bucal es el uso inadecuado del hilo dental.

Han sido propuestas ciertas técnicas para el uso adecuado del hilo:

- 1) Usando 60 a 90 cm. de hilo sin encerar, se envuelven alrededor del dedo medio de la mano derecha, excepto unos 20 cms.
- 2) Envuelva bastante del extremo libre en torno del dedo medio izquierdo para sostenerlo.
- 3) Ubique el hilo sobre las puntas de los pulgares o del pulgar e índice, o de ambos índices, manteniendo una distancia de unos 2.5 cm.
- 4) Pase el hilo entre cada par de dientes; ésto se hace con un movimiento de serrucho por entre los puntos de contacto. No se lo ha de pasar de golpe.
- 5) Después de pasar el hilo entre los puntos de contacto, se lo curva abrazando el diente anterior y se lleva hacia abajo del tejido gingival hasta sentir una resistencia. Lo mismo se hace con la cara mesial del diente posterior del par.
- 6) A medida que el hilo se deshilacha o ensucia, se desenvuelve del dedo medio derecho y se envuelve en el izquierdo, algo así como el carrete recolector en un gravador de cinta.

4.7 ENSEÑANZA DEL CEPILLADO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

Una rutina organizada para instruir a los pacientes en el cepillado dental es lo que hace falta si el odontólogo espera ser eficiente en la motivación para que se cepillen correctamente.

El uso regular del cepillo dental antes de retirarse y después de cada comida ayudará mucho a mantener la buena salud de los tejidos blandos que rodean al diente. Por cierto - éste tipo de cuidado debe ser enseñado y alentado en los pacientes de poca edad.

Hay considerable evidencia de que el cepillado dental - contribuye a reducir las caries. Para que sea eficaz en éste sentido, debe realizarse inmediatamente después de cada comida. Hallazgos estadísticos indican que el cepillado inmediatamente después de las comidas reduce la caries en un 50%.

Idealmente, entonces, los dientes debieran ser cepillados con eficacia e inmediatamente después de cada comida. Además, los dientes deben ser cepillados y limpiados con hilo todas las noches, entre la última comida y al acostarse.

Para que un programa preventivo sea eficaz, quienes enseñen las medidas preventivas deben entender los hechos fundamentales en la etiología de la caries dental y la enfermedad periodontal para comunicar esa información a sus pacientes como una base de motivación para los cuidados hogareños.

Debemos aprender mucho más y tomar los aspectos psicológicos y emocionales en la motivación, para llevar los programas preventivos especiales sobre una base que se mantenga.

4.8 AUXILIARES DEL CEPILLADO.

Además del hilo dental que debe indicarse, se presentan otros auxiliares del cepillado.

4.8.1 USO DE ESTIMULADORES INTERDENTALES, PALILLOS DE DIENTES Y CEPILLOS INTERDENTALES.

Se recomienda para remover la placa interdental o interproximal en aquellos casos en que por cualquier circunstancia existe un espacio entre los dientes, o cuando hay un mal alineamiento de los dientes cuyas características no permiten la limpieza con la seda o el cepillo dental.

Muchos pacientes usan estos elementos para remover restos de alimentos de entre los dientes, pero no para remover la placa.

Para este último objetivo, el estimulador o palillo de-

be presionarse sobre la superficie dentaria y no aplicarse solo en el centro del espacio interdentario. En cualquier caso deben considerarse los recaudos necesarios para no traumatizar la papila interdientaria o forzar la creación de un espacio donde no existía ninguno. En consecuencia en aquellas personas jóvenes con buenos espacios interproximales, y papila interdental normal, no se deben utilizar ni palillos ni estimuladores.

Otra indicación del uso de palillo de dientes es en aquellos casos en que la existencia de bolsas parodontales aún después de ser tratadas, exponen al medio bucal superficies radiculares en el área interproximal, o en la bifurcación radicular, o en cualquier otra superficie dentaria, cuya placa no puede ser removida ni con la seda ni con el cepillo.

4.8.2 CEPILLOS INTERPROXIMALES.

Son semejantes a los usados para limpiar pipas, y se pasan entre los dientes cuando existen espacios que lo permiten. Se emplean con un movimiento de frotación contra las superficies proximales.

4.8.3 LIMPIADORES DE PUENTES.

Las superficies gingivales de los tramos de puente, o las proximales de las restauraciones o dientes de anclaje presentan acumulación de placa.

Para pasar la seda por debajo de tramos de puente, o soldaduras entre anclajes y tramos, o entre incrustaciones que forman un splint, se usa un enhebrador, que es suficientemente rígido como para pasar a través de éstos obstáculos y lo bastante flexible como para ser soblado y manejado con facilidad, esta placa debe ser removida una vez que la seda ha sido pasada.

4.8.4 IRRIGADORES DENTALES.

La American Dental Association ha reconocido varios de éstos como elementos auxiliares de higiene bucal capaces de contribuir a remoción de residuos alimenticios y otros depósitos adheridos tenuemente a las superficies dentarias. Son particularmente útiles en pacientes con puentes fijos, tratamiento ortodóncico, restauraciones inaccesibles o mal posiciones, es decir en todos aquellos casos en que existan dificult-

tades en el uso adecuado del cepillo y/o seda dental. Debe darse las indicaciones correspondientes, pues se han presentado caso de daño gingival por no saberlo usar. Entre otras cosas, a los pacientes se les debe de enseñar, a emplear presiones de agua moderadas y a dirigir la corriente de agua perpendicular al eje de los dientes, con efecto de reducir la posibilidad de daño a los tejidos gingivales y-o forzar cuerpos extraños dentro de la crevica.

Los irrigadores gingivales tienen poca utilidad en la remoción de placa y, por lo tanto, en el mejoramiento de inflamaciones gingivales.

4.8.5 ENJUAGATORIOS BUCALES.

Tienen poco o ningún efecto sobre la salud gingival. Distintos centros de investigación están actualmente estudiando la posibilidad de incorporar agentes terapéuticos, en la mayoría de los casos antibacterianos, a los enjuagatorios y aunque por ahora no hay indicación concreta de su utilidad clínica, se espera que algunos depararán buenos resultados en el futuro.

5. NUTRICION Y SALUD DENTAL.

No debiera haber necesidad de justificar la importancia de la nutrición en campo alguno de las ciencias médicas, puesto que la ingestión correcta de todos los nutrientes cada día, en toda edad es vital para la preservación y mantenimiento de la vida.

Una definición muy general de nutrición dice: La ciencia que se ocupa de los alimentos y nutrientes y su papel en alcanzar y mantener la salud.

5.1 IMPORTANCIA DE LA NUTRICION.

¿Cómo contestan los odontólogos la pregunta "porque -- considera usted que la nutrición es una parte importante de -- su ejercicio profesional"?

La respuesta más frecuente es "por el papel de una correcta ingestión de alimentos en la prevención de la caries dental". Este aspecto de la nutrición, claro está, es muy importante, pero ahora la luz de los conocimientos actuales, -- hay que considerar la importancia de la nutrición no sólo para la cavidad bucal sino para la salud íntegra y felicidad -- del individuo, la familia, la comunidad y el país.

No todos los individuos disfrutan hoy los debidos nutrientes alimenticios que están a su disposición, por muchas causas; nivel socioeconómico, malos hábitos alimenticios, costumbres religiosas y sociales.

Los investigadores están procurando allanar otras fuentes de alimentos, por lo tanto nuestros conceptos sobre lo que es un alimento puede cambiar drásticamente. Han sido creadas -- harinas de alto contenido proteínico a partir de semillas de plantas y pescado molido. Se probó con las algas como alimento para los animales sobre todo, pero también para seres humanos.

Como muchas personas tienen en la actualidad muy malos hábitos alimenticios, el asesoramiento del paciente pequeño, en lo que concierne a una dieta adecuada y como lograrla, podría mejorar materialmente la conciencia pública de la importancia de una buena nutrición.

5.2 PAPEL DE LA NUTRICION EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

En el ritmo más rápido de crecimiento se produce en el período prenatal y en la primera infancia. De los 2 a los 5 años, disminuye; hay una ligera aceleración de los 6 a los 8 años lo cual es conocido como el brote de crecimiento prepuberal. En la pubertad, que se produce de los 9 a los 12 años - en las niñas y de los 12 a los 15 en los varones, se produce el último gran período de crecimiento y desarrollo.

De los 2 a los 5 años, es cuando muchos niños son vis--tos por primera vez por el odontólogo. Es también en éste momento en que el apetito de muchos niños está disminuído por - las exigencias fisiológicas reducidas de alimentos.

Muy a menudo, por la presión paterna, se ponen de mani--fiesto problemas de alimentación de éstos niños. ¿Cuál será la importancia entonces de una sesión de asesoramiento nutri--cional a los padres durante el tratamiento del niños, expli--cando que es conveniente para la salud dental la reducción de hidratos de carbono refinados ?.

Si se proporcionan al niño los nutrientes adecuados pa--ra el crecimiento, se puede esperar la observación, dentro de límites normales de una tendencia general al crecimiento a --ese niño. A la inversa si no se produce el patrón esperado - de crecimiento se puede sospechar que algún factor perturba - el patrón normal de crecimiento; por ejemplo: ingestión dismi--nuida de alimentos, enfermedades, factores genéticos y problemas emocionales.

5.3 VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL.

Es realmente una necesidad tener en cuenta el estado nutricional del niño, que se refleja parcialmente en el estado bucal, por lo tanto, en la apreciación de la salud total y el estado nutricional del niño ayudarán incommensurablemente en la observación del conjunto del paciente.

Para poder llevar a cabo esta valoración existen varias maneras para juzgarlo; pero hay dos métodos que están al al--cance del profesionista: la evaluación clínica y examen de la dieta.

5.3.1 EVALUACION CLINICA.

Si bien un examen físico completo del paciente no está dentro de los alcances de un odontólogo, se pueden aprender muchas cosas del paciente con sólo observar su aspecto físico y preguntar a los padres, con buen criterio sobre hábitos de alimentación, sueño e higiene. El niño también tiene problema con la alimentación. La observación de la piel, cabello, uñas y tono muscular, por ejemplo proporciona claves para determinar si el niño está bien nutrido. Durante el examen de rutina, la observación de las mucosas de los dientes, puede dar un índice del nivel de nutrición del paciente. Por ejemplo, los estados anémicos pueden hacer que la mucosa bucal es te más pálida que lo normal. Las deficiencias vitamínicas, - tiamina, riboflavina, niacina, pueden dar por resultado una - mucosa enrojecida, agresiva.

5.3.2 EXAMEN DE LA DIETA.

El empleo de un examen de la dieta no sólo es valioso - desde el punto de vista del suministro de información conser- niente a los hábitos de comida y su relación con las caries - dentales, sino que también pueden mostrar deficiencias en la ingestión de nutrientes que se reflejan en un nivel nutritivo subnormal. Cuando se emplee el examen de la dieta, sin embar- go, hay que recordar que este tipo de adquisición subjetiva - de información pueden tener poco valor si el paciente o los - padres "arreglan" el examen para que parezca bueno.

Al analizar la dieta, es útil determinar la adecuación de la dieta total comparándola con las cantidades dietéticas recomendadas y los Cuadros Básicos de Grupos Alimenticios. - Pero esta referencia es adecuada para promedios en grupos y - puede no serlo necesariamente para los individuos. Por lo -- tanto, deben ser empleadas como punto de referencia y no como norma absoluta. Si el examen de un paciente no cumpliera con las normas, no significa nec... ente que esté mal nutrido. Una ingestión deficiente se... por signos clínicos de ma la nutrición son aún la evidencia... positiva de que existe un estado de mala nutrición.

Otras maneras de juzgar el estado nutritivo son las prue- bas bioquímicas y las tablas... de crecimiento. Es-- tos métodos, en general, no... bien en el consultorio odontológico.

5.4 FACTORES QUE AFECTAN LA INGESTION DE LOS NUTRIENTES RECOMENDADOS.

Muchas convicciones respecto de la alimentación de los niños son incorrectas y pueden hacer mucho daño si los padres no saben corregirlas. Por ejemplo, es muy corriente creer -- que a los niños hay que darles más y más comida a medida que crecen y son más activos.

Sin embargo, es el índice del crecimiento del niño y no su actividad la que determina fundamentalmente el apetito. -- Cuando el índice de crecimiento disminuye, también disminuye el apetito.

Acerca de la cantidad de agua que debe ser ingerida: -- medio litro, o tres cuartos, son suficientes para la mayoría de los niños hasta la adolescencia, siempre que la dieta esté equilibrada en otros sentidos. Los niños con frecuencia rehúsan los vegetales. Cuando esto ocurre, se les reemplaza con frutas. Para algunos niños, las frutas son más sabrosas que los vegetales: La protección contra las infecciones, la formación de eritrocitos, enzimas y hormonas, y otras funciones importantes son estimuladas por la proteína que es de suma -- importancia para el organismo.

La leche es quizá el alimento más importante del bebé, pero al comenzar el segundo año se torna menos importante; -- como la leche es voluminosa, satisface el hambre y reduce el deseo de alimentos proteínicos sólidos y ésto provocará un de sequilibrio en la dieta; cuando se presentase el caso, de que el niño no quiere comer, no se le debe de forzar, pues la -- preocupación de los padres, por el pensamiento de que morirá de hambre, es erróneo, ya que un niño con aptitudes normales no muere de hambre. Si se le forza, se le puede crear un ver dadero disgusto por comer, y el niño se llenará de bebidas, -- masitas, galletitas, emparedados y golosinas entre comidas.

Algunos padres no quieren que sus hijos pasen hambre, y creen que deben mantenerlos llenos de alimentos de una clase u otra a toda hora. En verdad, la satisfacción del hambre en tre comidas es un placer; pero muchas madres, a las cuales na da les gustaría más que ver a sus hijos, sentarse a la mesa y hacer una buena comida no les permiten que lleguen a tener -- bastante hambre como para ello.

Muchos son los que piensan que el niño eligirá por sí --

mismo una buena dieta, cualesquiera fueran los alimentos disponibles.

Rust, señaló que muchos niños, en particular aquellos - que desarrollan un disgusto por comer a la hora de las comidas porque se les fuerza, consumirán dietas desequilibradas y dañosas si se les permite comer cuando quieren y lo que quieren. Con frecuencia, en esos niños se puede generar una mala nutrición, y así ocurre.

5.5 REGLAS BASICAS PARA ALIMENTAR SATISFACTORIAMENTE A LOS NIÑOS.

Rust, enumeró seis reglas básicas que, bien entendidas y practicadas, debieran eliminar casi todas las dificultades de alimentación de los niños:

1. Evite alimentación forzada; puede dar por resultado la creación de un odio por los alimentos y una disminución de su ingestión.
2. Desaliente el comer entre comidas, de manera que se establezcan buenos hábitos de alimentación y que la caries dental pueda ser prevenida y reprimida.
3. Evite todo comentario que atribuya una importancia - indebida aún determinado alimento. Utilizar el postre como soborno para que el niño como sus vegetales, es tan ineficaz como el soborno para una buena conducta en otras actividades.
4. Evite la ingestión excesiva de leche; sólo sirve para reducir el hambre y el deseo natural de otros alimentos básicos.
5. Evite la ingestión excesiva de hidratos de carbono - refinados; con demasiada frecuencia se los concede - sólo para satisfacer el hambre del niño.
6. Haga de la hora de la comida un acontecimiento familiar agradable, con la comida como algo incidental. Este enfoque le permitirá obtener muchos beneficios, no sólo en mejores resultados nutricionales, sino a menudo el relajamiento de tensiones y mejores patrones de conducta del niño.

Desde un punto de vista práctico, la consideración más importante es la educación de los padres sobre un enfoque fi-

biológico correcto para resolver los problemas nutricionales. El conocimiento de los principios básicos involucrados es esencial para las profesiones médicas y odontológicas para guiar y asesorar correctamente a los padres con que tratan.

5.6 COMPONENTES DE UNA DIETA ADECUADA.

Los nutrientes se han clasificado en seis grupos principales; proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua.

A todos éstos se les necesita diariamente para promover un crecimiento óptimo, para mantener los tejidos corporales y para regular la función metabólica.

5.6.1 PROTEINA.

Las proteínas son nutrientes específicamente requeridos por el organismo para el crecimiento, la reparación de los tejidos y la síntesis de muchos constituyentes del organismo como anticuerpos, hormonas y enzimas.

La importancia de las proteínas se refleja en el nombre derivado del griego "de primera importancia". Bioquímicamente, las proteínas son cadenas de aminoácidos unidas entre sí por la unión peptídica. Las características individuales de cada proteína son determinadas por el número, secuencia y disposición especial de los aminoácidos que integran la proteína.

Hay 22 aminoácidos que en proporciones y combinaciones variables forman las proteínas. Las que no pueden ser sintetizadas por el organismo para satisfacer los requisitos diarios se denominan "indispensables". Los que se pueden formar por degradación de un aminoácido indispensable, como la tiroxina de la fenilamina, se denominan "semidispensables". Los aminoácidos que se sintetizan en el organismo en cantidades suficientes para satisfacer los requisitos diarios se denominan "dispensables".

En general, las proteínas animales son más completas y de un mayor valor biológico que las proteínas vegetales. - - Ejemplos típicos de buenas fuentes de proteínas animales son: carnes, huevo, pescados, leche y otros productos lácteos. - - Ejemplos de las fuentes de proteínas vegetales son: trigo, cebada, maíz, avena y legumbres como semillas de soya u otros tipos de legumbres secas.

Durante los primeros períodos de crecimiento, los requisitos de proteína pueden llegar a 4 o 5 gr./ kg. de peso corporal por día. Durante el embarazo y la lactancia, las necesidades diarias de proteínas se elevan de un 20 a un 40%. Durante los períodos de convalecencia, las exigencias de proteínas pueden llegar a ser hasta de 4.0 gr./ Kg. de peso corporal por día.

5.6.2 HIDRATOS DE CARBONO.

Los hidratos de carbono, incluyendo almidones, azúcares, gomas y dextrinas, Con la hidrólisis, los hidratos de carbono más complejos dan azúcares más simples. Estos azúcares son los monosacáridos (fructosa, glucosa, fructosa, galactosa), y los polisacáridos (almidones, celulosas).

Los hidratos de carbono de mayor significación nutritiva son los sacáridos y los almidones.

La función principal de los hidratos de carbono es proporcionar energía para el trabajo químico del organismo, en especial las dextrinas proporcionan un ambiente adecuado para la promoción de una flora intestinal favorable.

Hay evidencias recientes que sugieren que los niveles incrementados de triglicéridos en sangre, así como los del colesterol podrían estar asociados con la enfermedad de las arterias coronarias. Así mismo se sabe que el consumo excesivo de hidratos de carbono aumenta los niveles de triglicéridos en sangre. Así el control dietético de los hidratos de carbono refinados pueden también resultar, siendo muy beneficioso para conservar la salud general.

Los hidratos de carbono están presentes en todos los alimentos en cantidades variables, pero las fuentes principales son: los granos y los productos hechos con ellos, como cereales, pan, galletitas, spaghetti y macarrón; y las plantas amiláceas (papas, maíz, arvejas y porotos).

Una cantidad considerable de hidratos de carbono se obtiene de la leche, como lactosa.

5.6.3 LIPIDOS.

Los lípidos son grasas neutras (ésteres de ácidos grasos con colesterol).

Los lípidos simples son grasas neutras y ceras; pero el colesterol, los ésteres de la vitamina A y los de la vitamina D se clasifican también como ceras. Hay lípidos compuestos -- que incluyen fosfolípidos, glucolípidos, y sulfolípidos. Hay también lípidos derivados (de los lípidos simples y compuestos), ciertos tipos de alcoholes (como esteroides, y carotenoides) y ciertos hidrocarbonados (como escualeno, carotenoides y vitamina D, E y K) que pertenecen a los compuestos llamados lípidos.

Un gramo de grasa proporciona nueve calorías al organismo, en tanto que un gramo de proteína o hidrato de carbono -- proporciona sólo cuatro calorías.

Además, las grasas suministran los ácidos grasos esenciales que necesita el organismo para un crecimiento óptimo y conservación de los tejidos.

En términos prácticos, es más conservador el empleo de las grasas y usar más aceites vegetales que animales.

5.6.4 VITAMINAS.

Las vitaminas pueden ser definidas como: factores alimenticios accesorios, necesarios diariamente en cantidades ínfimas para mantener la integridad celular del cuerpo. Lo que implica esta definición es que éstos factores alimenticios -- accesorios deben ser tomados de fuentes exógenas.

RIBOFLAVINA. (B₂). Es una vitamina que se halla en varias coenzimas, las flavoproteínas, que son esenciales para las reacciones de oxidación y reducción en el metabolismo intermedio.

Los signos clínicos de la deficiencia de riboflavina -- son variadas pero pueden incluir lesiones oculares, especialmente la vascularización de la córnea, estomatitis angular, -- glositis y dermatitis, diarrea, demencia. Además glositis y estomatitis son rasgos comunes.

Bioquímicamente la niacina funciona como constituyente de dos coenzimas muy importantes, el dinucleótido de nicotinamida y adenina (DNA) y el fosfato dinucleósido de nicotinamida y adenina (PDNA), estos dos funcionan en el mecanismo respiratorio intracelular de todas las células.

Son buenas fuentes de niacina o equivalentes de niacina

todos los tipos de proteínas de alta calidad, como carne, pescado, leche, huevos, harinas y cereales enriquecidos con niacina. También es alto el contenido niacínico de los manís y la manteca de maní.

PIRIDOXINA. (B6). Esta vitamina funciona como coenzima en las reacciones que involucran descarboxilación y transaminación de aminoácidos. Su deficiencia en los humanos comúnmente produce una dermatitis seborréica en torno de los ojos, cejas y las comisuras bucales. Puede producirse una glositis indistinguible de la causada por la deficiencia de niacina, así como conjuntivitis, queilosis, y estomatitis angular. Al menos que la dieta sea demasiado mala se observará la deficiencia de ésta, pues se encuentra en la mayoría de los alimentos.

ACIDO PANTOTENICO. Es de vital importancia en el metabolismo intermedio donde funciona como parte de la vitamina A, coenzima involucrada con la liberación de energía de los hidratos de carbono y necesaria para la síntesis y degradación de los ácidos grasos, esteroides y hormonas esteroideas. La deficiencia, que es muy rara, da como resultado un síndrome de fatiga, mal estar, cefalgia, alteraciones del sueño, náuseas, calambres, molestias epigástricas, vómitos ocasionales y flatulencia. Los sujetos se quejan de parestesia en las extremidades, calambres musculares y coordinación perturbada. Se encuentra casi en todos los alimentos.

ACIDO FOLICO. Esta vitamina es esencial en el metabolismo de las unidades de un carbono en la síntesis intracelular para las purinas, pirimidinas, metionina y serina.

Una deficiencia de esta vitamina produce detención de la maduración de la médula ósea, glositis y trastornos gastrointestinales.

La anemia megaloblástica durante el embarazo se produce como consecuencia de deficiencia dietética de ácido fólico, de parte del feto o por alguna falla desconocida en la síntesis de coenzimas de ácido fólico.

Como un exceso de ácido fólico sobre 0,1 mg. diario puede prevenir los signos hematológicos de anemia, pero al mismo tiempo permite que los síntomas neurológicos progresen en las personas con anemia perniciosa.

VITAMINA B 12. (Cianocobalamina). Es esencial para la

función normal de todas las células, en especial para las de la médula ósea, sistema nervioso y vía gastrointestinal. En las células la vitamina B 12 actúa en la transferencia de -- los grupos metilo que aparecen en las síntesis de una cantidad de compuestos y está involucrada en la síntesis del nucleóido, purina-pirimidina. La vitamina B 12 es tál ligada al metabolismo proteínico, glúcido y lípido, pero su papel principal está probablemente en los procesos metabólicos del ácido nucléico y félico.

La cianecobalamina está ligada a la proteína en alimentos de origen animal. Hay muy poco en los vegetales.

Una deficiencia de vitamina B 12 dá por resultado una anemia perniciosa.

En algunas personas puede faltar el factor intríneco -- por factores genéticos o por una gastrectomía total o subtotal.

El sprue o psilexis y los síntomas de mala absorción -- pueden provocar una deficiencia de vitamina B12.

En las personas normales, alrededor de 1 microgramo -- por día mantendrá y satisfará las necesidades bioquímicas -- del organismo.

B I O T I N A . Es necesaria en los síntomas enzimáticos de bacterias, animales y, quizá el hombre. Es un componente necesario de las reacciones de descarboxilación y carboxilación de diversos compuestos asociados con la síntesis de hidratos de carbono, lípidos y proteínas.

En el hombre los estados deficitarios de biotina han -- sido observados sólo cuando la dieta contiene grandes cantidades de clara de huevo cruda, la necesidad diaria se estima de 150 a 300 microgramos de biotina.

ACIDO ASCORBICO (Vitamina C). Se clasifica como vitamina hidrosoluble pero es bien distinta químicamente de las vitaminas del complejo B, el ácido ascórbico es un compuesto de seis átomos de carbono; su forma estructural se asemeja a las hexosas, que son precursoras de él.

En el cobayo, el hombre y otros primates la vía metabólica que conduce con la formación de ácido ascórbico está -- bloqueada. Por lo tanto el ácido ascórbico necesario para --

Los requisitos diarios debe ser ingerido por fuentes exógenas.

El ácido ascórbico es esencial para los tejidos de origen mesenquimático; tejido fibroso, dientes, hueso en formación y vasos sanguíneos. Son las alteraciones de estos tejidos las que explican los signos clínicos que se ven en el escorbuto.

El término "escorbuto" se refiere a la deficiencia de ácido ascórbico asociada con los signos clásicos de la deficiencia: debilidad, fatiga, falta de alimento y dolores óseos, articulares y musculares, piel seca, áspera púrpura, hemorragias netequiales o hequimosis, encías inflamadas, esponjosas, o hinchadas, y dientes muy móviles. Una persona puede tener una deficiencia muy grande de ácido ascórbico sin manifestar ninguno de los signos clínicos de escorbuto.

Metabólicamente el ácido ascórbico tiene muchas funciones. Los sistemas metabólicos en los cuales funciona el ácido ascórbico incluyen: 1. Oxidación de fenilamina y tirosina, 2. Hidroxilación de compuestos aromáticos, 3. Conversión del ácido felico (felacina) en ácido felínico (forma activa del ácido fólico), 4. Desarrollo de los odontoblastos y otras células especializadas (colágena y cartílago) y, 5. Mantenimiento de la resistencia de los vasos sanguíneos. La cantidad de ácido ascórbico recomendado por día es de 3 a 6 veces al nivel mínimo de ingestión para proteger contra el escorbuto: para bebés y niños en crecimiento 35 a 60 mg. por día, y para adultos, 55 a 60 mg.

La mayor parte de las personas reconoce que los frutos cítricos son la fuente excelente de ácido ascórbico. Pero los vegetales frescos, como broccolo, repollo, repollitos de brucas, coliflor, espinaca, y tomate también son buenas fuentes de ácido ascórbico. También lo es el hígado: El ácido ascórbico se destruye por calor y oxidación.

5.6.5 MINERALES.

Los minerales cumplen varias funciones en el organismo, están interrelacionadas y equilibrados entre sí, y no pueden ser considerados como elementos sólo en funciones circunscritas. El calcio, el fósforo y el fluor y algunos de los minerales vestigiales son constituyentes de los tejidos esificados. Sodio, potasio, calcio, cloro, funcionan en el mantenimiento del equilibrio ácido base y en la regulación fisiológica

ca de los iones fundamentales.

Hierro, cobre y cobalto son esenciales para la formación de la heme. Otros iones, como magnesio, zinc, manganeso, niobio y otros minerales vestigiales funcionan como componentes de diversos sistemas enzimáticos.

Calcio. Los tejidos esqueléticos del organismo contienen más del 99% de calcio total y un 70 a 80% del fósforo total del cuerpo.

La composición del mineral óseo es básicamente una hidroxiapatita que varía de composición por otros iones, como el plomo, estroncio y magnesio, incorporados durante la formación. Cuando hay fluor disponible durante la formación ósea o dental, el cristal resultante es "fluorapatita".

Es necesario para mantener el equilibrio ácido-base y para ayudar a regular el tono muscular. Es bien conocido el papel esencial en la regulación de los latidos cardíacos. También es necesario para el mecanismo normal de coagulación.

El calcio se excreta en las heces y la orina. La cantidad de las heces es primordialmente calcio no absorbido y presenta un promedio de 300 mg. a 1 gr. por día. El nivel del calcio urinario depende principalmente de factores endógenos característicos del individuo.

Sobre la base de datos concernientes al equilibrio del calcio, se recomiendan ingestiones de 800 mg. por día para adultos y para niños hasta de 9 años. La cantidad recomendada para los 10 a 18 años es 1.2 a 1.4 gr. Durante el embarazo y la lactancia, se recomiendan unos 500 mg. adicionales.

Fósforo. En general, se está de acuerdo en que las dietas que suministran cantidades adecuadas de calcio contienen también cantidades suficientes de fósforo. Por lo tanto, no es probable que ocurra una deficiencia de fósforo a menos que la dieta sea notoriamente inadecuada.

El fósforo es vital para la salud por su papel en todos los procesos orgánicos. No sólo es un importante mineral óseo, ocupa un papel primordial en las transformaciones de energía. Compuesto de fosfato en forma de di y trifosfatos de adenocina (DPA y TPA), más otros compuestos con uniones fosfáticas de elevada energía esenciales para proporcionar energías para las reacciones bioquímicas.

Muchos compuestos observados por los mecanismos de -- transporte activo requieren una esforilación.

Los fosfatos recibieron una atención considerada en -- cuanto a salud dental, pues se descubrió que varios fosfatos solubles eran eficaces en la prevención de las caries dental en animales y seres humanos. Si bien el mecanismo primario -- de estos fosfatos después de la erupción parece ser local, es posible también en efecto general posteruptivo.

Lo que resulta excitante sobre estos datos es que un -- agente que no es el fluor haya demostrado que protege signifi-- cativamente los dientes contra la caries.

Hierro. Es un mineral esencial para el organismo. Es-- tá presente en la hemoglobina, naiglobina, en varias enzimas como catalasas, pependasas y citocromos y en compuestos de -- almacenamientos (ferritina y Hemosiderina).

Más del 70% del hierro está en la hemoglobina; 26% se -- almacena y el resto, alrededor del 0.3% está en las enzimas -- que contienen hierro y en el mecanismo de transporte de hie-- rro.

El hierro suele ser absorbido en su forma ferrosa por -- la vía linfática con la mayor incorporación en el duodeno.

La evidencia sugiere que la absorción está relacionada con la demanda: aumenta en los períodos de mayor necesidad co-- mo crecimiento, embarazo y hemorragias. En el adulto normal, si el almacenamiento orgánico es normal, se absorbe menos del 10% del hierro ingerido. Pero en los bebés y niños pequeños suele absorber 10% o más.

El organismo pierde hierro normalmente por las heces, -- orina y transpiración, y con el crecimiento y pérdida de piel, cabello y uñas. Una deficiencia de hierro produce anemia mi-- crosítica y pocrónica. La frecuencia de aparición es máxima en bebés y niños y en mujeres en los años de menstruación y em-- barazo. En los adultos varones, es muy rara una anemia ferro-- priva, excepto por pérdida de sangre anormales como úlceras y hemorroides.

Los estudios sobre el balance del hierro indican que la ingestión diaria de 10 mg. para hombres y mujeres postmenopau-- sias será suficiente para mantener el equilibrio. Pero a -- causa de la necesidad crítica de hierro, la ingestión recomen--

dada ha sido aumentada a 18 mg. día para niñas desde los 10 - años y las mujeres en sus años fértiles.

Un aumento del nivel requerido de hierro en la harina y productos de trigo (80 mg. por kilo de harina y 50mg. por kilo de pan bollos o medias lunas enriquecidas). Esta propuesta generó una controversia. Nutriciones de salud pública, el Consejo de Alimentos y Drogas de la propuesta. Algunos médicos la objetan porque creen que un incremento en el hierro de la dieta puede ser dañosa para las personas con una rara enfermedad llamada homocromatosis. La cuestión no está aún resuelta y debe aguardar a nuevas deliberaciones y estudios.

Son buenas fuentes de hierro las carnes, los mariscos, la yema de huevo y las legumbres. Son fuentes aceptables los vegetales de hoja verde, el trigo entero y los cereales enriquecidos.

Flúor. Tiene un interés especial en la salud dental y por su posible relación en la prevención de la osteoporosis; se encuentra en la naturaleza siempre en forma de sales en -- varios compuestos.

Más del 95% de la absorción del flúor ingerido por boca se produce en el estómago y porción superior del intestino -- delgado, y es bien rápida. Se absorbe como ión fluoruro por un proceso de difusión.

Después de la absorción, el flúor se distribuye por los tejidos extracelulares. El organismo tiene dos mecanismos para metabolizar el flúor: 1. Depósito en el esqueleto, y 2. Excreción urinaria. La mayor parte de flúor obtenido se depósita en huesos y dientes, pero cantidades vestigiales aparecen en corazón, hígado y riñones.

El método más eficaz, seguro y económico de obtener -- flúor por vía general es el período de formación del diente -- es por el agua de consumo, fluorada para prevenir la caries.

5.6.6 A G U A.

Su importancia sólo se debe a la del oxígeno. Cuando el -- aporte de agua es inadecuada, pronto se producen reacciones -- adversas en el organismo. El agua sirve no sólo como nutriente esencial, sino que también forma la mayor parte del cuerpo. Es un medio de transporte químico el medio en el cual se producen las reacciones metabólicas.

La ruta principal de excreción son los riñones. No obstante, el agua de los hoces, transpiración y aire expirado -- responde por una mitad de la pérdida de agua corporal.

La actividad física y la temperatura ambiental afecta -- la cantidad de agua perdida por los pulmones y la piel. Los requisitos mínimos de agua son de un litro por día; una manera razonable de calcular la cantidad de agua recomendable es atribuir 1 ml. a cada caloría de alimentos.

La sensación de sed puede servir para saber la inges--- tión de agua adecuada; pero en bebés, personas enfermas o expuestas a extremado calor o transpiración, la sensación de -- sed puede no ser adecuada para asegurar una ingestión de agua suficiente.

En general, el cuerpo no sintetiza las vitaminas en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades diarias.

Las vitaminas se clasifican según su extracción con éter o con agua con vitaminas liposolubles (A, D, E y K) e hidrosolubles (C, complejo B).

VITAMINAS LIPOSOLUBLES. La vitamina A está asociada a los tejidos de origen epitelial, como la piel, cabello, ojos y epitelios mucosos. Es una vitamina importante en la formación de los dientes, en razón del origen epitelial del órgano del esmalte. La deficiencia de vitamina A puede producir paladar fisurado en ratas y cerdos. La deficiencia de vitamina A causa cambios en la piel y ojos, así como cambios internos en los sistemas orgánicos. Nictopalia, xeroftalmia y queratoma son alteraciones oculares asociadas a la deficiencia de vitamina A. La piel se torna seca y escamosa con hiperqueratosis folicular.

La vitamina A aparece en la leche, huevos y carne, en especial el hígado.

La vitamina D, es conocida como vitamina antirraquitica, es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos y es muy importante para el desarrollo de huesos y dientes sanos. La deficiencia de vitamina D en los niños es una causa del raquitismo. En el adulto causa estomalasia; la causa principal en la deficiencia de vitamina D es un defecto en la calcificación de la matriz ósea.

Las vitaminas liposolubles, en especial la vitamina A y D, causan síntomas tóxicos si se les ingiere en grandes cantidades durante varias semanas.

En Gran Bretaña son muchos los bebés que se fortifican con vitamina D.

Hace algunos años, en un período de dos años, se observaron más de 200 casos de hipercalcemia ideopática de la infancia.

La vitamina E o Alfa tocoferol es conocida a veces como la vitamina antiesterilizadora, pues impide la atrofia de las gónadas y los abortos espontáneos en las ratas. Sin embargo su papel en la reproducción humana no ha sido determinada.

La vitamina E es importante como antioxidante. Así protege a la vitamina A, que se destruye fácilmente por oxidación. Las propiedades antioxidantes de la vitamina E pueden

también prevenir la hidrólisis de los eritrocitos o los peróxidos hísticos.

Las mejores fuentes de vitamina E son las semillas oleaginosas, como aceite de germen de trigo, las ostras y los -- huevos también con buenas fuentes de ésta vitamina.

La vitamina K es conocida como vitamina antihemorragia. Por su papel en el mecanismo de la coagulación de la sangre, su descubridor, Dam, la llamó vitamina K para indicar "Koagulation vitamin".

En una deficiencia de vitamina K, la actividad de la protombina plasmática decrece, con lo que aumenta el tiempo de -- coagulación de la sangre, por lo tanto se puede producir una seria hemorragia en deficiencia de ésta vitamina.

Los recién nacidos a menudo tienen reducido el nivel de protombina; para prevenir la enfermedad conocida como "enfermedad hemorrágica del recién nacido", se dá vitamina K a la -- madre durante el parto o al bebé inmediatamente después de nacido, produciendo un aumento en la concentración de protombina hasta llegar al nivel normal en 48 horas.

En situaciones, como una prolongada terapéutica antibiótica, diarreas graves, o ictericia obstructiva se puede producir una disminución en la concentración de protombina en la -- sangre; el suplemento de vitamina K restaurará la concentración a la normalidad. En la ictericia obstructiva, las sales biliares solas o con vitamina K son eficaces para restaurar -- el nivel de protombina.

La vitamina K se obtiene naturalmente de varias maneras. La síntesis microbiana en el intestino acorta normalmente una cantidad adecuada para los seres humanos. En los alimentos, la vitamina K se obtiene de los vegetales de hoja verde. El hígado es una fuente excelente. No es probable que se produzca una deficiencia de vitamina K si se consume una dieta adecuada y si no se obstruye la síntesis microbiana en el intestino.

VITAMINAS HIDROSOLUBLES. Como regla general, las vitaminas del complejo B actuó como partes activas de las coenzimas en el metabolismo intermedio.

La tiamina (B₁) fué una de las primeras vitaminas B, -- descubiertas.

Los síntomas de la deficiencia, (beri-beri), eran conocidos desde mucho tiempo antes que fuera aislada la vitamina. En 1892 se observó que un aumento del uso de cebada, vegeta--

les, carne y leche condensada y una reducción de la cantidad de arroz pulido en las dietas de los marineros de la marina japonesa, curaba y prevenía el beri-beri, una enfermedad común en oriente en esa época.

El trastorno se caracteriza por alteraciones degenerativas del sistema nervioso. En un principio se produce una neuritis ascendente periférica en las piernas, y después se desarrolla una neuritis periférica múltiple. Puede haber edema con la subsiguiente hipertrofia del corazón. Clínicamente se pueden reconocer tres tipos diferentes de deficiencia tiamínica: el llamado beri-beri seco, en el cual una neuritis periférica múltiple es el rasgo principal; el otro es el beri-beri húmedo, en el cual son comunes el edema, alteraciones en los reflejos tendónianos, parestesia y calambres musculares; y el último que es de tipo cardíaco que progresa rápidamente hacia una falla cardíaca aguda. Se ha observado que la grasa, que no requiere la tiamina para el metabolismo, moderará los efectos de la deficiencia de tiamina puesto que la energía puede ser obtenida del metabolismo de las grasas en vez de los carbohidratos.

La causa del papel importante de la tiamina en el metabolismo de los hidratos de carbono, el uso excesivo de los hidratos de carbono altamente refinados en ausencia de una ingestión adecuada de tiamina es un peligro para la salud y perjudicial para la dentadura. Son buenas fuentes de tiamina el cerdo, el hígado, la levadura, los granos enteros, cereales y harinas enriquecidas, vegetales frescos verdes. Como la tiamina se destruye con el calor, se pondrá cuidado al cocer los alimentos para reducir al mínimo su pérdida.

6. ADMINISTRACION DEL CONSULTORIO Y EDUCACION SANITARIA

6.1 FILOSOFIA DE LA PRESENTACION DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS A LOS NIÑOS.

El examen bucal minucioso, el diagnóstico exacto y el tratamiento eficaz apoyados por medidas preventivas son los objetivos deseados en el tratamiento de los pacientes niños. Esto es particularmente válido si se considerará la orientación emocional del paciente y si los servicios odontológicos son llevados a cabo de la manera más eficiente y placentera, acorde con la conducta del niño y las actitudes maternas.

El niño necesitará orientación para que acepte el tratamiento odontológico que necesita y deberá ser motivado hacia las debidas medidas preventivas de cuidados en su hogar.

El mayor gasto del consultorio en la atención odontológica de los niños es la provisión de personal auxiliar, el principio administrativo de la evaluación continuada de la eficiencia de la labor auxiliar del personal es esencial para una práctica exitosa.

La filosofía del odontólogo en la administración del ejercicio profesional, el valor de la salud dental de los niños y el papel importante de los padres en la educación sanitaria son factores que requieren la clara comprensión de parte de todos los miembros del personal.

6.2 COMUNICACION INICIAL DE LOS PADRES.

En el momento en que el padre establece el contacto inicial por teléfono o directamente debe proyectarse el verdadero interés por la salud dental del niño paciente.

El nombre y número de teléfono del nuevo paciente, además de la dirección, edad y nombre de la persona que recomienda al dentista, deben ser registrados en una pequeña agenda de hojas sueltas y en orden alfabético. Además de registrar la información básica, se podrán anotar las preguntas o comentarios significativos de los padres en la agenda del paciente nuevo que servirá para la presentación de la primera visita del niño.

6.3 ADMINISTRACION DEL TIEMPO.

6.3.1 PROCEDIMIENTOS DE CITACION.

El deber de la recepcionista de regular el plan de citas es un requisito esencial en la administración eficiente de un consultorio para niños.

Son los padres quienes autorizan el tratamiento de los niños, por lo tanto, en cada sesión habrá dos personas que -- considerar: el padre y el niño.

Las políticas referentes a citaciones, orientaciones a los padres y arreglos de pago, métodos y materiales educacionales sanitarios, formularios de seguros y todos los formularios impresos deben ser evaluados semestralmente.

Las sesiones aisladas para los niños permiten flexibilidad de alterar la secuencia del plan de tratamiento si se producen las siguientes situaciones: retraso paterno, súbita enfermedad infantil, o accidente de juegos, conducta infantil -- no cooperativa, consulta paterna no planificada o necesidad -- inmediata de cambio de los tratamientos y asignación de períodos asistenciales adicionales.

6.3.2 CITAS FRACASADAS Y CANCELADAS.

Las citas que no pueden ser asignada a otro paciente -- contribuyen a pérdida significativa de servicios a los pacientes y de ingresos en el consultorio. Un llamado breve en la mañana recordando la cita al padre será suficiente para tener la seguridad de que el niño estará en el consultorio, al día siguiente y a la hora correcta y refuerza la esperada y bien dispuesta participación del padre.

Marcas metálicas específicas colocada en el borde de las fichas identificarán a aquellos padres con actitud receptiva a traer a su hijo al consultorio en el caso de una cita cancelada.

También estén identificados los padres que pueden traer a sus hijos al consultorio con sólo 24 horas previas de aviso o aquellos que pueden usar una hora cancelada sólo determinados días de la semana.

Las marcas metálicas pueden ser evaluadas fácilmente y alteradas con respecto a sesiones futuras y la accesibilidad de los padres.

6.3.3 PLAN DIARIO DE TRATAMIENTO

El plan diario de tratamiento de los pacientes debe ser preparado y duplicado por la recepcionista por lo menos una semana por adelantado y agrupado con las debidas fichas de los pacientes.

Esta preparación adelantada permite registrar a los padres que habitualmente cancelan sesiones antes del día de la visita de su hijo.

El plan diario de tratamiento puede estar adherido con pequeños imanes en la parte visible del paciente metálico de toallas de papel a la altura de la vista. Esta ubicación del plan de trabajo del día permite que el odontólogo y el personal auxiliar revisen eficientemente la secuencia esperada de pacientes con cada tratamiento preindicado visible al lavarse las manos.

6.3.4 MANTENIMIENTO DE UN INVENTARIO DE ELEMENTOS.

Cuando de pronto hay una pérdida de elementos se produce una pérdida de tiempo y una seria interferencia en la realización de las tareas de oficina y de consultorio. Las listas inventariales detalladas con los niveles de mantenimiento de todo lo necesario para el consultorio deben ser revisadas periódicamente por el miembro del personal en quien se hayan delegado éstas responsabilidades.

6.4 LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO.

La relación entre el padre y el odontólogo está basada sobre la confianza y debe quedar representada inicialmente por una recepcionista que haya sido informada sobre los posibles comportamientos de los padres y los niños. La motivación de los padres para que planeen otra sesión con un determinado odontólogo puede ser comparada con un principio de la promoción de ventas.

Ciertos problemas potenciales en el manejo del niño, relacionados con actitudes de temor o desafiantes, pueden ser aliviados por el diálogo inicial de la recepcionista y el manejo adecuado del padre.

La identificación del grado de temor paterno, puede ayu

dar al odontólogo y su personal a prepararse a la reacción -- del niño a los procedimientos odontológicos.

6.4.1 PROCEDIMIENTOS DEL EXAMEN PRELIMINAR.

La confianza del niño podrá ser reforzada si la recepcionista recuerda que debe mantener una actitud positiva hacia el niño, sus necesidades dentales y el valor de una buena salud bucal, para así establecer una atmósfera de naturalidad, amistad y veracidad.

La recepcionista deberá decir al niño "cuando te vea el Dr. R. tus dientes, mamá vendrá y conversará con el doctor". Cuando la madre entra al consultorio queda demostrada la integridad y sinceridad del personal del consultorio.

Si el niño fuere de 2 o más años es recomendable que se sienta en confianza al lado materno o paterno por su inmadurez mental y emocional.

6.5 EL PAPEL DE LA HIGIENISTA.

La higienista puede efectuar una contribución sobresaliente a la atención odontológica del niño. Ella podría aclimatar al niño con los instrumentos y los procedimientos iniciales.

La higienista podrá ahorrar un tiempo valioso gracias a la habilidad para transmitir, una atmósfera de naturalidad, confianza y demostrar los instrumentos principales. Puede efectuar una limpieza al pequeño; ya que la eliminación de todos los residuos de los dientes, es un requisito importante para la dentadura y el inicio operatorio del tratamiento.

Un estudio radiográfico completo nos puede ayudar determinantemente al plan de tratamiento y la evaluación completa del estado actual de la boca.

6.6 PLAN DE TRATAMIENTO Y DETERMINACION DE HONORARIOS

El plan de tratamiento debe ser completado y se realizará la labor donde el odontólogo esté libre de distacciones.

La recepcionista o la asistente fija podrá acelerar la

preparación del plan de tratamiento mediante la lectura de la ficha del niño y sus experiencias odontológicas pasadas, hallazgos en el examen dental visual y táctil. Simultáneamente, el odontólogo evaluará las radiografías y dictará la integración de los hallazgos para cada caso dental.

La determinación del diagnóstico, la evaluación de la conducta del niño, el bosquejo de la secuencia de tratamiento y la consideración del pronóstico de las diversas situaciones con el tratamiento, forman la base de la consulta. La ansiedad de los padres por la atención odontológica y su nivel de información dental, pueden indicar el grado de educación dental, pueden indicar el grado de educación dental que será requerido para el paciente individual.

Además del tiempo requerido para el tratamiento del niño y los gastos fijos del consultorio, el juicio y el esfuerzo físico involucrados en el manejo de las diversas conductas -- de los niños contribuirán a la fórmula para establecer un honorario.

6.7 SEGUNDA VISITA DEL NIÑO.

Cuando los padres vuelven al consultorio, con el niño -- para la segunda sesión, se deberá suponer que habrán quedado satisfechos, en cierta medida no lo menos, por el manejo del personal de los procedimientos iniciales.

6.7.1 CONSULTA

La consulta del caso p^{er}iodontológico consiste en una entrevista y personal con los padres para presentarle las observaciones, así como el diagnóstico, plan de tratamiento y recomendaciones. Este tiempo de conversación proporciona la oportunidad para que el personal del consultorio y los padres discutan el estado actual de salud dental del niño y sus necesidades dentales futuras, y para formar a los padres sus responsabilidades financieras en relación con el tratamiento odontológico.

El ambiente para esta consulta deberá ser de una oficina privada atrayente y los padres deberán estar sentados al mismo nivel que el personal. El diálogo no será apurado y la atmósfera deberá ser relajada.

6.7.2 PRESENTACION PRELIMINAR DE LA RECEPCIONISTA.

La recepcionista puede explicar en términos fáciles inteligibles las observaciones del odontólogo y sus recomendaciones. Este prelude a la presentación del odontólogo puede incluir lo siguiente: definición de la terapéutica pulvar indicada, explicación de los aparatos para mantenimiento del espacio, propósito de los fluoruros, razones para restaurar los dientes temporales, número y gravedad de las caries, gastos propuestos y cantidad de visitas requeridas.

Proporcionar esta presentación la formulación de preguntas por parte de los padres sobre la salud bucal de los hijos y su eficiencia para responder a las preguntas corrientes sobre el tratamiento propuesto por el odontólogo.

Respecto a la administración y coordinación del personal se hará según la política que más le convenga al odontólogo, y cuando crea más conveniente.

Se han estipulado los problemas de higiene a un nivel que es ideal, aunque no en todos los casos se puede realizar lo que hemos descrito; ya que la diversificación de situaciones, problemas, y meramente la posición del odontólogo es variante conjuntamente con la posición del paciente.

7. LA SALUD DENTAL DE LA COMUNIDAD.

La salud dental quedó atrobada detrás de una cortina de hierro de apatía pública por demasiados años, pero ésta situación está cambiando rápidamente y la gente está acentando la atención odontológica como uno de los fundamentos de la salud. La gente tiene más conciencia de sus necesidades odontológicas y está convirtiendo su demanda potencial de servicios dentales en un deseo efectivo, real de atención odontológica, -- así como en las comunidades están adquiriendo un interés vital desde el punto de vista de la salud de la comunidad.

Al organizar e implementar un programa de salud dental para la comunidad que satisfaga los intereses de ésta, uno ha de apartarse de los detalles y lo específico para los individuos y contemplar el conjunto de la comunidad. Debe interesarse por aquellas medidas de salud dental que proporcionen la máxima cantidad de beneficio para el número máximo de personas. Hay que preocuparse por haber establecido prioridades y lineamientos de acción, así como las prioridades de diagnóstico y tratamiento han de ser establecidas para un paciente en la práctica privada.

Aunque el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad dental pertenece al odontólogo por completo; la salud dental es algo que vá más allá de ser el problema de los odontólogos. Es un problema de interés vital para toda la comunidad y así debe ser enfocado.

El interés de la comunidad por la salud dental es una expresión importante de la preocupación de esa comunidad por una enfermedad que exige la orientación profesional experta -- para prevenir y tratar adecuadamente el mal. Si bién la odontología ha desarrollado un conocimiento y unas actitudes científicas notables en el tratamiento de los pacientes, quizás -- el énfasis ha estado dirigido de tal manera al desarrollo de esas actitudes y conocimientos que ha habido cierto fracaso -- en "seguir el ritmo" en la distribución de los servicios odontológicos.

La profesión dental sólo puede responder a éste interés y distribución de los servicios mediante la acción de los -- odontólogos en sus respectivas comunidades.

7.1 ACERCÁNDOSE A LA COMUNIDAD.

¿ Cuales son las oportunidades para el odontólogo individual de desarrollar programas de salud dental para la comunidad?. Por cierto, la sociedad dental debe ocuparse de que un odontólogo sea nombrado miembro de la junta estatal o local de salud y éste debe ocuparse de que la salud dental sea una parte significativa de la actividad de la actividad sanitaria comunal total y que intervenga en los comités de salud comunal.

7.2 EVALUACION DE LA SALUD DENTAL EN LA COMUNIDAD Y DETERMINACION DE LAS NECESIDADES.

7.2.1 DOCUMENTACION DE LA ENFERMEDAD DENTAL.

La enfermedad dental es comunicada con mayor frecuencia en términos de las cuatro enfermedades básicas:

1. Caries dental: enfermedad de los dientes en sí.
2. Enfermedad parodontal: enfermedad de los tejidos de sostén de los dientes.
3. Cáncer bucal: enfermedades de los tejidos blandos bucales.
4. Maloclusión: no una verdadera enfermedad, sino una mala posición de los dientes en la mutua relación o de un maxilar con el otro:

Hay índices específicos para medir la enfermedad dental que debieran ser familiares para el odontólogo. El DMF se emplea para documentar los dientes permanentes cariados, ausentes y cariados; el d.e.f. es el índice más aceptado para registrar los dientes cariados, ausentes y obturados, pero temporales. Para la enfermedad periodontal PI, y el índice de la higiene bucal es OHI.

7.2.2 PROBLEMA DENTAL.

El problema de la caries dental es polifacético. La caries dental afecta al 100% de la población y afecta aproximadamente el 80% de los niños de 10 años. Comienza en niños de dos años y se repite con un ritmo de aproximadamente un diente nuevo o dos cavidades por niño por año.

Hacia los 14 años, faltan 100 dientes permanentes cada 100 niños, menos del 40% de los dientes afectados son restaurados (cifras para zonas no fluoradas). Los niños de las co_

comunidades fluoradas tienen de un tercio a la mitad de éstas - cantidades de caries.

La lesión gingival que conducirá a la enfermedad de el hueso y tejidos de sostén es nececida por un número mucho mayor que el supuesto en niños. Examinando niños de cuarto, -- quinto y sexto grado se encontró un 50% y más de inflamación gingival significativa. Se ha estimado que la maloclusión involucraria hasta un 50% y a veces de la población infantil.

7.2.3 CONDUCCION DEL INFORME DENTAL.

Al establecer prioridades en el enfoque un informe básico del estado dental puede tener un valor significativo. La encuesta dental es la manera más efectiva de determinar el estado de salud dental y las necesidades globales de los niños (u otros grupos) en una comunidad. Puede proporcionar una base para desarrollar un programa sólido de salud dental y para evaluar lo logrado en mejor salud dental en el futuro.

El informe dental debe ser planificado, ejecutado o interpretado de manera que constituya una experiencia educacional para toda la comunidad.

Los odontólogos que participan en la encuesta deberán asegurarse de ser consecuentes el definir todos los procedimientos y datos que deberán ser registrados. A menudo resulta útil llamar a la división de salud dental del departamento sanitario estatal o local para que colabore en la planificación.

Muchos aspectos de una encuesta sobre caries son aplicables a cualquier encuesta. Al registrar el número de dientes permanentes cariados ausentes y obturados, recuerde que un diente sólo puede hacer contado una vez. No se puede contar un diente como obturado y cariado. Si ha sido restaurado y presenta caries, se le cuenta como cariado (no se le incluye en la columna de obturados). Al registrar los dientes cariados, las caries deberán ser indiscutidas.

Las inspecciones andarán más rápidamente si se las prepara por adelantado y los examinados se presentan en el orden enumerado. Los siguientes puntos adicionales contribuirán a la encuesta.

1. Se dispondrá de ayuda oficinaera de los estudiantes -

de cursos superiores, asociación de padres, maestros y grupos comunales.

2. Es aconsejable emplear espejo y explorar en vez de -
bajalenguas, por ejemplo, para obtener datos más - -
exactos.
3. Se contará con recursos de esterilización para los -
espejos y exploradores.
4. Harán falta toallas para secar instrumentos y manos.
5. Se contará con una bacina que contenga una solución
esterilizadora para lavarse después de cada paciente.
6. No suele ser necesario el consentimiento paterno - -
para la inspección.
7. Se suele contar con ayuda de los miembros del perso-
nal sanitario de las juntas estatales o locales para
una ayuda en la planificación y resumen.

La encuesta sugerida aportará datos que podrán ser resu-
midos significativamente para la comunidad en términos de por-
centaje de niños que necesitan atención odontológica, número
promedio de dientes afectados por caries en las diversas eda-
des (DMF promedio), porcentaje de dientes que han sido restau-
rados, índice de mortandad de dientes (dientes permanentes --
ausentes por cada 100 niños) y porcentaje de niños libres de
caries.

En la evaluación total de la salud dental de los niños
en una comunidad, mucho más en lo involucrado que apenas la -
determinación del prevalecimiento de enfermedad dental. Con-
sideraciones adicionales podrían incluir: 1) determinación de
la suficiencia de la mano de obra odontológica; 2) el nivel -
de uso de los servicios dentales en la comunidad; 3) las pro-
visiones de ayuda financiera para los niños de familias indi-
gentes; 4) las instalaciones odontológicas y su educación pa-
ra la atención de los niños; 5) la disponibilidad de consulto-
rios privados para todas las personas de la comunidad; 6) los
programas preventivos en existencia y la factibilidad de otros
7) los grupos o agencias de la comunidad que se interesan por
la salud dental; 8) las organizaciones o grupos adicionales -
que debieran interesarse por mejorar la salud dental, y 9) la
fluoración del agua comunal.

Estos son puntos que debieran ser evaluados cuidadosa--
mente al determinar las necesidades odontológicas de la comu-

nidad al planificar un programa sanitario dental para la comunidad.

7.3 OPORTUNIDAD PARA LA SALUD ODONTOLÓGICA EN LAS ESCUELAS.

Cada sistema escolar debiera tener un odontólogo nombrado como consultor en él. Una de las primeras actividades deberá ser el establecimiento de políticas sanitarias dentales escolares. La mayoría de las escuelas tienen políticas sanitarias, pero pocas delectran políticas sanitarias odontológicas específicas. Aunque las políticas sanitarias odontológicas en una comunidad debieran ser ultimadas por la sociedad dental local, los siguientes son ejemplos de puntos que tendrían que ser considerados.

7.3.1 POLITICAS SANITARIAS ODONTOLÓGICAS ESCOLARES.

El propósito de este suplemento es proponer con mayor detalle las políticas sugeridas para que una sociedad dental local las incorpore con el establecimiento de su programa sanitario odontológico escolar. Se recomienda que sea establecida una política definida en cada sistema escolar permanente.

SERVICIOS DE SALUD DENTAL.

1. Se deberá establecer un programa de exámenes preescolares. Esto puede cumplirlo mejor el odontólogo de la familia y ayuda a asegurar la iniciación temprana de la atención odontológica periódica.
2. Se deberá mantener un informe del estado de salud dental junto con el registro acumulado de la salud del niño. La información pertinente del niño (historia médica, nombre del odontólogo de la familia) deberá estar incluida en este registro de la salud.
3. Los exámenes dentales periódicos deberán ser alentados por las escuelas mediante un programa de educación de padres e hijos. El programa deberá estar basado sobre la educación y la prevención para beneficios a largo plazo, antes que sobre un plan de tratamiento odontológico en la escuela. El plan de estudios escolares deberá ser planificado como para dedicar a la instrucción sobre salud dental el tiempo acorde con su importancia.

4. Las políticas referentes a las emergencias odontológicas sugeridas en la escuela y con la participación de la escuela deberán ser elaborados por la sociedad dental y la administración escolar.
5. Un representante de la sociedad dental local deberá ser nombrado consultor del programa odontológico escolar.
6. Se considerará la posibilidad de conceder tiempo del día escolar para el cumplimiento de las citas odontológicas, en especial sino se contrasta con otro tiempo disponible.
7. Las escuelas deberán ser alertadas energicamente a eliminar la venta de golosinas y dulces en la escuela. La sociedad dental deberá actuar para ayudar a establecer un programa escolar de alimentos y bebidas que contribuyan a las necesidades nutritivas del niño.
8. Los maestros no debieran intentar brindar tratamiento de emergencia en la escuela. El niño debe ser derivado directamente al odontólogo de la familia.
9. Las sociedades dentales deberán trabajar junto con las escuelas para establecer un programa de protectores bucales para los atletas.
10. Las sociedades dentales y autoridades escolares deben trabajar juntas con otros organismos de la comunidad en programas como el apoyo a la fluoración comunal, el estímulo de la aplicación tópica de fluoruros en las zonas rurales donde los sistemas de aguas potables no puedan ser fácilmente fluorados, y se desarrolle una política sobre atención odontológica para niños subprivilegiados y disminuidos.
11. La fluoración escolar puede ser lograda a través de los suministros de agua escolares rurales. El nivel óptimo es 4 a 5 veces superior al de la fluoración comunal en la zona, y da por resultado un 35 a 40% menos dientes permanentes cariados, ausentes y obturados.

INSTRUCCION SANITARIA.

1. Deberán efectuarse periódicamente seminarios para docentes (educación interna) sobre salud dental. In--

cluirán una discusión sobre los problemas, programas, progresos y materiales educacionales y su empleo en el ámbito odontológico.

- a. La junta de salud estatal o local será a menudo - feliz de poder proporcionar una orientación para ese programa.
 - b. La junta de salud estatal o local puede, además, - en la mayoría de los casos, proporcionar o recomendar material educativo sanitario odontológico.
2. Se creará una política para proseguir los seminarios odontológicos con los docentes de las aulas en un esfuerzo por mejorar las enseñanzas sobre salud dental.
 3. La sociedad dental local deberá establecer política operativas específicas. Estas podrán incluir programas de cepillado dental y programas de inspección dental y derivación, que serán valiosos en la estimación de las necesidades y problemas del grupo, en facilitar la planificación de la comunidad para satisfacer esas demandas y en proporcionar los datos básicos necesarios para la evaluación del programa de salud dental. También incluye un programa de tratamiento tópico fluorado en las escuelas. Este podría ser un programa de aplicación por sí mismos sobre una base de grupo.
 4. Se ha de dar una instrucción adecuada para la eliminación sistemática diaria de la placa microbiana que se forma en los dientes.

7.3.2 EDUCACION SANITARIA ODONTOLÓGICA.

Un programa sanitario odontológico escolar deberá incluir también una sugerencia de enfoque formal de la enseñanza sobre salud dental en la clase.

El maestro deberá constituir el contactor principal con el estudiante en la enseñanza; pero el odontólogo o la higienista dental deberán servir como persona activa de apoyo y aporte de recursos. Se ha demostrado que el odontólogo es valioso en la motivación de niños para la práctica de una mejor salud dental mediante conferencias planificadas periódicas o charlas con grupos escolares.

Deberá estar con modelos, tiras filmicas, posters, fo-

lletos, equipos de demostración, proyectos de divulgación científica y cuadros de pronto acceso para los maestros. Los materiales podrán ser utilizados sobre una base rotativa por los diferentes docentes y hasta diferentes escuelas. Las ayudas visuales y materiales de demostración deberán ser atractivos, eficaces, durables y simples.

Los maestros deberán dar el buen ejemplo al mantener una buena salud dental pues la enseñanza exitosa de la salud dental involucra más que el suministro de conocimientos.

Son esenciales las fases de la educación que están más allá del aporte de saber; es decir, el desarrollo de actitudes sobre ese conocimiento que den como resultado una acción favorable. Hay que obtener una respuesta a la conducta.

El odontólogo, ya como individuo, ya como representante de la sociedad dental, deberá acercarse a los colegios y universidades donde se prepara personal docente y ocuparse de que se cuente con los conceptos básicos sobre salud dental.

Esto deberá constituir un enfoque planificado y formal, y deberá incluir a la administración y al director del departamento apropiado y al cuerpo docente.

PROGRAMA PARA MAESTROS.

Es importante que el odontólogo brinde material educativo a los maestros. Esto es válido cualquiera que sea el método de suministro de los materiales. Un método eficaz para que los odontólogos introduzcan un programa y materiales de educación sanitaria odontológica es el logrado a través de un programa de salud dental para adiestramiento de docentes en actividad. Este programa sería presentado con los siguientes prósitos en la mente:

1. Crear una mayor conciencia de parte del personal escolar sobre los problemas de enfermedad dental y el papel importante que las escuelas y los maestros pueden desempeñar en la educación sanitaria odontológica para mejorar la salud y el bienestar de los niños.
2. Revisar los recursos de enseñanza de la salud dental como método para explicar la información técnica disponible para la enseñanza en las aulas.
3. Informar a los maestros de los recursos disponibles

y los métodos utilizados en otras escuelas y comunidades para la enseñanza eficaz de la salud dental.

El programa está convenientemente dividido en tres - - áreas: los problemas de enfermedades dentales en los escolares y las maneras sugeridas cómo los maestros podrían ayudar a una mejoría, dieta y salud dental, con una demostración de bocados sugeridos fuera de horas; materiales disponibles para ayudar a los maestros a preparar, presentar y enseñar la salud dental.

7.3.3 EXAMENES DENTALES PREESCOLARES

La escuela deberá exigir que todos los niños sean examinados por el odontólogo de la familia antes de ingresar a la escuela. Esto pone énfasis en el establecimiento de visitas tempranas y regulares al odontólogo de la familia. Más allá de éste examen, es responsabilidad de la familia y del odontólogo continuar el tratamiento.

7.3.4 RESTRICCIÓN DE DULCES

No debieran venderse golosinas ni bebidas azucaradas en la escuela. La sociedad dental deberá ser participe en el establecimiento de un programa de alimentos y bebidas que contribuyan a las necesidades dentales y nutricionales de los escolares. Muy a menudo, por razones económicas, en las escuelas se venden o existen máquinas expendedoras de golosinas o bebidas azucaradas. Esto deber ser sopesado frente al tiempo adicional que pierden de escuela los niños a causa de las enfermedades dentales provocadas por los "dulces". Existen muchos sustitutos atractivos de los dulces, que son valiosos en atracción alimentaria y en valor nutritivo. Existen ahora máquinas expendedoras de jugos de frutas frescos, leche, nueces y los beneficios que dejan son tan grandes si no mayores que los de los dulces.

7.3.5 PROGRAMA ESCOLAR PREVENTIVO DE CARIES

La escuela debiera contar también con un programa activo de prevención de caries para sus estudiantes. La búsqueda de procedimientos preventivos de caries al alcance de todos - los niños sigue siendo uno de los mayores desafíos a la profesión odontológica.

Por años se ha reconocido que se podría abrir una gran brecha hacia una mayor prevención de la caries si existiera un procedimiento eficaz utilizable en gran escala y simple en la escuela. Ese programa es ahora más factible sobre la base de un compuesto profiláctico de terapéutica eficaz comprobada administrable por el niño mismo. Este procedimiento grupal podría tener una enorme implicación en la prevención de la caries dental. Los criterios esenciales para un programa así incluirían: que el procedimiento terapéutico es eficaz y seguro; que el programa puede alcanzar grandes cantidades de niños; que es económico y relativamente simple de ejecutar; que requiere un mínimo de personal profesional; en el programa se produzca la menor interferencia en el programa escolar y en la rutina comunal; que complementa la visita periódica, el cuidado en el hogar y el programa preventivo en el consultorio del odontólogo de la familia, y que es afectado y aceptado satisfactoriamente por el niño.

Un programa así podría funcionar en todos los sistemas escolares con separar unos 15 o 20 minutos a comienzos del año. Ese día sería denominado "Día de la salud dental escolar" y todos los niños de todas las clases de una escuela, comunidad y hasta estado se cepillarán los dientes de 5 a 6 minutos bajo supervisión, con la pasta profiláctica.

7.3.6 PROTECTORES BUCALES.

Es otro de los métodos preventivos para la salud bucal, que desde 1962 fué propuesto por el comité de reglamentos futbolísticos de la alianza nacional, hizo obligatorio el uso de protectores bucales no sólo en futbolistas sino en todos los atletas que pudieran tener riesgo alguno con su dentadura por su actividad.

Los odontólogos contribuyeron al bien de estos niños al ayudarlos a conservar sus dentaduras naturales. Hay que tener en cuenta algunos hechos básicos al organizar y llevar a cabo un programa de protección bucal.

1. Si fuera posible, la adaptación del protector bucal deberá ser realizada por los odontólogos locales. Si esto fuera posible, la profesión odontológica por lo menos deberá supervisar su adaptación.
2. Con muy pocas excepciones, el protector bucal deberá ser adaptado a los dientes superiores.

3. Los dientes del atleta deberán ser controlados y deberán estar sanos antes que se adante el protector bucal.
4. El protector bucal deberá ser utilizado en todas las ocasiones; tanto en los juegos de práctica como en los partidos mismos.
5. El entrenador que crea en el valor de los protectores y declare su pensamiento verá que sus deportistas los acepten de mejor voluntad.
6. El deportista deberá tener a su alcance un desinfectante bucal.

7.4 CUIDADOS EN EL HOGAR DE LA SALUD BUCAL.

Un objetivo deseable en un programa de salud dental para la comunidad consistirá en influir sobre el público para que visiten a su odontólogo sobre una base regular y que asuman la responsabilidad con respecto a buenos hábitos y prácticas de higiene bucal.

Un buen programa de cuidados hogareños incluye la utilización de hilo dental para la eliminación de placa, la restricción de azúcares refinados, las medidas de precaución para evitar los traumatismos de los dientes y la estricta adhesión a las visitas periódicas del odontólogo.

Una sugerencia para los padres con respecto a la nutrición correcta sería que coloquen los alimentos que los niños debieran tomar como bocados extras allí donde buscan éstos.

Toda medida preventiva conocida debiera ser empleada en la remisión de caries, y por cierto, esto incluirá un dentrífico de fluoruro de estaño y pirofosfato cálcico que ha demostrado su eficacia anticariógena en por lo menos veinte estudios clínicos de diferentes centros de investigación.

7.5 ASPECTOS DEL CONSULTORIO PRIVADO EN LA SALUD DENTAL DE LA COMUNIDAD.

Ya se manifestó que el consultorio privado debe proporcionar educación sólida odontológica para el niño y los padres.

Para los niños de los grados elementales, la madre es -

el principal factor motivante para que el niño ejecute sus prácticas correctas de higiene bucal. Se pondrá énfasis especial en desarrollar su conciencia sanitaria odontológica. Se ra norma el asesoramiento nutritivo y la educación paterna.

Todos los consultorios odontológicos que atiendan niños deberán tomar como deber la práctica de un programa preventivo completo.

El procedimiento recomendado actualmente como plan múltiple para las zonas fluoradas y no fluoradas incluye la pasta de profilaxis de zircato, la solución tópica de flúor esttañoso y el dentrificado de fluoruro estatañoso y pirofosfato cálcico.

También se ha de enseñar a los pacientes el uso de pastillas reveladoras para identificar la placa microbiana. Deben ser capaces de eliminarla mediante el adecuado uso del hilo dental entre los dientes y el cepillado sistemático y minucioso.

Al resumir las implicaciones para la comunidad de los procedimientos del consultorio odontológico, se puede decir que las experiencias vividas allí deben hacer que si los pacientes sienten que deben saber algo acerca de salud dental u odontología pueden recurrir a la profesión dental para recibir las respuestas.

7.6 ACCION COMUNAL.

¿ Qué es lo más significativo que se puede hacer sobre la base de la comunidad para mejorar la salud dental ? No hay duda que la fluoración de las aguas de consumo comunales será el primer punto de importancia.

Se acerca a la medida preventiva ideal, así como recurso de salud pública para evitar una enfermedad dental de manera muy eficaz, factible y que no quiere motivación específica alguna de parte del individuo.

Mucho se ha dicho sobre la organización puesta en marcha de un programa así. Acerca de la fluoración de las aguas ya se ha explicado en capítulos pasados.

7.6.1 ENFASIS EN LA SALUD DENTAL PARA TODOS LOS GRUPOS

El odontólogo, por su conocimiento de áreas relacionadas con la salud y el bienestar puede resultar muy valioso en las juntas y comités correspondientes: Las actitudes sanitarias comunales. Deberá servir como fuente de recursos y de aporte de orientación para todos los grupos de la comunidad interesados por la salud bucal. Este enfoque global de la comunidad puede asegurar que la educación sanitaria odontológica reciba el énfasis adecuado. Tengase en cuenta que un programa educativo de éste tipo no es sólo la disseminación de información para aportar conocimientos. Sino específicamente el desarrollo de actitudes en la comunidad acerca de la salud dental que produzcan una acción favorable.

7.7 ACTIVIDADES PROFESIONALES.

Los odontólogos deben mantener una determinación continua de toda la mano de obra odontológica en su comunidad deben prestar asistencia a los programas de carreras escolares, a los de exhibiciones científicas y a otras actitudes de la comunidad destinadas al reclutamiento y la educación de los odontólogos, higienistas dentales, asistentes y mecánicos.

Hay que recordar que así como la odontología sirve a los jóvenes de la comunidad, así algún día será servida. La sociedad dental debe efectuar reuniones regulares y proveer programas para mantener el ejercicio profesional de sus miembros al día. Cada odontólogo tendrá que hacerse una cuestión especial de asistir a las reuniones de la sociedad, a los cursos para graduados y a los programas especiales en un esfuerzo continuo por mejorar sus servicios para sus pacientes.

7.8 RESUMEN

¿Cuáles son las obligaciones del odontólogo hacia la sociedad, sus pacientes y su profesión? ¿Qué define al profesional? La respuesta a esas preguntas bien podría resumir la salud dental de la comunidad.

La salud dental de la comunidad debe ser parte del ejercicio profesional del odontólogo actual. La odontología es una profesión y existe como profesión porque le ha concedido este privilegio un pueblo que confía en los servicios odontológicos, y los respeta. Que reciben del odontólogo o higienista dental. Sin duda esos servicios deben incluir los prestados sobre la base de la comunidad. Esto incluye todo un pro--

grama de prevención, de educación sanitaria odontológica y de oportunidad de tratamiento en el consultorio, en el hogar, en la escuela y en toda la sociedad.

8. CONCLUSIONES

Se ha desarrollado y complementado el trabajo con respecto a la educación de higiene dental, siendo uno de los factores más importantes, ya que por falta de ésta, no se ha podido llegar ni al 50% de los objetivos que se relacionan directa e indirectamente, con la salud bucal.

Hay que tomar en cuenta la situación de cada individuo, de cada comunidad, pues de aquí partiremos para realizar cualquier programa con respecto a educación sanitaria; las posibilidades para el odontólogo, individualmente están limitadas, ya que necesita el apoyo de las autoridades una vez planificado el programa de educación.

1. El problema de la caries dental y de las odontopatías son de carácter casi universal, pues tanto en los países desarrollados, como en los que están en vías de desarrollo se observan alteraciones de éste tipo; aunque es clara ya la preocupación de proporcionar servicios que esten más cerca de lo ideal, y que por lo menos se ayude a resolver problemas de primera necesidad.

Las unidades móviles que se explican en capítulos anteriores, pueden tener una importancia básica para la ayuda real de la gente de comunidades como las que residen en la Sierra, o poblaciones demasiado humildes, en las cuales están muy limitados los servicios de odontología; así como en las que sí se puede otorgar un servicio que ayude al mayor número de personas.

2. Uno de los factores que nos darán datos exactos de donde, cuando, como, y que servicio es necesario, será el de hacer encuestas, pero es importante que se haga con profesionalismo; pues se puede preparar al personal que lo haya de realizar, para resultados más positivos al momento de planificar un programa específico para cada comunidad.

El odontólogo también puede realizar funciones sociales en beneficio de la comunidad; por ejemplo: es posible hacer un llamado a los profesionistas residentes a una junta de carácter PROFESIONAL, en la cual se pueden tocar los puntos: ayuda a la comunidad, en orientación profesional; e incluso puede invitarse de varios ramos: un licenciado puede dar pláticas de derechos que tiene el ciudadano; un Arquitecto puede proporcionar sus servicios dando orientación de presupuestos,

decoración, etc.

Estas jornadas se pueden hacer los días no hábiles, para no interferir con las funciones laborales de cada profesional.

Con respecto a las encuestas se proporcionan puntos adicionales:

1. Se dispondrá de ayuda ofinesca de los estudiantes de recursos superiores, asociación de padres y maestros o grupos comunales.
2. Es aconsejable usar espejo y explorador en vez de baja lenguas, para tener datos más exactos.
3. Se contará con recursos de esterilización para los espejos y exploradores.
4. Harán falta toallas para secar instrumentos y manos.
5. Se contará con una bacina que contenga una solución esterilizadora para lavarse después de cada paciente.
6. No suele ser necesario el conocimiento paterno para la inspección.
7. Se suele contar con ayuda de los miembros del personal sanitario de las juntas estatales o locales para una ayuda a la planificación y resumen.

La encuesta sugerida aportará datos que podrán ser resumidos significativamente para la comunidad en términos de porcentaje de niños que necesitan atención odontológica, número de dientes afectados por caries en las diversas edades (DMF - promedio), porcentaje de dientes que han sido restaurados, índice de mortandad de dientes (dientes permanentes ausentes --- por cada 100 niños) y porcentaje de niños libres de caries.

En la evaluación total de la salud dental de los niños en una comunidad, mucho más es lo involucrado, que apenas la determinación del prevaletamiento de la enfermedad dental. -- Consideraciones adicionales podrían incluir: 1) determinación de la eficiencia de la mano de obra odontológica; 2) el nivel de uso de los servicios dentales en la comunidad; 3) las instalaciones odontológicas y su adecuación para la atención de los niños; 4) la disponibilidad de consultorios privados para todas las personas de la comunidad; 5) los programas preventivos en existencia y la factibilidad en otros; 6) los grupos y agencias de la comunidad que se interesan por la salud den-

tal; 7) las organizaciones o grupos adicionales que debieran interesarse por la salud dental y su mejoramiento; y 8) la -- fluoración del agua comunal.

Estos son los puntos que debieran ser evaluados cuidadosamente al determinar las necesidades odontológicas de la comunidad al planificar un programa sanitario dental para la comunidad.

3. DESARROLLO.

La forma en la que se ha ido desarrollando la función -- de las secretarías en las comunidades en México, ha tomado interés en desarrollar programas de salud dental como la SSA, -- IMSS, ISSSTE, etc. en diferentes porcentajes pero haciendo -- una labor conjunta que están aportando una ayuda a los necesi-- tantes de las comunidades de nivel económico bajo.

Las brigadas médico asistenciales dominicales que se -- han estado realizando, se desarrollan por tácticas de evalua-- ción y promoción de las brigadas dentro de la comunidad, sien-- do un poco limitada la función del odontólogo, pues se po---- drían establecer formas más cercanas a lo ideal que es el ob-- jetivo principal del profesionista y del proyecto que se está realizando.

Al organizar e implementar un programa de salud dental para la comunidad que satisfaga los intereses de ésta, uno ha de apartarse de los detalles y lo específico para los indivi-- duos y contemplar el conjunto de la comunidad. Debe interesar se por aquellas medidas de salud dental que proporcione la ma-- yor cantidad de beneficio al mayor número de personas. Hay -- que preocuparse por haber establecido prioridades y lineamien-- tos de acción, así como las prioridades de diagnóstico y tra-- tamiento han de ser establecidas para un paciente en la prác-- tica privada.

Si bien la odontología ha desarrollado un conocimiento y unas aptitudes científicas notables en el tratamiento de -- los pacientes, quizás el énfasis ha estado dirigido de tal ma-- nera al desarrollo de esas aptitudes y conocimientos que ha -- habido cierto fracaso en "seguir el ritmo" en la distribución de servicios odontológicos.

Una buena sugerencia será según lo expuesto que los -- grupos o brigadas que se manden a determinadas comunidades de

berían no ser tan rotativos por la pérdida de continuidad: se propone que se escogiera 3 o 4 comunidades, y que se mandara un grupo de nasantes, pero que estos fueran siempre los mismos, para el mejor servicio a las comunidades que se pretende ayudar.

Teniendo como ventajas el mejor conocimiento de la gente con el grupo de odontólogos; conocimiento más profundo del comportamiento de la gente para su mejor atención, así como estadísticas más exactas por comunidad. Es importante para el odontólogo precisar la confianza del paciente, para una mejor respuesta del tratamiento que se quiere efectuar. Además se podrían dar citas, ya fueran quincenales o mensuales; ayudando así mucho más a cada paciente, y obteniendo mayor identificación en estas comunidades.

Con respecto a las brigadas en la república, se puede utilizar la misma táctica, aunque sería más intermitente por el presupuesto; aunque se obtiene beneficio ya que se está abriendo campo a los que en un futuro tendrán la responsabilidad de este cargo tan importante como es la salud pública a nivel comunidad.

Acerca de las funciones que realicé en el período de servicio social con ayuda de compañeros fueron: 1) prevención. Dando pláticas de prevención de caries, técnicas de cepillado, utilización de pastillas reveladoras de placa, utilización del hilo dental, técnica de enjuague y degluta, y instrumentos auxiliares del cepillado. Así como la orientación de la importancia de la aplicación de flúor. Enfocar la importancia de la alimentación a la salud dental, y exhortar la preocupación para obtener la salud no solo dental sino integral. 2) Curación. Remoción de caries con cucharilla, recubrimientos directos o indirectos, obturaciones con amalgama y material estético (como en caso de terceras clases), exodoncias, legrados (en caso de problemas parodontales o gingivales), profilaxis, y cirucías menores como extirpación de quistes dentígenos. 3) La reconstrucción. No se utiliza la prótesis ya que requiere de varias citas.

4. SUGERENCIAS.

La conducción del informe dental, es importantísimo por su veracidad y ayuda a la formación de programas de salud más cercanos a lo ideal.

Con los índices anteriormente expuestos, son muy sencillos y fácilmente de lograrlo sin pérdida de tiempo, haciendo una labor estadística que nos proporcionará la obtención de datos por comunidad, por edad, por enfermedad, etc.

En las brigadas se pudiera llevar un coordinador de la rama con un programa específico, que contribuyera a la ayuda de los objetivos de la odontología; por ejemplo: para coordinar el trabajo según los recursos humanos y materiales, pues no tiene caso que se manden 10 odontólogos con 2 espejos y 2 exploradores. En último de los casos se podrían coordinar de la siguiente manera: 1 odontólogo que se encargue del instrumental, otros 2 que se encarguen de hacer las historias clínicas antes de pasar a consulta (para mayor seguridad del cuerpo odontológico), otros 2, podrían dar pláticas de prevención (en lo que espera el turno de la consulta), y otros 2 se podrían dedicar a realizar trabajo oficinesco acomodando las historias clínicas por orden alfabético, por día, e incluso llevar las citas para la próxima semana según diagnóstico y plan de tratamiento que se haya instalado. Esta sería una solución inmediata para no desperdiciar hora/pasante de trabajo laboral.

Por eso es importante la participación del odontólogo y sus conocimientos o experiencias acerca de los programas de salud, para mayor aprovechamiento y ayuda a los necesitantes de éste tipo de servicio, ya que como hemos visto el problema de la caries dental afecta al 100% de la población, por lo tanto debe tener una consideración especial.

Dentro del trabajo administrativo se pudieran hacer las estadísticas y promedios de dientes cariados, obturados y extraídos, así como enfermedad periodontal, inflamación gingival etc. y poder ayudar mucho más ya con estos datos. Para la participación e interés de este tipo de trabajo se pudiera hacer o elaborar una revista de la institución en la que participarán todos los pasantes aportando por áreas lo que haya sido lo más destacado, el trabajo mejor realizado, e incluso anotar sólo información para conocimiento de todos los pasantes; esto como ayuda y conocimiento de todo lo que se está realizando, pudiendo ser mensual para que se recopilen datos importantes y diferentes cada 30 días.

Se puede hacer un boletín haciendo la invitación por grupos de ésta revista, o si se quiere se pueden hacer por áreas con una aportación mensual que sería más completo y no

se repetirían datos, siendo menos extensa y más concreta, --- teniendo como ventajas el interés de las labores dentro de -- servicio social y su apoyo en el caso que se pueda por parte de las autoridades ya que tendrían el conocimiento de lo que están realizando los pasantes de interés dentro de sus labo-- res sociales y profesionales.

5. LUGARES DE VISITA.

Los lugares que visitamos, por lo regular fueron zonas alrededor del D.F. colonias marginadas o las llamadas ciuda-- des perdidas; realmente comunidades que necesitan ayuda médi-- co-odontológica, y en las que pudimos observar que la gente - desconfía de los servicios que se está efectuando, ya sea por que no se ha orientado o simplemente no ha tenido oportunidad de conocer éstas actividades.

Los lugares son:

La Pastora	en la Villa
Chalma de Guadalupe	en Delegación Gustavo I. Madero
San Andres Atenco	en Tlalnepantla
Filiberto Gomez	
Santa Ma. Nonoalco	
Las Palomas	
Santiago Atlepetlaco	
Guadalupe Proletaria	en Pedregal Ejido
San Nicolas Totoloapan (Contreras)	
Santo Domingo	en Ampliación Caracol
Cihuacones	
Plaza del Estudiante	
Comunidad Morelos	
Santa Rosa Koshiac	
Xalalpa	
Cristo Rey	
La Perla	en Netzahualcoyotl
Loma Bonita	
Chalma	

Visitando las delegaciones siguientes:

Delegación Azcapotzalco
Delegación Coyocacan
Delegación Venustiano Carranza
Delegación Gustavo I. Madero
Delegación Miguel Hidalgo.

Lugares fuera del D.F. visitando la República:

Tulancingo	Hidalgo
Tlaxpa	Guerrero
Conanatoyac	Guerrero
Patlichá	Guerrero
Potuichan	Guerrero
Tlaquexalapa	Guerrero
Puebla	Puebla

Lugares fuera del D.F. en los que pudimos observar la - deficiencia de alimentación que existe en éstos lugares, la - falta de interés hasta por su avaricia, de interés por su - salud o la de los suyos.

Podemos explicarlo ya que el círculo económico de estas gentes está limitado por el poco trabajo que desempeñan durante las temporadas de siembra; falta hasta de agua potable nos hace reflexionar, ya que uno de los programas odontológicos - de la SSA dice que para comunidades de más de 60 000 habitantes habrá fluoración de las aguas; si en éstas zonas de Guerrero no existe ni el agua potable, para que suceda lo segundo - va ha ser mucho más difícil y tardado.

En cuanto a la labor que se desarrollo fué muy interesante, ya que se notó mucha colaboración de parte de todos -- los compañeros y la brigada resultó por lo menos en un 60% de sus objetivos positivos. Además que la función de éstas brigadas no se limitan; por el tiempo que se instala, sino que - tienen acción y reacciones secundarias, pues, se abre el camino a pasantes que es fechas futuras tengan la oportunidad - de prestar su ayuda a éstos necesitantes.

Como comentario, éstas brigadas pienso que son, además de necesarias, pretenden ampliar los recursos humanos y materiales a toda la república, obteniendo entonces su positividad; aunque es necesario que los pasantes dispongan por lo menos con lo necesario para evitar problemas, como en el caso - de una persona que presente algún estado de SHOCK, o si se -- presenta algún caso de hemofilia, etc. que pueden perjudicar no sólo al pasante que le suceda, sino a sus compañeros y a - la reputación de éste tipo de brigadas. Realmente éste punto, creo que es importantísimo y que se puede lograr si hay una - supervisión de alguien que esté más cerca de la materia y así pueda determinar cual es el material, que en caso de emergencia puede salvar la vida del paciente y porque no decirlo, la

de los pasantes, ya que en caso de comunidades que no tienen ni el mínimo de preparación, al grado de no dominar el idioma o dialecto, es para pensarse.

Son unas formas efectivas de educar en materia de salud bucal a la comunidad mexicana.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Odontología para el niño y el adolescente informe -- del Comité de Expertos de la Organización Mundial -- de Salud. OMS,- GINEBRA 1978.
- 2.- Planificación y evaluación de servicios de odontología de salud pública serie de informes técnicos -- No. 589. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1977.
- 3.- Plan Nacional de Salud de 1974 a 1984
- 4.- La Secretaria de Salubridad y Asistencia.
Tomo I
Tomo II
Tomo III
- 5.- Odontología para el niño y el adolescente.
Mc. Donald Ralph E.
TR. H. Martínez 2a. Edición Buenos Aires, Mundi,
1975 557 pag.
- 6.- Psicología aplicada
Cerde, Enrique
Herder, 1960, Barcelona
421 pag. ilustr.
- 7.- Higiene Mental
Paul V. Lemkau
Fondo de Cultura Económica
Séptima impresión 1977
México.
- 8.- Como ganar amigos e influir sobre las personas
Dale Carnegie
1974, Editorial Sudamerica Sociedad Anónima
impreso en Argentina.