

176
2 ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN
EN LA ODONTOLOGÍA DEL SIGLO XXI

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
S A R A G A R C I A M E D I N A
V I C T O R M A N U E L S A N C H E Z J U A R E Z



ASESOR:
DRA. SUSANA OBREGON C.
MEXICO, D. F.,

1998



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.

A MI MADRE VICTORIA MEDINA

Compañera y amiga de siempre, quien a sabido guiar mis pasos y que en todo momento me has apoyado, en mis metas, ilusiones y sueños. Te agradezco lo que he podido lograr, ya que sin tu ayuda hubiera sido más difícil realizarlo. Gracias por ser siempre una gran mujer.

A MI PADRE ALFONSO GARCIA

Por que gracias a su apoyo, confianza y orientación he llegado a la culminación de una de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir de ti.

A MIS HERMANOS JOSE Y JUAN GARCIA

Por el ejemplo de dedicación, superación y éxito que siempre me han brindado, y por esas frases de aliento en todo momento gracias.

A TODOS MIS FAMILIARES Y AMIGOS

Por todo su apoyo incondicional gracias.

A LA DOCTORA BLANCA SUSANA OBREGON

Por su apoyo, orientación y dedicación, para poder llevar a cabo esta tesis.

A TODOS LOS PROFESORES

Quienes depositaron en mí todos sus conocimientos y experiencias para fortalecerme como estudiante y futuro profesionista. gracias.

ESPECIALMENTE

Para Victor M. Sánchez a quien le deseo el mayor éxito en su vida y al cual agradezco su apoyo incondicional.

A LA HONORABLE

Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología, por darme la oportunidad de pertenecer a ella.

AL H. JURADO

Con admiración y respeto para el jurado presente, agradeciendo su cooperación.

GRACIAS

- Especialmente a mi padre el Sr. Manuel A. Sanchez y a mi madre la Sra. Ma. Guadalupe Juárez, quienes con su apoyo incondicional e inmenso amor debo todo lo que soy.

- A mis hermanos Claudia, Angélica, Ruben, Fernando y Edgar por su comprensión, cariño y principalmente por pensar en mí.

- A Sara Garcia Medina agradezco ese impulso por vivir con que me ha nutrido a lo largo de este tiempo.

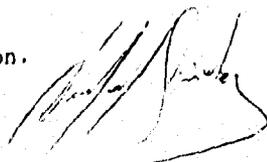
- A todas aquellas personas que de alguna manera me brindan su inapreciable amistad.

- A la Doctora Blanca Susana Obregón por su apoyo y orientación en la elaboración de este trabajo.

- A los profesores quienes me otorgaron día a día sus cátedras con ese aliciente especial que me impulso a superarme como alumno.

- A la U.N.A.M. y a la Facultad de Odontología por la oportunidad que me brindaron para lograr mi formación profesional.

- Al H. Jurado por su inapreciable cooperación.



VIVIR NO ES SOLO EXISTIR.

SINO EXISTIR Y CREAR.

INTRODUCCION

"Ha sido una falla general de las profesiones de la salud que el tratamiento de la enfermedad se haya sobreestimado, y considerado al mínimo su prevención. Kauffman estableció que el ideal supremo de la profesión dental debería ser eliminar la necesidad de su propia existencia. Aunque esta sugestión utópica probablemente nunca se pueda realizar, si subraya la necesidad de realizar esfuerzos para resolver el problema de la prevención".

Es por esto, que mirando hacia el futuro deberá de tratarse de involucrar y motivar al odontólogo de práctica general, al especialista y sobre todo al estudiante de odontología para que ejerzan una práctica preventiva más intensa, evitando a sus pacientes cualquier problema bucal futuro.

Es indispensable que se logre una relación adecuada entre el odontólogo y el paciente desde la primera entrevista.

Es necesario que el dentista haga comprender al paciente que una boca sana no se consigue de manera fortuita, sino a base de un cambio positivo de conducta, dirigido a una prevención odontológica (aplicaciones periódicas de fluoruro, aplicación de sellador de fisuras y foseetas, técnica de cepillado, visitas al dentista, etc.).

El profesional de salud bucal que maneje bien el concepto anterior además de interceptar y corregir, hará prevención, brindando con esto una educación odontológica integral.

Es por todo esto que el odontólogo actual y futuro deberá contar

con una formación profesional y una concientización del papel tan importante que desempeñara dentro de la sociedad.

La interrogante que se abre para el próximo cambio de siglo es conocer el camino que seguirá la odontología, siendo los odontólogos actuales una generación en proceso y transición constantes ¿Lograrán una odontología más preventiva que correctiva?.

En resumen podríamos mencionar que el mayor problema que se nos presenta para lograr lo anterior es la poca o nula importancia que le asigna el dentista a la odontología preventiva provocando o incitando a los pacientes para que tomen la misma actitud de indiferencia hacia la prevención dental, un ejemplo de lo anterior es el nivel de caries dental, cuyo número de casos que se manifiestan cada año (incidencia) va en aumento, sumandose además a los ya existentes (prevalencia); lamentablemente este gran problema de salud pública no solamente afecta a México sino al mundo entero principalmente a los países subdesarrollados.

Por lo tanto el objetivo general del proyecto tiene como propósito, dar a conocer al gremio dental y demás servidores públicos el beneficio de implementar una odontología preventiva más activa; así como también se plantean alternativas para realizar con regularidad aspectos preventivos, llámese información por medios masivos de comunicación, campañas de salud bucal por parte de instituciones públicas especializadas en el área, visitas o brigadas a escuelas y comunidades, además algunos lineamientos que deberían seguir los odontólogos de práctica privada, como un control de sus actividades es decir su propia auditoria clinica. Con lo cual se busca que el índice de caries y

demás problemas bucales disminuyan para beneficio de generaciones futuras.

La información vertida en esta investigación nos hara conocer la relevancia que se ha proporcionado a la Odontología Preventiva en la presente década, así como las medidas en el ámbito preventivo tomadas en el extranjero o países considerados de primer mundo, y las que México ha adoptado o le faltan por practicar, las cuales se trataran de adaptar a las necesidades sociales y económicas mexicanas.

(1) Shafer, W. G. y B. M. Levy. Tratado de Patología Bucal. Interamericana. México. 1986, pags. 939.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I ODONTOLOGIA PREVENTIVA	
A. Definición	7
B. Antecedentes	7
C. Importancia y trascendencia social	10
D. Niveles de Prevención	14
CAPITULO II EL ODONTOLOGO	
A. Formación Profesional	22
B. Actualización de conocimientos	25
CAPITULO III RELACION ODONTOLOGO-PACIENTE	
A. Personalidad del Odontólogo	30
B. Personalidad del Paciente	33
C. La Relación Odontólogo-Paciente	38
CAPITULO IV HISTORIA CLINICA	
A. Importancia	44
B. Formato Tradicional	46
CAPITULO V PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA	
A. Importancia	52
B. El Factor Económico	59
C. Costo-Beneficio	62
CAPITULO VI EDUCACION DENTAL	
A. Importancia	67

B. Clasificación	68
1. Los Hábitos	68
2. La Dieta	70
3. El Asesoramiento Dental	73
4. Prácticas de Higiene Bucal	75
C. Cambio de Conducta	80
CAPITULO VII ALTERNATIVAS PREVENTIVAS	
A. Fluoruro	85
1. Antecedentes	85
2. Sistémico	88
3. Tópico	91
4. Técnica de Aplicación	94
B. Sellador de Fosetas y Fisuras	95
1. Antecedentes	95
2. Técnica de Aplicación	102
CAPITULO VIII NECESIDAD DE PREVENCION	
A. Experiencia clínica con caries en niños de edad preescolar y sus necesidades de prevención	105
CONCLUSIONES	115
PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS PARA LA ODONTOLOGIA	
PREVENTIVA DEL SIGLO XXI	118
BIBLIOGRAFIA	127
ANEXOS	131

CAPITULO

I

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

CAPITULO I

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

A. DEFINICION

Dentro de la Literatura existen infinidad de definiciones de Odontología Preventiva, pero en resumen la mayoría manejan el mismo concepto; ejemplo de lo anterior podrían ser las siguientes:

"La Odontología Preventiva puede definirse como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y/o la restitución de su salud bucal. El ideal de la Odontología Preventiva es actuar tan precozmente como sea posible para eliminar la enfermedad".₁

"La Odontología Preventiva comprende los conocimientos, materiales, técnicas o procedimientos que permiten prevenir la iniciación de anomalías y afecciones bucodentomaxilofaciales o, si éstas se hubieran iniciado, las detectan y tratan lo antes posible detener su evolución y promueven una adecuada rehabilitación anatómica, funcional, estética y social del individuo como ente total".₂

B. ANTECEDENTES

Numerosos autores (Bass, Arnim, Barkley) prepararon el camino hacia la importancia de un programa preventivo esbozado con metas y objetivos, apoyados en la conducta y motivación del

paciente "La gran brecha fue que la prevención se convirtió en algo activo: antes se acostumbraba hablar a los pacientes, ahora ellos participaban en el proceso de aprendizaje sobre la enfermedad y como controlarla".³

Bajo este nuevo enfoque la Odontología general fue objeto de un gran cambio ya que se fue acuñando un nuevo término, la Filosofía Preventiva antes que correctiva.

La placa dental, principal factor causante de caries fue tema de muchas reuniones y cursos educativos. Todo esto propició que en 1970 se creara la Sociedad Americana de Odontología Preventiva.

Es obvio que gracias a esta nueva manera de ver la Odontología se dió un gran auge a diversas técnicas preventivas ejemplo de ello son las variadas técnicas de cepillado, el uso de hilo o seda dental, la nutrición, hábitos del paciente; es decir toda una gama de elementos que la conforman. Posteriormente se incorporaron a estos; la motivación y la conducta del paciente, quizá lo más trascendental como veremos posteriormente, ya que juegan un papel muy importante dentro de la Filosofía Preventiva.

Las escuelas de Odontología al observar la notoriedad e importancia que se le asignaba en esos momentos a la Odontología Preventiva, la incorporaron dentro de sus programas de estudio y en la metodología clínica, repercutiendo en la formación del odontólogo de esta época que cambia de su característica práctica a una más clínica.

"El interes en la prevencion existe todavia en muchos niveles pero no con la efervescencia de fines de los años 60 y principios de los 70".⁴

En la mayoria de textos las tendencias actuales en el campo de la Odontologia han incorporado a la prevencion dentro de la atencion total o integral del paciente, esta observacion se puede poner en tela de juicio, debido a que la mayor parte de los planes de estudio sólo contemplan a la Odontologia preventiva como una concepcion o campo aislado, es decir se lo toma como una asignatura más, aspecto que debe ser observado, ya que generalmente no es practicada repercutiendo esto en los tratamientos. "Excluyéndola de los servicios odontologicos, manejamos mal al paciente y damos a entender que los servicios ofrecidos son algo menos que integrales."⁵

Se han realizado numerosos estudios e investigaciones para nutrir a la Odontologia preventiva, ejemplo de lo anterior es buscar una vacuna contra la caries, en estos estudios se han encontrado buenos resultados en animales pero aún quedan muchos puntos por resolver antes de intentar el uso de la vacuna en los seres humanos. "...el aspecto más excitante y prometedor de la investigacion en la prevencion es el área de la inmunologia. Los investigadores estan usando los conceptos básicos de inmunologia- memoria y especificidad para combatir la enfermedad dental".⁶

Otra de las áreas interesantes y que ha sido explorada en la Odontologia preventiva es la quimioterapia aspecto que también debe ser estudiado con mucho cuidado para no crear

confusión con respecto a sus indicaciones y aplicaciones.

El fluoruro es el agente terapéutico actualmente más aceptado en la inhibición de la caries dental, pero aún se duda de sus efectos y beneficios, y aunque parezca increíble esta duda nace en los odontólogos considerados los "especialistas" en el área, el porque de esto no se sabe, quizá exista deficiencia o un estancamiento en su conocimiento dedicándose en exclusiva a un aspecto reparador, mutilador, etc.

En resumen podemos decir que no se ha producido un verdadero acontecimiento en investigación de la enfermedad dental, científicos buscan vacunas contra la caries, mejoran materiales, técnicas, etc., pero quizá la solución no este completamente en ese camino.

C. IMPORTANCIA Y TRASCENDENCIA SOCIAL

"La Odontología, como rama de la medicina comparte con ésta la alta cualidad de constituirse en un arte que requiere un gran sentido de humanismo, responsabilidad y ética profesional".⁷

La importancia de la Odontología Preventiva la debe valorar el odontólogo de manera que no la considere un concepto aislado o distante de su práctica diaria. "...la Odontología Preventiva no es una técnica, ni comprende una cantidad de técnicas dedicadas a prevenir las enfermedades dentales. Es en cambio una manera de practicar la Odontología que deriva de lo que el dentista considera que es la verdadera esencia de la profesión que ha elegido, de lo que el cree que es la razón de la

existencia de su práctica profesional". Por lo tanto el dentista es el responsable de fomentar en sus pacientes la prevención odontológica, la fuerza de su motivación radicarán en creer en ella y en sus beneficios pero sobre todo en lo que ofrecerá a sus pacientes y a esa sociedad en la que se desenvuelve.

El Cirujano Dentista aplicará esta Filosofía Preventiva no sólo a aquellos pacientes con grandes problemas bucales sino también a aquellos con problemas mínimos y aún a los que no tienen problema alguno. Idealmente, este enfoque del ejercicio de la Odontología debe aprenderse durante los años de formación de los Odontólogos, es decir en las facultades o escuelas relacionadas con la salud. "La Filosofía Preventiva debe translucirse en cada fase de la práctica odontológica y debe estar siempre presente en el consultorio, desde el momento que se abre a la mañana hasta que se cierra por la noche".

Lamentablemente aunque hay un número creciente de dentistas dedicados a la promoción y la incorporación de la prevención en su práctica diaria, la realidad es que muchos más; por no decir la mayoría está sólo hablando de ello. Esta apatía del Odontólogo para incorporarse a ser un representante de la Odontología Preventiva, bien podría enmarcarse en una serie de pretextos o razones mal fundamentadas siendo las más comunes las que nos menciona Katz:

- 1) La Odontología Preventiva no es un área desafiante del ejercicio profesional.
- 2) La Odontología Preventiva no es lucrativa.

3) La Odontología Preventiva no es apreciada, ni pedida por el público.

4) La Odontología Preventiva practicada, aplicada al ejercicio diario, rara vez se enseña.

Es importante lograr que los dentistas cambien en la apreciación de estos conceptos. El resultado de está sería un desplazamiento en la práctica odontológica de una Filosofía puramente restauradora a una Filosofía de tratamiento total del paciente con un contenido de prevención tan alto como sea posible. Pero además en este cambio no sólo debe involucrarse al Odontólogo sino a la sociedad donde tratará de vertir sus ideales o fines. "...para que un ejercicio orientado preventivamente sea factible de manera realista en nuestro mundo socio-económico actual, deben existir dos condiciones:

- 1) Debe existir la necesidad de prevención y,
- 2) La prevención debe ser aceptada por el público".¹⁰

Ante las urgentes necesidades de obtener, conservar y elevar el nivel de salud integral, se tiene que valorar la importancia de la prevención; ya que es conveniente hacer hincapié de su difusión, atención y sobre todo de su práctica como una especialidad médica dirigida a todas las clases sociales, porque estas necesidades son universales.

La caries dental y la enfermedad periodontal, que son los estados bucales más prevaletentes afectan a más del 95% de los habitantes de los países "civilizados", pero no debemos delimitar hasta aquí los problemas bucales y concentrar nuestra atención exclusivamente en ellos, un ejemplo no lo da la OMS

"cada año 8600 personas mueren de cáncer de la cavidad bucal, que en muchos casos es evitable".¹¹

Es seguro que la caries dental podría ser prácticamente eliminada por el uso combinado de una higiene bucal adecuada, fluoruros, sellados de fisuras y foseetas y una dieta razonablemente libre de alimentos cariogénicos. En la mayoría de los casos la enfermedad periodontal podría ser prevenida por métodos tan simples como el control de placa, basta sólo con un correcto uso del cepillo y la seda dental. Pero aún con todo esto existen innumerables problemas que no se pueden controlar sin el asesoramiento profesional, es decir visitas periódicas al dentista y como menciona Katz "la Odontología preventiva no es una panacea y no puede resolver todos los problemas dentales de la humanidad".¹² Por lo tanto es aquí donde entraría en juego la odontología en su máxima expresión, es decir que el odontólogo realice una odontología total o integral (preventiva, interceptiva y correctiva).

Estos datos nos dan pie para comprender la trascendencia social que puede lograrse si implementan autoridades en el ramo obligatoriamente y con una regularidad constante aspectos preventivos. "La necesidad de prevención tenderá a aumentar a medida que la cantidad de gente cubierta por un seguro de salud dental siga aumentando".¹³

.....

D. NIVELES DE PREVENCIÓN

La historia natural o curso que sigue la enfermedad a lo largo del tiempo, en ausencia de un tratamiento es muy importante en la Odontología Preventiva, el modelo representativo de la historia natural es el presentado por Leavell y Clark quienes trataron de esquematizarlo en una forma que no se presentará demasiado abstracta como en modelos de otros investigadores. "...consideran el concepto de prevención con respecto al individuo y no simplemente a la enfermedad o al órgano involucrado".¹⁴

Antes de analizar los niveles de prevención es necesario reconocer la evolución de los períodos que van desde la salud a la enfermedad es decir su historia natural.

En su modelo distinguen tres períodos o estadios como lo nombran otros autores.

1) PERIODO PREPATOGENO O ESTADIO PRECLINICO

Es donde se encuentran los factores que favorecen o determinan el desarrollo de una enfermedad. Estos factores pueden ser ambientales, conductuales, endógenos y mixtos.

2) PERIODO PATOGENICO O ESTADIO CLINICO

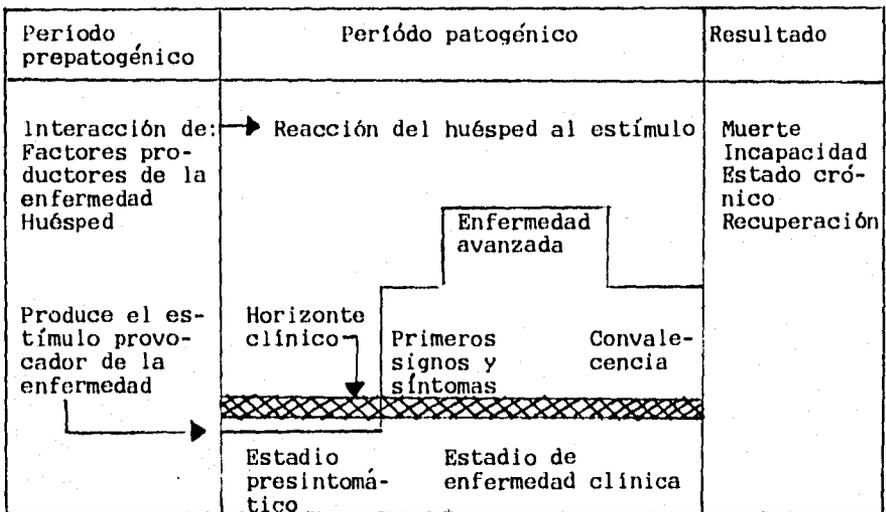
El cual a su vez se divide en dos elementos que son:

- a) Período presintomático. Es donde no existen signos clínicos de la enfermedad, pero ya se han iniciado los cambios anatomopatológicos responsables.

b) Enfermedad clínica o estadio clínico. Es donde los cambios en órganos y tejidos son ya lo suficientemente importantes como para que aparezcan signos y síntomas de la enfermedad.

3) EL ÚLTIMO PERIODO O ESTADIO FINAL

Es aquel donde se da el resultado del proceso de la enfermedad y puede ser: Muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la salud.



Historia natural de cualquier enfermedad en el hombre.

NIVELES DE PREVENCIÓN

En general actualmente se clasifican las actividades preventivas en tres niveles:

1) PREVENCIÓN PRIMARIA

Tiene por objeto disminuir la ocurrencia o aparición de enfermedades por lo tanto esta actuaría en el período prepatogénico (antes de que se inicie el estímulo provocador de la enfermedad).

Leavell y Clark además la dividieron en dos subniveles:

a) PREVENCIÓN INESPECÍFICA. En ella se engloban las medidas que se toman sobre el individuo, la sociedad o el medio ambiente, con el fin de evitar la aparición de la enfermedad en general. Es decir actividades de promoción de la salud (mejoras en el aspecto socioeconómico, nutricional, educacional, etc.).

b) PROTECCIÓN ESPECÍFICA. Su objetivo va dirigido sólo a la prevención de una enfermedad o afección determinada (vacunas, fluoración, etc.).

2) PREVENCIÓN SECUNDARIA

Esta actuará cuando la prevención primaria no ha existido o ha fracasado. Una vez que el estímulo productor de la enfermedad ha actuado, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la enfermedad mediante un tratamiento precoz y oportuno, con el objeto de lograr su erradicación (curación) y evitar la aparición de secuelas. (Se tratará de mejorar el pronóstico de la enfermedad y permitir mantenerla bajo control).

3) PREVENCIÓN TERCIARIA

La enfermedad lamentablemente ya está bien establecida hayan o no aparecido secuelas, aquí solo resta limitar el daño y evitar su evolución a un estadio mayor. Esta a su vez se divide en:

- a) Limitación del daño.
- b) Rehabilitación.

En resumen, las intervenciones comunes en Odontología generalmente pueden ser preventivas antes de alcanzar el nivel interceptivo y correctivo.

EL CONCEPTO DE PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

Interrelaciones entre los factores productores de enfermedades (agente/s, factores de riesgo) y el huésped	Reacción del huésped al estímulo			
Producción del estímulo	Período Presintomático	Primeros Signos y síntomas	Enfermedad avanzada	Convalecencia
PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		
Prevención inespecífica	Protección específica	Diagnóstico precoz	Tratamiento precoz y oportuno	Rehabilitación y reinserción social
<ul style="list-style-type: none"> -Mejora del nivel socioeconómico -Educación sanitaria -Saneamiento ambiental -Buenos estándares de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> -Educación sanitaria -Vacunaciones preventivas -Inmunoprofilaxis -Fluoración de las aguas abastecimiento público -Protección contra los riesgos laborales 	<ul style="list-style-type: none"> -Autoexamen -Información de la población sobre la naturaleza y significado de los primeros signos y síntomas de las enfermedades crónicas -Screening 	<ul style="list-style-type: none"> -Tratamiento precoz y oportuno con la finalidad de curar la enfermedad o detener el proceso y evitar la aparición de complicaciones y secuelas 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuando las lesiones han quedado establecidas de forma irreversible y la enfermedad ha pasado a la cronicidad. Rehabilitar al individuo con objetos de entender la progresión de la enfermedad o atenuar la incapacidad
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN Terciaria
N I V E L E S D E P R E V E N C I O N				

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, NIVELES DE PREVENCIÓN
Y SU RELACION CON LA ODONTOLOGIA

PERIODO PREPATOGENICO 0 ESTADIO PRECLINICO		PERIODO PATOGENICO 0 ESTADIO CLINICO		PERIODO FINAL 0 RESOLUCION	
		PRESINTOMATICO	ENFERMEDAD CLINICA		
EVOLUCION DE SALUD A ENFERMEDAD					
ODONTOLOGIA PREVENTIVA		ODONTOLOGIA INTERCEPTIVA		ODONTOLOGIA CORRECTIVA O RESTAURADORA	
NIVELES DE PREVENCIÓN					
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA	
PROTECCIÓN INESPECIFICA	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ		LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL		CUARTO NIVEL	QUINTO NIVEL

S A L U D

E N F E R M E D A D

BIBLIOGRAFIA

1. Katz, Simone et al. *Odontologia Preventiva en acción*. Ed. Med. Panamericana. México, 1983, pags.375.
2. Friedenthal. *Diccionario Odontologico*. Panamericana. Argentina. 1981, 537 pags.
3. Dominick P. de Paola DDS, PhD y H. Gordon Cheney, DDS, MPH. *Odontologia Preventiva*. Editorial Mundi. S.A.I. C Y F .Argentina. 1.a Edición. 1981.
4. *idem.*, p.289
5. *idem.*, .
6. *idem.*, .
7. *idem.*, p.60
8. Katz, *op. cit.*, p.11
9. *Idem.*, p.12
10. *Idem.*, p.22
11. Asociación Estadounidense para la salud mundial (AAWH). *Folleto Informativo. " Boca Sana, Vida Sana "*. Día Mundial de la Salud. Washington Dc., 1994.
12. Katz, *op. cit.*, p.26
13. *Idem.*, p.24
14. *Idem.*, p.37

CAPITULO

II

EL ODONTOLOGO

CAPITULO II EL ODONTOLOGO

A. FORMACION PROFESIONAL.

"¿Qué es lo que da satisfacción al odontólogo de hoy? Al periodoncista y al cirujano les gusta cortar, al endodoncista le gusta limar, al ortodoncista le gusta aplicar presiones, al prostodoncista le gusta llenar espacios y al práctico general obturar cavidades, y cuanto más compleja es la situación mayor es el desafío. Los dentistas no nacieron así, hubo algo que los ayudo a ser de este modo",₁

El énfasis sobre las técnicas operatorias sigue siendo común en la mayoría de las facultades de Odontología, y por consiguiente la filosofía básica de la educación dental es preparar siempre profesionales que sean excelentes en las destrezas que se requieren para producir las mejores restauraciones dentales pero que no están preparados para emprender la acción preventiva necesaria o para inducir a sus pacientes a emprenderla, y que tampoco están preparados para comprender las necesidades de la población en términos de salud bucal o su responsabilidad con respecto a la comunidad "...para que la Odontología preventiva se transforme en el centro básico en torno del cuál se estructure la práctica odontológica es necesario un cambio de actitud por parte de los profesionales dentales incluyendo a sus educadores",₂

Los resultados saltan a la vista, la sociedad a la que deben servir se encuentra afectada por la deficiencia en la impartición de estos conceptos. "Si bien consideramos que la

formación del odontólogo ejerce una influencia muy importante en su posterior quehacer profesional, también nos parece necesario reconocer algunas características de la articulación de dicha práctica con la sociedad en su conjunto para identificar el papel que juega el sistema social en el desarrollo del trabajo profesional".³

Es importante que al dentista se le enseñe y aprenda a balancear el aspecto preventivo con el aspecto correctivo, no debe dedicar todo el esfuerzo al tratamiento de las consecuencias de una higiene bucal defectuosa y muy poco o ninguno a las causas que la producen.

El origen del problema se encuentra en los mismos centros educativos de donde el odontólogo egresa, basta con revisar la forma en que se imparten y desarrollan los planes de estudio, en cuya estructura existen grandes deficiencias, porque la enseñanza de la Odontología es generalmente en el orden de materias en un principio básicas, luego preclínicas y por último clínicas, división que propicia la desintegración de conocimientos ya que estos se imparten sin relación con los problemas o las necesidades del país, ya que se crean modelos extranjerizados, debido a que se toma como base estudios o información que no es nacional "...el apoyo teórico de esta enseñanza esta dado principalmente por libros de texto producidos en más del 60 por ciento en Estados Unidos..."⁴

Es conveniente también hacer notar que en estos textos se da mayor énfasis a las técnicas que incluyen restauraciones

dando menor importancia a las actividades preventivas. Creando con esto un círculo vicioso y que limitará la perspectiva profesional de ese dentista que educado de una forma dogmática dictada por estos libros y revistas.

Es primordial que el odontólogo comprenda que esta obligado no sólo profesionalmente sino éticamente a ofrecer una Odontología integral dirigida principalmente a cubrir o solventar las necesidades de la sociedad en que se desarrolla.

No se para que vino, no tiene ningún problema en la boca.



Me alegro de que haya venido su boca esta en perfecto estado, mi equipo y yo haremos todo lo posible para que siga así.



El dentista debe egresar de las escuelas o facultades, con la convicción de que no todo el servicio odontológico es realizar extracciones, restauraciones o el ganar dinero, es por esto que es importante que este futuro odontólogo se forje con otro tipo de objetivos o metas.

Es necesario hacer notar que debido al desarrollo actual de México, no debemos basar nuestra enseñanza, aprendizaje y conocimiento solamente a lo realizado en el extranjero, sino

que solamente se le debe tomar como muestra y no como un objetivo ya que es fundamental que aqui se inicie una expansión y apoyo hacia la investigación por parte de las autoridades competentes en el ramo, y así poder evaluar, comparar, modificar y sobre todo adaptar informaciones extranjeras, para satisfacer las necesidades del país. Esto sería en esencia el elemento en donde se iniciará en realidad un cambio futuro en la mentalidad no sólo de los odontólogos, sino de cualquier otro profesional de la salud.

B. ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS

"El éxito no es una proposición o un hecho intangible, es un esfuerzo persistente, continuado, que inteligentemente aplicado nos dará el éxito final. Recuerde que nunca se es demasiado viejo para estudiar, aprender y mejorar los elementos del saber, la conducta y la destreza".₅

La aparición de nuevas técnicas odontológicas, el lanzamiento día a día de nuevos materiales dentales, nuevos instrumentos, etc. hace imprescindible que el odontólogo moderno deba estar actualizado en todo esto, acudiendo a congresos, exposiciones, cursos, etc. pero quizá lo más importante sea que esté odontólogo cuente con un entusiasmo por conocer, aprender pero sobre todo beneficiarse y beneficiar a los demás (pacientes). Es importante hacer notar a este nuevo dentista que este no es

el fin de la carrera sino el inicio de una preparación hacia mejores logros debe comprender que el beneficio de la actualización es enorme tanto en el aspecto social, emocional, económico y sobre todo profesional. Ya que en la comunidad en que trabaje, calificará su preparación y certificará la calidad de su ejercicio profesional, además que siempre se encontrara vigente.

Es obvio que muchos odontólogos no siguieron actualizándose y continuan aplicando conceptos fuera de lugar y de época, esto repercute constantemente en iatrogenias hacia sus pacientes. Es importante hacer notar que el dentista está obligado profesionalmente a ofrecer lo mejor de sus servicios, pero lamentablemente infinidad de pacientes acuden al consultorio ya con innumerables restauraciones la mayoría de ellas antilestéticas y antifuncionales, pero quizá lo más lamentable de todo esto es el caso de aquellos pacientes que acuden parcialmente o totalmente edéntulos, debido a que se encontraron con odontólogos (si así se les puede nombrar) que no ofrecían más que extracciones en su práctica, o quizá son técnicos dentales o cualquier otra persona carente de los conocimientos necesarios que usurpan una profesión.

Es primordial que se tomen las medidas necesarias y que las asociaciones dentales en combinación con el gobierno establezcan y emitan una serie de lineamientos a seguir por los dentistas en los que se incluirán obligatoriamente determinado número de asistencias a congresos y un número de exámenes formativos anuales, así como sanciones ejemplares a estos pseudo-odontólogos.

Actualmente el país necesita que sus profesionistas se actualizen en forma constante y en todos los campos, para beneficio de si mismos y de la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Katz, Simone et al. **Odontología Preventiva en acción.** Ed. Med. Panamericana, México, 1983, pags.375.
2. *idem.*, p.18
3. López Camara, Victor y Norma Lara. **Trabajo Odontológico en la ciudad de México. Análisis de la práctica dominante.** Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México, 1983, pags.94.
4. *Ibidem.*
5. Dominick P. de Paola DDS. PhD y H. Gordon Cheney, DDS, MPH. **Odontología Preventiva.** Editorial Mundi. S.A.I. C Y F. Argentina. 1.a Edición. 1981.

CAPITULO

III

RELACION ODONTOLOGO-PACIENTE

CAPITULO III

RELACION ODONTOLOGO-PACIENTE

A. LA PERSONALIDAD DEL ODONTOLOGO

El odontólogo está obligado a conocer sus propios rasgos de personalidad para utilizarlos en provecho de su relación con los pacientes y en el establecimiento de su propio equilibrio emocional.

La forma en que se conduzca el dentista frente a su paciente durante la primera entrevista generará una confianza indispensable para las entrevistas subsecuentes. Hay que tener en consideración que el cirujano dentista es catalogado generalmente por el paciente como un último recurso. "El odontólogo es recipiente de la angustia y el dolor del paciente, recibe manifestaciones de rechazo frecuentes, es visto como un productor de dolor y no como agente de alivio".₁

Comunmente el odontólogo avanza en los aspectos clínicos de su práctica diaria pero muestra una apatía hacia aquellos factores subconcientes que determinan su conducta hacia sus pacientes, familiares, colegas, etc.; Es decir con el mundo que le rodea y en el cual se desenvuelve, por esto es fundamental que el dentista incline su atención hacia el aspecto psico-social. "Los odontólogos que comprenden mejor los fundamentos psicológicos involucrados en la relación odontólogo-paciente pueden aplicarlos practicamente, y así podran experimentar de continuo, gusto y satisfacción completos en su trabajo".₂

Los estudios relacionados con la personalidad del

odontólogo la mayoría de ellos realizados en el extranjero desprenden datos que no siempre coinciden con el perfil psicológico del dentista nacional afectado por diversos factores o circunstancias con las cuales se relaciona.

Durante la revisión bibliográfica se encontro que el estudio mencionado a continuación se realizo en un grupo de odontólogos mexicanos en el cual se obtuvieron los siguientes datos:

"Los rasgos de personalidad que destacaron en el estudio y fueron comunes a todos los sujetos son en orden":₃

- 1) DIFICULTAD PARA EL MANEJO DE LA AGRESION
- 2) ANGUSTIA
- 3) INSEGURIDAD Y
- 4) OBSESIDIVIDAD

Si se analizaran y compararan estos datos obtenidos con estudios realizados a otros profesionistas ajenos al ramo, quizá los resultados no difieran grandemente, pero una diferencia significativa es que el odontólogo tiene un contacto más cercano con la fuente de sus ingresos o trabajo (pacientes) y por lo tanto requerirá de un control o equilibrio emocional para no salirse de un esquema que convenga a sus intereses, de lo contrario el dentista variaría el fin de su profesión de lo cual Katz nos dice "...es como si los dentistas creyeran que la gente fue creada con cavidades bucales y denticiones para satisfacer sus necesidades en lugar de pensar que los dentistas fueron creados para tratar los problemas bucales de la gente".₄

Es decir la incapacidad que tenga el odontólogo de mantener dichos factores en reciproco equilibrio, dará por resultado insatisfacciones, reflejadas en fuentes de tensión emocional descontroladas y labores profesionales insuficientes. "...la inclusion de seminarios, clases, cursos o talleres de psicología dinámica en la educación de grado y posgrado en las escuelas de Odontología seria de enorme utllidad para preparar mejor al nuevo profesionista".⁵

B. LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE

Debido al medio en que se desarrolla, la educación y sobre todo la idiosincrasia del paciente, este encuentra mil y un motivos para posponer las visitas al dentista y solo acude a él en caso de urgencia.

El paciente quien no ha tenido experiencia alguna con el dentista, generalmente esta siendo nutrido con experiencias humorísticas, exageraciones la mayoría de ellas pero comunmente negativas. Es decir el paciente está siendo alimentado con un temor a lo que ellos consideran es un dentista, al cual la sociedad enmarca como antaño, refiriéndose a ellos como sacamuelas. "Se acusa tácitamente al dentista de ser un individuo al que debe esquivarse, puesto que sus actuaciones son temibles y, por lo tanto causan miedo, sin embargo no se da una explicación acertada del verdadero motivo de ese sentimiento".

Para lograr una conclusión definitiva hay que eliminar todos estos motivos; todos ellos mal fundamentados o de bases poco sólidas como por ejemplo nos dice Esponda acerca del miedo al dolor motivo más comunmente mencionado "...el dolor es causado por la enfermedad y el odontólogo es el único capacitado para curarla y no es el que la produce". Entonces ese temor puede decirse no es al dolor, quizá es a lo desconocido, es decir existe una gran ignorancia hacia lo que puede ofrecer un buen servicio dental, por lo tanto es de considerarse que existe una mala educación dental del paciente, el cual no la aprendio

ni la aplico desde la niñez, ya que durante ella se deben conocer los dientes, la boca, su importancia y sobre todo su cuidado. "La animadversión hacia el dentista se proyecta en contra del cuidado de la boca o mejor dicho en el descuido intencional de ella".^a

Si existiera necesidad de culpar a alguien por esta serie de sucesos el menos culpable quizá sería el paciente, como dijimos anteriormente ignorante de una buena educación dental, por lo tanto la mayoría de la culpa recaería sobre los profesionales del área es decir los odontólogos quienes quizá no han tomado las medidas necesarias o no cumplen con esa obligación moral que les corresponde, ellos son los más indicados en proporcionarla ya que tienen la capacidad académica.

Para ayudar a esos pacientes es necesario que el odontólogo conozca a fondo estas disciplinas, domine una Odontología íntegra (prevención, intercepción y corrección) ganándose sobre todo la confianza de sus pacientes para involucrarlos en el cuidado de sus dientes para que en un futuro exista en la mente de toda persona la firme convicción de que el cuidado de su boca, además de un deber personal y social, es una obligación educacional heredada de padres a hijos, encaminada a conservar una salud física íntegra.

El dentista no debe perder de vista que está tratando con una persona que tiene problemas dentarios y no sólo con problemas dentarios de una persona.

Durante la primer entrevista con el paciente como mencionamos anteriormente es necesario que el odontólogo trate de

conocer a su paciente. "En la entrevista se debe de lograr obtener un perfil psicológico aproximado del paciente para poder ajustar nuestra terapéutica, en tiempo, esfuerzo, a las posibilidades psicológicas y expectativas del futuro paciente...".

El odontólogo debe comprender que el paciente que acude por primera vez a su consulta se encontrará angustiado, ansioso y hasta temeroso, aquí el dentista debe de redoblar esfuerzos para reconfortar a este paciente, habiéndole, disipándole sus dudas, explicándole los procedimientos del tratamiento, el instrumental, etc. generando poco a poco una confianza que será fundamental en el futuro.



El paciente educado con anterioridad que acude a su visita periódica ya con regularidad no es menos importante, es decir: no hay que descuidar su educación y por lo tanto el avance logrado.

"El paciente conciente, responsable y previsor, lo más probable es que aún sin recibir recomendaciones del odontólogo, sea consistente y esté en la disposición de seguir los procedimientos que se le indiquen".¹⁰

Dentro de su desarrollo profesional el dentista se encontrará con gente diversa, es decir con diferentes formas de pensar, actuar, etc..El cirujano dentista debe estar capacitado para reconocer las características dominantes de cada persona. Existen varias clasificaciones de personalidad del paciente, tomaremos una que quizá encaje mejor con la naturaleza del ser humano. Por lo tanto pueden existir pacientes:

DESCONEJADOS. Que son aquellos poco dispuestos a entablar una buena relación con el profesional dental.

MANIPULADORES. Que son aquellos que no toman ningún aprecio por las atenciones del odontólogo y sólo tratan de sacar ventajas ilegítimas de esta relación.

PSICOPATAS. Que son aquellos que logran producir en el dentista signos de frustración hacia lo que tratan de lograr por el paciente.

ACTUADORES. Es el paciente que se siente inadecuadamente manejado, incomprendido o insatisfecho de su relación con anteriores profesionales.

ESTRESADOS. Es aquel que es muy susceptible a estimulaciones externas, ya que antepone siempre sus problemas a cualquier circunstancia.

RECEPTIVOS. Son los más cooperadores en cuestiones de lo que

trata el odontólogo de conseguir con ellos.

La solución para establecer una buena relación es aquella donde el dentista trate de amoldarse a todas estas personalidades para no alterar su equilibrio emocional y así repercutir en su desarrollo profesional "...sólo a través del proceso de empatía (capacidad de identificarse con el otro como si fuera uno mismo) que el profesional pueda desarrollar, será lo que le permitirá establecer una genuina y estrecha relación de colaboración con sus pacientes".

C. LA RELACION ODONTOLOGO - PACIENTE

El iniciar una buena comunicación en el consultorio implica establecer una buena relación con el paciente, implica lo que el dentista dice y sobre todo lo que escucha. Es importante tomar en cuenta que solamente se tiene una sólo oportunidad de hacer o formar una buena impresión, desde la primer llamada, la primer visita o la primer cita a la que acude el paciente. Este primer contacto con él, permite involucrarlo en una atmósfera orientada al servicio dental de excelencia, y al mismo tiempo el profesional conocerá las expectativas del paciente, es decir lo que este consumidor espera del servicio dental profesional al que acude. "La primer visita es mucho más que el temporal vínculo que se establece entre dos personas, desconocidas hasta ese importante momento, es en esta ocasión cuando se establece una interacción humana y psicológica a la cual el odontólogo avezado debe reconocer para formalizarla y estabilizarla..."¹²

El siguiente paso es el llenado de la historia clínica elemento imprescindible, donde se recogen valiosos datos psicológicos que pueden ayudar a descubrir o a confirmar rasgos de personalidad del paciente que pudiesen alterar o modificar el curso del tratamiento odontológico propuesto. Es por esto que la historia clínica debe estar incluida en ese primer contacto con el paciente. "El tiempo empleado en las entrevistas no sólo revelan condiciones psicológicas adversas de los presuntos pacientes, sino que también las reacciones emocionales que el

odontólogo pueda tener ante distintas personalidades".¹³

El dentista debe aprender a ver más allá de la figura humana que entrevista, debe aprender a ver a los pacientes como son y no como quisieran que fueran, de lo contrario caería en las engañosas "trampas" de personalidad de un presunto paciente, situación que lo afectaría posteriormente en el manejo de citas, honorarios, o conducta de esa persona dentro del consultorio.

La impresión que ofrezca el odontólogo en la primer cita difícilmente cambiará en las siguientes, es por esto que la conducta del profesional ante esto bien podría quedar enmarcada en la siguiente manifestación "...la adulación, la seducción, el "caer bien" y hacerse "simpático" ante los pacientes, son pobres e ineficaces instrumentos para encuadrar favorablemente la relación interpersonal profesional.

Una relación odontólogo-paciente tendrá que ser: Seria (no solemne), respetuosa (no distante), constante (no ocasional), confiable (no alternante), autónoma (no dependiente) y duradera (no condicional)".¹⁴

Una relación natural será la más favorable esta debe ser auténtica y espontánea, será el mayor recurso terapéutico, que el odontólogo pueda brindar a su paciente como apoyo y manejo de sus aspectos emocionales. "El que un paciente establezca una buena relación con determinado odontólogo y no con otro, depende de esos factores propios de la personalidad de ambos".¹⁵

Hoy en día, debido al mundo tan revolucionado por así decirlo donde se desarrolla la sociedad, las exigencias del

ejercicio odontológico moderno son tan complejas, que hacen que el conocimiento de los mecanismos psicológicos de la Odontología sea capital. "El desconocimiento de las verdaderas personalidades del paciente y de su odontólogo nos lleva incurrir en problemas y situaciones, a veces graves, que podrían evitarse o minimizarse".¹⁶

*Los pacientes
no son de
hielo*



Es fundamental cambiar la concepción que tiene formada el paciente del odontólogo para lograr esto es necesario que esa primer entrevista, esa relación odontólogo-paciente sea lo más ética y profesional posible, hay que tener en cuenta que al odontólogo se le considera como un médico de segunda clase o alguien carente de conocimientos necesarios para brindar salud "...existe una imagen social que al ser asimilada por el paciente, conforma al médico de manera totalmente distinta que al

odontólogo, existiendo para él una casi universal
"animaadversión".¹⁷

En resumen la primer entrevista es la gran oportunidad
para hacer un vínculo profesional y duradero con todos los
pacientes, se podría decir que la "primer entrevista es el
principio de todos los éxitos profesionales."

BIBLIOGRAFIA

1. Gómez, García Roberto et al. **Relación Odontólogo Paciente.** *Práctica Odontológica.* 14 (5), 1993, pp. 21-24.
2. Dominick P.de Paola DDS. PhD y H. Gordon Cheney, DDS, MPH. **Odontología Preventiva.** Editorial Mundial: S.A.I. C Y F. Argentina. 1.a Edición. 1981.
3. Gómez, op. cit.,.
4. Katz, Simone et al. **Odontología Preventiva en acción.** Ed. Med. Panamericana. México, 1983,pags.375.
5. Dominick, op. cit., p.82
6. Esponda Vila Rafael. **Usted y sus dientes.** 1.a Edición 1968. Editorial Acuarimantina.
7. *Idem.*, p.178
8. *Idem.*, p.179
9. Dominick, op. cit.,p.49
10. *Idem.*, p.53
11. *Idem.*, p.56
12. Katz, op. cit., p.49
13. *Idem.*, p. 50
14. *Idem.*, p. 51
15. Dominick, op. cit., p.75
16. *Idem.*, p.89
17. Gómez, op. cit., .

CAPITULO
IV

HISTORIA CLINICA

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA

A. IMPORTANCIA

El esquema tradicional de una historia clínica comprende dos secciones:

- 1) Un examen sistemático o general, y
- 2) Un examen dental exclusivamente.

En la perspectiva preventiva es importante incorporar o por lo menos ser mencionados implícitamente dentro del formato de historia clínica utilizada por todo dentista, cuestiones acerca de los conceptos odontológicos que maneje el paciente de primera vez. Por ejemplo su última visita dental, la importancia o cuidado que le asigna a sus dientes, o lo que él sabe o cree que se realiza durante un tratamiento dental, o alguna otra información que nos oriente, acerca del grado de educación dental con que cuente el paciente, todo esto es para tener una base, donde iniciará el tratamiento dental del mismo.

Por otro lado es importante además recalcar la importancia que tiene el realizar los exámenes clínicos del paciente en forma completa y sistemática. Porque es lamentable analizar estadísticas, acerca del cáncer oral el cual causa la muerte de miles de personas al año, y más lamentable es el hecho de que este pudo ser prevenido o detectado a tiempo, ya que la mayoría de ellos son visibles y palpables, pero para colmo estas personas recibieron con anterioridad tratamientos médicos y

dentales. "¿Será que los dentistas están entrenados para mirar en primer lugar a los agujeros de los dientes... y pueden no dedicar suficiente tiempo y cuidado al examen de las otras estructuras bucales y extrabucales?"

Durante este examen clínico es fundamental que el odontólogo considere a ese paciente como una unidad y no solamente como unos cuadrantes dentarios con problemas. Por lo tanto debe llevar a cabo en forma ordenada y sistemática, la exploración iniciará con la observación de la postura, el andar, el aspecto general, en seguida por su cara, su articulación temporomandibular (ATM), etc., posteriormente se continuará el examen del área que como especialista interesa más al odontólogo es decir la cavidad bucal, ahí en forma detallada se observará y palpará: Los labios, los carrillos, el paladar, la lengua, el piso de boca, la encía, el surco vestibular, los dientes, su oclusión y estado particular, auxiliándose con un explorador, una sonda periodontal y un espejo bucal, después se completará el estudio con un examen radiográfico y modelos de estudio.

En resumen debemos pedir al odontólogo que se concientice acerca de la importancia para él y para su paciente de elaborar una historia clínica adecuada, no se pide que sea un especialista en cada una de las áreas (Patología bucal, Oclusión, Periodoncia, etc.) pero sí que observe clínicamente la diferencia entre lo normal y lo anormal, en una boca.

HISTORIA CLINICA

B. FORMATO TRADICIONAL

La historia clinica es de suma importancia para el odontólogo y se realiza con el fin de actualizar o ilustrar acerca de la salud del paciente.

La realización de la historia clinica, tiene varios propósitos entre los que podemos mencionar:

- Obtención de datos para estar seguros de que el tratamiento elegido no influirá en el estado general del paciente.

- Determinación de la posible presencia de alguna enfermedad o ingesta de medicamentos que pueda entorpecer o comprometer el pronóstico dental del paciente.

- Detección de enfermedades que necesitan un tratamiento especial y de las cuales el paciente no se haya percatado.

- Conservar un archivo clinico para recurrir a el cada vez que se requiera.

El examen de un paciente se vale de métodos que podran ser completos e incompletos.

Dentro de los completos estan aquellos integrados por: Observación, Interrogatorio, inspección, palpación etc. y métodos complementarios de laboratorio.

Dentro de los incompletos encontramos aquellos que constan de un breve examen clinico y de una posible serie radiográfica.

El formato ideal para llevar a cabo una historia clínica es aquel lo suficientemente completo y conciso para utilizarse en el trabajo diario aunque también; la riqueza de dicha información dependerá de la habilidad del odontólogo, para profundizar en las respuestas afirmativas que de él paciente durante el interrogatorio.

Los componentes de una historia varían de uno a otro formato pero generalmente se incluyen los siguientes:

- Datos de filiación del paciente.
- Enfermedad actual o motivo de consulta
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Revisión de aparatos y sistemas
- Examen físico, de laboratorio
- Examen bucal
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tratamiento
- Alta clínica

La fuente de información de la Historia clínica puede ser:

- 1) Directa
- 2) Indirecta o
- 3) Mixta

DATOS DE FILIACION DEL PACIENTE

-Apellidos y nombre completo

- Fecha de nacimiento
- Sexo y estado civil
- Profesión u ocupación
- Domicilio y teléfono
- Lugar de nacimiento

ENFERMEDAD ACTUAL O MOTIVO DE CONSULTA

Consiste en una explicación clara y cronológica de los problemas que presenta el paciente.

- Principio del problema
- Orden en que se presentó
- Manifestaciones
- Tratamientos recibidos
- Síntomas y signos

ANTECEDENTES FAMILIARES

Aquí se conocerá sobre los consanguíneos que hayan padecido o padezcan enfermedades hereditarias o de alto riesgo.

ANTECEDENTES PERSONALES

Aquí se incluye el estado general, las enfermedades de la infancia, inmunizaciones, enfermedades actuales, intervenciones quirúrgicas, medicamentos habituales, alergias, hábitos, etc..

REVISION DE APARATOS Y SISTEMAS

Aquí se preguntará en forma sistemática si sufre síntomas que sean susceptibles de indicar alguna enfermedad de los sistemas: cardiovascular, renal, digestivo, respiratorio, nervioso o de algun órgano del cuerpo.

EXAMEN FISICO Y DE LABORATORIO

El odontólogo lo realizará en forma tanto general como odontológica. Es fundamental para el diagnóstico, comprende examen de: cara, tronco y extremidades, así como los signos vitales.

El examen de laboratorio generalmente se lleva a cabo dentro de los hospitales.

EXAMEN BUCAL

Como se mencionó en la importancia de la historia clínica, aquí se realizará un examen lo mas completo posible de las estructuras bucales y extrabucales.

DIAGNOSTICO

Es el repaso de los diferentes padecimientos que presente el paciente en su cuadro general, descartando algunos y confirmando otros hasta tener un diagnóstico correcto.

PRONOSTICO

Es la proyección que da el odontólogo de los probables resultados del(os) padecimiento(s) del paciente así como su recuperación.

TRATAMIENTO

Serán los procedimientos terapéuticos que llevarán al odontólogo a restablecer la salud integral del individuo.

ALTA CLINICA

Una vez solucionados los problemas bucales del paciente se mantendrá esté en observación, para obtener el mantenimiento de la salud dental del mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Katz, Simone et al. Odontología Preventiva en acción. Ed. Med. Panamericana. México, 1983, pags.375.

C A P I T U L O

V

PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA

CAPITULO V

PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA

A. IMPORTANCIA

El implementar la perspectiva preventiva en la práctica diaria es un objetivo que debe estar sustentado con un programa debidamente ordenado el cual se ira adaptando a las características y necesidades particulares de cada paciente.

Uno de los objetivos primarios del programa de Odontología preventiva es ayudar al paciente a mejorar aquellos hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal, es importante que se tomen en cuenta los principios básicos que llevan al cambio de hábitos durante el planeamiento del programa preventivo. Asi debe prepararse un programa que ayude al paciente:

- 1) A reconocer que existen en su boca estados indeseables,
- 2) A comprender cómo se han producido estos estados y
- 3) A aprender a controlarlos.

El programa se dividirá en dos secciones que se conjuntan en un sólo objetivo, que es inculcar en el paciente una mentalidad preventiva para beneficio de si mismo. Estas dos secciones son:

- Programa preventivo para el consultorio dental
- Programa preventivo para el hogar

PROGRAMA PREVENTIVO PARA EL CONSULTORIO DENTAL

Es aquel que se realiza en el consultorio y aqui se engloban las diversas tecnicas de control que se aplican en un

programa de atención total hacia el paciente, en una forma constante al principio, y posteriormente en una forma periódica, para incorporar en la educación dental del paciente pláticas de refuerzo o seguimiento. "Es una experiencia común entre los odontólogos preventivos que el entusiasmo y el apego por los programas de control disminuyan en muchos pacientes con el tiempo. Para asegurarse de que los pacientes sigan practicando las medidas de control tal como se les enseñaron, son necesarios refuerzos periódicos hasta que las nuevas prácticas se transformen en hábitos".

Las técnicas típicamente preventivas son:

- 1) Control de placa
- 2) Uso de fluoruro
- 3) Asesoramiento sobre dieta y nutrición
- 4) Uso de selladores de fosetas y fisuras
- 5) Educación dental del paciente
- 6) Seguimiento (control)

Estas técnicas se incorporan al programa de Odontología preventiva mediante una serie de pasos a seguir.

PASOS DEL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN EL CONSULTORIO DENTAL

- 1) Introducción del paciente a la perspectiva de una Odontología preventiva. Desde el primer contacto con el paciente se le deben dar a conocer los conceptos preventivos que se manejan en el

consultorio, influirle además confianza a expresar sus dudas o temores, y sobre todo hacerle conocer el objetivo de una Odontología preventiva (mantener los dientes naturales en una boca sana, durante todo el tiempo que sea posible), es decir debe comprender que el éxito de todo esto será la alianza que formara él con el odontólogo. "El dentista debe señalar al paciente, y reforzar con tanta frecuencia como sea necesario, que con el objeto de alcanzar esa meta él debe participar con un esfuerzo cooperativo con el consultorio dental, que en términos de resultados, él es el miembro más importante de la brigada de salud, y debe desarrollar el deseo y la habilidad de realizar las maniobras que el odontólogo le va a enseñar."

2) Diagnóstico y evolución de las necesidades preventivas del paciente. Un buen diagnóstico debe estar apoyado con una historia clínica lo más completa posible (ver historia clínica capítulo IV), y posteriormente se evaluarán las necesidades preventivas del paciente.

Los procedimientos más comunmente empleados para determinar las necesidades preventivas son:

- 1) Evaluación y control de placa
- 2) Evaluación gingival
- 3) Evaluación nutricional o de la dieta
- 3) Presentación del caso. Aquí se informa al paciente de sus problemas o necesidades de salud bucal, sus causas y sus consecuencias potenciales, las soluciones que se proponen, etc., es decir se prepara el camino para exponer al paciente un plan de

tratamiento, donde además se estimaran los honorarios y tiempo (cantidad y frecuencia de las citas).

4) Plan de tratamiento. Una vez conocidas las necesidades del paciente, el odontólogo debe presentar un tratamiento que satisfaga y de solución a las mismas.

"La secuencia de maniobras de un plan de tratamiento varía de acuerdo con las necesidades y características del paciente. El control del dolor y la infección aguda siempre deben tener prioridad sobre cualquier otro tipo de servicio.

En un programa preventivo bien planeado, las técnicas de control deben seguir a continuación".₃

5) Instauración del programa. Consiste en iniciar la educación dental del paciente, combinándola con el trabajo restaurativo, si lo requiere, normalmente basta con seis visitas al consultorio, aunque algunos pacientes pueden necesitar un poco más de tiempo que otros, todo esto dependerá de sus necesidades, nivel de comprensión, destreza manual, pero sobre todo de el grado de motivación existente.

6) Evaluación del progreso del paciente. Es la evaluación de avance del paciente, apoyada en exámenes clínicos (detección de placa, hemorragia gingival, etc.).

Los pacientes que cumplan el tratamiento exitosamente deben ser felicitados y estimulados para que continuen con ese camino y los pacientes que no lo cumplan requieran quizá de más tiempo, paciencia y sobre todo de comprensión por parte del odontólogo.

7) Seguimiento (control). Este quizá sea el punto más importante ya que entraña no descuidar al paciente en la constante práctica de sus nuevos hábitos y conductas, el odontólogo lo citara a visitas de control con la periodicidad que considere conveniente. "Los cambios de hábitos y conductas exitosos deben ser repetidamente reforzados hasta que los hábitos recién adquiridos se hayan establecido solidamente". 4

PROGRAMA PREVENTIVO PARA EL HOGAR

En este programa se encuentran las medidas que debe observar el paciente en su casa, aquí el paciente contribuirá y pasará a formar parte importante en la prevención de la enfermedad dental.

Estas medidas son:

- 1) La práctica de una higiene bucal correcta
- 2) El uso de dentríficos y enjuagues preferentemente fluorados
- 3) Un control de la dieta adecuado
- 4) El control médico y dental periódico.

En resumen estas actividades van a ser el resultado práctico de los conocimientos teóricos que aprendió el paciente en el programa preventivo del consultorio dental.

REPASO DE LAS METAS Y ESTRATEGIAS DE CONDUCTA PARA PREVENCION PERSUASIVA

INFLUENCIAS EN LA PERCEPCION DEL PACIENTE		INFLUENCIAS EN LA CONDUCTA DEL PACIENTE		
HACER QUE EL PACIENTE	ESTRATEGIA PERSUASIVA	HACER QUE EL PACIENTE	ESTRATEGIA PERSUASIVA	
Examen periódico	Anticipe con placer	Brindar información adecuada	Concurra por lo menos una vez al año pero preferiblemente cuando se lo cita	Refuerzo y recompensa con elogio
	Conozca la razón del	Comunicación verbal y no verbal dirigida al nivel cognoscitivo apropiado.		Minimizar el refuerzo negativo
Atención dental	Crea necesaria	Explicaciones paso a paso	Sea cooperador y participe en el tratamiento	Realizar conductas compatibles con las expectativas del niño
	Crea beneficiosa	Oportunidad frecuentes para la retroalimentación del niño		Reforzar las conductas preventivas en el consultorio y comentándolas
	Crea no dolorosa	Desarrollar empatía interesándose en los problemas del niño por ejemplo el uso de películas Apoyar al niño preocupado o ansioso		
Procedimiento de descubrimiento	Vea la placa o los gérmenes que causan la enfermedad gingival y las caries	Recalcar los logros positivos y el acercamiento a una conducta más madura	use las tabletas o solución descubridora 1 a 3 veces por semana	Reforzar las acciones de la higienista enfermera de control etc.
		Apelar a la auto-estima imagen corporal y aspecto		Modificar el programa de acuerdo a la rapidez de aprendizaje del niño

INFLUENCIAS EN LA PERCEPCION DEL PACIENTE		INFLUENCIAS EN LA CONDUCTA DEL PACIENTE	
HACER QUE EL PACIENTE	ESTRATEGIA PERSUASIVA	HACER QUE EL PACIENTE	ESTRATEGIA PERSUASIVA
<p>Cepillado</p> <p>Lo haga diariamente y a conciencia, como se le enseñó</p> <p>Elimine la placa y los alimentos pegajosos</p> <p>Mantenga los dientes y las encías saludables y de buen aspecto</p>	<p>Insistir en la percepción del odontólogo como una autoridad benigna, pero firme, consistente, y dedicada</p>	<p>Manipule el cepillo en los surcos, en los dientes, en las superficies masticatorias, dependiendo del grado de destreza</p>	<p>Introducir llamadas recordatorias más frecuentes si la placa no está bajo control</p> <p>A edades tempranas, reforzar el establecimiento de patrones de conducta antes que preocuparse por la eliminación completa de la placa</p> <p>Utilizar al padre como ayudante si el niño no es capaz de realizar las conductas necesarias</p>
<p>Hilos de seda dental</p> <p>Elimine cuidadosamente la placa o los gérmenes donde el cepillo no puede llegar</p>	<p>Apelar a la auto-estima, imagen corporal y aspecto</p>	<p>Desarrolle destreza manual</p>	<p>Modificar el programa y el equipo para adaptarlo al desarrollo del niño</p>
<p>Terapia con fluoruros</p> <p>Entienda el valor del fluoruro que viene en el agua de bebida, que el odontólogo usa también fluoruro, y que en el dentrífico debe haber fluoruro eficaz</p>	<p>Brindar información exacta sobre cómo el fluoruro puede prevenir las cavidades</p>	<p>Aparezca voluntariamente para la aplicación tópica del fluoruro</p> <p>Acepte e implemente un programa con fluoruros en el hogar y use un dentrífico con fluoruro aprobado por la ADA</p>	<p>Reforzar la conducta preventiva en el consultorio y por comentarios</p>
<p>Nutrición</p> <p>Entienda que la ingestión frecuente de azúcar contribuye a la formación de caries también el azúcar que queda puede causar caries</p>	<p>Desarrollar empatía</p> <p>Oportunidad para la retroalimentación</p>	<p>Lleve un registro de lo que come</p>	<p>Reforzar utilizando a la familia como participantes</p> <p>Enfatizar una dieta balanceada</p>

B. EL FACTOR ECONOMICO

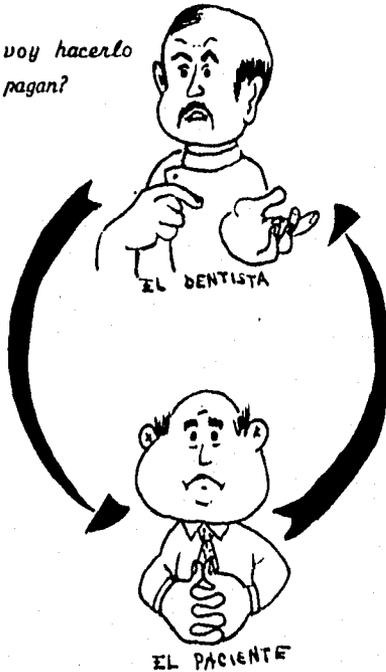
Si la Odontología preventiva es para algunos dentistas, menos remunerativa que las operaciones tradicionalmente restauradoras, es por que el paciente generalmente no tiene conciencia de la importancia y el valor de los servicios preventivos que los dentistas pueden realizar, los cuales pueden verse forzados a cobrar menos por los servicios preventivos, porque el paciente no reconoce aún que los honorarios odontológicos se basan en los servicios profesionales y no en el costo de un producto.

La gran mayoría de dentistas consideran que sus colegas que dedican una mayor parte de su atención hacia la Odontología preventiva obtienen ingresos muy bajos, con respecto de los que se dedican en mayor medida a prácticas restauradoras exclusivamente en las cuales se considera mayor cantidad de pacientes y por supuesto mayor cantidad de ingresos económicos. El concepto anterior está mal fundamentado, porque está comprobado en diversos estudios que los odontólogos que tienen su ejercicio profesional orientado hacia la prevención tienen en general un ingreso más elevado y sobre todo pacientes más agradecidos, un ejemplo de esto sería lo que manifiesta Rothar "...para el tiempo realmente empleado en Odontología preventiva se recibe una tasa de remuneración directa más alta que para las otras actividades de su práctica".⁵

El implementar una práctica preventiva de un día para

el otro en el ejercicio profesional no es objetivo fácil ya que se deben tener en cuenta numerosos factores, como el de ese odontólogo que necesita creer en la prevención para que así la pueda "predicar" a cada uno de sus pacientes, tiene que tratar de educar a ese paciente ignorante de los beneficios de la Odontología preventiva, y el cual está acostumbrado a pagar por cosas u objetos (amalgamas, extracciones, puentes, etc.) que el pueda ver y valorar inmediatamente, ya que se sabe que los resultados o beneficios de una actividad preventiva generalmente son a largo plazo, podría decirse que es por esto que el paciente no gusta de pagar por estos servicios a los cuales considera invisibles.

*¿Por qué voy hacerlo
si no me pagan?*



*¿Por qué voy a pagar
si no me hizo nada?*

"Mientras que 1) La política financiera básica del ejercicio de la Odontología siga siendo el cobro de un honorario por un producto tangible (la llamada "prestación dental") y 2) Los servicios preventivos no tangibles no están totalmente reconocidos por el público como trabajo profesional del más alto valor...".⁶

La solución está en manos del odontólogo, el cual deberá aceptar la responsabilidad de educar a sus pacientes haciéndoles comprender que el costo principal de la enfermedad dental no es económico sino en el dolor, la incapacidad y el deterioro de la salud general producida a través de una masticación deficiente, hacerles ver que todo ello puede ser prevenido con sólo tomar en cuenta la importancia de la higiene bucal, del balancear su dieta, la visita periódica al profesional dental, etc..

Para lograr esto es necesario que el dentista sondee los innumerables caminos que puedan ayudarlo para que los pacientes acepten o se responsabilicen en el papel que desempeñan en este ejercicio.

c. COSTO-BENEFICIO

Todo acto de trabajo que genera un bien (producto) o un servicio, es y debe ser retribuido. Esta retribución (finanza) varia según la relación existente entre el que produce (odontólogo) y el que recibe los beneficios (paciente).

El dentista debe explicar los objetivos o fines de un programa preventivo a su paciente, considerando que un programa bien planteado difícilmente sera rechazado. Siendo comunmente el factor económico el causante de la mayoría de las deserciones por parte de los paciente antes de la finalización de un tratamiento. Es importante que el paciente comprenda que el costo de un programa preventivo es mucho menor a un programa restaurativo y por lo tanto se obtienen mayores beneficios. El odontólogo tendra presente que "...los consumidores distribuirán sus escasos recursos, tiempo y dinero, a aquella asistencia y actividad que le ofrezca mayor cantidad de beneficios".⁷

La cantidad de posibles beneficios que busque el paciente serán innumerables, e irán desde el aspecto social, emocional hasta el económico. Por lo tanto "...los beneficios a la salud personal tales como una buena dentición, y un segundo beneficio, también de sumo interés es el de ahorro de los recursos de atención a la salud, esto es la cantidad de dinero que se pueda ahorrar a través de una intervención, una tercera y cuarta categoría pueden ser otros beneficios económicos y sociales que pueden ser distribucionales, y resultados intermedios, por ejemplo un cambio en la conducta, que se piensa

es el precursor de un mejor estado de salud".⁸

El dentista debe tomar en cuenta que el costo de instaurar una práctica preventiva en su ejercicio diario es menor al beneficio que obtendra, "...cuando los pacientes ven que el odontólogo esta controlando los factores causales de la enfermedad bucal, consideran la reparación de las zonas dañadas más como una inversión que como un juego de azar".⁹ Aquí se considera que el beneficio no solamente es en el aspecto económico sino también se vera reflejado en el desarrollo profesional, ya que estos pacientes no dudaran en recomendar "a su doctor" con otros posibles pacientes.

Por otro lado hay que considerar al paciente que por su desconocimiento en la importancia de la prevención es el más afectado teniendo que cubrir gastos muy elevados por problemas que pudieron ser prevenidos. "Gran parte del sufrimiento, la desfiguración, la discapacidad y aún la muerte (como en el caso del cáncer) producidos por las enfermedades bucales podrían evitarse si se llevan a cabo en el momento adecuado las medidas preventivas pertinentes".¹⁰

Es importante que los servicios odontológicos preventivos se hagan imprescindible para el paciente y sobre todo que el dentista los ofrezca en forma constante. Ya que "...las medidas para evitar las enfermedades bucodentales son sumamente eficaces en función del costo. Por ejemplo, por cada dólar que se gasta en la fluoración del agua comunitaria se ahorran alrededor de US \$50 en concepto de tratamientos odontológicos. Así mismo,

una persona puede ahorrar cientos de dolares a lo largo de su vida si usa selladores para evitar las caries, en vez de esperar hasta que tenga caries". 11

BIBLIOGRAFIA

1. Katz, Simone et al. *Odontología Preventiva en acción*. Ed. Med. Panamericana. México, 1983, pags.375.
2. *Idem.*, p.40
3. *Idem.*, p.44
4. *Ibidem.*, .
5. *Idem.*, p.19
6. *Idem.*, p.24
7. Martínez, Cordova Salvador. *Costo - eficiencia: En el Consultorio Dental. Dentista y paciente*. Vol. I Núm. 7, Enero 1993, pp 6 y 8.
8. *Idem.*, .
9. Katz, *op. cit.*, p.19
10. *Idem.*, p.24
11. Asociación Estadounidense para la salud mundial (AAWH). *Folleto informativo. " Boca Sana, Vida Sana "*. Día Mundial de la Salud. Washington Dc., 1994.

CAPITULO

VI

EDUCACION DENTAL

CAPITULO VI

EDUCACION DENTAL

A. IMPORTANCIA

La educación es lo más importante que puede brindar un ser humano a otro, nos educamos para conocer y aprender el porque de las cosas, la educación fortalece el pensamiento así como el alma es por todo esto que su papel es importantísimo en el desarrollo social del hombre.

El odontólogo como especialista en el área de salud bucal, debe dirigir su atención a la educación de su paciente, para que este conozca su boca y los órganos que la conforman así como de sus necesidades y cuidados.

El dentista iniciara esta educación haciendo comprender al paciente que su boca es un sistema al cual debe prestar la debida atención, motivandolo además para que conozca los elementos accesorios necesarios para su manutención y cuidado (enjuagues, cepillos, hilo dental, pastas, etc.).

El profesional dental al educar debiera de apoyarse de toda su paciencia, perseverancia, pericia y experiencia para guiar a su paciente por el sendero de la prevención dental otorgando a esta la debida importancia.

La clasificación de los elementos principales que guian la conducta del paciente los dividimos en:

- Hábitos
- Dieta

B. CLASIFICACION

1. LOS HABITOS

La educación acerca de la salud deberá ser inculcada con la debida importancia de la práctica de buenos hábitos de higiene tanto general como bucal.

A la higiene hay que definirla: Como el conjunto de normas a seguir para evitar las enfermedades y conservar la salud.

Así como la sociedad, dicta que debemos bañarnos con regularidad para no ofender a los demás con el mal olor corporal, existen además otros hábitos que se deben aprender desde la infancia, ejemplo de esto es la limpieza de manos, uñas, oídos, nariz, la ropa de vestir, etc., sumandose a lo anterior, el ejercicio físico es indispensable para conservar la salud física y mental.

Inclinándose ya hacia el tema de la higiene bucal, el odontólogo debe enseñar al paciente los conceptos acerca del cuidado de la boca y de las estructuras que la conforman, su importancia, y su función; Esto dará pauta al profesional para que el paciente comprenda que su boca requiere de todos los cuidados que se le puedan proporcionar, así mismo deberá aprender que no debe introducir en ella sus dedos u objetos extraños que la puedan dañar, también se le instruirá acerca de la frecuencia de cepillado dental su importancia y sobretodo el beneficio que se obtiene de practicar este hábito frecuentemente, además de incluir conceptos concernientes a la dieta, todo esto deberá

pasar a formar parte de la educación del individuo con respecto a su salud y posteriormente a la de su familia.

Lamentablemente aunque los cuidados dentales no poseen los valores sociales de los usos o las costumbres, es decir la gente demerita su importancia por su educación social o cultural, sin embargo existen por fortuna aspectos visibles de esta falta de higiene que pueden forzar al individuo a seguir un programa de rehabilitación o cuidados bucales, por ejemplo: La halitosis, la caries visible, abscesos, etc., estos y otros factores son importantes para motivar en los pacientes buenos hábitos con respecto a su higiene buco-dental.

El cirujano dentista deberá informar a los pacientes acerca de la importancia y beneficio de la Odontología preventiva y además hacerle comprender que vale más invertir tiempo y cuidado a sus dientes, que enfrentar la posibilidad de invertir dinero e incapacidad en infecciones, extracciones, prótesis, etc., la transmisión de estos valores será difícil, pero será indiscutible su importancia en el aspecto personal, en la autoestima e integridad del individuo.

Estos conceptos deberán ser inculcados desde la infancia del individuo ya que se considera que es la etapa donde se forma, aprende, adquiere y sobre todo se practica una costumbre o hábito, el cual se transmitirá de una generación a otra. Esto explica el porque los jóvenes y niños que han recibido información, recursos y cuidados desde la infancia, observan mejores condiciones de salud y hábitos higienicos que los

pacientes adultos no educados de esta manera.

2. LA DIETA

Para facilitar la comprensión del objetivo que se desea establecer en este apartado, es conveniente conocer y diferenciar dos de los términos generalmente más utilizados en el tema de alimentación, los cuales son:

DIETETICO. Esto se refiere a los efectos locales de los alimentos lo que pueden hacer o provocar en los tejidos o a su medio ambiente y simplemente bastará su sola presencia para tal fin.

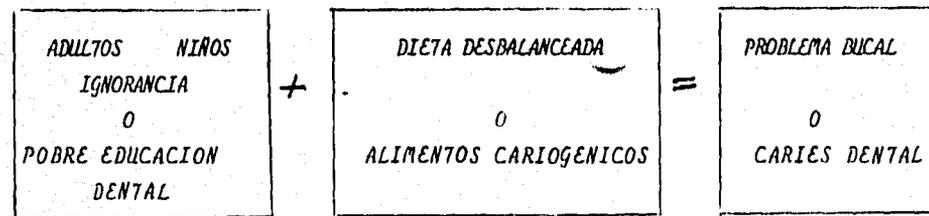
NUTRICIONAL. Aquí los efectos dependen del contenido de nutrientes de los alimentos, incluyen además la influencia de tales nutrientes sobre la salud general, el crecimiento, el desarrollo, la renovación celular, la capacidad de los tejidos para repararse y la resistencia a la enfermedad.

Una vez analizadas las definiciones es obvio constatar la diferencia entre dieta y nutrición.

Dentro del segundo concepto poco o nada puede hacer el dentista y aún muchos médicos, ya que para impartir los conceptos de nutrición en forma correcta, es necesario que los promueva un especialista en el área es decir un nutriólogo. "...los dentistas y las auxiliares consideran que el asesoramiento sobre la nutrición es un servicio importante, aunque confuso y frustrante, que desde el punto de vista realista no pertenece al ejercicio corriente de la Odontología".

Este es nuestro punto de partida, admitiendo que en el ejercicio de la Odontología, las consideraciones sobre las dietas son más importantes que las que se refieren a la nutrición. Es importante señalar que no por esto el odontólogo ya no se preocupe por la ausencia evidente de una nutrición completa y balanceada en su paciente, canalizándolo con un especialista en caso necesario.

En Odontología el elemento que más se asocia a una dieta desbalanceada es la caries dental, por lo que es común escuchar en los padres de familia cuyos hijos presentan gran número de caries, "es que el niño(a) come muchos dulces", aunque se sabe que los mismos no provocan caries por sí solos, sino que requieren de la presencia de otros elementos como son: La ingesta frecuente de ellos, la falta de higiene o cepillado dental por parte del niño(a), etc., existen varias soluciones a este conflicto, el por que no se utilizan es en sí el verdadero problema, es factible que exista una falta de educación dental de los padres, quienes no formaron en el hijo un hábito de higiene bucal, para así prevenir dichos problemas.



El punto central de este acontecimiento radica en la ignorancia del paciente con respecto a la importancia del factor dieta y su relación con la salud dental, ignorancia que debe ser eliminada con una educación proporcionada por el odontólogo, el cual tratará de eliminar una dieta altamente cariogénica, por una no cariogénica, es importante señalar que todo resultado por mínimo que este sea debe considerarse positivo. Ya que el objetivo de lograr grandes cambios no es nada fácil, ya que hay que considerar a la dieta como un elemento de toda la vida en el individuo, y tratar que este cambie un hábito de un momento a otro es difícil. "...una dieta es un factor profundamente arraigado en la vida de una persona. Las dietas son rasgos culturales que reflejan los antecedentes étnicos, los estilos de vida, la escala personal y social de valores, hábitos, creencias, modas, tendencias, etc..."₁

El dentista deberá iniciar su labor preventiva hacia el paciente con un programa sobre asesoramiento de dieta que generalmente estará integrado por tres elementos fundamentales:

- 1) El conocimiento del tipo de dieta del paciente
- 2) El análisis de la dieta desde el punto de vista nutricional y dietético y
- 3) El consejo, orientación y motivación para lograr los cambios de dieta que requiera el paciente.

Es importante señalar además al odontólogo que en contraste con el programa de control de placa, los resultados de los cambios dietéticos y nutricionales llevan más tiempo en ser

percibidos.

Ademas es fundamental que se entienda que el causante de esta pobre educaci3n en el 3mbito de salud, en primera instancia es el gobierno qui3n no presta la suficiente atenci3n a la propagaci3n de campa1as masivas para este fin, en lugar de permitir el libre transito y propagaci3n de alimentos poco o nada nutricionales y altamente cariog3nicos, es decir la llamada comida "chatarra", la cual invade televisi3n, radio y prensa, es importante comprender que la gente es educada en primer instancia por lo que ve y escucha. En segundo t3rmino estan los profesionales del ramo de la salud (m3dicos, odont3logos, nutri3logos, higienistas, etc.) quienes durante su practica diaria no prestan la debida atenci3n al factor salud.

3. EL ASESORAMIENTO DENTAL.

El cirujano dentista actual debe tener la capacidad para orientar a sus pacientes, acerca de la importancia y diferencia entre la Odontologia preventiva, con respecto a la interceptiva y a3n m3s con la correctiva.

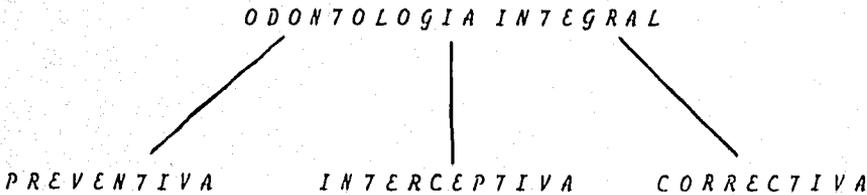
Se sabe que la Odontologia de emergencia se vende sola, caso contrario de la Odontologia preventiva que es un servicio tan intangible como un seguro de vida. Es por esto que el compromiso del odont3logo radica en ayudar y orientar a sus pacientes para que conozcan sus necesidades dentales en primera instancia, despu3s les formar3 un plan de tratamiento que de

solución a dichas necesidades, todo esto basado dentro de un marco realista y de acuerdo a las condiciones que presente el paciente (motivación, educación, economía, etc.).

Si bien es cierto que el momento más eficaz de la prevención es y será antes de la aparición de cualquier problema bucal, también lo es el hecho de dar la debida importancia a interceptar y corregir las secuelas de cualquier problema que no atravesó por un período preventivo previo, todo esto con el fin de evitar la aparición de daños mayores en un futuro.

Lamentablemente en la actualidad la mayoría de consultorios no incitan a sus pacientes a realizar una labor preventiva, en ocasiones ni siquiera interceptiva, su funcionamiento esta centrado exclusivamente en la corrección.

Es fundamental que el odontólogo comprenda que la Odontología Integral es y será el servicio ideal de su práctica profesional, también es importante que se lo haga saber a su paciente, quien tiene todo el derecho de conocer y diferenciar los beneficios de un servicio dental integral.



4. PRACTICAS DE HIGIENE BUCAL

El lineamiento principal en este tema será el tratar de lograr una unificación de objetivos de las diferentes técnicas, métodos y consejos de higiene bucal que han aparecido en estudios de diversos autores.

Existen diferentes técnicas de cepillado (de Fones, de Roll, de Bass, de Charters, de Stillman, etc.) todas buscan un objetivo en común como lo es el hecho de proporcionar salud y limpieza a los dientes, encías y demás componentes de la cavidad bucal. El odontólogo debe comprender que la mejor técnica de cepillado es aquella que se adapte, se enseñe y sobre todo sea aprendida por el paciente, por que es común que se sature al paciente con información diversa por medio de folletos y en ocasiones de películas acerca del tema, creyendo con esto el odontólogo que cumplió con su papel de educador, aspecto que da resultados poco favorables. "Muchos programas de control de placa se han concentrado en proveer al paciente la información sobre las causas, las características, la prevalencia y las consecuencias de la enfermedad bucal. Esto se ha presentado en una diversidad de modos: Discursos "enlatados", audiovisuales, folletos, etc.

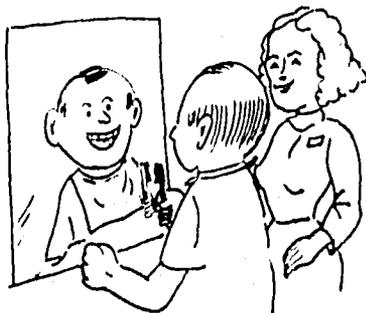
Hay abundante evidencia de que este tipo de conocimiento muy rara vez motiva un cambio de conducta".³

En resumen podemos decir que la instrucción de ese paciente, no necesariamente traerá como resultado que este

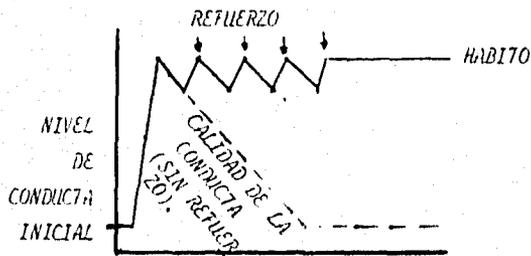
aprenda.

El enfoque ideal para obtener resultados favorables es que el paciente en primera instancia observe y analice dicha información, y a continuación la practique y experimente auxiliado por el odontólogo quien observará su habilidad y en determinado momento corregirá las fallas que se presenten durante el transcurso de la técnica o método.

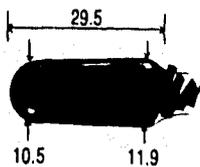
*Muy bien! Le felicito
va avanzando muy
rápido.*



Posteriormente es importante que se vigile y refuerze el aprendizaje con prácticas a intervalos periódicos según considere conveniente el odontólogo.

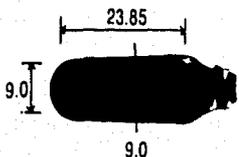


Dentro del transcurso de estas practicas de higiene bucal el odontólogo debe indicar al paciente acerca de la importancia del cepillado así como las ventajas y desventajas de los cepillos dentales, en cuanto a su tamaño (grandes, medianos, pequeños), las diferentes consistencias que presentan (cerdas duras, blandas, extraduras), sus diferentes formas y usos (cepillo curvo, recto, angulado), pero sobretodo esto es el hecho de recomendarle el que más se adapte a su boca o a las necesidades de la misma (bocas grandes, pequeñas, con aparatos ortodónticos, con grandes espacios interdenciales, etc.) así como su uso y frecuencia (después de cada comida) además de saber cada cuando reemplazarlo (cada tres meses o si las cerdas se deforman).



Cabeza

Compacta, con punta y bordes redondeados que permiten máxima penetración hacia las zonas de difícil acceso y reducen el riesgo de trauma sobre los tejidos blandos en la cavidad bucal.



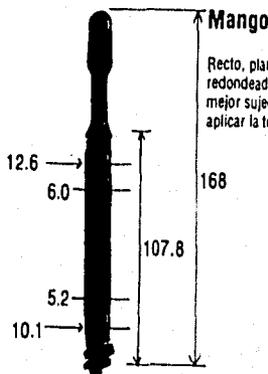
Superficie activa

Compacto patrón multicerdas que ofrece una mayor superficie de contacto con dientes y encías para una limpieza más eficaz.



Cerdas

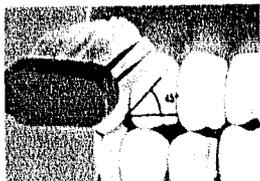
Flexibles, de textura suave con puntas pulidas y redondeadas, que remueven eficazmente la placa dentobacteriana y ayudan a la prevención de caries y gingivitis con máxima seguridad.



Mango

Recto, plano, largo y con bordes redondeados, que permiten mejor sujeción del cepillo al aplicar la técnica de cepillado.

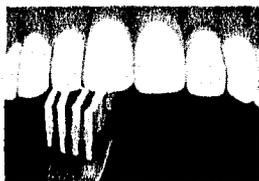
TECNICA DE CEPILLADO



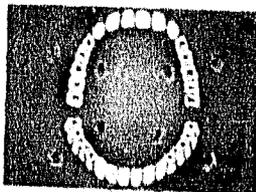
Coloque el cepillo sobre los dientes y encías con una angulación de 45° aproximadamente y aplicando una presión moderada. Realice movimientos vibratorios cortos de atrás hacia atrás, procure que el cepillo permanezca en un mismo lugar de 10 a 15 segundos.



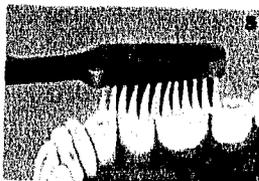
A continuación «barra» las superficies dentales en dirección vertical, de la encía al borde de los dientes de 10 a 12 veces sin mover la muñeca.



El cepillado debe realizarse tanto en la cara externa como en la interna de todos los dientes, en los dientes de adelante coloque el cepillo casi vertical utilizando la punta como se ilustra en el dibujo.



Secuencia sugerida de cepillado. Debe realizarse rutinariamente para no olvidar ningún sector de la boca.



Finalmente, cepille la superficie masticatoria de todos los dientes con movimientos vibratorios de atrás hacia adelante y cepille cuidadosamente la lengua.

También el paciente practicará y se le instruirá sobre los usos, métodos o técnicas de los demás auxiliares de la higiene bucal: Hilo dental, enjuagues bucales, pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, etc., así como las indicaciones y contraindicaciones de los mismos; se le hará saber cuales le ayudaran a satisfacer las necesidades que presente su boca.

En síntesis, este será el momento en que en realidad iniciará la educación dental del paciente, ya que cualquier otra información que este haya recibido en forma hablada, escrita o audiovisual se verá reforzada y comprendida al máximo, ya que en este momento será participe o miembro activo de ella.

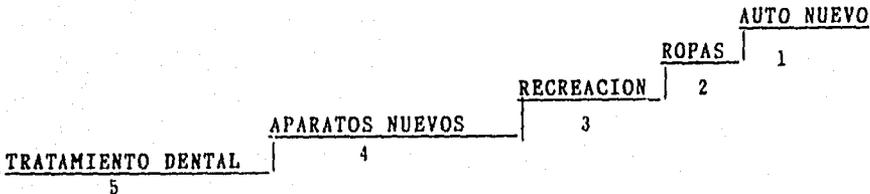
Es importante que dichas prácticas se realicen con cualquier tipo de paciente aún sin importar la edad del mismo, ya que el método de enseñanza puede variar para casos en especial (niños, ancianos) pero el objetivo siempre debe ser el mismo.

C. CAMBIO DE CONDUCTA

El objetivo de involucrar al paciente en un programa de Odontología preventiva siempre será para lograr en él un cambio de conducta, resultado muy difícil de alcanzar si dicho programa no se basa en estudios y fundamentos firmes, determinados por el conocimiento que tenga el odontólogo de la personalidad del paciente.

Es necesario comprender al paciente como un ser humano, es fundamental escucharlo, darle oportunidad de hablar, de expresar sus ideas, inquietudes, problemas, etc., esta actitud por parte del odontólogo será el enfoque correcto para conocer en primer instancia a su paciente y en segundo término asegurar el éxito del programa.

Es importante que el profesional dental conozca el valor estimativo que le asigne el paciente a su boca, porque para el dentista esta tiene un valor muy alto, ya que en ella trabaja, se preocupa por ella, etc., pero quizá para otras personas no represente la misma importancia, es decir cada una de las personas asigna valores diferentes a las cosas u objetos, todas presentan en resumen una diferente escala de valores, producto de nuestra educación y formación social.



- EJEMPLO DE ESCALA DE VALORES -

Si el ciudadano dentista no reconoce los valores del paciente y no prepara un enfoque motivacional basado en tales valores se planteará un grave bloqueo en la relación odontólogo-paciente, problema que se debe eliminar buscando sustitutos al objetivo de salud, es decir "...el relacionar la salud bucal con la belleza, el placer, el poder, la aceptación social, etc., frecuentemente hará más por inducirlo a adquirir hábitos de salud aceptable que pidiéndole que los adopte exclusivamente en beneficio de la salud".⁴

Como punto de partida del programa preventivo es necesario que el odontólogo acepte el marco de referencia en cuanto a valores le ofrezca el paciente y no trata de imponer el suyo, a medida que el proceso de comunicación comienza a avanzar, puede el dentista ir implementando sus objetivos aún si el paciente no sabe conscientemente cuales son ellos.

El profesional dental tratará que dichos objetivos solucionen en primer instancia las necesidades que presente el paciente (halitosis, caries extensa, etc.) y después hacer que éstas no se inicien nuevamente, es decir el paciente debe adquirir un hábito de higiene bucal. "Si queremos que un paciente adquiera un hábito dado, cuanto más cerca podamos relacionar el hábito con las necesidades del paciente, más probable será que el paciente emprenda una acción positiva".⁵

Es por esto que el problema de el paciente deberá ser presentado por el dentista de tal forma que la necesidad que busque solventar se haga aparente. Esto es muy común en las

diversas campañas publicitarias en donde principalmente manejan las necesidades sociales del paciente, por ejemplo: Las diversas pastas dentales, enjuagues bucales y cualquier otro de los llamados generadores de salud buco-dental, los cuales se presentan en anuncios comerciales que manifiestan que su uso, proporciona la aceptación social o sexual, es decir basta una sonrisa brillante, un aliento agradable, para tener éxito dentro de la sociedad. Por eso es necesario que el odontólogo obtenga también beneficio de todo esto y lo aplique a sus pacientes logrando un cambio de conducta más positivo con respecto a la importancia de la higiene bucal.

Es imprescindible recordar que el éxito no esta asegurado por la mera adquisición por parte del paciente del conocimiento teórico sobre su salud bucal, sino por la adquisición y la práctica sostenida de hábitos que llevan al mejoramiento y mantenimiento de una buena salud bucal.

BIBLIOGRAFIA

1. Katz, Simone et al . Odontologia Preventiva en acción. Ed. Med. Panamericana. México, 1983, pags.375.

2. Idem., p.308

3. Idem., p.56

4. Idem., p.55

5. Idem., p.60

CAPITULO

VII

ALTERNATIVAS PREVENTIVAS

CAPITULO VII
ALTERNATIVAS PREVENTIVAS
A. EL FLUORURO

1. ANTECEDENTES

El fluoruro es quizá el componente químico que a recibido mayor atención e investigación científica, debido probablemente a su papel dentro de la salud dental, lamentablemente no a tenido la suficiente difusión o mejor dicho la aceptación a nivel mundial. No cabe duda alguna el considerar el descubrimiento y la utilización de los fluoruros en el ámbito dental, como uno de los más importantes a nivel quizá del descubrimiento de los rayos X y la anestesia, pero por desgracia esté a sido el menos aprovechado de todos ellos, a pesar que su eficacia y beneficio no deja lugar a dudas.

La apatía que muestran algunos países con respecto al concepto de prevención repercute en la salud bucal de las poblaciones que los conforman. En México por ejemplo: "La encuesta nacional de caries dental realizada por la Secretaría de Salud en 35,000 niños mexicanos en edad escolar durante los años de 1987 a 1989, mostro una alta prevalencia de caries con un rango por estados, entre el 80 y el 95% situación similar a la de otros países subdesarrollados".

La población de todo el planeta espera el descubrimiento de una vacuna contra la caries, pero es importante considerar que la única "vacuna" probable hasta el momento es que a esta población se le brinde información acerca de la prevención y su relación con el fluoruro.

La existencia de fluoruros en los tejidos se conoce desde principios del siglo XIX. "La presencia de Flúor en los materiales biológicos ha sido reconocido desde 1803, cuando Morichini demostro la presencia de Flúor en dientes de elefante fosilizados".² Y en las últimas décadas del mismo, durante las investigaciones realizadas para conocer la causa de las manchas del esmalte (Fluorosis) se descubre ocasionalmente la acción preventiva del Flúor ante el ataque de la caries dental.

Como mencionamos anteriormente en un principio los estudios acerca del flúor eran dirigidos hacia sus efectos indeseables (fluorosis) pero durante algunos de ellos (1932) que involucraron países como Estados Unidos, México, Holanda, India y algunas regiones de Africa se observo que un contenido 1.37 ppm en el agua provocaba manchas en el esmalte, pero el hallazgo más importante de estos estudios fue el observar que el contenido de Flúor entre 0.6 y 1.2 ppm en el agua de consumo no producía fluorosis y a la vez disminuía la caries dental.

En 1942 se propuso un estudio experimental que utilizarla en el agua de consumo diario, de la ciudad de Newburgh fluoruro, tomando como control la ciudad de Kingstong (USA), en este estudio se confirmo que el Flúor actua en la prevención de la caries dental de la población infantil, y que aún a los 44 años de edad, se obtenía un 20% de prevención en las zonas ricas en Flúor.

Los informes realizados sobre morbilidad bucal en los países que han implementado el programa de fluoración de agua desde 1945 a 1973, revelan que el porcentaje de prevención a la

caries dental oscila entre el 48 y el 58% por lo cual Estados Unidos promulgo esta medida preventiva para el beneficio de 90 millones de sus habitantes, en Canadá este método de prevención tiene una cobertura de 7 millones de habitantes y lamentablemente en America Latina de tan solo 4.5 millones.

"En México, la Secretaría de Salud reporta actividades preventivas a partir de 1959, dentro de las que, las de educación para la salud y las aplicaciones tópicas de Flúor, no solo se ofrecian a la población que asistia al servicio sino también como actividad de campo".₃

2. FLUORURO SISTEMICO

Se refiere al uso de maniobras relativas a la ingestión del fluoruro particularmente durante el periodo de la formación dentaria. El medio más común de proveer fluoruro de esta manera es a través de la ingestión de aguas de consumo que contienen la concentración óptima de fluoruro o han sido reforzadas hasta la cantidad deseada, además se han sugerido otros medios para proveer fluoruro sistémico, incluyendolo en alimentos, como la leche, cereales y la sal.

"El suplemento de aguas de consumo comunales deficientes en fluoruro con la cantidad óptima de este ión es sin duda el medio más efectivo, práctico, conveniente y económico de proveer al público, desde el punto de vista masivo una reducción parcial en la incidencia de caries dental".

RESULTADOS COMPARATIVOS PARA UN GASTO DE 100,000 DOLARES	
	CAVIDADES NO APARECIDAS
Fluoración del suministro de aguas	666.660
Autoingestión de Flúor	233.330
Flúor Tópico	60.000
Dentríficos con Flúor	25.000
Restauraciones en consultorio	16.666

La medida de fluorar el agua de uso comunal no ha sido del todo aceptada mundialmente, ya que aún existen personas que anteponen una posible toxicidad del fluoruro si se le ingiere ó la asocian a la aparición de enfermedades como: El cáncer, cirrosis hepática, alteraciones del sistema nervioso, Síndrome de

Down y enfermedades cardiovasculares, pero es importante señalar que numerosos estudios al respecto han comprobado que no existe relación alguna entre la ingesta del fluoruro y dichas patologías. Además, en cuanto a la toxicidad del fluoruro es fundamental decir que la dosis letal aguda de fluoruro para un humano es de 2.5 a 5 gr. ó aproximadamente de 5 a 10 gr. de fluoruro de sodio. En tales casos, se produce la muerte dentro de 2 a 4 horas. Los síntomas más comunes son: Vómitos, dolor abdominal, diarrea y convulsiones, pero es aquí donde radica la mínima probabilidad de muerte por su toxicidad ya que las personas que residen en una zona que tenga una concentración óptima de fluoruro ingieren comunmente alrededor de 1 mg. al día en el agua de consumo, y una cantidad en ocasiones menor o igual en los complementos de su dieta, es decir ingieren un total 1250 veces menor que la dosis letal aguda resumiendose con esto que la ingesta de agua debidamente fluorada no ocasiona problema alguno.

De acuerdo a múltiples estudios, la concentración óptima de fluoruro oscila entre 0.8 y 1.2 ppm.

Cabe señalar que el odontólogo que aplique fluoruro debe tener en cuenta que el agua fluorada, y la mayoría de dentríficos generalmente fluorados, y los colutorios o enjuagues también fluorados tienen efectos acumulativos, es por esto que debe valorar todas las fuentes de Flúor de los pacientes y la frecuencia de su ingestión. Con el fin de evitar una ingesta excesiva o inadecuada por parte del paciente, así mismo se le daran instrucciones del cuidado y almacenamiento de los

complementos de fluoruro (gotas, tabletas, enjuagues, etc.) para que no estén al alcance de los niños y evitar con esto un posible accidente.

3. FLUORURO TÓPICO

El Fluor tóxico, como agente preventivo contra la caries dental, se ha usado en Odontología desde 1942 a partir de los estudios realizados por Bibby y Cheyne, que demostraron que la aplicación tóxica de Fluor actúa en la supresión de la actividad cariogénica de las lesiones existentes e inhibe la formación de nuevas.

Actualmente existe una amplia gama de estos agentes los cuales se clasifican generalmente en base a su frecuencia de aplicación:

- 1) DE APLICACION FRECUENTE: Son aquellas aplicaciones que los pacientes llevan a cabo como medida individual, en intervalos cortos de tiempo, este tratamiento puede ser o no supervisado por el cirujano dentista. Entre estos podemos mencionar a los enjuagues fluorados y las pastas dentales con Fluor.
- 2) DE APLICACION OCASIONAL: Son aquellas aplicaciones directamente hechas por el dentista o el auxiliar dental en lapsos determinados de tiempo, de acuerdo al tipo de técnica o necesidades del paciente. Entre estos podemos mencionar: Fluoruro sódico, fluoruro estañoso y fosfato ácido de Fluor.

El propósito de la terapéutica tóxica con fluoruros, es conseguir el depósito de Fluor en la capa superficial del esmalte dentario a fin de disminuir la susceptibilidad a la caries de ese tejido.

"El Fluor de aplicación tóxica profesional suministra

COMPUESTO	PRESENTACION TOPICA PROFESIONAL	VEHICULO	
		DENTRIFICO	COLUTORIO
FLUORURO DE SODIO	SOLUCION 2%	0.10%	USO DIARIO .05% USO SEMANAL .25%
FLUORURO DE ESTAÑO	SOLUCION-GEL-POLVO 8%	0.4%	
FLUORURO FOSFATO ACIDULADO	GEL-SOLUCION-GEL TIXOTROPICO 1.23%		USO DIARIO 0.02%
NOVO FLUORURO FOS- FATO SODICO (NFP)		0.1%	

FLUORURO TOPICO

COMPUESTO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Fluoruro de sodio	<ul style="list-style-type: none"> -Químicamente estable -Sabor aceptable -No irritante en la encía -No causa decoloración en dientes 	<ul style="list-style-type: none"> -Menor efectividad anticaries (30 al 40%) que el Fluoruro de estado y el APF
Fluoruro de estaño	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor efectividad anticaries (30 al 59%) que el Fluoruro de Sodio 	<ul style="list-style-type: none"> -Irritante de tejidos blandos -Sabor desagradable -Causa pigmentación -Sufre cambios químicos
Fluoruro de fosfato	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor captación en el esmalte del compuesto por encima del F. de Sodio y el F. de estaño (75 al 80%) -Sabor aceptable -No astringente -No mancha 	<ul style="list-style-type: none"> -En la presentación en solución se requiere más tiempo de trabajo que si se usará presentación en gel y cubetas individuales

entre 9.000 y 19.400 ppm de Flúor a la superficie del esmalte".³

Es importante señalar que las concentraciones del tratamiento con Flúor tópico están siendo actualmente tema de discusión, ya que los estudios *in vitro* demuestran que no existen diferencias en la captación de Flúor por el esmalte cuando las concentraciones de APF (fluoruro de fosfato acidulado) es de 1,100 , 2,300 , 2,500 ó 12,300 ppm de ión Flúor (Digkman y cols. 1982). En consecuencia podrá modificarse la concentración de Flúor en el tratamiento tópico en un futuro, conforme la investigación continuada evalúe la capacidad del Flúor, la remineralización y los efectos a largo plazo sobre la caries clínica.

Otro aspecto que viene a romper un poco con el esquema tradicional en la aplicación técnica del fluoruro tópico es: "Aunque el tratamiento con Flúor tópico profiláctico ha sido una secuencia utilizada durante largo tiempo en la Odontología clínica, existen suficientes evidencias clínicas y de laboratorio recientes para recomendar la eliminación de la profilaxis previa como procedimiento sistemático cuando se practican aplicaciones de Flúor tópico profesionales (Ripa 1984)".⁴

Cabe señalar que solo se recomienda la profilaxis o el pulido selectivo de aquellos dientes con tinciones o depósitos calcificados que el paciente no pueda eliminar.

Actualmente existen tres sistemas de fluoruros tópicos distintos que han sido adecuadamente evaluados y aprobados para ser utilizados de este modo, los cuales son: Fluoruro de Sodio al 2% , Fluoruro de Estaño al 8% y los sistemas de Fluoruro Fosfato

acidulado que contienen 1.23 % de fluoruro.

4. TECNICA DE APLICACION DEL FLUORURO TOPICO

PASOS:

- 1.- Profilaxis completa de las arcadas dentales
- 2.- Remoción de sarro si existe, limpieza con hilo dental en las zonas interproximales.
- 3.- Enjuague de la boca perfectamente
- 4.- Secado con aire y aislado con rollos de algodón en ambos cuadrantes derecho e izquierdo
- 5.- Aplicación del fluoruro sobre todas las caras de los dientes auxiliándose de un aplicador de algodón
- 6.- Si se opta por colocar cubetas desechables se recomienda sujetar estas en la posición adecuada durante el tiempo que nos indique el fabricante el cual normalmente es de 4 minutos
- 7.- Dar indicaciones al paciente para que no beba, coma o enjuague la boca durante 30 minutos despues del tratamiento.

B. SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

I. ANTECEDENTES

Un avance importante en la prevención de la caries ha sido el desarrollo de los selladores oclusales.

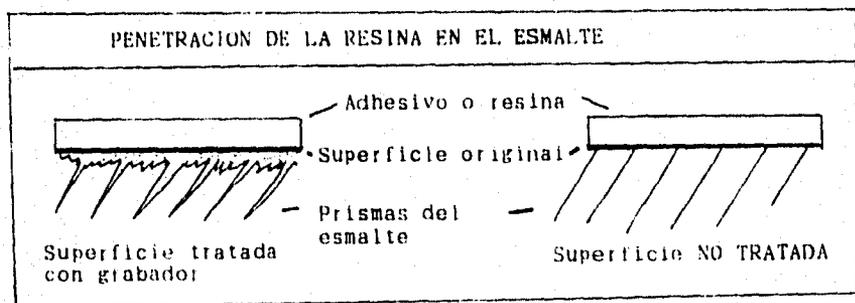
Estos materiales protegen las fosas y fisuras de la actividad bacteriana que provoca las lesiones por caries. Es importante señalar que en la zona oclusal existe una prevalencia de caries que va del 50 al 80% del total presentado en numerosos estudios, el resto aparece en las superficies lisas e interproximales. "En 1980 el estudio National Dental Caries Prevalence comunico que el 16% de la caries de los niños de 5 a 17 años de edad se produce en las superficies lisas de los dientes, mientras que el 84% afectaban a superficies con fosas y fisuras".⁷

Se han experimentado con diferentes métodos para tratar de reducir la tasa de caries en fosas y fisuras (Odontotomía profiláctica, obturaciones con: Nitrato de plata, cloruro de cinc, ferrocianuro potásico ó cemento de cobre rojo). Lamentablemente con la práctica de estos procedimientos no se obtuvieron los resultados del todo positivos que se esperaban, motivo por el cual se buscaron otras variantes para solucionar el problema, el Flúor parecía ser la respuesta obvia, ya que este tiene un efecto sistémico sobre la calidad y resistencia a la caries del esmalte, esto es un hecho confirmado, pero desafortunadamente numerosos estudios indican que los dientes con superficies lisas e interproximales, y no los dientes con

superficies oclusales o con fosas y fisuras son los que reciben el mayor beneficio de un tratamiento de Fluor sistémico o tópico. "El grado de protección brindado a los incisivos y caninos por medio de la fluoración de las aguas supera al 80%, mientras que el que se brinda a los molares es bastante inferior al 50%".⁸

Entonces aquí el problema se centra exclusivamente en la naturaleza retentiva de la anatomía oclusal, ya que una fisura que tenga menos probabilidades de alojar detritos y/o bacterias presentará menos propensión a desarrollar caries.

Hasta el desarrollo de las resinas sintéticas nuevas no aparecieron en el comercio materiales capaces de obturar fisuras y fosetas en forma más duradera, el factor que ha logrado que los selladores actuales tengan más éxito que otras técnicas de recubrimiento es el proceso de acondicionamiento ácido que modifica o aumenta el tamaño de los poros del esmalte facilitando la penetración del sellador al esmalte obteniéndose una adhesión mecánica más fiable.



Dentro de las indicaciones más importantes en el empleo del sellador de fosas y fisuras se encuentran:

- * Los dientes que presenten las características anatómicas que puedan ser candidatos a un tratamiento de sellador presentarán

alguno de los tres tipos principales de configuración en sus fosas o fisuras, las cuales son:

TIPO V



TIPO U



TIPO I



- * Es importante que el odontólogo conozca la susceptibilidad que tenga el paciente a la caries, ya que es poco probable que los selladores tengan éxito en reducir el número de caries si no existen unas medidas de higiene oral y unas normas dietéticas mínimas.
- * Realizar un examen clínico y radiográfico detallado de los dientes candidatos a tratamiento con sellador.

Dentro de las contraindicaciones figuran:

- * La existencia de caries de cualquiera de los grados (primer, segundo y tercer grado).
- * Apatía por parte del paciente a seguir las recomendaciones del odontólogo.

La protección con selladores deberá considerarse como una parte del programa de protección total del paciente (aplicaciones de Flúor, prácticas de higiene dental) buscando con esto beneficiarlo al máximo. "Cuando se combina el Flúor y los selladores se potencian los efectos preventivos".

La presentación de la mayoría de selladores es a base de materiales derivados del bisfenol-A-glicedil-metacrilato (BIS-GMA), que son polimerizados por una amina orgánica o por luz ultravioleta. Los materiales acelerados por aminas se presentan como sistemas de dos componentes y requieren de su mezclado para polimerizar, los de luz ultravioleta no requieren de dicha mezcla.

Se están desarrollando nuevos materiales de sellado mejorados. Es prometedor un material que incorpora Flúor de liberación lenta. Una resina copolimera de Metacrilato-Flúor-Metilmetacrilato (MF-MMA) la cual demostro que el 70-80% del Flúor que contenía estaba firmemente adherido al esmalte, lo que indica que un material de este tipo podría proteger al esmalte del ataque de la caries después de su desprendimiento.

La investigación ha demostrado que la mayoría de los materiales de sellado son comparables en calidad y eficacia. Además existen pruebas de que no existen riesgos de salud para el paciente ni para los profesionales dentales.

SELLADORES DENTALES
ACEPTABLES Concise Brand White Sealant, Minnesota Mining and Manufacturing Co. Delton, Johnson and Johnson Dental Products Co. Delton (Coloreado), Johnson and Johnson Dental Products Co. Nuva Seal P.A., L.D. Caulk Co., División of Dentsply International, Inc. Oralin Fit and Fissure Sealant, S.S. White Dental Products Prisma Shield, L.D. Caulk Co., División of Dentsply International, Inc. Prisma Shield (coloreado), L.D. Caulk Co. División of Dentsply International Inc. Visio-Seal, ESPE
ACEPTABLES PROVISIONALMENTE Helioseal, Viadent USA Delton, Light Cure, Johnson and Johnson Dental Products Co.

SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

1. Los selladores están indicados en fosas y fisuras no restauradas previamente, profundas y estrechas, que no muestren evidencias de caries
2. Debe descartarse la presencia de caries antes de aplicar el sellador
3. Los selladores se aplicarán lo antes posible después de la erupción, cuando el diente esté libre de contacto gingival y cuando no exista colgajo histico que interfiera con los procedimientos de aplicación
4. Considerar el estado global de caries. Sellar piezas recién erupcionadas cuando existan evidencias de lesiones de caries y de restauraciones previas en otros --- dientes, dientes en malposición y cualquier otra situación que favorezca las caries
5. Emplear sólo productos aceptados por el Council on Dental Materials, instruments and Equipment of the American Medical Association
6. Los selladores se deben aplicar según las recomendaciones del fabricante
7. El tratamiento con flúor se aplicará después de la --- aplicación del sellador
8. Cuando sea necesario, se puede permitir una aplicación por diente cada 3 a 5 años, con una sola reparación en el intermedio (menor tarifa)

El odontólogo deberá someter al paciente con selladores, a un seguimiento y control periódico, basado en una exploración visual atenta para evaluar el desgaste, las burbujas de aire que hayan quedado atrapadas durante la colocación y la pérdida total o parcial del sellador, a intervalos de 3 a 6 meses según criterio del profesional. Es importante señalar que los selladores tintados pueden ser más fáciles de examinar clínicamente que los transparentes. A intervalos anuales se puede tomar una radiografía de aleta mordible para determinar el estado del diente bajo el sellador, previniendo un fracaso en el sellado del material. "La tasa de fracasos de los selladores oscila entre el 5 y el 10% el primer año".¹⁰

La aceptación del empleo de selladores en la práctica odontológica ha sido lenta, ya que de todos los elementos preventivos (aplicaciones de Flúor, prácticas de higiene bucal) es el menos conocido por los pacientes.

Es por esto que el odontólogo debe implicarse en la educación del público sobre los selladores, su eficacia, seguridad y fundamentos de uso. A sí mismo deberá hacerse un llamado al gobierno para buscar apoyo y con esto promover actividades educativas con el fin de aumentar el acceso del público a los selladores.

Las técnicas y materiales de sellado son parte de una nueva era en el implemento de restauraciones conservadoras y sobre todo en la prevención de la caries. La investigación continua, el desarrollo de nuevos productos y su mayor empleo

aseguraran que los selladores tengan una contribución importante en la práctica de la Odontología.

La técnica de aplicación de los selladores es generalmente la misma en todos los productos. Pero es importante señalar que la calidad del resultado final esta determinada en gran medida por la atención del clínico a:

- 1) La sequedad clínica estricta
- 2) El tiempo preciso de acondicionamiento del esmalte
- 3) El material de sellado no presente caducidad
- 4) El seguimiento correcto de los procedimientos de polimerización recomendados.

2. TECNICA DE APLICACION DEL SELLADOR

PASOS

- 1) Aislado del diente elegido para sellar.
- 2) Profilaxis con pasta de pomez y cepillo.
- 3) Secado y grabado con el ácido.
- 4) Lavado con agua y secado con aire suave.
- 5) Colocación del sellador elegido (fotocurable ó autocurable).
- 6) Análisis clínico del perfecto recubrimiento por parte del sellador en la cara dental del diente tratado.

BIBLIOGRAFIA

1. Haro, Ledesma Elizabeth et al. La Importancia del Flúor y su adición a la sal como medida masiva de prevención de la caries dental. Revista ADM, .Vol.48 (3)º Mayo - Junio 1991, pp175-179.
2. Katz, Simone et al. Odontología Preventiva en acción. Ed. Med. Panamericana. México, 1983, pags.375.
3. Haro, op. cit., .
4. Katz, op. cit., p.204
5. Woodall Irene R., R.D.H., et al ,. Tratado de Higiene Dental. Tomo II. Editorial Salvat. Editores S.A. 1991.
6. Idem., p.596
7. Idem., p.617
8. Katz, op. cit., p.316
9. Woodall, op. cit., p.618
10. Idem., p.627

CAPITULO

V I I I

NECESIDAD DE PREVENCION

CAPITULO VIII

NECESIDAD DE PREVENCIÓN

A. Experiencia clínica con caries en niños de edad preescolar y sus necesidades de prevención.

La práctica Odontológica debe incluir objetivos de tipo social, sin embargo de acuerdo a un análisis de las categorías, objetos, medios y gentes, esto resulta contradictorio con lo realizado o demostrado por los propios profesionales de la salud bucal. Un ejemplo de esto es la existencia de un 97% aproximadamente de incidencia de caries dental, en la población mexicana, además de una alta tasa de problemas parodontales. Es por esto que México es considerado como un país a nivel mundial con un grave problema de salud bucal (ANEXO I), por lo tanto la tarea de mantener la salud bucal en la población es abrumadora y esta condenada al fracaso si se le enfrenta únicamente con una mentalidad curativa dejando a un lado los aspectos positivos de una Odontología Preventiva.

En la investigación de la Odontología Preventiva el principal foco de atención ha sido tradicionalmente la caries dental, ya que esta patología mediante métodos de diagnóstico simple es detectada cuando está llega a un punto en donde la necesidad y urgencia del tratamiento es equivalentemente necesario a su grado de avance. Al hacerse manifiesto este problema y tomando en cuenta la importancia de la incidencia de caries en México, se planteo la necesidad de llevar a cabo un estudio epidemiológico al respecto.

Los estudios epidemiológicos proveen de datos importantes para valorar el ataque

de esta enfermedad en una población determinada, además de que permite apreciar la magnitud del problema y ayuda a que la población tome conciencia de su situación respecto a la salud y la enfermedad, permiten la planeación oportuna de atención a las necesidades y sirve de parámetro con otras poblaciones o con la misma población después de cierto tiempo o en posteriores investigaciones.

^{1,2} Y considerando a la caries como una patología que asume comúnmente su relación con los cambios en los patrones de vida, hábitos dietéticos e incrementos en el consumo de azúcar, además de otros factores que predisponen a su elevada prevalencia con la susceptibilidad dentaria a esta entidad patológica como son: Higiene oral inadecuada, falta de fluoruro (sistémico y tópico), falta de uso de selladores de fosetas y fisuras así como la deficiente o ausente atención dental.³

En el presente capítulo se presenta un estudio acerca de la prevalencia y gravedad de la caries en niños de edad preescolar, ya que dicha información puede contribuir para la planeación y organización de la atención odontológica de la zona estudiada, cabe aclarar que se tomó a niños de edad preescolar ya que a consideración nuestra es la edad ideal en donde el niño adecuadamente educado y orientado hacia la prevención dental, obtendrá mayores beneficios al respecto.

MATERIAL Y METODOS

El planteamiento del problema partió de la importancia que debe aplicarse al proceso odontológico ideal el cual es la prevención de patologías bucales en el más alto nivel y considerando como su más grande antagonista a la caries dental, su frecuencia, distribución por edad y sexo en niños de edad preescolar.

Se eligieron dos jardines de niños para esta investigación el CAPEP Magdalena Contreras y el Jardín de niños CASI San Bernabe de la SEP (ANEXO 2) ambos pertenecientes a la Delegación Magdalena Contreras, la cual cuenta con 34 Jardines de niños de nivel pre escolar.

Los Jardines de niños citados, fueron elegidos para su estudio en base a un muestreo probabilístico en su forma aleatoria simple. Para el cálculo de la muestra se utilizó una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Formaron la muestra un total de 160 niños. Los cuales fueron examinados auxiliándose para su estudio clínico de un explorador dental y espejo dental del #5, además de un odontograma y un apartado para datos de filiación (ANEXO 3). Este estudio se realizó durante el mes de Septiembre de 1995.

Se tomó el índice para medir caries en la dentición decidua el CEO descrito por Gruebbel en 1994:

C- Para dientes con caries

E- Indicado para extracción

O- Obturados

En este índice no se miden los dientes perdidos, no se registran debido a la dificultad de establecer entre las extracciones o la exfoliación natural de los dientes primarios examinados.

Los objetivos de esta investigación son presentados en forma de resultados concretos, después de realizar un análisis, interpretación y conclusiones de los mismos.

RESULTADOS

De los 160 niños de la muestra de estudio, 90 corresponden al sexo masculino y 70 al sexo femenino, correspondiendo a estos un 56.3% y 43.7% respectivamente. Con respecto a la edad (CUADRO 1) se puede observar que el mayor número de elementos que representan la moda del estudio es 5.0 y cuyas edades fluctúan de 4.5 hasta 6.2 años con un promedio de edad de 5.2 .

PROMEDIO DE LA MUESTRA CONFORME A SEXO Y EDAD

CUADRO 1

EDAD	SEXO		TOTAL	PROMEDIO
	M	F		
4,5	1	0	1	0,6
4,6	1	5	6	3,7
4,7	4	2	6	3,7
4,8	2	2	4	2,5
4,9	4	2	6	3,7
4,10	0	4	4	2,5
5	13	7	20	12,5
5,1	5	5	10	6,3
5,2	2	5	7	4,4
5,3	8	3	11	6,9
5,4	13	6	19	11,9
5,5	7	4	11	6,9
5,6	5	3	8	5,0
5,7	1	10	11	6,9
5,8	3	1	4	2,5
5,9	2	1	3	1,9
5,10	2	6	8	5,0
5,11	3	2	5	3,1
6	11	2	13	8,1
6,2	3	0	3	1,9
5,2 PROM.EDAD	90 MASCUL	70 FEMEN	160	100%

NUMERO TOTAL DE ELEMENTOS DE LA MUESTRA CON DIENTES

CUADRO 2

CARIADOS		OBTURADOS		EXTRACCION INDICADA		AUSENTE		SANO	
151		39		23		20		9	
86	65	22	17	13	10	11	9	4	5
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

De acuerdo a la gráfica (CUADRO 2) se observa la división de los elementos de la muestra, en base a los factores bucales encontrados, se observa que la caries se localiza en un alto número en ambos sexos, seguido por los elementos con dientes obturados, con dientes para extracción indicada y dientes sanos.

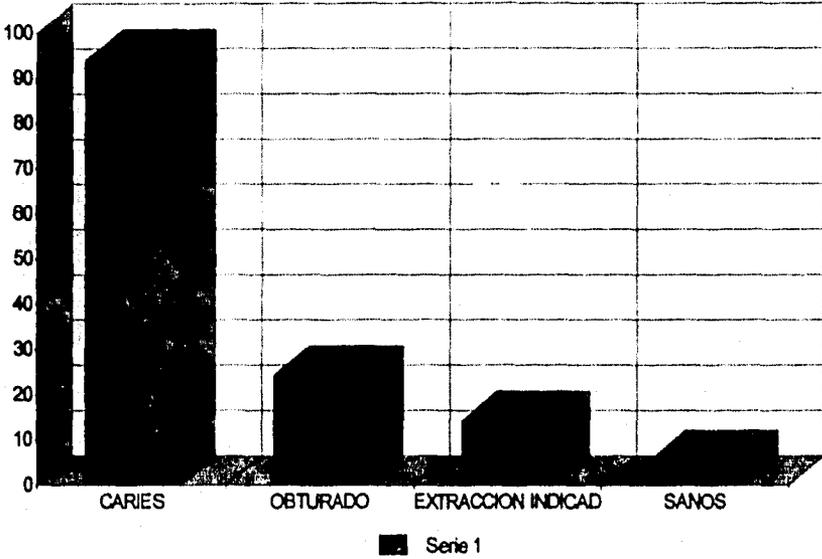
Con respecto al porcentaje que estos datos presentan es visible al analizar la gráfica (CUADRO 3) notar el predominio tan alto en el número de datos que se presentan en la barra que representa a los elementos con dientes cariados, ya que están muy por encima de las barras con elementos con dientes que han sido obturados o dientes que se han diagnosticado para extracción indicada y aun mucho más que los elementos que presentan su dentadura sana; este alto índice refleja claramente el mayor problema dental que se presenta en los elementos que conforman la muestra y es cual es la caries dental, resultado muy similar al encontrado en otras investigaciones.

4, 5, 6, 7

Otro aspecto a destacar por su importancia es que a este elevado porcentaje encontrado en la barra que representa a la caries, se le compara con la barra que representa a la de dientes sanos se alcanza una razón del 17 a 1, es decir que por cada niño sano en los elementos de la muestra existen 17 con alguna experiencia con caries dental.

En un análisis comparativo de las gráficas que corresponden al por ciento de elementos del sexo femenino y masculino (CUADRO 4 Y 5) no se encontraron diferencias significativas ya que los resultados son muy similares en los diferentes apartados de barras, y solamente cabe destacar el porcentaje tan alto de elementos con caries y su diferencia con respecto al porcentaje tan bajo que presentan los elementos con dientes sanos, esto nos da una clara indicación de las necesidades de curación y sobre todo de prevención de las patologías bucales encontradas en ambos sexos.

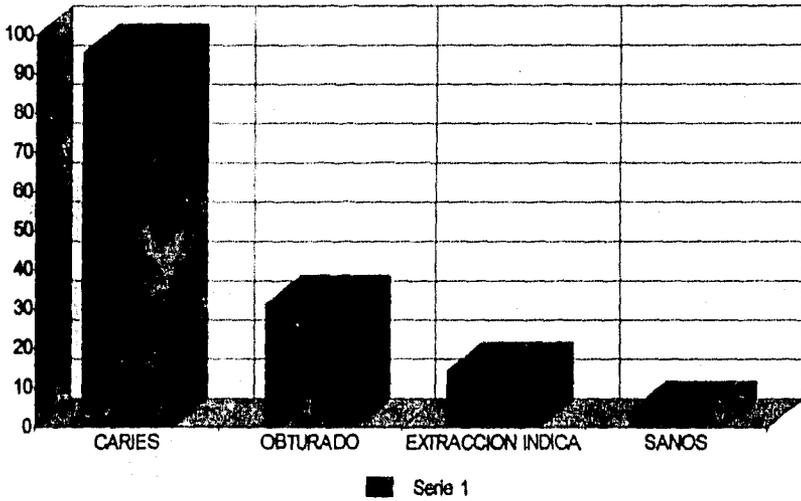
% DEL TOTAL DE ELEMENTOS DE LA MUESTRA CON:



160 = 100 %

CARIOS	OBTURADO	EXTRACCION INDICADA	SANOS
94,3	24,3	14,3	5,6

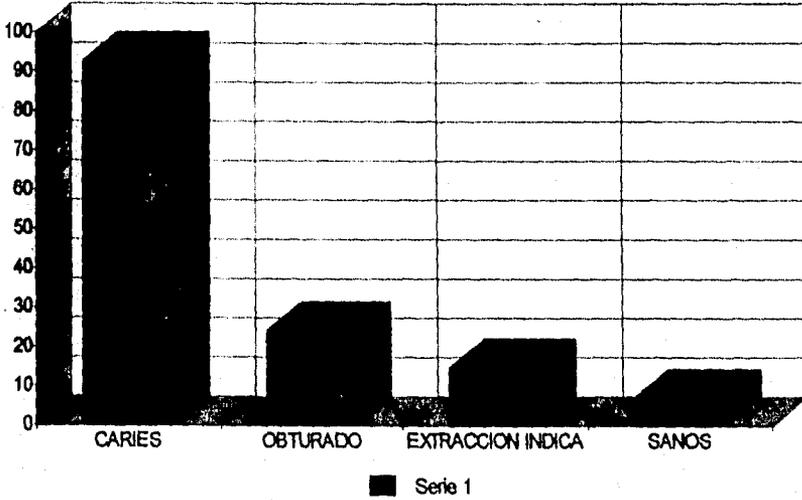
GRAFICA
MASCULINO



90 = 100 %

CARIOS	OBTURADO	EXTRACCION INDICADA	SANOS
95,5	31,4	14,4	4,4

**GRAFICA
FEMENINA**



70 = 100 %

CARIOS	OBTURADO	EXTRACCION INDICADA	SANOS
92,8	24,2	14,9	7,14

NUMERO DE DIENTES

CARIADOS	OBTURADOS	EXTRACCION INDICADA	AUSENTE
895	136	49	48

DIENTES CARIADOS PROMEDIO Y NUMERO POR CUADRANTE

SEXO	CUADRANTE		TOTAL %	NUMERO TOTAL
	SUPERIOR	INFERIOR		
M	266	219	26,9	485
	29,5%	24,3 %		
F	236	174	29,3	410
	33,7%	24,8 %		
				895

Con respecto al número de dientes examinados clínicamente (CUADRO 6) se observa que existe un apartado que sobresale muy por encima de todos los demás y es el de los dientes con problemas de caries. Así se obtuvo una gráfica (CUADRO 7) en donde se promedió el número de dientes que presentan caries con respecto a los cuadrantes en donde se encuentran, promediándose tanto en el sexo femenino como en el masculino, destacándose el mayor promedio encontrado en los cuadrantes ubicados en la parte superior, resultado similar en ambos sexos.

A su vez analizando en forma individual a cada una de las entidades encontradas (Caries, obturaciones y extracciones indicadas).

Con respecto a la caries (CUADRO 8) se observa como dato relevante que los dientes más comúnmente dañados son los molares D y E correspondiendo a estos el 40% y el 52.6% respectivamente del por ciento total de caries registradas, cabe señalar que también se encontraron 3 primeros molares permanentes cariados incluidos estos en el índice CPO, dato de cierta relevancia si comprendemos que dichos dientes generalmente tienen poco tiempo de haber erupcionado.

Al analizar la gráfica (CUADRO 9) en donde se promedió en base al número aproximado de dientes examinados con respecto a las entidades clínicas encontradas (Caries, obturaciones, extracciones indicadas y dientes ausentes), cabe destacar que el 34.6% de dientes de los niños que conformaron la muestra presentan caries y solamente el 5.3% recibieron algún tratamiento para detener dicha patología.

En la gráfica de dientes obturados (CUADRO 10) se observa como dato relevante que los dientes con más tratamientos por parte de un dentista han sido los molares D y E, seguido por los incisivos centrales A y B, y por último el canino C el cual es el menos dañado se encontró en el estudio.

NUMERO DE DIENTES CON CARIES

EDAD	A	B	C	D	E	TOTAL
4,5	0	1	0	4	3	8
4,6	8	7	1	14	13	43
4,7	5	4	0	6	11	26
4,8	5	2	4	11	9	31
4,9	10	5	1	6	10	32
4,10	5	3	1	5	9	23
5,0	16	5	1	25	39	86
5,1	8	8	0	17	28	61
5,2	12	6	0	11	18	47
5,3	8	9	2	20	23	62
5,4	16	10	2	16	28	72
5,5	12	6	1	24	26	69
5,6	6	4	3	15	17	45
5,7	12	8	4	27	30	81
5,8	7	2	1	12	9	31
5,9	4	2	0	3	6	15
5,10	12	5	4	9	14	44
5,11	3	4	4	11	14	36
6,0	11	11	2	21	24	69
6,2	3	1	0	2	5	11
	183	103	31	259	336	892

PROMEDIO EN BASE AL NUMERO APROXIMADO DE DIENTES EXAMINADOS

NUMERO APROXIMADO	NUMERO DE DIENTES CON CARIES	PROMEDIO
2560	CARIES	895
	OBTURADO	136
	EXTRACCION INDICADA	49
	AUSENTE	48
		34,6 %
		5,3 %
		1,9 %
		1,8 %

NUMERO DE DIENTES OBTURADOS

EDAD	A	B	C	D	E	TOTAL
4,6		1			3	4
4,9				5	5	10
4,10			1	3	2	6
5	6	4		11	9	30
5,3				1	3	4
5,4	3	2	1	10	11	27
5,5	1	1		6	4	12
5,6				2	3	5
5,7	2	2		2	6	12
5,8					1	1
5,10				3	4	7
5,11					1	1
6				7	8	15
6,2				1	1	2
	12	10	2	51	61	136
	1,8	1,6	0,3	8	9,5	

NUMERO DE DIENTES CON EXTRACCION INDICADA

EDAD	A	B	C	D	E	TOTAL
4,6				1		1
4,8	2	2		2	1	7
4,9					1	1
4,10				1		1
5	1			3		4
5,1	1			2		3
5,2	1			4		5
5,3	2		2	3	1	8
5,4	2	2	2	2		8
5,5	2			1		3
5,6	2			1		3
5,8				2		2
6	1			1	1	3
	14	4	4	23	4	49
	2,2	0,6	0,6	3,6	0,6	

Analizando la grafica de dientes que se indicaron para extraccion (CUADRO 11) se observo el hecho de que los dientes con el indice mas alto son en primer lugar los molares D seguidos de los incisivos A.

El indice CEO encontrado fué de 6.6 dato muy similar al encontrado por Sanchez Flores en sus investigaciones con un 6.8 y 7.2 y el de Trigo ven de 6.6 .

C- 5.6

E- .3

O- .8

En base al numero aproximado de dientes examinados (2560) vale la pena analizar que los dientes cariados (895) representan el 34.6%, los obturados (136) con 5.3% y los de extracción indicada (49) con 1.9%, sumando un total de 41.8%, esto da por resultado: que aproximadamente el 50% de los dientes examinados ya presentan o han tenido un problema con caries.

Para obtener el indice de necesidades de tratamiento restaurador (INT) se tomò como base la siguiente ecuación.

$$\text{INT} = \frac{\text{Media de dientes cariados} (100)}{\text{Media de dientes cariados} + \text{media de dientes obturados}}$$

Con base a los datos del índice CEO, el INT fué de 86% en la población estudiada.

CONCLUSIONES

En los últimos años la prevención odontológica ha sido objeto de diversos estudios e investigaciones ya que en ella se ha descubierto que existe un enorme campo de alternativas con una finalidad en comun todas ellas : y es la de formar una Odontología con un mayor beneficio colectivo y social, a diferencia de esa práctica tradicional que es enteramente particular e individualista.

El objetivo de que se realice una labor preventiva en la práctica odontológica actual en México deberá acrecentarse día a día, ya que en un futuro no se toman las medidas necesarias existirá una tasa mayor de problemas bucales ya en las últimas etapas de su desarrollo patológico. Esta problemática de salud bucal



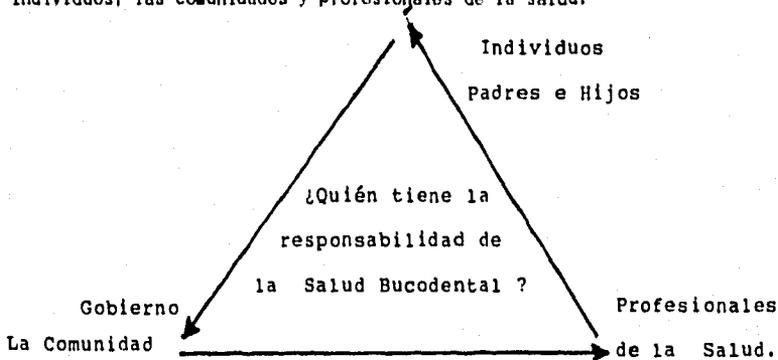
¿EL FUTURO DE LA ODONTOLOGIA?

tendrá alcances a nivel nacional ya que basta analizar los resultados obtenidos en esta investigación realizada en una de las delegaciones del Distrito Federal (Magdalena Contreras) los cuales no se diferencian en mucho de los encontrados en diversas investigaciones realizadas en otros estados de la República Mexicana y es importante considerar que los datos que estas investigaciones arrojan al conocimiento público son alarmantes ya que los índices CEO y CPO son actualmente elevadísimos no correspondiendo en lo más mínimo a los propuestos o programados positivamente por la OMS para el año 2000 que son de 3.0 por niño (ANEXO 4).

México requiere que los profesionales en el área de salud bucal tomen cartas en el asunto, propongan y realicen programas preventivos permanentes con carácter de urgencia, ya que con la existencia de cambios progresivos constantes en la sociedad mexicana, tanto en el número de habitantes como de sus necesidades de salud obliga a que el gremio odontológico no deba conformarse en ofrecer soluciones paliativas de carácter temporal, sino por el contrario debe ofrecer lo mejor de su labor profesional que es la de prevenir la aparición de problemas bucales, objetivo manejado generalmente a lo largo del desarrollo de esta tesis.

PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS EN ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA EL SIGLO XXI

Las propuestas y alternativas desarrolladas a continuación son a nuestro juicio una forma de dar un buen término a las diferentes actividades preventivas que esperamos se realicen en un futuro muy próximo así como marcamos la interacción de los diferentes participantes responsables de ellas, ya que la responsabilidad de mantener la salud bucodental incumbe a los individuos, las comunidades y profesionales de la salud.



ACTIVIDADES EN CENTROS MEDICOS, ESCUELAS O FACULTADES DE ODONTOLOGIA Y
CONSULTORIOS PARTICULARES, ETC.

Los profesionales en el área de salud deberán de informar a la comunidad sobre la importancia de prevenir los problemas de salud dental auxiliándose para esto de la organización de asambleas, conferencias y talleres sobre salud bucal donde se tocaran los siguientes temas: 10

- Técnica de cepillado
- Control de placa dentobacteriana
- Alimentos cariogénicos

Auto cuidado de la boca

Patología bucal

- Anatomía dental básica y proceso carioso
- Cepillos dentales y uso de tabletas reveladoras de placa
- Fluoruro y selladores de fisuras y fosetas

Además deberá de distribuirse información adicional a base de folletos, cuadernillos, etc.

Se debe observar que el uso de fluoruro y la fluorización la deberán de realizar todas las organizaciones profesionales de la salud como medida más efectiva en salud pública. ¹¹

Se deben de realizar programas permanentes sobre Odontología Preventiva, además de incorporar un plan de estudios para un doctorado en Odontología Preventiva como ocurre en otros países. ¹²

En el consultorio privado al odontólogo se le deberá exigir un recuento en forma de auditoría clínica de sus actividades preventivas (aplicaciones de Flúor, selladores de fisuras) ya que dichas actividades han demostrado una eficacia a largo plazo en la reducción de caries. ¹³

Así como un número determinado de constancias sobre visitas a escuelas o centros de reunión cercanos de donde desarrolla su actividad profesional, todo esto con el fin de proveer una información preventiva a nivel colectivo mediante pláticas así como interactuar con maestros, promotores de la salud, voluntarios, etc. en la educación de la población.

ACTIVIDADES EN LOS DIFERENTES NIVELES DE GOBIERNO

En los gobiernos locales, estatales y nacional se deben tomar en cuenta que diferentes actividades preventivas son tomadas por otros países como una obligación a beneficio de su comunidad.

14, 15, 16, 17

Es por esto que en México se deben difundir programas sobre salud bucodental, se deben patrocinar, apoyar y participar en conferencias, ferias de salud y algunos otros actos especiales, se debe divulgar material educativo, además de producir y distribuir anuncios al público, además de boletines informativos por radio, prensa y televisión.

ACTIVIDADES DENTRO DE PLANTELES ESCOLARES

A menudo un buen programa escolar fomenta la participación de los alumnos en la planificación y organización de actos conmemorativos en la salud dental.

Se deben patrocinar conferencias, talleres y simposiums dirigidos a padres de familia y alumnado, además de la recaudación de fondos para programas curativos y de educación sobre salud bucodental por medio de rifas, fiestas, etc. También se organizarán conferencias o charlas con oradores especiales (Dentistas, Médicos, Nutriólogos, etc).

Dentro de los objetivos que se deben tocar durante las pláticas se incluye que:

Objetivo terminal	Contenido	Metodología
1. Lograr que los padres entiendan los conceptos-básicos de odontología - preventiva.	1. Causas y preven - ción de la caries. 2. Causa y preven - ción de la enferme dad periodontal. 3. La placa bacte - riana y su control. 4. Beneficios de - flúor.	1. Explicación 2. Discusión de mesa redonda. 3. Ayudas audio - visuales. 4. Demostración 5. Experiencia - práctica. 6. Bibliografía.
2. Distinguir entre una pieza primaria y una - permanente.	1. Número de piezas primarias 2. Superficies visi - bles. 3. Rasgos visibles - de identificación.	1. Explicación 2. Ayudas audio - visuales. 3. Experiencia - práctica. 4. Discusión.
3. Conocer las caracte - rísticas de la placa - bacteriana oral y su - control.	1. Conocimientos - básicos de la placa bacteriana. 2. Cómo se detecta la placa bacteriana. 4. Relación entre - placa y caries. 5. Relación entre - placa y enfermedad - periodontal.	1. Explicación 2. Mesa redonda 3. Discusión 4. Ayudas audio - visuales. 5. Demostración. 6. Práctica clí - nica.
4. Conocer la utilidad del flúor y saber apli - carlo en forma tópica.	1. Razón por la que se remueve la placa bacteriana, antes de la aplicación tópica del flúor. 2. Técnica de la apli - cación. 3. Instrucciones al paciente después de la aplicación.	1. Explicación 2. Mesa redonda 3. Discusión. 4. Ayudas audio - visuales. 5. Demostración. 6. Práctica clí - nica.

ACTIVIDADES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION

Estos pueden presentar un gran servicio promoviendo la prevención dental ya que el hecho de repetir un mensaje de prevención de tres a más veces al día parece producir el más grande efecto persuasivo así como el hecho de diseñarlo y adecuarlo a la condición bucal de los pacientes, es decir hay que incluir fuertes argumentos en el mensaje de prevención para lograr un mayor impacto.¹⁹

La población infantil de México consume enormes cantidades de golosinas, caramelos los cuales se venden masivamente independientemente de que se haga publicidad de ellos o no.²⁰ Se debe lograr que la prensa, los canales de televisión y estaciones de radio difundan noticias sobre actos locales y/o nacionales que conlleven a una prevención odontológica; además de agregar a su calendario actividades de información bucodental, conferencias y entrevistas especializadas.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL HOGAR

Los padres de familia deberán programar consultas periódicas al dentista por lo menos cada seis meses, los niños deben ir al dentista por primera vez entre los seis y doce meses de edad. En los adultos basta con una consulta anual aunque algunas personas necesitan consultas más frecuentes por que tienen más enfermedades bucales o corren mas riesgo de contraerlas.²¹

Además se deberán seguir diversas pautas para mantener la salud bucodental entre ellas se encuentran el cepillarse por lo menos dos veces al día y usar seda dental dos veces al día por lo menos.

Comer alimentos nutritivos, es fundamental para fomentar la salud bucodental.

Deben enseñarse a los niños que es el fluoruro y como debe usarse correctamente con el fin de evitar un mal empleo del mismo. 22

Además deben de asegurarse los padres que tanto ellos como los niños tengan dentífricos con fluoruro obteniendo de él todo el beneficio que este brinda. 23

Deben enseñar a los niños a cepillarse adecuadamente los dientes así como usar seda dental correctamente.

Si los niños son todavía pequeños y no pueden limpiar sus dientes por sí solos el padre debe prestarles ayuda y hacerlo.

Los padres incorporarán a su agenda la visita al dentista por lo menos una vez al año.

Y con esto tratar de evitar futuros problemas bucodentales.

1. Cerón García, Pedro Alberto y Cols. **Perfil Epidemiológico bucal de escolares de dos colonias de Ciudad Nezahualcóyotl.** *Práctica Odontológica* Vol. 15 No. 1 Marzo 1994, pags 49-52.

2. Cervantes, Rangel Jaime, et al. **Evaluación del efecto protector - del Flúor en ingesta.** *Práctica Odontológica*, 14 (9), pp.15-20.

3. Logan, Henrieta L. **Communication and Persuasion: Factors Influencing a Patients Behavior.** *Journal of Dental Education*, Vol.55 No.9, 1991, 570-574.

4. Cervantes, Rangel Jaime. **op. cit.**

5. Lange, Brian M. et al. **The Changing Role of Prevention in Dental Education.** *Journal of Dental Education*.Vol. 54 No. 9, 1990,567-569.

6. Sánchez Flores, Ignacio, Rincón V.M y Col. **Diagnóstico de Morbilidad bucodentomaxilar en escolares con dentición mixta en el municipio de Toluca.** *Práctica Odontológica*, Vol. 10 No. 9 Septiembre - 1989, pags35-44.

7. Sánchez Flores, Ignacio y Col. **Experiencia de Caries y Necesidades de tratamiento en escolares de 12 años de edad en dos poblaciones del Estado de México.** *Práctica Odontológica*, Vol. 16No. 5 - Mayo 1995, pags. 22-28.

8. Irigoyen, María Esther et al. **Caries y necesidades de atención en una población Infantil del Estado de México.** *Práctica Odontológica*, 15 (1), 1994, pp. 37-41.

9. **Idem.**

10. Cervantes, Rangel Jaime, **op. cit.**

11. Martínez, Anaya Gerardo et al. **Importancia de la prevención - de la caries dental por medio de materiales a base de Fluoruros. - Dentista y paciente.** Vol. 1 No. 7, Enero 1993, pp 19,20 y 22-24.

12. **Curriculum Guidelines for Predoctoral Preventive Dentistry.** - *Journal of Dental Education*, Vol. 55 No. 11, 1991, 746-750.

13. Romero, Nava Addy. **Valoración in Vitro de Penetración y micro-filtración de tres selladores de fosetas y fisuras.** *Práctica Odontológica.* 14 (20); 1993, pp. 15-21.
14. **Changing Patterns of Fluoride Intake. Workshop Chapel Hill, - April 23-25, 1991.** *Journal Dental Reseach,* 71 (5) May 1992 1214-27.
15. Logan, Henrrieta L. *op. cit.*
16. Lange, Brian M, *op. cit.*
17. Hargreaves, J.A. **The level and Timing of sistemic Exposure to-Fluoride with Respect to Caries Resistance.** *Journal Dental Reseach.* 71 (5), Mayo 1992.
18. Barrios, Rafael.**Lineamientos para un programa de prevención - con flúor.** *Práctica Odontológica.* 10 (4), 1989, pp. 23-30.
19. Logan, Henrrieta L. *op. cit.*
20. Espinosa, Ruíz Maricela y Col. **Consumo de Carbohidratos en - estudiantes de Odontología.** *Práctica Odontológica.* Vol.15 No. 7 - Julio 1994 pp. 7-10.
21. **Asociación Estadounidense para la salud mundial (AAWH).Folleto Informativo. " Boca Sana, Vida Sana ".** Día Mundial de la Salud. - Washington D.C., 1994.
22. Shendurniker, N. **Do you Children Nedd Fluoride Tooth-paste? - (letter).** *Pediatric,* Aug 1990, 27 (8), 884.
23. Simonsen, J. Richard.**Retention and effectiveness of dental - Sealant after 15 year.** *Journal American Dental Association.* Vol.- 122, Oct 1991, 34-42.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Armentariz Zamudio, Dulce Maria. **Perspectivas de salud bucal en familias del Estado de México.** Práctica Odontológica. Vol. 10 No. 1 Enero 1989, pags 20-22.
2. Asociación Estadounidense para la salud mundial (AAWH). **Folleto Informativo. " Boca Sana, Vida Sana "**. Día Mundial de la Salud. Washington Dc., 1994.
3. Barrios Rafael. **Lineamientos para un programa de prevención con flúor.** Práctica Odontológica. 10 (4), 1989- pp. 23-30.
4. Cerón García, Pedro Alberto y Cols. **Perfil Epidemiológico bucal de escolares de dos colonias de Ciudad Nezahualcóyotl.** Práctica Odontológica. Vol.15 No. 3 Marzo - 1994, pags 49-52.
5. Cervantes, Rangel Jaime, etal. **Evaluación del efecto protector del flúor en ingesta.** Práctica Odontológica.- 14 (9), 1993, pp. 15-20.
6. **Changing Patterns of fluoride Intake. Workshop Chapel Hill, April 23-25, 1991.** Journal Dental Reseach. 71 (5) May 1992. 1214-27.
7. **Curriculum Guidelines for Predoctoral Preventive Dentistry.** Journal or Dental Education. Vol.55 No. 11, 1991,- 746-750.
8. Dominick P. de Paola DDS, PhD y H. Gordon Chaney, DDS, MPH. **Odontología Preventiva.** Editorial Mundi. S.A.I. - C Y F. Argentina. 1.a Edición. 1981.
9. Espinosa Rufiz, Maricela y Col. **Consumo de Carbohidratos en estudiantes de Odontología.** Práctica Odontológica - Vol. 15 No. 7 Julio 1994. pags. 7-10.
10. Esponda Vila Rafael. **Usted y sus dientes.** 1.a Edición, 1968. Editorial Acuarimantina.
11. Friedenthal. **Diccionario Odontológico.** Panamericana. - Argentina. 1981, 537 pags.

12. Gómez, García Roberto et al. Relación Odontólogo - Paciente. *Práctica Odontológica*. 14 (5) 1993, pp.21-24.
13. Hargreaves, J.A. The level and Timing of sistemic Expo - sure to Fluoride with Respect to Caries Resistance. - *Journal Dental Reseach*. 71 (5), Mayo 1992.
14. Haro, Ledesma Elizabeth et al. La Importancia del Flúor y su adición a la sal como medida masiva de prevención de la caries dental. *Revista ADM*, Vol. 48 (3), Mayo - Junio 1991, pp. 175-179.
15. Irigoyen, María Esther et al. Caries y necesidades de atención en una población infantil del Estado de México. *Práctica Odontológica*. 15 (1), 1994, pp.37-41.
16. Katz, Simone et al. *Odontología Preventiva en Acción*. Ed. Med. Panamericana. México, 1983, pags.375.
17. Lange, Brian M. et al. The Changing Role of Prevention in Dental Education. *Journal of Dental Education*. - Vol. 54 No. 9, 1990, 567-569.
18. Logan, Henrrieta L. Communication and Persuasion: Fac - tors Influencing a Patients Behavior. *Journal of Dental Education*. Vol. 55 No. 9, 1991, 570-574.
19. López Camara, Victor y Norma Lara. Trabajo Odontológi - co en la ciudad de México. Análisis de la práctica - dominante. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimil - co. México, 1983, pags. 94.
20. Martínez, Anaya Gerardo et al. Importancia de la pre--- vención de la caries dental por medio de materiales a - base de Fluoruros. *Dentista y paciente*. Vol. 1 No. 7, - Enero 1993, pp. 19,20, 22-24.
21. Martínez, Cordova Salvador. Costo-eficiencia; En el - consultorio dental . *Dentista y paciente*. Vol. 1 - No. 7, Enero 1993, pp 6 y 8.

22. **Martínez, Ross F. Agresión y otros rasgos de carácter en el Odontólogo mexicano.** *Práctica Odontológica.* - 10 (1), 1989, pp. 7-10.

23. **Mendoza Roaf, Patricia y Pozos Radillo, Blanca Elizabeth. El estado de salud bucodental en escolares de Guadalajara.** *Práctica Odontológica.* Vol. 16 No. 6 - Junio 1995, pags. 35-41.

24. **Romero Nava, Addy. Valoración in Vitro de Penetración y microfiltración de tres selladores de fosas y fisuras.** *Práctica Odontológica* 14 (20)? 1993, pp.15-21.

25. **Sánchez Flores, Ignacio, Rincón V. M. y col. Diagnóstico de morbilidad bucodentomaxilar en escolares con dentición mixta en el municipio de Toluca.** *Práctica Odontológica.* Vol. 10 No. 9. Septiembre 1989, pags - 35-44.

26. **Sánchez Flores, Ignacio y col. Experiencia de caries y necesidades de tratamiento en escolares de 12 años de edad en dos poblaciones del Estado de México.** - *Práctica Odontológica.* Vol. 16 No. 5. Mayo 1995, pags- 22-28.

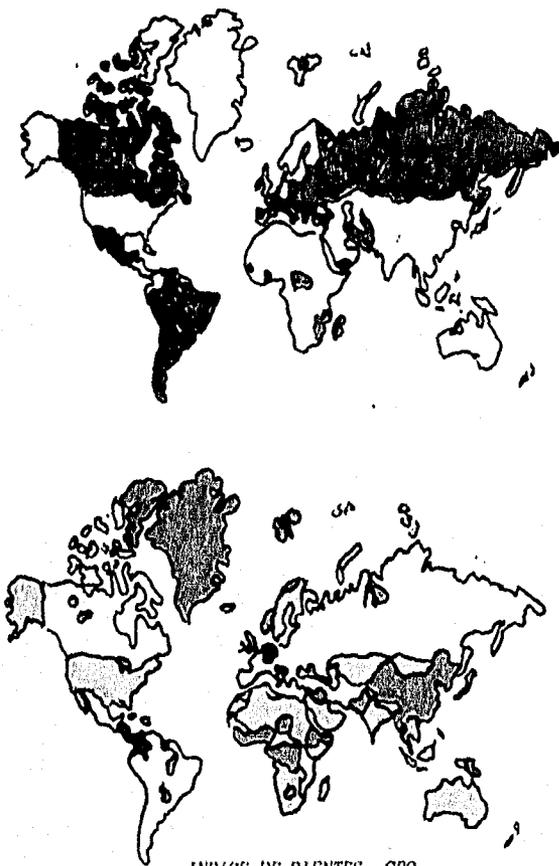
27. **Shafer, W. G. y B. M. Levy. Tratado de Patología Bucal.** Interamericana. México, 1986, pags. 939.

28. **Shendurniker, N. Do you children Nedd Fluoride Tooth-paste? (letter).** *Pediatric,* Aug 1990, 27 (8), - 884.

29. **Simonsen, J. Richard. Retention and effectiveness of dental Sealant after, 15 year.** *Journal American Dental Association.* Vol. 122, Oct 1991, 34-42.

PREVALENCIA DE LA CARIES DENTAL A LOS 12 AÑOS DE EDAD

DATOS HASTA 1993



INDICE DE DIENTES CPO

-  0.0- 1.1 Muy bajo
-  1.2- 2.6 Bajo
-  2.7- 4.4 Intermedio
-  4.5- 6.5 Alto
-  más de 6.5 Muy alto

ANEXO 1

México D.F a 26 de septiembre de 1995

C O N S T A N C I A

Por medio de la presente se hace constar que

LA C. D. SARA GARCIA MEDINA

llevó a cabo actividades odontológicas con la
población de niños preescolares de este plantel

con motivo de la investigación para su tesis

"LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCION EN LA ODONTOLOGIA

EN EL SIGLO XXI. "



A T E N T A M E N T E
DIRECTORA DE CAPEP

S. E. P.
DIRECCION DE EDUCACION PREPARATORIA
C. A. P. E. P.
"MAGDALENA CONTRERAS"
C. C. T. 091530180
SUPERVISION No. 2
DE C. A. P. E. P.
DELEGACION TUALPAM

PROFRA. SUSANA OBREGON C

ANEXO 2

México D.F. a 26 de septiembre de 1995.

C O N S T A N C I A

Por medio de la presente se hace constar que el C.D. V I C T O R M A N U E L S A N C H E Z J U E R E Z , llevó a cabo actividades odontológicas con la población de niños preescolares de este plantel con motivo de la investigación para su tesis "LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCION EN LA ODONTOLOGIA EN EL SIGLO XXI".

A T E N T A M E N T E



DIRECTORA DE CAPEP

S. E. P.
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN PRIMARIA
C. A. P. E. P.
"MAGDALENA CONTRERAS"
C. C. T. ODFLESCOTOS
SUPERVISIÓN No. 2
DE C. A. P. E. P.
DELEGACIÓN TLALPAM

Susana Obregon C

SUSANA OBREGON C

JARDIN DE NIÑOS
CASI SAN BERNABE

México D.F. a 30 de septiembre de 1996 .

ASUNTO: CONSTANCIA

La que suscribo C. Profra. Directora del
JARDIN DE NIÑOS CASI SAN BERNABE tiene a bien
informar de la investigación realizada en este
plantel a 140 niñas prescolares con motivo
de la tesis " IMPORTANCIA DE LA PREVENCION EN LA
ODONTOLOGIA DEL SIGLO XXI " realizada por la
doctera SARA GARCIA MEDINA .

Agradezco el interes y la participación de
tan importante labor .

AT E N T A M E N T E .

DIRECTORA


PROFRA. AURELIA GONZALEZ VALDEZ



S. E. P.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
CARRANZA 100
MEXICO D.F. C.P. 06702

JARDIN DE NIÑOS "CASI
SAN BERNABE "

México D.F. a 30 de septiembre de 1996 .

ASUNTO: CONSTANCIA

La que suscribe C. Profra. Directora del
JARDIN DE NIÑOS CASI SAN BERNABE tiene a bien
informar de la investigacion realizada en este
plantel a 140 niños preescolares con motivo
de la tesis " IMPORTANCIA DE LA PREVENCION EN LA
ODONTOLOGIA DEL SIGLO XXI " realizada por el
doctor VICTOR MANUEL SANCHEZ JUAREZ
Agradece el interes y la participación de
tan importante labor

A T E N T A M E N T E

DIRECTORA


PROFRA. AURELIA GONZALEZ VALDES



S. E. P.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
JARDIN DE NIÑOS "CASI SAN BERNABE"
CALLE DE LA ESCUELA 100
C.P. 06700

CLAVES

1. CARIADO TEMPORAL 2. OBTURADO TEMPORAL 3. EXTRACCION INDICADA 4. AUSENTE TEMP.
5. CARIADO PERMANENTE 6. OBTURADO PERMANENTE 7. AUSENTE PERMANENTE S A N O

No.	NOMBRE	EDAD	SEXO	SUPERIOR					INFERIOR					6	C	E	O	C	O	P		
				6	5	4	3	2	1	6	5	4	3								2	1
				E	D	C	B	A	A	E	D	C	B								A	A
58	RUIZ REYES BLANCA AMPLIA	52	F		1							1	1									
59	HERNADEZ ROJAS KARINA	52	F		1	3				1		3										
60	BARCENAS MARTINEZ RAUL	52	M																			
61	RODRIGUEZ SANTILLANA ARINA	52	F		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	1			10	
62	ORTIZ GARCIA FERNANDA	52	F				1	1													3	
63	MORALES OLIVARES VICTOR	52	M		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1				9	
64	AYALA SANTIAGO EDITH	52	F			1	1	1	1	1	1	1	1	1							9	
65	GARCIA GARRIDO GULLERMO	53	M		1	1															5	
66	CARVAJAL GOMEZ ROLANDO	53	M		1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1				10	
67	ROJAS CUEL DONIO LUIS	53	M		1							1	1								4	
68	OCHOA SANTILLAN JOSE RALL	53	M		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				4	
69	ANGUANO GREGORIO MARIANA	53	F																		3	
70	VALDEZ RAMIREZ ANAYELI	53	F		1	1				1	1	1	1	1	1	1	1				6	
71	PABELLO VARGAS ALBERTO	53	M		3	3	3	4	4	4	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	6	
72	REYES MIRANDA RAUL	53	M		1							1	1								4	
73	LOPEZ RAMIREZ HECTOR	53	M		1	1						1	1								2	
74	REYES VILLALOBOS ARMANDO	53	M		1	4	4	4	4	1											2	
75	ROMERO RODRIGUEZ NATALI	53	F		1	1	4			1	1	1	1	1	1	1	1				7	
76	JIMENEZ KUNEZ ANTONIO	54	M		1					1	1	1	1	1	1	1	1				4	
77	MONROY ANDRES DIANA	54	F		4	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2				5	
78	MODESTO LOPEZ YISEL MONSERRAT	54	F					2	2												2	
79	PEREZ LOPEZ PAULINA	54	F		2	4	2	2	4	2	1	2	2	2	2	2	2				10	
80	FIGUEROA CAMACHO ROCIO	54	F		1					1	1	1	1	1	1	1	1				4	
81	VALDEZ MARTINEZ JOSE LUIS	54	M		1																1	
82	MANDUJANO VILLA ANA	54	F									1	1	1	1	1	1				2	
83	TAPLA DE JESUS ALEJANDRO	54	M		1	1	1	1	1	1											1	
84	HERNANDEZ SAN JUAN GUILLERMO	54	M		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1			12	
85	MARTINEZ ROMERO ISRAEL	54	M																		C	
86	VAZQUEZ PEREZ EDINHO	54	M		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2					8	
87	VAZQUEZ SANTOS JOSE	54	M									1	1								4	
88	VILLALOBOS OVIEDO FRANCISCO	54	M		1	1	1	1	1			3	2			1	1				7	
89	MARTINEZ FALCON JOSE	54	M		1	4	4	4	4			1	1								3	
90	CALDERON MONROY ARMANDO	54	M												1	1	2				2	
91	VELAZCO SANCHEZ JAVIER	54	M		1	4				1	2	2	2	2	2	2					2	
92	BENITEZ MORALES PERLA	54	F		1	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1				6	
93	HERNANDEZ MARTINEZ DANIEL	54	M		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				7	
94	AMAYA GONZALEZ PABLO	54	M																		0	
95	BARRALES REYES HUGO	55	M		1	1		4	4	1	1	1	1	1	1	1	1				8	
96	MENDEZ DAYTAN TOMAS	55	M							1	1	1	1	1	1	1	1				4	
97	GARDUÑO JIMENEZ MARIA	55	F		1					1	1										3	
98	JIMENEZ MORA YESICA	55	F		1	1				1	1	1	1	1	1	1	1				8	
99	CRUZ QUINTANA ADRIANA	55	F		1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10	
100	ROSALES PEREZ JUDY DAYVO	55	M							1	1	1	1	1	1	1	1				1	
101	CARRANCO NOLASCO KARINA	55	F		1	1				1	1	1	1	1	3	1	1				8	
102	SAN JUAN VAZQUEZ JOSE	55	M		1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1				8	
103	AGUILERA CEDILLO JOSE	55	M		1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2				4	
104	RINCONA GRUBER ALINOEL	55	M		1					1	1	1	1	1	1	1	1				5	
105	MENDEZ ORTIZ GIOVANNI	55	M		1			2	2	2	2	1	2			2	2				3	
106	RAMOS JUAN CARLOS	56	M		3	4	4	4	1												2	
107	BOLAÑOS VILCHES ANA JESSICA	56	F		1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1				7	
108	ZAMORA PLAZA TOMAS	56	M		1					1	1	1	1	1	1	1	1				5	
109	ANDRES CINECTO MARLEN	56	F		1	1				1	1	1	1	1	1	1	1				6	
110	CRUZ SOTO DAYVO	56	M		1					1	1	1	1	1	1	1	1				4	
111	JIMENEZ GALLEGOS BRENTA ISELA	56	F		1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	3	3	1	1			11	
112	BAEZ SILVERIO JESUS	56	M		1	1	1	1	1	1	1	1	2								1	
113	RAMIREZ GANCHOLA GUSTAVO	56	M		1					1	2	2	2	2	2	2	2				3	
114	FLORES ROJAS MARLEN	57	F		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				4	

METAS MUNDIALES PARA EL AÑO 2000

Edad (años)	Meta
05-06	50% libre de caries.
12	Menos de tres dientes permanentes cariados, perdidos u obturados por niño.
18	85 % de la población con todos sus dientes naturales.
34-44	Disminución del 50% del número de personas sin dientes y 75% de la población con 20 - dientes como mínimo (los dientes naturales son 28).
65+	Disminución del 50% del número de personas sin dientes y 50% de la población con 20 - dientes como mínimo.

ANEXO 4

**OBJETIVOS EN MATERIA DE SALUD
 BUCODENTAL PARA LAS CAMPAÑAS SALUD
 BUCODENTAL 2000 Y PUEBLOS SANOS 2000**

Edad	Meta
Lactantes.....	Lograr que por lo menos el 75% de los padres y las personas que cuidan a los niños alimenten a los lactantes correctamente a fin de evitar la caries provocada por el biberón; aumentar a 40 el número de estados que cuentan con servicios para niños nacidos con malformaciones bucodentales (labio leporino y fisura del paladar).
6-8	Por lo menos 65% de los niños sin caries; 20% como máximo con caries sin tratar; exámenes, derivación y seguimiento de los servicios de diagnóstico, prevención y tratamiento para el 90% como mínimo de los niños que entran al sistema escolar aumento a por lo menos el 50% de los niños a quienes se les han aplicado selladores.
14-15.....	Por lo menos 40% sin caries; 15% como máximo con caries sin tratar; aumento en el uso de selladores a por lo menos el 50%, como en el grupo anterior.
35-44.....	Reducción de la prevalencia de gingivitis al 30% como máximo, reducción de la prevalencia de enfermedades periodontales destructivas al 15% como máximo; aumento de las personas que nunca han perdido un diente permanente debido a caries o enfermedades periodontales al 45% como mínimo; aumento al 70% como mínimo de los mayores de 35 años que usan el sistema de atención bucodental-anualmente.
45-74.....	Reducción de las muertes por cáncer de la cavidad bucal y de la faringe a 10,5 por 100.000 entre los hombres y 4,1 por 100.000 entre las mujeres como máximo.
65+	Reducción al 20% como máximo de las personas que han perdido todos sus dientes naturales.