

1033

CARACTERÍSTICAS DE UNA CLÍNICA DEL SANO EN ODONTOLOGÍA

**FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GUTIÉRREZ
LUISA FERNANDA HERRERA ARGÜELLO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C.
2005**

CARACTERÍSTICAS DE UNA CLÍNICA DEL SANO EN ODONTOLOGÍA

**FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GUTIÉRREZ
LUISA FERNANDA HERRERA ARGÜELLO**

**Trabajo presentado como requisito para optar
al título de Odontólogo**

**Asesor Científico
FREDDY SÁNCHEZ MENDOZA
OD. Especialista en Docencia Universitaria**

**Asesor Metodológico
ADIELA RUÍZ GÓMEZ
OD. Especialista en Epidemiología**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C.**

2005

Nota de aceptación

Firma de Presidente del Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá D.C., abril 13 de 2005

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A las Directivas de la Universidad por el interés en formar profesionales honestos, capaces y ante todo seres humanos.

Al personal de Docentes por la acertada orientación para la culminación de este trabajo de grado.

A nuestras familias su apoyo incondicional y el amor que nos ayudó a seguir adelante en la lucha cotidiana.

A todas las personas que de alguna manera nos ayudaron durante la investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	7
1. ASPECTOS TEÓRICO - CIENTÍFICOS	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1.1 Formulación del Problema	9
1.2 JUSTIFICACIÓN	9
1.3 PROPÓSITO	10
1.4 MARCO DE REFERENCIA	10
1.4.1 Marco legal	10
1.4.2 Marco conceptual	16
1.4.2.1 Historia natural de la enfermedad	16
1.4.2.2 Promoción y prevención	18
1.4.2.3 Niveles de prevención	27
1.4.2.4 Clínica del sano	29
1.4.3 Marco Teórico	31
1.4.3.1 Importancia de la odontología preventiva	35
1.4.3.2 Estudios sobre estrategias para mantener al paciente sano	38
1.5 OBJETIVOS	45
1.5.1 Objetivo General	45
1.5.2 Objetivos Específicos	45
2. ASPECTOS TÉCNICO-METODOLÓGICOS	46
2.1 TIPO DE ESTUDIO	46
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	46
2.3 UNIDADES TEMÁTICAS	46
2.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	46

2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	51
3. RESULTADOS	52
3.1 NIVEL DE PREVENCIÓN TENIENDO EN CUENTA LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD	52
3.2 CLÍNICA DEL SANO EN ODONTOLOGÍA	53
3.3 EXPERIENCIAS EXITOSAS DE CLÍNICA DEL SANO	55
4. CONCLUSIONES	56
5. RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	59

INTRODUCCIÓN

El estado de salud de la población colombiana, es el reflejo del desarrollo material y espiritual de una sociedad preocupada por la persona, además de ser un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del Estado en garantizar la salud de todos como lo manda la Constitución Nacional.

Acorde con lo anterior, el desarrollo de una filosofía preventiva en el área odontológica ha empezado a cobrar mayor importancia en la aplicación de las estrategias que conllevan al ejercicio de una Clínica del Sano. Así, la preocupación sobre el estado de salud de los pacientes es lo que ha impulsado a muchos profesionales de odontología a dejar de lado el énfasis biologicista y la práctica individual para dar paso a una actividad profesional del hombre, haciendo énfasis en el hecho de que el estado psicológico y odontológico de una persona guardan una estrecha relación con su estado orgánico y físico, lo que se debe tener en consideración cuando se interactúa con el paciente y existe preocupación por su salud oral y el mantenimiento de la misma.

Por lo tanto, a través de la práctica odontológica durante la formación profesional, ha despertado gran interés el conocimiento de las acciones relevantes en la aplicación de la Clínica del Sano, para mediante ellas, no sólo atender a los pacientes que llegan a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sino también para despertar en los estudiantes la filosofía preventiva y motivarlos a ejercer en función de ella, con lo cual se estará haciendo un buen aporte a la calidad de vida de la comunidad donde se ejerza profesionalmente.

Consecuente con lo expuesto, la presente investigación se orienta a una revisión bibliográfica del tema Clínica del Sano, para conocer los niveles de prevención teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad, los aspectos que involucra la Clínica del sano en odontología y experiencias exitosas que sean publicadas en la literatura.

1. ASPECTOS TEÓRICO - CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La odontología moderna está presionada por una cantidad de aspectos morales y sociales que han alcanzado a la profesión y afectado de manera considerable su práctica diaria. Adicionalmente, cambios importantes en la profesión médica están teniendo una profunda importancia en la odontología. Dentro de las cuestiones éticas y sociales contemporáneas con las cuales se enfrenta la odontología, están aquellas relacionadas con la responsabilidad de la salud dental de la comunidad y la prevención de las enfermedades bucales que puedan generarse por una mala información o el descuido en la atención del paciente sano.

Durante las prácticas odontológicas se presta especial atención a la restauración del daño ocasionado por las patologías relacionadas con caries dental o periodontopatías, llegando su responsabilidad hasta dejar al paciente sano, pero ¿Qué se hace con éste paciente luego?, ¿O con los que llegan sanos?

1.1.1 Formulación del Problema. Frente a lo expuesto surge la pregunta: ¿Cuáles son las características de una clínica del sano en Odontología?.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de la salud, la práctica profesional exige contar con un plan que impulse acciones preventivas e integrales, por lo que la Clínica del Sano se convierte en una herramienta importante para prevenir la aparición de patologías como la caries y periodontopatías.

Los odontólogos deben ser capaces de conservar bucodentalmente sanos a sus pacientes y/o población en general, no sólo como tratantes de la enfermedad, sino como líderes protagónicos en la comunidad donde se desenvuelven profesionalmente, ayudando en formar futuras poblaciones sanas.

1.3 PROPÓSITO

El identificar las características de una Clínica del Sano en odontología, lo que permitirá impulsar la implementación de medidas preventivas que ayuden a mantener al paciente sano oralmente.

1.4 MARCO DE REFERENCIA

1.4.1 Marco legal. La promoción de la salud no es un concepto nuevo, en sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que hoy se podrían reconocer como promoción de la salud (PS). Antecedentes, como la propuesta de Henry E. Sigerist (1945) que definió las 4 grandes tareas de la medicina como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo y la rehabilitación. En 1979 la Asamblea Mundial de la Salud reafirmó que la salud influye poderosamente en el desarrollo socioeconómico y en la paz y que la clave para alcanzar la salud para todos es el sistema que se basa en la atención primaria de salud. En 1981 en el marco de la 33ª Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó la estrategia mundial de "Salud para todos en el año 2000". (Vélez, 2003)

En 1986, en desarrollo de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, se promulgó la Carta de Ottawa en la cual se caracterizó a la promoción de la salud como "El proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Enfatiza también la necesidad de emprender acciones tendientes a

reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial. (Vélez, 2003)

La Constitución Política Colombiana define la salud como un servicio público y a su vez establece una responsabilidad directa del Estado sobre la Salud Pública. En Colombia se han desarrollado desde 1975 una serie de reformas del sistema de salud y finalmente se ha definido como "el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tienen como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación" (Vélez, 2003). Su funcionalidad se basó en la dependencia entre niveles, la regionalización de servicios, la prestación de servicios según niveles de atención, relaciones intersectoriales y la inclusión, como componente importante, de la participación de la comunidad.

Con la Ley 10 de 1990 se introdujeron cambios conceptuales e institucionales importantes y se habló de un sistema de salud más acorde con las ideas contemporáneas de los modelos de salud con características multisectoriales y de concertación. Así, en su Artículo 1º consagra la salud como servicio público: "La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio" (Congreso, 1990). La consecuencia lógica de este principio consiste en que el Estado debe intervenir y regular el servicio público, las condiciones de prestación de la salud en cuanto a su oportunidad, continuidad, calidad, cobertura, organización, gestión y políticas fundamentales, así se suministren pública o privadamente.

El concepto de salud que propone la ley se dirige a enfatizar que la salud es un proceso resultante de factores biológicos-genéticos, del ambiente, comportamiento y de los servicios institucionales y que, por tanto, se hace necesario actuar en

forma conjugada sobre todos ellos, con el propósito de alcanzar un bienestar integral. Lo anterior se deduce de lo expresado en su Artículo 4º:

"Para los efectos de la presente Ley, se entiende que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención propiamente dicha, y que de él forman parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud". (Congreso, 1990)

En el Artículo 365, que expresa lo concerniente a los servicios públicos se destaca que ellos son inherentes a la finalidad social del Estado y que es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Con base en el articulado, se podrían resumir en los siguientes los aportes de la carta constitucional de 1991 en materia de promoción de la salud: la estructuración de los planes de desarrollo de nivel nacional, departamental y local, como requisito para la inversión en los diferentes sectores, incluso el desarrollo de las acciones en el sector salud, es una importante herramienta que obliga a una planeación más racional, con base en las realidades de las poblaciones y que obedece a criterios epidemiológicos demográficos y en general de las condiciones de vida de las poblaciones.

Un énfasis especial se le otorga a la inversión en áreas sociales: salud y educación y en general en aquellas acciones que propugnen por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; para esto la constitución consagra la apropiación de recursos provenientes de los ingresos corrientes de la Nación que se deberán girar a los municipios, con el fin de invertirlos en salud y educación, bajo criterios establecidos previamente.

Bajo la influencia de esta Ley es preciso destacar el "Plan de atención primaria 1991-1994: Familia sana en ambiente sano" cuyo propósito fue "Contribuir a elevar la calidad de vida de los colombianos, a través del desarrollo de un plan de fortalecimiento del primer nivel de atención, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en el mejoramiento del estado nutricional y alimentario y en el saneamiento básico" (Ministerio de Salud, 1991), mediante estrategias orientadas a desarrollar una cultura de la salud que estimulara la preocupación de la sociedad por mantener las familias sanas, las ciudades sanas y el ambiente sano, auspiciando la promoción y educación sanitaria, educación para el autocuidado de la salud, y la modificación de hábitos nocivos para la salud mediante el fomento de los positivos.

Un año después de la vigencia de la Ley 10 de 1990, se expide la nueva Constitución Política que se preocupó por la búsqueda de la racionalización de la economía para mejorar la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo; el pleno empleo de los recursos humanos; el acceso efectivo de todos, en especial de aquellos de menores ingresos, a los bienes y servicios básicos, consignando como una función del Estado la prestación de los servicios públicos básicos, en los que se incluye el derecho a la seguridad social y a la salud, asignándole para su prestación criterios de eficiencia, universalidad e integralidad.

Con la Ley 100 de 1993 se hace mayor énfasis en la promoción de la salud, cambiando y reorganizando la prestación de los servicios de salud e integrando la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. En su preámbulo se consigna su espíritu. "La seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que

menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad". (Valencia y Maya, 1997)

La normatividad expresada en la ley se debe interpretar de acuerdo con los principios que la orientan: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Artículo 2) y equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, calidad (Artículo 153). El principio de protección integral, por ejemplo, se debe entender en el sentido de brindar atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

La Ley crea una serie de planes de beneficios: Plan de Atención Básica, PAB (Artículo 165) de carácter gratuito y obligatorio, que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y está constituido por las intervenciones dirigidas a la colectividad o a los individuos, pero que tienen altas externalidades, y el POS (Artículo 162), este último tanto para el régimen contributivo (Artículo 202) como para el subsidiado (Artículo 211), mediante los cuales se crean las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001, cuyo objetivo es el de la "protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. (Consejo Nacional, 1999)

Al analizar la definición de promoción de la salud, consignada en el Decreto N° 1891 de 1994 por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2-4, 10, 21 y 22 de la Ley 60 de 1993, en cuanto a fomento de la salud y prevención de la

enfermedad, que la define en su Artículo 2 como "Integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y de las colectividades"; se puede afirmar que la actual carta constitucional consigna un conjunto normativo, que inicia el proceso de cambio social, favorece el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su ambiente: natural, político, social y cultural y propugna por el mejoramiento de estilos de vida, hábitos y calidad de vida, siendo en este contexto la promoción de la salud su mayor estrategia.

Con la Resolución N° 4288 de 1996, se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En su Artículo 5° describe los componentes del PAB e incluye: a) Promoción de la salud: Busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades.

Con la Resolución N° 3997 de 1996, se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción en el SGSSS, cuyo objeto es "Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS.

A su vez la Resolución 412 de febrero 25 de 2000, donde se establecieron las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las Normas Técnicas y Guías de Atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública, definidas mediante Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

1.4.2 Marco conceptual

1.4.2.1 Historia natural de la enfermedad. Según Higashida (2000), la historia natural de la enfermedad "es la relación ordenada de los acontecimientos derivados de la interrelación del ser humano, que lo llevan del estado de salud a la enfermedad, la cual se resuelve por diferentes alternativas: regreso a la salud, cronicidad, agravamiento, secuelas invalidantes o muerte". Por lo tanto, se podría decir que es la evolución de la enfermedad cuando no se le ha proporcionado ningún tratamiento.

En 1960 se estableció en forma teórica y experimental como la etiopatogenia de la enfermedad dental obedece a la interacción simultánea de tres elementos o factores: el factor "Microorganismo", que en presencia de un factor "sustrato" logra afectar a un factor "diente" (localizado en un hospedero) y su presentación esquemática se conoce como la Triada de Keyes. La interrelación de estos tres elementos determina el desarrollo de la caries dental (Burnett et al, 1990). Sin embargo, debe tenerse en cuenta otro factor determinante y es el tiempo suficiente de interacción de los mismos para que se produzca la enfermedad, considerándose como el esquema de Keyes modificado, pues es el tiempo de evolución de un proceso un factor fundamental en toda dinámica microbiológica. (Burnett et al, 1990)

La enfermedad periodontal está compuesta por periodos y fases: prepatogénico, patogénico y el de secuelas o huellas. (Herazo, 1999).

Prepatogénico: es el periodo en el que se presentan todas las condiciones sociales, económicas, políticas y biológicas negativas, que favorecen la existencia de un ambiente propicio, un huésped susceptible y agentes causales de la enfermedad, pero en el cual no existen manifestaciones de la presencia de la enfermedad.

Este periodo lo componen dos fases:

- Fase inespecífica: en la cual se presentan y desarrollan las condiciones sociales, económicas y políticas negativas, es decir, el ambiente propicio general, compuesto de factores que dependen del manejo de un gobierno, que puede crear el ambiente para que se de la enfermedad.
- Fase específica: es en la que se desarrollan las condiciones biológicas negativas, en un ambiente propicio específicamente.

Patogénico: es el periodo en el que se manifiestan clínica o subclínicamente las lesiones que han resultado o derivado de la situación económica, política y social negativa. En el periodo patogénico clínico se desarrollan dos fases:

- Precoz, subclínica o clínica: aquí ya existen en forma mínima los inicios de la enfermedad y con frecuencia no es posible detectarlos sino con los medios de ayuda diagnóstica.
- Avanzada, clínica o subclínica: la enfermedad avanza notablemente, produciendo daños o destrucción.

Secuelas o huellas: es el periodo en el que se manifiestan las huellas o secuelas que dejó la enfermedad. Pueden ser secuelas clínicas o subclínicas.

Fase es cada uno de los aspectos o partes que presentan los periodos de la enfermedad. Así, en la historia natural de la enfermedad se consideran cinco fases:

- Inespecífica
- Específica
- Precoz
- Avanzada
- Secuelas

1.4.2.2 Promoción y prevención. Etimológicamente, promoción es la acción de impulsar, subir el nivel, destacar, facilitar el acceso, hacer más asequible algo; en consecuencia, promoción es lograr acciones coordinadas, con una dirección y una finalidad. (Franco, 1995)

El concepto de promoción de la salud parte de una visión holística del proceso salud-enfermedad, de una visión no fundamentada sólo en aspectos patológicos y morbosos, sino de la que concibe la salud y la enfermedad como parte de un ciclo vital humano. Durante mucho tiempo el modelo biologista influyó la prestación de servicios de salud; su peso para entender y atender a la persona en sus procesos de enfermedad marcó indudablemente el saber de los trabajos en la salud en todos los niveles de atención. (Vélez, 2003)

De la misma manera, la inversión en salud se dirigía hacia el tratamiento de la enfermedad. Hoy impera el reto de fortalecer el actuar en salud con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; se propugna por una concepción de salud, fundamentada en parámetros positivos. Los indicadores del nivel de vida, desarrollo social, económico, cultural, personal, entran a ser determinantes de las condiciones de los ciudadanos en un país determinado. Es el cambio de las estructuras hospitalarias como escenarios principales de la atención en salud, hacia otros escenarios, aquellos donde la gente vive e interactúa como son las calles, los barrios, las universidades, las escuelas, los parques, el comercio. (Vélez, 2003)

Lo primero que vale la pena destacar es que las acciones en salud tienen como base fundamental el bienestar, como garantía y disfrute de una sobrevivencia digna. Esta dignidad de la sobrevivencia implica como mínimo tres componentes: el primero es la satisfacción de necesidades no solamente las básicas, sino también el conjunto de requerimientos físicos psíquicos, emocionales y sociales del ser humano; la garantía de la realización de las potencialidades en el sentido

de poder desarrollar las facultades y aptitudes individuales específicas en las diferentes áreas intelectuales, artísticas y deportivas, entre otras; y el acceso a las oportunidades a los recursos económicos y científico-técnicos, al saber, a la información que la humanidad ha logrado acumular; a los niveles decisorios y a las oportunidades culturales, laborales y políticas. (Franco, 1995)

Lo segundo que igualmente vale la pena destacar, es la esencial relación salud - vida. La salud no es nada sino en relación con la vida, definida sintéticamente, vida en presente positivo.

Cuando se habla de promoción de la salud, implícita o explícitamente, se está hablando de defender y elevar la calidad y la dignidad de la vida. De acciones dirigidas a multiplicar y democratizar las oportunidades, a garantizar satisfacción de necesidades para más y más seres humanos. De crear y tratar de mantener mejores condiciones de vida y por ende de salud. Por esto, la promoción de la salud está cerca de las luchas por la equidad, como también de los esfuerzos por hacer posible la paz y la democracia y constituir la defensa de la vida en el gran objetivo individual y colectivo.

Promoción de la salud también es sacar la salud del ámbito hospitalario y de las cuatro paredes de los consultorios, para reubicarla, para contextualizarla en los espacios en los que acontece la vida. Promover la salud es salvarla de la medicalización y ubicarla cerca de la gente con un alto nivel de importancia y de posibilidad de acceso para la mayoría de la personas, lo cual requiere de medidas de prevención específicas de caries dental y enfermedad periodontal que pueden ser extendidas a cualquier persona sin importar la edad.

Higashida (2000), señala como medidas preventivas en odontología las que hacen referencia a lo siguiente:

Control de la dieta cariogénica: el organismo humano tiene un alto grado de complejidad, con un sistema organizado de más de 100 trillones de células, cada una con una estructura única y específicos requerimientos de nutrientes para un adecuado funcionamiento.

Las células en el cuerpo humano tienen por lo general limitada habilidad para sintetizar nutrientes. Los amino ácidos esenciales, minerales, casi todas las vitaminas, ácidos grasos esenciales y algunos monosacáridos, tienen que ser suplidos en la dieta ya que el cuerpo no los fabrica. O en algunos casos utilizar gran cantidad de energía para poder sintetizar algunos nutrientes a partir de otros elementos. (Márquez, 2000)

La salud de las encías y los dientes depende también de una nutrición adecuada. Cada vez que se comen azúcares o carbohidratos procesados, las bacterias que habitan en las placas dentales, tienen la oportunidad de proliferar, acidificar el ambiente de las encías y producir problemas, entre ellos la carie dental. (Padrón et al, 2002)

La composición de la dieta influye en la acumulación de placa sobre el diente, facilitando su acumulación en presencia de la matriz extracelular, la cual la hace de más difícil remoción de la superficie del diente durante los procedimientos de higiene oral. La presencia de sucrosa y otros carbohidratos facilitan la formación de polisacáridos extracelulares por bacterias que incluyen Streptococcus, Neisserias y Actinomyces. (Cuenca et al, 1999)

Aunque todos los hidratos de carbono pueden causar cierto grado de caries dental, los mayores culpables son los azúcares. Hänsel (2002) expresa que todos los azúcares simples tienen el mismo efecto sobre los dientes, incluyendo el azúcar de mesa (sacarosa) y los azúcares de la miel (levulosa y dextrosa), frutas (fructosa) y leche (lactosa). Cuando el azúcar entra en contacto con la placa

bacteriana, el *Streptococcus mutans*, la bacteria presente en la placa, produce ácido durante unos 20 minutos. La cantidad de azúcar ingerida es irrelevante; lo importante es el tiempo en que el azúcar permanece en contacto con los dientes. Por eso, saborear una bebida azucarada durante una hora resulta más perjudicial que comer un caramelo en 5 minutos, aunque el caramelo contenga más azúcar. Hänsel (2002)

Durante muchos años el mensaje para evitar caries era “no comer demasiada azúcar ni alimentos azucarados” (Barrancos, 1990). En las últimas décadas el consumo de azúcar en muchos países se ha mantenido constante mientras que los niveles de caries han disminuido. Esto sugiere que cuando se practica una higiene bucal adecuada (Ejemplo: cepillado regular usando pasta de dientes con flúor) se manifiesta menos el papel del azúcar en la formación de caries. (Iruretagoyena, 2003)

Actualmente se sabe que cualquier alimento que contiene carbohidratos fermentables (que estos sean azúcar o fécula) puede contribuir a la aparición de caries (Hänsel, 2002). Esto significa que, al igual que los dulces y golosinas, la pasta, el arroz, las patatas fritas, las frutas e incluso el pan pueden iniciar el proceso de desmineralización.

Cada vez que se muerde un alimento o se sorbe una bebida que contiene carbohidratos, cualquier bacteria causante de caries que se halle presente en los dientes comienza a producir ácidos, iniciando la desmineralización (Duran, 2001). Este proceso continúa durante 20 o 30 minutos después de comer o beber, o más tiempo si hay restos de comida atrapados localmente o que permanecen en la boca. En los períodos entre las distintas ingestas (de comida y/o bebida) la saliva actúa para neutralizar los ácidos y ayudar en el proceso de remineralización (Durán, 2001).

Si se come o se bebe frecuentemente, no se le da tiempo al esmalte de los dientes para remineralizarse completamente y las caries comienzan a producirse. Por eso comer o beber continuamente durante todo el día no es aconsejable (Durán, 2001). El mejor consejo es limitar el número de ingestas (consumo de comida y/o bebidas) con carbohidratos a no más de 6 veces al día y asegurarse de que los dientes se cepillen usando una pasta de dientes con flúor dos veces al día. (Quinteros, 1990)

La caries del biberón o caries de la lactancia es una patología en la que los dientes de los niños se dañan debido a una exposición frecuente y prolongada a bebidas con azúcares, normalmente por medio del biberón. En particular, los problemas aumentan cuando se acuesta a los niños con biberones de leche de fórmula o zumo. El flujo de saliva se reduce mucho durante el sueño y los líquidos dulces permanecen alrededor de los dientes durante largos períodos de tiempo. Esto crea el entorno perfecto para que se desarrolle la caries dental. (Parada, 1999)

Control de la placa dental o bacteriana: el control de la placa dental consiste en la eliminación de la misma y la prevención de su acumulación en los dientes y las superficies dentarias vecinas. Como consecuencia de esta acción, también se retarda la formación de cálculo. El retiro de la placa dental conduce a la resolución de la inflamación gingival. El cese de las medidas para controlar la placa deriva en la recurrencia de la inflamación. En consecuencia, es un modo eficaz para atender y evitar la gingivitis. Por ende, es parte crítica de todos los procedimientos comprendidos en el tratamiento y la prevención de las enfermedades periodontales. (Carranza, 1996)

A la fecha, el aseo mecánico con un cepillo dental y otros auxiliares de higiene es el modo más confiable para controlar la placa. Los inhibidores químicos de la placa y el sarro, incorporados en los enjuagues bucales o los dentífricos tienen un sitio como agentes auxiliares de las técnicas mecánicas. Deben recetarse según

las necesidades del paciente individual. El control químico de la placa es un campo de crecimiento rápido y sin duda adquirirá más importancia. (Carranza, 1996)

Seif (2003) expone que el método más eficaz, sencillo y cómodo para eliminar placa bacteriana a nivel individual es el cepillado, con ello se hace la prevención y se evitan las enfermedades más frecuentes causadas por la placa: caries y enfermedad periodontal. Larsen y Bruñi (1998) argumentan que la mayoría de sistemas que se utilizan para eliminar placa bacteriana se basan en un efecto mecánico, donde la placa es eliminada por arrastre o fricción de los diferentes sistemas usados.

El cepillado Dental también es un método por el que los dentífricos que contienen fluoruro se aplican sobre los dientes (Haywood, 2002). El tipo de cepillo de dientes que debe utilizarse depende de la técnica de cepillado empleada, la ubicación de los dientes y de la destreza de manipulación de la persona. El cepillo debe ser recetado por el Odontólogo tomando en consideración los requerimientos de la persona. El tamaño, la forma del mango y de las cerdas y la textura, y debe ser fácil y eficientemente manipulado, fácilmente limpiado y aireado, resistente a la humedad, durable y económico. (Larsen y Bruñi, 1998)

El cepillado Dental y de las encías ha sido el procedimiento de cuidados en la casa y el trabajo más recomendado para promover la limpieza bucal. Su finalidad básica es remover las acumulaciones bucales de placa bacteriana y restos de alimentos, y por lo tanto ayuda a la prevención de la enfermedad dental. (Carranza, 1998)

Por otra parte Haywood (2002), expresa que cuando se emplea con un dentífrico adecuadamente abrasivo, el cepillado de los dientes también ayuda a mantenerlos libres de manchas que tienden a acumularse en algunos individuos. Existen varias

técnicas de cepillado para lograr una adecuada remoción de los depósitos acumulados sobre los dientes y las encías, cada técnica o método de cepillado deberá ser indicada por el odontólogo según la necesidad de cada persona.

Tanto los niños como los adultos deben cepillarse los dientes después de cada comida (desayuno, comida y cena), en los primeros 15 minutos después de haber terminado de comer, ya que ello hará más fácil la remoción de los residuos alimenticios y de la placa bacteriana, así como los pigmentos que se hayan acumulado sobre los dientes. (Carranza, 1998)

Existen además otros métodos para eliminar la placa como la seda dental, los cepillos interdetales y de prótesis, los enjuagues, los cepillos eléctricos y los limpialinguas, todos importantes para la higiene dental.

Higiene bucodental: la higiene bucodental es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Buena higiene bucodental incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.

- Cepillado de los dientes. Debe hacerse por lo menos una vez al día para eliminar la placa dental. Debe reemplazarse el cepillo cuando su erizamiento se deshilache o se desgaste (cerca de cada 2-3 meses). La pasta de dientes con fluoruro y los enjuagues bucales previenen el cariarse dental.
- Uso de hilo dental: deben limpiarse minuciosamente los dientes todos los días con hilo (seda) dental para eliminar la placa debajo de la línea de la encía y entre los dientes donde un cepillo de dientes no puede alcanzar. La enfermedad de la encía (también llamada gingivitis) puede ser prevenida mediante el cepillar y el uso de hilo dental diarios.

- Visitas dentales: una visita dental generalmente incluye limpieza profesional de los dientes y reparación de cualquier carie que se haya desarrollado.

Las herramientas de limpieza con hilo dental, como el portahilos, pueden ser útiles para las personas que están aprendiendo a usar el hilo dental, individuos con poca destreza en los brazos o las manos, o para las personas que limpian los dientes de alguien más (especialmente de un niño o una persona discapacitada). (Martínez, 2003)

Los dispositivos de irrigación, como los mondadientes de agua, no se consideran como sustitutos del cepillo y el hilo dental. Estos instrumentos pueden ser eficaces en los frenillos ortodónticos que retienen alimentos o en áreas que el cepillo no puede alcanzar. Sin embargo, no eliminan la placa bacteriana. (Martínez, 2003)

Aplicación tópica de fluoruros: en la práctica es la utilización del flúor en sus diferentes formas es un buen recurso de prevención. La más común es el uso tópico del mismo, es decir sin ingerir el flúor. Existe en diversas presentaciones como:

- Dentífricos: generalmente una mezcla de un abrasivo, un detergente y sustancias que le otorgan sabor y olor. Además, pueden presentar productos químicos con el objeto de prevenir o tratar patologías bucales.
- Enjuagatorios o buches fluorados: son ideales para utilizarlos en programas preventivos escolares, debido a que pueden supervisarse muchas niños con un costo mínimo.
- Flúor fosfato de sodio acidulado: disminuyendo el ph o sea acidificando levemente las pastas dentales que contienen flúor con ácido fosfórico, se observa una mayor captación de fluoruro por parte del esmalte dental.

- Geles tópicos de autoaplicación: preparados de fluoruro para autoaplicación tópica, se recomiendan en pacientes con alto riesgo de caries o aquellos que son tratados periodontalmente (tratamientos de piorrea o enfermedad de las encías). (Iruretagoyena, 2003)

El fluoruro, aplicado de forma tópica en los dientes brotados, o ingerido (denominado fluoruro sistémico) durante el desarrollo de los dientes, ayuda a prevenir la destrucción de los mismos, fortalecer el esmalte dental y reducir los efectos perjudiciales de la placa bacteriana. El fluoruro también hace que la estructura interna del diente sea más resistente a la destrucción y fomenta la remineralización, que ayuda a reparar la destrucción inicial antes de que el daño pueda notarse. (Iruretagoyena, 2003)

Sellantes de fosas y fisuras: el cierre de las fosas y las fisuras de las superficies dentarias por medio de sustancias adhesivas que luego permanecen firmemente unidas al esmalte constituye un procedimiento preventivo y terapéutico de extraordinario valor.

La fluoración de las aguas de consumo ha sido altamente efectiva en la prevención de la caries de las superficies lisas, sin embargo, no es efectiva para la caries de fosas y fisuras, aproximadamente, el 90% de las lesiones cariosas ocurren en las fosas y fisuras de premolares y molares. Los sellantes de fosas y fisuras son el tratamiento caries-preventivo más efectivo que se le puede proporcionar al paciente. (Mertz et al, 1992)

Los sellantes son beneficiosos porque actúan como una barrera protectora en las fosas y hendiduras naturales del esmalte, las cuales están fuera del alcance de las cerdas del cepillo dental, contra los microorganismos y sus productos que pueden atacar a los dientes y causar la caries (Lee, 1995).

Es importante señalar que los sellantes de fosas y fisuras no son sólo para los niños, sino para pacientes de cualquier edad (jóvenes y adultos) así como para personas que sufren pérdida de habilidades motoras debido a la artritis o cualquier otra enfermedad, lo cual significa que tienen que tener un cepillado más prolongado y difícil y en estos casos los sellantes pueden ayudar a proteger los dientes que no están limpiándose constantemente porque el paciente no es capaz de hacer un trabajo minucioso, para poder mantener una boca saludable. (Pardo, 2000)

Hoy en día, ha ocurrido un resurgimiento en la investigación sobre la efectividad de los sellantes de fosas y fisuras. Esto puede ser atribuido a que el público en general se ha interesado a cerca de la prevención potencial de la caries por parte de los sellantes de fosas y fisuras. Con el conocimiento derivado de las investigaciones sobre los adhesivos de unión a la dentina y las resinas compuestas, los estudios de los sellantes de fosas y fisuras y de unión al esmalte están recibiendo el beneficio de técnicas de evaluación de materiales mejorados lo cual es otra razón para esta renovada actividad. (Padrón et al, 2002)

Los materiales más utilizados para el sellado de fosas y fisuras son las resinas aplicadas mediante técnica adhesiva.

1.4.2.3 Niveles de prevención. Cuando se habla de niveles de prevención, se está haciendo referencia a las “medidas que fomentan o promocionan la salud, previenen, diagnostican, tratan y limitan las enfermedades y rehabilitan las secuelas de las mismas, todo con el fin de conservar la salud”. (Herazo, 1993)

Según Leavell y Clark, citados por Herazo (1993), existen tres niveles de prevención: primaria, secundaria, terciaria y cinco niveles que se refieren así:

- Promoción o fomento de la salud
- Protección o prevención específica

- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno
- Limitación del daño
- Rehabilitación

La prevención primaria comprende el desarrollo de las condiciones sociales, económica, políticas y biológicas positivas, que favorecen la ausencia de agentes causales, lo que permite conservar la salud, porque se contrarresta la presencia de patologías o enfermedades odontológicas. También incluye medidas de protección que atacan específicamente determinados aspectos para evitar así la presencia de algunas patologías. (Higashida, 2000)

La prevención secundaria se aplica cuando ha fracasado la primaria; en ella se desarrollan actividades para diagnosticar precozmente la enfermedad con el fin de tratarla y limitar sus daños.

La ejecución de esta fase compete a los profesionales de la salud y sus ramas auxiliares, pero es responsabilidad de sus gobiernos garantizar que toda la población tenga acceso a los servicios de salud.

La prevención secundaria presenta dos niveles: (Higashida, 2000)

- *Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno*: en este nivel se debe detectar, diagnosticar y tratar oportunamente la enfermedad para evitar que ella avance y poder conservar al paciente sano, para lo cual es necesario realizar actividades clínicas, quirúrgicas y farmacológicas. Su aplicación oportuna impide la extensión de los leves daños causados por la fase precoz.
- *Limitación del daño*: es el nivel en el cual se limitan los daños que ya se han producido mediante la realización de actividades más complicadas en el

campo clínico, quirúrgico y farmacológico, con lo cual se impide la pérdida de cualquier pieza dentaria.

La prevención terciaria es la fase en que se desarrollan actividades totalmente encaminadas a devolver las funciones perdidas, tratando de contrarrestar las secuelas que haya dejado la enfermedad a su paso por el individuo. (Higashida, 2000)

1.4.2.4 Clínica del sano. Según Herazo (1993), se llama Clínica del Sano al conjunto de medidas de prevención y promoción tendientes a mantener al paciente sano. La metodología de trabajo para aplicar la Clínica del Sano consiste en permitir el acceso de todas las personas a ella y se le hace un inventario de cómo llega, o sea el diagnóstico de su condición bucodental. Si se observa algún problema de caries dental o enfermedad periodontal, se le rehabilita para devolverlo a su condición de Sano y a partir de ese momento el compromiso es mantenerlo Sano, sin permitir la incidencia de ninguna de las dos patologías.

Las actividades a desarrollar están ubicadas en el segundo nivel de prevención de Leavell y Clark, citados por Herazo (1999), o sea el de prevención específica, orientadas a la educación en salud oral y a las descritas en el numeral ...4.2.2...

Educación en Salud Oral: la intervención en la población requiere de protocolos acordes con el perfil epidemiológico y las políticas de salud planteadas por el nuevo régimen de Seguridad Social. Se requiere, además, que estos protocolos estén orientados por los derechos y deberes consagrados en la Constitución Política Colombiana. Se entiende por atención integral en salud bucodental la atención de diagnóstico, promoción, protección específica, tratamiento oportuno y limitación del daño. Todo ello contemplado tanto en el Plan Obligatorio de Salud (POS), como en el Plan de Atención Básico (PAB).

De acuerdo con las diferentes clasificaciones, en Salud Oral se pueden desarrollar las siguientes:

- Directa: que se realiza por contacto personal entre el odontólogo y el paciente, mediante conferencias, charlas, demostraciones y ejecuciones de técnicas operativas, para lo cual se pueden utilizar los medios de ayuda visuales como carteleras, diapositivas, películas y videocasetes. La cobertura es principalmente individual y grupos pequeños de población.
- Indirecta: es la educación que se realiza sin entrar en contacto personal entre el Odontólogo y el paciente, mediante la utilización de sistemas de comunicación como son: televisión, radio, prensa, cine y otros.
- Masiva: es la educación que se realiza para grandes grupos de población, por lo general en forma directa, mediante la utilización de sistemas de comunicación masiva como son la televisión, radio, cine y prensa. Se puede lograr grandes coberturas a través de esta modalidad.
- Grupos: es la educación que se realiza en grupos específicos, afines, bien por condiciones sociales (educación – vivienda), económicas (profesionales laborales – empleo) y otras. Para la ejecución de esta forma de educación se pueden desarrollar conferencias, charlas, demostraciones, y todo lo anteriormente descrito.
- Individual: es la educación que se realiza directamente entre el Odontólogo y su paciente, por contacto personal, charlas, demostraciones y ejecuciones de técnicas operativas, para lo cual se pueden utilizar los medios de ayuda visuales.
- Cognoscitiva: es la modalidad educativa que tiene como fin la transformación de información y conocimientos que permitan analizar, comprender y evaluar

los criterios o conceptos dados. Esta clase de educación puede ser directa o indirecta, masiva, de grupo o individual.

- **Sicomotora:** es la modalidad educativa que tiene como fin la transmisión de información y conocimientos por medio del desarrollo e impulso de las destrezas sicomotoras, de aptitud y actitud. La ejecución de esta forma de educación puede ser directa, indirecta, masiva, de grupo o individual.
- **Afectiva o conductual:** es la modalidad educativa que tiene como fin la formación de patrones de conducta o de afecto, ante determinadas situaciones, mediante la aplicación de criterios y procedimientos acordes con los problemas y sus soluciones. Esta clase de educación puede ser directa, indirecta, masiva, de grupo o individual. (Herazo, 1999)

Por lo tanto, el objetivo principal de la educación del paciente es motivarle a que asuma actitudes positivas y responsables para establecer una buena salud dental. Un medio importante de lograrlo es brindar al paciente experiencias satisfactorias por medio de la odontología preventiva. Cada práctica y procedimiento de odontología preventiva está virtualmente cargado de oportunidades para la educación del paciente.

1.4.3 Marco Teórico. En la década de los 60 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) detectó que todos sus países afiliados tenían una problemática común, la alta prevalencia de caries dental y periodontopatías, tasas superiores al 90% de la población afectada en cada país, acompañadas de necesidades de prótesis dental, por la ausencia parcial o total de dientes debido al avance de la caries dental y las periodontopatías. (Herazo, 1999). Esto produjo la inmediata reacción a tratar de reducir estos altos índices de morbilidad dental e incentivar programas de prevención en todos los países.

Esta preocupación ha sido muy importante, debido a que históricamente durante la primera etapa de la industrialización, los logros en salud pública consiguieron

mejorar las condiciones de vida por medio de reformas sanitarias simples y la provisión de suministros de agua potable junto con la detección de las relaciones causales entre la desnutrición, las condiciones de higiene precarias y las enfermedades. La identificación de la etiología de varias enfermedades infecciosas logró combatir estas enfermedades. Hasta la Segunda guerra mundial, la prevención en términos de población se hizo más interesante al utilizar los avances en inmunología y bacteriología junto con la introducción de reformas del bienestar maternal e infantil, con la introducción en algunos países de comida y leche en los colegios. (Petersson, 2000)

Después de la segunda guerra mundial, se hicieron grandes inversiones en la provisión de hospitales e instalaciones de atención primaria, a nivel privado y desde el sector público de salud con grandes medios de educación médica y tratamientos altamente especializados. Como consecuencia muchas enfermedades infecciosas comunes se controlaron en la mayoría de las sociedades industrializadas. Sin embargo, otras enfermedades y accidentes laborales aumentaron y la mortalidad y la discapacidades físicas se hicieron comunes, lo que junto con un aumento del estrés en el trabajo y el hogar contribuyó a los problemas de salud que reflejaron un aumento continuo de los costos de tratamiento médico y provisión de servicios.

En comparación con la mejora de salud general, la salud oral ha experimentado una lenta mejora durante este siglo. Esto ha sido así porque la mayoría de los esfuerzos en servicios dentales se concentraron en curar los síntomas de enfermedades comunes como la caries dental y la periodontitis. El tratamiento conservador con extracciones de dientes y la terapia de obturaciones con amalgama de mercurio llegó a ser la más forma más extendida en odontología. (Silverstone, 1999)

Los conocimientos básicos para prevenir la caries fueron prácticamente inexistentes hasta después de la Segunda Guerra Mundial con la introducción e implementación de la fluoración del agua potable y el uso de flúor de forma local.

En los años 70 y 80, los programas de alimentos funcionales y dietas con sustitutos calóricos y no calóricos del azúcar llegaron a ser una realidad preventiva. Los enjuagues de flúor se introdujeron para ayudar a prevenir la caries junto con la clorhexidina y otros agentes antiplaca para el control local de infecciones. Para las enfermedades periodontales, los programas preventivos estuvieron disponibles durante los años 60 y 70 con la introducción de la limpieza bucal profesional y en casa. (Petersson, 2000)

A partir de los años 60 aumentó la concientización de la necesidad de medidas públicas en salud bucodental. Para la prevención de la caries, se introdujeron programas colectivos de tabletas de flúor y enjuagues en países donde fluoración del agua no se podía implementar. La introducción de la sal fluorada en los 60 y más tarde la leche con flúor llegó a ser la alternativa práctica a la fluoración. En el futuro, estas medidas preventivas atraerían más el interés dentro de la comunidad Europea y se centraría en la prevención en ancianos y niños con alimentaciones deficientes. (Silverstone, 1999)

Desde los años 60, los programas de educación para la salud para madres como prevención de la caries precoz en la infancia han resultado muy satisfactorios. La introducción del dentífrico con flúor para casi todos ha llegado a ser una medida comparativamente barata y eficiente y un arma clave para prevenir y controlar la caries dental. (Negroni, 1999)

Otras medidas profesionales preventivas adicionales como un control frecuente de la placa, la aplicación tópica de flúor y antisépticos han contribuido también a la mejora de la salud bucodental en la comunidad, especialmente en niños. Sin embargo, la mayoría de las medidas profesionales requieren personal y en comparación resultan tan caras que limita su implementación completa en muchas sociedades, y especialmente para familias con recursos educativos y económicos limitados.

En los años 70 se originó una nueva estrategia de salud pública por el interés creciente en la concienciación de los grandes costos aumentados no controlados de salud pública incluyendo los cuidados en salud oral y la limitación de principios médicos para tratar enfermedades y síntomas ocasionados por estilos de vida deficientes y factores ambientales (Egelberg, 1998). Se debe mencionar que hay diferencias claras en salud entre poblaciones diferentes dentro de la misma sociedad con una mejora importante de salud para los grupos favorecidos y educados en contraste con los que viven bajo condiciones socio-económicas limitadas y bajas incluyendo los grupos que representan otras culturas y poblaciones étnicas con conocimientos limitados en prevención de enfermedades. Por lo tanto el establecimiento de entornos más saludables por medio del trabajo en ámbitos como ciudades, escuelas, fábricas y otros lugares de trabajo e instituciones es sumamente importante para nivelar estas diferencias en el futuro.

Es así que la prevención de la enfermedad se ha orientado a la modificación de la conducta individual con el fin de conservar la salud oral a toda la población, donde se destaque una población libre de caries dental, enfermedades de las encías y otras patologías bucodentales, con lo que se lograría una condición de salud óptima, que es la concepción de la salud pública. (Reyes, 1991)

Por lo tanto, el enfoque de salud pública persigue la modificación de la conducta individual, a través de intervenciones dirigidas hacia el conjunto de la comunidad, ya sea mediante estrategias políticas, o a través de los medios de comunicación u otros enfoques de tipo comunitario y es precisamente aquí donde la participación de los profesionales es básica para conseguir el logro de esas metas que serán beneficiosas para la comunidad mediante la educación de la misma.

Educación es importante como lo expresa Romera (2000), porque promover la salud significa instaurar en la población comportamientos que hayan probado ser realmente efectivos para una salud óptima. Esto requiere formar nuevas conductas, modificar actitudes, fortalecer motivos especiales y fomentar creencias

favorables mediante diferentes tipos de relaciones funcionales: formulaciones verbales, campañas, desempeños efectivos, trabajo en grupo, intermediación en centros laborales, intersectorialidad, etc., que propicien la condición de salud, pero que además, definan cómo esos comportamientos se han de instaurar.

1.4.3.1 Importancia de la odontología preventiva. Según Lutz, (1999) el "conjunto de medidas destinadas a impedir la aparición, el avance, el daño y las consecuencias de las enfermedades dentales, a rehabilitar el aparato o sistema dento-masticatorio, a corregirla disfunción y los desórdenes de la cavidad oral" es la odontología preventiva.

Por su parte Chaves (1982) argumenta que el "conjunto de métodos y técnicas para prevenir las enfermedades orales cuya atención compete al dentista" se conoce como odontología preventiva.

Arredondo (2002) expresa que el "conjunto de técnicas combinadas por el operador para alcanzar su mayor habilidad en la anticipación de los problemas del área de la salud oral con la cual está comprometido" se establece como odontología preventiva.

Sin embargo, Katz et al (1982), señalan que la práctica odontológica tradicionalmente ha orientado su filosofía hacia la restauración de los daños que la enfermedad activa ha dejado en los dientes del paciente, lo cual no denota preocupación por el paciente, ni se hacen esfuerzos por conocer las causas de los problemas para impedir que esto ocurra y señalan como componentes de la odontología preventiva los siguientes:

- Considerar al paciente como unidad, y no simplemente como un juego de dientes con cierto grado de enfermedad.
- Cuando el paciente tenga su boca sana, tratar de mantenerlo libre de enfermedad durante tanto tiempo como sea posible.

- Cuando existan signos de enfermedad dental activa, tratar de restaurar la salud tan rápida y perfectamente como sea posible.
- Educar al paciente y motivarlo cuanto sea posible para que mantenga su salud, la de su familia y la de los miembros de su comunidad.

Por lo tanto, la prevención debe ser una parte integral de la práctica odontológica orientada a la filosofía de mantener a todos los pacientes sanos, a través de un programa de tratamiento integral del paciente, en el que los enfoques preventivos pueden tener prioridad y las restauraciones servirán para devolver la salud al paciente. (Katz et al, 1982)

Rossetti (1998) argumenta que "fue el enfoque de salud pública preconizado por Leavell y Clark, expuesto en la noción de 'historia natural de la enfermedad' lo que permitió cimentar la idea de prevención y hacerla operativa por la aplicación del concepto 'niveles de prevención', igualmente sustentado por ellos". Estos elementos ideológicos fueron adoptados por la odontología sanitaria respecto no sólo a la caries y a la enfermedad periodontal sino a otras dolencias más allá de los dientes, a alteraciones de las estructuras óseas de soporte, a la boca en general y al sistema estomatológico. (Seif, 1997)

Moguillansky (2002), destaca que realizar atención en prevención no es una técnica, sino "una filosofía de ejercicio profesional, porque se deben formar "Potenciales de Salud" con capacidad de percepción, participación y transformación creativa de los factores o situaciones destructivas que requieran cambios, así como desarrollo de aquellos que protegen y cuidan la vida".

Sin embargo, algunos profesionales justifican su falta de interés en la odontología preventiva argumentando que ello no es prioritario en el ejercicio profesional, que no es lucrativa, que el paciente generalmente no le da importancia y que el enseñarla requiere de tiempo en el consultorio. (Katz et al, 1982). Contrariamente expone el mismo autor, que al aplicarla en su consulta sí le ha sido retribuida

económicamente, porque la mayoría de sus pacientes aceptaron tratamientos sofisticados que fueron llevados a la práctica por él.

Por su parte Rodríguez y Delgado (1995), con respecto a la odontología preventiva exponen, que la vigilancia del estado de salud bucal constituye el método de observación y control mediante el cual se logra una verdadera profilaxis a escala social, siendo un sistema de observación dinámico de la población, mediante el control de riesgos, según enfermedades o grupos de población y resulta un importante método de trabajo en la orientación educativa y preventivo-curativa de la salud bucal.

Opinan los autores, que la vigilancia de toda la población es una tarea muy compleja, que demanda organización, recursos, desarrollo científicotécnico, etc., y que su aplicación debe realizarse de forma escalonada y gradual, de acuerdo con el desarrollo de los recursos de cada sector. (Rodríguez y Delgado, 1995)

Así, se debe entender que el papel de la educación es importante para cambiar los conceptos que se tienen sobre clínica del sano, mediante una filosofía orientada al cuidado y prevención de las enfermedades dentales, lo cual debe ser aplicado en las universidades que forman los profesionales, preparándolos para que comprendan las necesidades de la población en términos de salud bucal y su responsabilidad social con respecto a la comunidad. (Katz et al, 1982)

Por lo tanto, lo que se necesita es una nueva actitud para que la odontología preventiva se transforme en el centro básico en torno del cual se construya la práctica odontológica, donde el mayor valor sea el mantenimiento de la salud bucal y las restauraciones se consideren sólo una parte importante y necesaria, pero de ninguna manera exclusiva y esencial de la práctica odontológica.

Finalmente se puede decir que si la profesión va a aceptar el desafío impuesto por las crecientes necesidades odontológicas de la población, debe ser su primera

preocupación el mantener a las personas sanas, instituyendo una filosofía de odontología preventiva con una buena educación dental, donde la escala de valores sea orientada al concepto de servicio de salud total, lo cual se puede lograr si se prepara un material educativo y práctico sobre como realizar la prevención en el día a día de cada individuo. (Katz et al, 1982)

1.4.3.2 Estudios sobre estrategias para mantener al paciente sano. Desde hace varios años, la odontología ha centrado sus esfuerzos en combatir las enfermedades de los dientes, desplegando una serie de mecanismos y procedimientos que buscan mediar esta problemática.

Por lo tanto, en muchos países con el desarrollo de los programas preventivos es cada vez menor el número de enfermedades dentales y de problemas asociados a ésta; sin embargo, siempre han sido de gran importancia los estudios orientados a probar y medir qué factores pueden influir mayormente en los riesgos de actividad cariogénica, tanto por procesos químicos, como por procesos físicos, para lo cual se han llevado a cabo diversos estudios y recomendaciones, algunas de las cuales se pueden observar a continuación.

Con respecto a la ingesta de alimentos, Hänsel (2002), aconseja que una persona con tendencia a desarrollar caries debe tratar de evitar los dulces y sugiere el enjuague bucal después de comer porque elimina algo de azúcar, pero recomienda el cepillado como más eficaz. Advierte como prevención, tomar bebidas no alcohólicas endulzadas artificialmente, pero señala que las colas dietéticas contienen un ácido que puede contribuir a la caries dental y opina que tomar té o café sin azúcar contribuye a la prevención de caries, particularmente en las superficies expuestas de las raíces.

El autor argumenta que un estudio en el que se observó la capacidad de producción de ácidos de varios alimentos con fécula incluyendo la pasta, el arroz y

el pan, descubrió que estos alimentos producían la misma cantidad de ácido que una solución sacarosa al 10% (azúcar de mesa). Comenta de otro estudio donde se descubrió que la formación de ácido en la placa tras comer pan de molde o patatas fritas era mayor y duraba más tiempo que después de tomar sacarosa. (Hänsel, 2002)

Con respecto a la dieta, Mobley (2003) argumenta que los profesionales pueden formular un programa de nutrición racional para la prevención de enfermedad dental, basado en el principio de que se trata de pequeñas modificaciones a la dieta normal o actual del paciente. Una dieta normal es aquella que provee al organismo de los nutrientes esenciales para una buena salud utilizando una variedad de alimentos de cada grupo alimenticio, en las cantidades recomendadas. Más aún, si en cada comida se consumen las cantidades adecuadas de cada uno de los grupos alimenticios, la dieta no solamente será normal sino además balanceada y orientada a evitar el consumo de alimentos que no ayuden a mantener al paciente sanos sus dientes.

Por su parte Quinteros (1990), dice que algunos alimentos ayudan a protegerse contra las caries. Pone como ejemplo los quesos curados que aumentan el flujo de saliva, expresa que el queso también contiene calcio, fosfatos y caseína, una proteína láctea que protege contra la desmineralización. La leche también contiene calcio, fosfato y caseína, y el azúcar de la leche, la lactosa, es menos cariogénico (causante de caries) que otros azúcares. Sin embargo se han encontrado caries en niños a los que se les da el pecho y que lo piden con frecuencia. (Quinteros, 1990)

Márquez (2002) argumenta que el calcio ha sido considerado un elemento protector, de efecto local y que la concentración de iones de calcio en la placa parece ser de importancia crítica en la determinación del rango de la

desmineralización del esmalte seguida a la ingestión de carbohidratos fermentables.

La autora opina que la adición de sales de calcio a los alimentos resulta en una reducción efectiva en el potencial desmineralizante de una variedad de alimentos, inclusive las golosinas. Informa que en una investigación efectuada para caracterizar la dieta de 372 escolares de la ciudad de Manizales y analizar la dependencia entre ésta, las variables sociodemográficas y el estado de salud dental, el 23.9% de los escolares incluidos en la investigación registraron un consumo subadecuado de calcio, por lo que podría considerarse que este grupo de población no está incluyendo un alimento protector que podría ser importante en los procesos de remineralización fisiológica del esmalte, con lo que no está ayudándose en la prevención de patología dentales.

Con respecto a la importancia de la dieta, Treviño et al (2003), exponen que los hábitos alimentarios tienen marcada influencia en la enfermedad periodontal y refieren un estudio efectuado por ellos, en el que se consideraron 79 escolares entre las edades de 6 a 12 años de edad, de ambos géneros y de clase baja, pertenecientes a la escuela primaria del Municipio de San Pedro Garza García (Nuevo León, México), a los cuales se les hizo seguimiento de la ingesta de fibra, encontrando una prevalencia de la enfermedad periodontal del 46.8% que es menor a estudios realizados en México, España y Colombia. Los autores concluyen que existe una asociación significativa entre el estado de salud bucal y los niveles de consumo de fibra en la dieta de los escolares, lo que puede ser una estrategia para reducir el riesgo de caries y conservar sana la dentadura.

Por su parte Moromi et al (1998), informan que en estudio de la universidad de Manitoba llevado a cabo en 1982, se argumenta que los estreptococos, particularmente el estreptococo mutans y el estreptococo sobrinus, están asociados a la caries en seres humanos y junto con el lactobacilo spp, se miran

como odonto patógenos significativos, por lo que una evaluación del número de los estreptococos mutans organismos en placa y la saliva pueden ayudar en la diagnosis de la actividad de caries y a la prevención de ellas.

En este aspecto Zickert et al (2000), exponen que aunque las pruebas microbiológicas para la actividad o la predicción de la caries no son 100 por ciento exactas, pueden ser útiles en ciertas situaciones. Informan un estudio efectuado por ellos, en el que el número del *Streptococcus mutans* en muestras de saliva fue examinado en 101 niños de 13 y 14 años de edad; 53 en grupo control y 48 en el grupo de prueba. Todos en el grupo de prueba con $2,5 \times 10^5$ ($2,5 \times 10^5$) *Streptococcus mutans* por ml de saliva fueron tratados con el gel de chlorhexidine al 1 por ciento, una vez al día por 14 días, lo cual produjo disminución de *Streptococcus mutans*. Los autores afirman que se puede dar una reducción en actividad de la caries mediante el tratamiento antimicrobiano controlado.

Por otra parte Emilson (1998), argumenta que los agentes quimioterapéuticos se han considerado como método potencial para la prevención de la enfermedad dental. Varias sustancias se han evaluado como candidatos posibles, pero ningún agente antimicrobiano, a excepción del fluoruro, ha recibido tanta atención experimental como el chlorhexidine. Para ser eficaces contra caries, las dosificaciones terapéuticas del agente antimicrobiano tienen que ser dadas por un período suficiente, pero determinado, en los sitios con placa bacteriana de potencial cariogénico.

León (2001) en un artículo sobre el futuro de los programas preventivos, menciona que la fluorización del agua no tiene grandes resultados en ciudades con diferentes niveles de servicios básicos de atención y una heterogénea estructura social, por lo que se deben buscar otras alternativas y menciona que la sal fluorada constituye una alternativa viable y mucho más económica que la fluorización de las aguas, ya que sólo el 1% del líquido se utiliza en el consumo

humano. Además los valores de flúor en sal van de 180-220 ppm tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la fluorización no altera las propiedades fisicoquímicas de la sal.

El autor comenta que Trevejo en 1998, realizó una importante investigación con el fin de determinar la concentración del ión flúor en los tipos de sal de consumo humano en un asentamiento de Lima. Las muestras de sal se obtuvieron en diferentes tiendas y mercados. Los resultados mostraron que la cantidad de flúor era menor a la establecida y en algunos casos no existía, por lo que se concluyó que era necesario reforzar la vigilancia epidemiológica en salud bucal, por parte del gobierno.

Un estudio publicado por Lucas, (2001) informa que se evaluó la actividad antibacteriana, in vitro, de diferentes dentífricos disponibles en el mercado, sobre el streptococcus asociados a las caries de superficies lisas y de fosas y fisuras, mediante el Test de Dunn, y se observó en los resultados obtenidos que estos microorganismos son sensibles a casi todos los dentífricos, por lo que aconsejan como parte importante de la prevención el cepillado diario con pasta dental.

En cuanto al cepillado, Dávila (2004) expone que básicamente se emplean las técnicas circular y la de barrido. La circular puede ser empleada por los niños y los adultos, la de barrido principalmente por los adultos, aunque puede ser combinada para las diversas áreas de la boca. Opina que en algunos casos es necesario recomendar técnicas especiales debido a problemas de alineación dentaría, dientes ausentes, nivel de inteligencia, cooperación, daños en las encías y destreza manual del paciente. Sugiere que cuando sea necesario debe aconsejarse la combinación de más de un método.

Prieto et al (1999) reportan un estudio de los índices c-e-o- en escolares de 4 y 5 años y el índice C-O-P en niños de 12, 13 y 14 años, a través del registro que efectúan los odontólogos de algunos consultorios que fueron seleccionados, en el

momento de la primera consulta de todos los niños, entre los meses de abril y septiembre de 1998. En los resultados obtenidos se observó que habían sido efectivas las medidas implantadas con el Plan Nacional de Salud Buco Dental que el gobierno había implementado para mejorar la condición de la salud en la población, ya que en un estudio anterior se observó que la caries dentaria afectaba al 98% de la población chilena, por lo cual el gobierno incorporó un conjunto de acciones tales como sesiones educativas, control de placa bacteriana, aplicación tópica de fluoruros, enjuagues de fluoruros y aplicación de sellantes. (Prieto et al, 1999)

Es importante destacar, que en el estudio, aparte del efecto beneficioso del flúor en el agua potable, se hicieron las actividades de prevención específica tales como los sellantes y la profilaxis realizadas en los niños atendidos. El programa de atención simplificada entregada en los sistemas modulares, compuestos por equipos de salud, considera como actividad de mucha trascendencia para la clínica del sano, el seguimiento semestral de los escolares dados de alta y considerados sanos. (Prieto et al, 1999)

Herazo (1993) reporta un estudio descriptivo donde se hizo un tratamiento de sellado a una población de 5.815 especímenes, encontrando que de los 2.710 estudiados, un 50% tuvo una duración de 2.1 años, pero también se observó un alto porcentaje con más de seis años de tenerlos.

Por su parte Ruiz (2003), informa que se llevó a cabo un estudio donde se le tomó a un grupo una muestra de placa dentobacteriana del tercio cervical de los órganos dentales para identificar los diferentes tipos de bacterias. Posteriormente se le entregó a cada uno de los pacientes integrantes de la muestra un enjuague bucal elaborado a base de manzanilla, mismo que se obtuvo con 300 grs. de manzanilla en 3½ litros de agua, sometiéndolo a una temperatura de ebullición (100° C), hasta obtener una concentración de 3 litros y les fue entregada para que se hicieran dos enjuagues al día, por las mañanas y por las noches manteniéndolo

1 minuto en cavidad oral, durante 7 días, sin que se realizará ningún otro tipo de limpieza bucal.

A los 7 días a los pacientes se les volvió a tomar una muestra de placa dentobacteriana, siguiendo los mismos pasos que se siguieron en la primera toma, para verificar si se había logrado la disminución de la placa dentobacteriana. En los resultados obtenidos se encontró que existía una baja en la cantidad total del número de microorganismos en los pacientes tratados con el enjuague de manzanilla. (Ruiz, 2003)

El autor aconseja el enjuague con manzanilla como ayudante para evitar la formación de placa dentobacteriana que se acumula alrededor de los brackets en pacientes con tratamiento ortodóncico. El enjuague evita la formación de las bacterias al mismo tiempo que la formación de ácidos que desmineralizan el diente, dejando pigmentación blanquecina, antiestética. Es importante hacer notar que el enjuague de manzanilla es muy barato y se encuentra al alcance de cualquier persona, además de que su elaboración es sencilla.

Por otra parte Monteagudo (2004), informa que se realizó un estudio descriptivo que incluyó a 20 familias seleccionadas al azar en un consultorio del área de salud de Santa Clara. Las 20 familias tenían un total de 54 individuos, sobre los que se aplicó el método de intervención y evaluación del estado de salud bucal, en el período de tiempo comprendido entre enero y mayo de 1998. Durante el desarrollo del método de intervención, vigilancia y evaluación del estado de salud bucal de la población estudiada, se realizaron actividades de promoción y prevención de enfermedades al 100 % de los pacientes, éstas fueron: consejería bucal, detección de afecciones bucales malignas y premalignas, aplicación de laca flúor y examen bucal profiláctico.

Con este nuevo método consiguieron crear las condiciones para lograr conservar la salud bucodentaria de la población y disminuir la prevalencia y severidad de las

enfermedades bucales en un 50%, mediante un grupo de medidas que estuvieron dirigidas a detectar las formas precoces de las enfermedades, estudiar y eliminar las causas que favorecen su origen, mediante un método de vigilancia que permitió el establecimiento de un diagnóstico definitivo con las medidas terapéuticas correspondientes para poder asegurar la continuidad de la atención sistemática controlada y el cumplimiento de las medidas preventivo- curativas, haciendo participe a la población.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General. Describir las características de una Clínica del Sano en odontología.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Definir los niveles de prevención en odontología, teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad.
- Enunciar los pasos para el diseño e implementación del sano en una Facultad de Odontología.
- Describir experiencias exitosas de Clínica del Sano en odontología.

2. ASPECTOS TÉCNICO-METODOLÓGICOS

2.2 TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica sistemática.

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

El paciente sano

2.3 UNIDADES TEMÁTICAS

UT I Nivel de prevención en odontología, teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad

UT II Clínica del Sano en odontología

UT III Experiencias exitosas de Clínica del Sano

2.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se desarrolló en las siguientes etapas:

- Inicialmente se efectuó la búsqueda en Internet, On line, On care, Odontomarketing, en las bibliotecas de la Universidad Javeriana, Universidad del Bosque, Universidad Nacional y Colegio Odontológico Colombiano y en la Biblioteca Nacional de Bogotá D.C.

- Posteriormente la clasificación del material obtenido, en la que se separaron los artículos encontrados en inglés para que fueran traducidos.
- Finalmente se realizó la lectura y análisis del contenido para compilar aspectos que autores consideran importantes en la práctica de la Clínica del Sano.

A continuación se puede observar la matriz bibliográfica de autores que fue diseñada utilizando como referencia el modelo propuesto por Polit, D. y Hungler B., en su libro investigación científica de la salud, la cual consta de tres columnas que incluyen: primero el referente bibliográfico; segundo la clase de información en cuanto a publicaciones teóricas, investigación, opiniones y puntos de vista y función de la revisión.

Matriz Bibliográfica

REFERENTE BIBLIOGRÁFICO	CLASE DE INFORMACIÓN	FUNCIÓN DE LA REVISIÓN			
		Fuente de ideas para la investigación	Información acerca de lo que sabe	Contexto conceptual	Enfoque de la investigación
ARREDONDO, 2002	Opiniones y puntos de vista				X
BARRANCOS, 1990	Explicaciones Teóricas			X	
BURNETT, 1990	Explicaciones Teóricas			X	
CARRANZA,, 1996	Explicaciones Teóricas			X	
CHAVES et al, 2000	Investigación				X
CHAVES, 1991	Opiniones y puntos de vista				X
CHAVES, 1982	Investigaciones		X		

CONGRESO DE COLOMBIA, 1990	Legislación y doctrina			X	
CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, 1999	Legislación y doctrina			X	
CUENCA et al, 1999	Explicaciones teóricas				X
DÁVILA,, 2004	Investigación	X			
DURAN, 001	Investigación	X			
EGELBERG, 1998	Opiniones y puntos de vista			X	
EMILSON, 1998	Investigación	X			
FRANCO, 1995	Reglamentaciones legales				X
HÄNSEL et al, 2002	Investigación				X
HAYWOOD, 2002	Investigación		X		
HERAZO, 1993	Indicaciones y teoría			X	
HERAZO, 1999	Opiniones y puntos de vista	X			
HIGASHIDA, 2000	Explicaciones Teóricas			X	
IRURETAGOYENA, 2003	Investigación				X
JARAMILLO, 1998	Opiniones y puntos de vista				X
KATZ, 1982	Explicaciones Teóricas			X	
LARSEN y BRUÑÍ, 1998	Investigación		X		
LEE, 1995	Investigación	X			

LEÓN, 2001	Investigación				X
LUCAS, 2001	Investigación				X
MÁRQUEZ, 2001	Investigación	X			
MÁRQUEZ, 2000	Investigación	X			
MARTÍNEZ, 2003	Opiniones y puntos de vista		X		
MERTZ et al, 1992	Investigación				X
MINISTERIO DE SALUD, 1991	Explicaciones Teóricas			X	
MOBLEY, 2003	Opiniones y puntos de vista		X		
MOGUILLANSKY, 2002	Opiniones y puntos de vista	X			
MONTEAGUDO, 2004	Investigación				X
MONTES, 1999	Opiniones y puntos de vista	X			
MOROMI et al, 1988	Investigación		X		
NEGRONI, 1999	Explicaciones Teóricas			X	
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1990.	Explicaciones Teóricas			X	
PADRÓN et al, 2002	Investigación				X
PARADA, 1999	Investigación		X		
PETERSSON, 2000	Explicaciones Teóricas	X			

PRIETO, et al. 1999	Investigación				X
QUINTEROS, 1990	Opiniones y puntos de vista				X
REYES et al, 1999	Opiniones y puntos de vista				X
RODRÍGUEZ y DELGADO, 1995	Opiniones y puntos de vista	x			
ROMERA, 2000	Investigación				X
ROSSETTI, 1998	Opiniones y puntos de vista		X		
RUIZ, 2003	Investigación				X
SEIF, 1997	Opiniones y puntos de vista				X
SEIF, 2003	Opiniones y puntos de vista			X	
SILVERSTONE, 1999	Explicaciones Teóricas			X	
TREVIÑO et al, 2003)	Investigación				X
VALENCIA, y MAYA, 1997	Reglamentaciones legales	X			
VÉLEZ, 2003	Reglamentaciones legales			X	
ZERÓN, 1998	Opiniones y puntos de vista		X		
ZICKERT, 2000	Investigación				X

2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la realización del presente estudio se revisaron 57 obras representadas en 21 textos, 7 artículos científicos, 22 artículos de revistas especializadas y 7 publicaciones de algunas universidades, lo que permitió tener el conocimiento que se propuso en las unidades temáticas que sustentan la presente investigación, cuyos resultados se presentan a continuación.

3. RESULTADOS

3.1 NIVEL DE PREVENCIÓN TENIENDO EN CUENTA LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Autores consideran que la forma de conservar la salud dental en la población requiere de una filosofía orientada a la prevención y educación del paciente a través de programas de tratamiento integral. (Katz et al, 1982), (Rossetti, 1998), (Moguillansky, 2002), (Rodríguez y Delgado, 1995)

Para prevención factores del huésped: educación de la población para que elimine o disminuya el agente infeccioso por diferentes medios: correcto cepillado, utilización de hilo dental, dieta adecuada, control químico, utilización sellantes, vigilancia Ph saliva. (Larsen y Bruñí, 1998), (Dávila, 2004), (Seif, 2003), (Haywood, 2002), (Carranza, 1998)

Para la prevención de factores del agente: combatir los microorganismos con cepillado dental y crema apropiada, ingesta de alimentos adecuados, refuerzo de vitaminas y agentes químicos. (Larsen y Bruñí, 1998), (Dávila, 2004), (Seif, 2003), (Haywood, 2002), (Carranza, 1998)

Para combatir factores del ambiente: se recomienda proporcionar los servicios de salud bucal en todas las etapas, a través del perfeccionamiento del sistema de asistencia y de enseñanza, con apoyo en el tratamiento de la atención en salud oral: aplicar odontología preventiva, exámenes a población con mayor riesgo de caries, fluorización del agua (Herazo, 1999), (Higashida, 2000), (Chaves, 1999), (Ministerio de Salud, 1991)

La preocupación por mantener al paciente sano odontológicamente puede tener un impacto importante sobre la salud general y el bienestar de la población, responsabilidad que compete al Ministerio de Salud, con campañas que involucren todo lo que representa la Clínica del Sano. (Herazo, 1999), (Higashida, 2000), (Chaves, 1999), (Ministerio de Salud, 1991)

Los elementos principales que han tratado autores como factores determinantes de la salud o la enfermedad, tiene un enfoque primario en la prevención de enfermedades y en la “producción de salud”, más que en la “recuperación de salud y sugieren como base para las acciones destinadas a mejorar la salud oral a lo largo del ciclo de vida, un cambio en la filosofía de los profesionales de la salud oral. (Herazo, 1999), (Higashida, 2000), (Monteagudo, 1999)

3.2 CLÍNICA DEL SANO EN ODONTOLOGÍA

Se llama Clínica del Sano al conjunto de medidas de prevención y promoción tendientes a mantener al paciente sano (Herazo, 1993). Si se observa algún problema de caries dental o enfermedad periodontal, se le rehabilita para devolverlo a su condición de Sano y a partir de ese momento el compromiso es mantenerlo Sano, sin permitir la incidencia de ninguna de las dos patologías. (Herazo, 1993)

La intervención para mantener al paciente sano requiere los siguientes pasos: examen de encías, huesos, raíces; examen de la placa bacteriana mediante un microscopio; análisis de bacterias en la saliva; examen preventivo de las lesiones de las caries (sobre las superficies sanas y sobre las restauraciones existentes); análisis y mejora del cepillado; aprendizaje y mejora de los cuidados locales para practicar en casa; análisis y mejora de los hábitos alimentarios; eliminación del sarro visible; eliminación del sarro de la encía; tratamiento antiséptico de las superficies dentales y de la encía; tratamiento de los surcos de los molares y

premolares; control de la oclusión (contactos entre los dientes); pulido de las superficies dentales; pulido de las superficies accesibles y expuestas de las raíces; protección de las superficies dentales y refuerzo de la duración de los dientes con la ayuda de barnices fluorados y antisépticos (OMS, 1990)

Autores recomiendan el cepillado como un método muy eficaz, sencillo y cómodo para eliminar la placa bacteriana a nivel individual y con ello se hace la prevención y se evitan las enfermedades más frecuentes causadas por la placa: caries y enfermedad periodontal. (Larsen y Bruñi, 1998), (Dávila, 2004), (Seif, 2003), (Haywood, 2002), (Carranza, 1998)

Los aspectos de nutrición son considerados importantes y establecer en el paciente un control de la dieta para que evite la acumulación de bacterias por la ingesta de carbohidratos, almidones y otros que facilitan la formación de Streptococcus y por lo mismo incremento de la placa bacteriana. (Márquez, 2002), (Padrón et al, 2002), (Cuenca et al, 1999), (Hänsel, 2002), (Durán, 2001), (Parada, 1999)

Según autores el control de la placa bacteriana es una de las necesidades que se destacan para población de alto riesgo y prevención de caries (Moromi et al 1998), (Zickert et al, 2000), (Carranza, 1996), (Quinteros, 1990)

Autores consideran que el flúor es un buen auxiliar de la prevención y sugieren colocar en enjuagues, geles, pasta dental, sal, agua de consumo, o aplicarlo directamente en el consultorio. (Petersson, 2000), (Padrón et al, 2002), (Iruetagoiena, 2003), (León, 2001), (Zerón, 1998), (Lucas, 2001)

Como agente quimioterapéutico de ayuda en prevención de enfermedad dental, autores mencionan el chlorhexidine como una buena opción (Emilson 1998), (Zickert, 2000)

3.3 EXPERIENCIAS EXITOSAS DE CLÍNICA DEL SANO

Se reporta un estudio descriptivo donde se hizo un tratamiento de sellado a una población de 5.815 especímenes, encontrando que de los 2.710 estudiados, un 50% tuvo una duración de 2.1 años, pero también se observó un alto porcentaje con más de seis años de tenerlos. (Herazo, 1993)

Autores consideran la ingesta de algunos alimentos como ayuda para la protección de la enfermedad dental, entre ellos: queso curado (Quinteros, 1990), alimentos ricos en calcio (Márquez, 2001), alimentos con bastante fibra (Treviño et al, 2003).

En otra experiencia exitosa se logró rebajar los microorganismos de la placa dental a pacientes que tenían tratamiento ortodóntico mediante la utilización de enjuagues con manzanilla matricaria. (Ruíz, 2003)

En un estudio donde se utilizaron actividades de promoción y prevención de enfermedades al 100% de los pacientes, se consiguió la disminución de enfermedades dentales en un 50% en una población que se catalogó como de alto riesgo. (Monteagudo, 2004)

En estudio llevado a cabo en escolares de 4 y 5 años, donde los índices c-e-o- y el índice C-O-P que anteriormente había sido tomado en niños de 12, 13 y 14 años, a través del registro que efectúan los odontólogos de algunos consultorios que fueron seleccionados, se observó que habían sido efectivas las medidas implantadas para mejorar la condición de la salud en la población, ya que en un estudio anterior se observó que la caries dentaria afectaba al 98% de la población chilena del sector, por lo cual el gobierno incorporó un conjunto de acciones tales como sesiones educativas, control de placa bacteriana, aplicación tópica de fluoruros, enjuagues de fluoruros y aplicación de sellantes. (Prieto et al, 1999)

4. CONCLUSIONES

- La eficacia de una Clínica del Sano, requiere tratar al paciente desde que está sano, porque cuando se tratan principalmente las causas de las enfermedades y no se comienza por las consecuencias de éstas, se pierde la oportunidad de evitar la pérdida de la salud dental.
- Las enfermedades dentales están involucradas con muchos factores, tanto internos como externos, ya que las causas no son solo bacterianas, sino también sociales, culturales, psicológicas, económicas, políticas y de formación académico-científica, dado que el desconocimiento de la práctica del sano, acentúa el riesgo de una mala orientación por parte del profesional en odontología.
- La salud y enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y químicos específicos, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios odontológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios odontológicos, acceso y práctica a medidas de prevención, todo lo cual debe ser tenido en cuenta por el odontólogo cuando trate a su paciente y quiera mantenerlo sano.
- En general los autores se orientan hacia una Clínica del Sano donde mayormente se utiliza el cepillado dental, fluorización y cremas o geles con químicos que combatan la placa dental como medida de prevención, pero no hacia la utilización de campañas educativas a grupos de riesgo y otras

estrategias que son sugeridas por Herazo (1999), con lo que se observa que los profesionales al practicar la Clínica del Sano, optan por las medidas más fáciles que pueden trabajar en su consultorio.

- Un aspecto que se destaca, es la preocupación de las facultades de odontología de varios países, que en estos últimos años presentan una tendencia a formar un profesional más integral acorde con las necesidades de salud bucal de la población, en correspondencia con la orientación que tiene el Sistema Nacional de Salud a nivel mundial, lo que se pudo observar en la cantidad de investigaciones y artículos (7) encontrados durante la revisión bibliográfica publicados por ellas.

- También llama la atención el artículo de Ruíz (2002), en el que refiere el uso enjuagues con infusión de manzanilla matricaria como ayuda para proteger los dientes de las personas que usan brackes, que resulta muy importante para esta población que tiene algunas veces problemas de caries por uso prolongado de éstos; y el de Treviño et al (2003), sobre la ingesta de fibra como ayuda para la prevención de caries.

5. RECOMENDACIONES

Reconociendo la relación entre la salud bucal y el conocimiento que tenga el profesional de odontología en el manejo de la Clínica del Sano, se recomienda a las facultades de odontología como formadoras de un profesional íntegro, con conocimiento de las necesidades de la población donde ejerce, darle mayor relevancia a esta práctica del sano en lo concerniente a educación de la comunidad, asignando tiempo para que sea llevada a cabo en poblaciones donde tengan sus clínicas, con campañas preventivas que orienten a la población, mediante la interacción entre comunidad y odontólogo, para lo cual se pueden apoyar en las juntas comunales, asociaciones, etc., es decir practicar un trabajo de campo que los ponga en contacto directo con acciones que conlleven a mantener a las personas con su dentadura sana mediante la apropiación de los conocimientos sobre lo que es la prevención en casa.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARREDONDO, A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. En: Jada, 2002. p.145-165
2. BARRANCOS, Mooney. Operatoria Dental: Prevención en Cariología. 3ª Ed. México: Panamericana, 1990. p. 430-435
3. BURNETT, George; SCHERP, Henry y SCHUSTER, George. Manual de Microbiología y Enfermedades de la Boca. México: Limusa, 1990. p.300-390
4. CARRANZA, Fermín. A . Control de la placa. Periodontología Clínica. 8ª ed. México: Interamericana, 1996. p.531-533
5. CHAVES, Margarita; GÓMEZ, Soledad y MARTÍNEZ, María C. Microorganismos asociados al desarrollo de las caries. En: Universo Odontológico, No 41 (May, 2000); p.33-35
6. CHAVES, Mario. Presente, pasado y futuro de la Odontología latinoamericana. En: Revista Fola Oral. No 15 (Mar – Jun, 1999); p. 1-5
7. CHAVES, Mario. Odontología Sanitaria. En: Revista OFSANPAN. Publicaciones Científicas No 63 (Jul., 1982); p.11-14
8. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Santafé de Bogotá, 1990. p.18.
9. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL. Acuerdo 120 de 1999. Régimen de Seguridad Social. Bogotá: Legis Editores S.A., 1999. p.45-60
10. CUENCA SALA, Emili; MAU NAVARRO, Carolina y SERRA MAJEM, Lluís. Odontología Preventiva y Comunitaria. 2ª ed. Barcelona: Masson, 1999

11. DÁVILA, Alejandro Daniel. Proyecto odontológico pensado en la salud y no en la enfermedad, 2004.
Disponible en: www.google.com/webodontológica.com
12. DURAN, Juan Carlos (2001) Cariología. En: Odontoweb Magazine. 2001.
Disponible en: <http://www.cariología.ch.com/>
13. EGELBERG, Jan. Oral Hygiene Methods. The Scientific Way. Odonto Science, 1998
14. EMILSON, C. Eficacia potencial del chlorhexidine contra estreptococos mutans y caries dental humana. En: Salud Dental para todos. Tomado de Microbiología Oral Immunol. (1998); p. 14-17
15. FRANCO, Saúl. La promoción de la Salud y la Seguridad Social. Bogotá: Corporación Salud y Bogotá, 1995.
16. HÄNSEL, Petersson et al. Evaluation of a computer program for caries risk assessment in school children. En: Caries Res, 2002. p. 320.
17. HAYWOOD, Van B. Hipersensibilidad dentinaria y blanqueamiento para un tratamiento exitoso Augusta, EEUU International Dental Journal, 2002. p.22
18. HERAZO ACUÑA, Benjamín. Clínica del Sano. 2ª ed. Bogotá: ECOE, 1993. p.26-40
19. HERAZO, Benjamín. Reflexiones históricas y logros de la Odontología Preventiva. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1999. p.13-15
20. HIGASHIDA, Berta. Odontología Preventiva. México: Mc Graw Hill, 2000. p.33-44
21. IRURETAGOYENA, Marcelo. Beneficio de la aplicación de fluoruros para la prevención de caries. En: Salud dental para todos, 2003.

22. JARAMILLO, I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993: cinco años. 4ª ed. Bogotá: Fundación Corona, 1998. p.47-48.
23. KATZ, Simon; MCDONALD, James y STOOKEY, George. Odontología preventiva en acción. 3a ed. Buenos Aires, 1982. p.11-30
24. LARSEN M., BRUUN C. Esmalte-saliva - Reacciones químicas inorgánicas. En: Tratado de Cariología. 2.ed. R.D, 1998. p.68-75
25. LEE, J. Microleakage of New Light-Cure Sealants. A supplement of Practical Periodontics and Aesthetic Dentistry. Supplement N° 1, (June a July 1995); p.28
26. LEÓN FALCÓN, Martín. Eficacia de las topicaciones con fluor gel en la prevención de caries dental en escolares de 7 años de edad del distrito de Ricardo Palma. Lima, 2001. p.1 - 10
27. LUCAS, Gabriela Q. y LUCAS, Oscar N. Evaluación de la actividad antibacteriana, in vitro de diferentes dentífricos, sobre el streptococcus mutans, streptococcus sobrinus y el lactobacillo acidophilo. En: Revista Facultad Odontológica Universidad de Valparaiso. (Oct., 2001); p.30-37.
28. MÁRQUEZ, Yeni. Dieta y la salud oral. Manizales: Universidad Católica de Manizales, 2001. p.1-9
29. MÁRQUEZ ÁLVAREZ, Johana. Caracterización de la dieta y la salud oral de los estudiantes de básica primaria de escuelas y colegios públicos y privados de la ciudad de Manizales en el año 2000. Universidad Católica de Manizales (2002); p.14-16
30. MARTÍNEZ TRELLEZ, Javier Leonardo. Terapia no quirúrgica periodontal. En: Odontología Online, 2003.
31. MERTZ J. et al. Cariostatic and ultraconservative sealed restorations: six-year results. Quintessence Int. 23: 827-838; 1992.

32. MINISTERIO DE SALUD. Plan de atención primaria 1991-1994. Familia sana en ambiente sano. Bogotá. (Ene., 14, 1991); p.4.
33. MOBLEY, C. Nutrition and dental caries. En: Dent Clin No 47 (Ene, 2003); p.319-336.
34. MOGUILLANSKY, Gabriela. Modalidad de trabajo que prioriza la salud en el momento de planificar el tratamiento. En: Oral Care, 2002. p.1-7
35. MONTEAGUDO PÉREZ, Maritza et al. Intervención de salud bucal en un área de salud. Villa Clara: Instituto Superior de Ciencias Médicas, 1999. En Rev Cubana Salud Pública (2004); p.1-13
36. MONTES CAMPUZANO, Victor Hugo. El neoliberalismo y la salud bucal en los países de America Latina. Bogotá: Universidad Nacional, 1999.
37. MOROMI, Hilda; NICHU, Alfonso y VALENCIA, Mónica. Estreptococos cariogénicos en placa bacteriana dental y caries dental. En: Revista de Estomatología Perú (Ene, 1988); p.18-25
38. NEGRONI M. Microbiología Estomatológica. Fundamentos y guía práctica. 1ª.ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1999. p.189-350
39. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la salud en la población. Suiza, 1990.
40. PADRÓN, María de los Angeles et al. Los sellantes de fosas y fisuras: una alternativa de tratamiento "preventivo o terapéutico" revisión de la literatura. En: Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40 N° 2 (2002); p. 1- 7
41. PARADA, Alejandra. Caries dentales y nutrición. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica de Chile (May,1999); p.1-7
42. PETERSSON, L.G. Programa de promoción de la salud oral. European Association of Dental Public Health, 2000. p.1-20

43. PRIETO GALDAMES, Francisco et al. Impacto de la política de salud bucal en grupos de niños atendidos en consultorios de Viña del Mar, Chile, entre abril y septiembre de 1998. En: *Dental World* (1999); p.1-7
44. QUINTEROS, Jaime. Dieta y salud dental. En: *Rev. Salud Pública y Nutrición*. Vol.2 (Dic- Ene., 1990); p.11-13
45. REYES, Wilfredo Guibert; GRAU ABALO, Jorge y PRENDES LABRADA, Marianela. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?. En: *Revista Cubana Med Gen Integr*. No15 (Feb. 15, 1999); p.1-6
46. RODRÍGUEZ CALZADILLA, Amado DELGADO MÉNDEZ, Luis. Vigilancia y evaluación de la salud bucal. Método de observación y control. En: *Rev. Cubana de Estomatología* (1995); p.1-8
47. ROMERA, P.F. Los grupos de autoayuda y la salud de la comunidad. Medellín: Alcaldía de Medellín, 2000. p.28-31
48. ROSSETTI, Hugo. Salud para la odontología. En: *Caries Res*, 1998. p. 20.
49. RUIZ CARREÑO, Jaime. Estudio de flora bacteriana en pacientes tratados ortodoncicamente, aplicando enjuagues bucales de *Matricaria Chamomilla*. En: *Odontología preventiva* (2003); p. 1-13.
50. SEIF, Tomás. Cariología, prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. En: *Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica*, 1997. p.34-48
51. SEIF, Tomas. Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. Estado Actual de los antimicrobianos en la prevención de caries dental y la enfermedad periodontal. En: *Odontomarketing*, 2003.
52. SILVERSTONE, L.M. Caries dental, etiología, patología y prevención. México: Manual Moderno, 1999. p.32-34

53. TREVIÑO TAMEZ, Miriam et al. Consumo de fibra alimenticia y su relación con la enfermedad periodontal en escolares. En: Revista de Salud Pública y Nutrición. México. Vol. 4, No.4 (Oct.-Dic., 2003); p.28-35
54. VALENCIA, F.A. y Maya, N.R.. Ley 100. Guía metodológica de consulta. 3ª ed. Bogotá: Coodesca, 1997. p.28-35
55. VÉLEZ ARANGO, Alba Lucía. Marco político y legal de la promoción de la salud. Manizales: Universidad de Caldas, 2003. p. 27
56. ZERÓN, Agustín. La verdadera utilidad de los enjuagues bucales. En: Dentista y Paciente, 1998. p.50-51
57. ZICKERT, I.; EMILSON, G. y KRASSE, B. Chlorhexidine en odontología y salud oral. Acercamiento clínico basado en la evidencia. En: Salud oral para todos (2000); p.3-5