



Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Odontología
Especialización en Odontología Social y Comunitaria

"Programa de Salud Bucodental en Escuelas Rurales"

Especializando: Juárez, Lucía

Director: Abal, Adrian Alejandro

Codirectora: Fryd, Diana

Año 2019

RESUMEN:

El siguiente proyecto de intervención se plantea en el marco del tema “Programa de Salud Bucodental en las Escuelas Rurales”. Teniendo como eje la metodología de la planificación estratégica, se realizó el análisis de la situación de salud del grupo poblacional infantojuvenil del área programática del C.A.P.S Dardo Decima, para identificar y priorizar una problemática de salud sobre la cual trabajar, surgiendo como problema prioritario la elevada prevalencia de enfermedades bucodentales (caries) en la población infantojuvenil de las escuelas rurales del área programática del C.A.P.S Dardo Decima de la ciudad de Las Flores.

Teniendo en cuenta este problema, se plantea como Objetivo general, desarrollar un programa educativo, preventivo y asistencial destinado niños, padres y docentes de las escuelas rurales de la ciudad de Las Flores.

Los datos recolectados y el problema prioritario detectado, fundamentan la razón de ser de este proyecto. Considerando necesario y conveniente incorporar un programa educativo, preventivo y asistencial para la población mencionada, debido a que en la actualidad no existe un programa específico destinado a esta población en particular.

AGRADECIMIENTO:

Debo expresar mi agradecimiento:

A mi directo Adrian Abal por haberme guiado con predisposición en la realización del presente trabajo.

A mi codirectora Diana Fryd por su amabilidad y disponibilidad siempre que la necesité.

A la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata donde tuve la posibilidad de haber estudiado y haberme recibido como Odontóloga.

Al Servicio de Odontología del H.Z.E.M.I Argentina Diego de Azul, por haber sido el lugar donde orgullosamente me formé como Odontopediatra, y donde inició mi interés y compromiso por salud pública.

A mi papá, médico pediatra y neonatólogo quien me ha transmitido su compromiso y dedicación por la Salud Pública y quien me inspira diariamente a seguir trabajar en y para la salud de las personas.

A mi mamá, mis hermanos y mi compañero de vida por apoyarme y acompañarme siempre en todos mis proyectos.

INDICE:

RESUMEN:	2
AGRADECIMIENTO:	3
OBJETIVO GENERAL:	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	8
META:	8
DIAGNÓSTICO INICIAL:	8
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:	13
La salud:.....	13
La Atención Primaria de Salud:.....	14
La Educación para la Salud:	15
Programas Educativos para la Prevención de la Caries:.....	15
Equidad en salud:.....	17
Desigualdades en materia de salud bucodental.....	17
Estilo de vida:	18
Empoderamiento para la Salud:	19
Escuelas promotoras de salud:	19
Uso de las TIC:	20
La caries dental	21
Importancia de la identificación de los factores de riesgo:	24

Medidas de prevención de la caries dental:.....	25
Remineralización de la estructura dentaria mediante el empleo de flúor:	26
Control de la biopelícula dentobacteriana mediante la enseñanza de técnicas de higiene bucodental:	29
Control del medio mediante la racionalización del consumo de sacarosa y uso de sustitutos:	33
Modificación de la morfología dentaria mediante la utilización de selladores de fosas y fisuras:	37
Tratamiento de las lesiones activas de caries mediante la inactivación de caries.	40
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA DE INNOVACIÓN:	41
ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN:.....	44
PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA:	45
BIBLIOGRAFÍA:	47
ANEXOS:	50
ANEXO N° 1: Priorización de problema prioritario	50
ANEXO N° 2: Cuestionario para el primer encuentro con los padres	51
ANEXO N° 3: Temas a tratar en charlas de educación para la salud bucal con los niños:	52
ANEXO N° 4: Actividades a realizar en los talleres con los niños:	52

ANEXO 5°: Temas a tratar en charlas de educación para la salud bucal para padres y personal de las escuelas	53
ANEXO 6°: Actividades a realizar en los 6 talleres para padres.....	53
ANEXO N° 7: Evaluación	58
CONCLUSIÓN:	59

TRABAJO FINAL INTEGRADOR- PROYECTO DE INTERVENCIÓN

TITULO: "Programa de Salud Bucodental en Escuelas Rurales"

OBJETIVO GENERAL:

-Desarrollar un programa educativo, preventivo y asistencial, destinado a padres, docentes y niños que concurren a las escuelas rurales del área programática del CAPS Dardo Decima de la ciudad de Las Flores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Incorporar un programa educativo, preventivo y asistencial, como herramienta fundamental en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

-Desarrollar acciones de educación para la salud bucal con la comunidad educativa, padres y niños.

-Realizar un control integral de salud bucal de cada niño que concurre a las escuelas rurales del área programática del CAPS Dardo Decima de la ciudad de Las Flores, incluyendo el Amparo Materno Infantil.

-Facilitar el acceso de los niños de esa población escolar al Primer Nivel de Atención (CAPS Dardo Decima) y la articulación con el Segundo y Tercer Nivel de atención, para garantizar el tratamiento de patologías detectadas.

META:

Disminuir la prevalencia de enfermedades bucodentales (caries) en la población infantojuvenil que concurre a las escuelas rurales del área programática del CAPS Dardo Decima de la ciudad de Las Flores.

DIAGNÓSTICO INICIAL:

La ciudad de Las Flores es la localidad cabecera del partido de Las Flores, ubicada en el centro de la provincia de Buenos Aires; a 200km de Capital Federal.

La ciudad cuenta con un Hospital Provincial con Servicio de Odontología General, y siete CAPS distribuidos estratégicamente en diferentes áreas programáticas.

Los CAPS son: “Barrio Traut”, “Barrio Solidaridad”, “Barrio 25 de Mayo”, “Dardo Decima”, paraje “El Trigo” (rural), “Estación Villa Pardo” (rural), “Rosas” (rural). Cuatro de estos prestan atención odontológica: (“Dardo Decima”, “Barrio Traut”, “El Trigo” y “Estación Villa Pardo”), ya que dentro de sus instalaciones tienen un consultorio odontológico propio y exclusivo, así como también el equipamiento, instrumental, materiales necesarios para la atención y fichas odontológicas diferenciadas de las historias clínicas.

Con respecto a los CAPS, el “Dardo Décima” es el más nuevo, el mismo fue inaugurado en octubre de 2011. Se encuentra ubicado en la intersección de las calles Belgrano y Sordeaux. Tiene delimitada un área programática de 59 manzanas, desde la Av. Carmen hasta la calle Islas Malvinas y desde la Av. Alvear hasta la Av. Sarmiento. Cuenta con un consultorio odontológico equipado con un sillón, instrumental y materiales odontológicos. No cuenta con equipo de rayos x. Los profesionales odontólogos que trabajan allí son una odontóloga general y una odontopediatra.

Dentro del área programática del CAPS Dardo Décima, se encuentran instituciones educativas de nivel Inicial (el jardín de infantes N° 901); de nivel Primario (la escuela N° 21); de nivel secundario (la escuela N° 3). En el área programática también hay un club barrial llamado “Toque Toque”, donde los vecinos se reúnen para realizar diversas actividades y el “Centro Amparo Materno Infantil” o “Centro de promoción comunitaria Norte”. En éste lugar se presta un servicio de comedor público, además de un espacio de guardería y acompañamiento escolar

El Amparo Materno Infantil se encuentra ubicado al lado del CAPS, tiene una matrícula de 120 niños entre 2 y 14 años, quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad e inequidad.

El personal que trabaja actualmente en dicha institución, está conformado por una coordinadora, una trabajadora social, una docente de primaria y una auxiliar docente, una docente de guardería y una auxiliar docente, un cocinero, un ayudante de cocina y un personal de limpieza. El número total de padres es 40.

Un primer paso para la planificación de los servicios de salud bucal infantil es el conocimiento del perfil epidemiológico de la población. Así, sobre la base de este conocimiento se pueden planificar diferentes estrategias preventivas y asistenciales en los niños. Teniendo como eje la metodología de la planificación estratégica, se realizó el análisis de la situación de salud del grupo poblacional infantojuvenil del área

programática del C.A.P.S Dardo Decima, para identificar y priorizar una problemática de salud sobre la cual trabajar.

Para la identificación de problemas se utilizaron y combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas. Dentro de las cuantitativas, consulta y análisis de fuentes de información primarias de la Secretaria de Salud del Municipio, revisión y sistematización de datos de las historias clínicas odontopediátricas y encuestas sociosanitarias a la población del área programática del CAPS, relevadas en los años 2014/2015 por el equipo de promotores de salud y el equipo del programa médicos comunitarios 9° cohorte. Entre las técnicas cualitativas, entrevistas a informantes claves, observación y Taller de Planificación Local Participativa, como técnica grupal. El PLP (Taller de Planificación Local Participativa) se llevó a cabo en el club barrial “Toque Toque” y contó con la presencia de diferentes actores sociales del área programática. Al finalizar el taller se priorizaron problemáticas en salud bucal en el siguiente orden: caries dental, maloclusión, hábitos perniciosos, falta de cobertura social para la atención odontológica.

Se utilizó como herramienta la tabla de priorización de problemas (Anexo 1), en la cual se tuvieron en cuenta cinco criterios relevantes: Índice de gravedad (IG), índice de frecuencia (IF), índice de valoración social (IVS) índice de factibilidad (IFA), el cual se divide a su vez en económico financiero (EF) y complejidad (C). Como resultado se obtiene el índice de priorización de problemas (IPP). A partir de esta herramienta quedó priorizada la problemática de: Elevada prevalencia de enfermedades bucodentales (caries) en la población infantojuvenil del área programática del CAPS Dardo Decima de la ciudad de Las Flores.

Mediante la utilización del árbol de problemas se identificaron las causas y consecuencias del problema priorizado. Se concluye que las principales causas de la elevada prevalencia de caries en los niños son: insuficiente educación para la salud bucal, elevado consumo de hidratos de carbono, falta de hábitos de higiene bucal o higiene bucal incorrecta, falta de control de la infección en piezas dentarias, transmisión temprana de *Streptococo Mutans* de la madre al hijo, condiciones desfavorable del huésped y acceso insuficiente a los servicios de atención odontológica infantil en el sector público.

También se identificaron las consecuencias que este problema produce, las cuales son: problemas estéticos, funcionales y psicológicos en los niños, pérdida

prematura de piezas dentarias, aumento de las consultas odontológicas por urgencias, mayor cantidad de derivaciones al Hospital de niños regional y elevado gasto en el tratamiento de patologías bucales.

Es notable que la problemática está atravesada por los distintos determinantes de salud, entran en juego factores biológicos, educativos, económicos, culturales y sociales, todos ellos interrelacionados.

De todo lo anteriormente mencionado resulta como problema prioritario la elevada prevalencia de enfermedades bucodentales (caries) en la población infantojuvenil del área programática del C.A.P.S Dardo Decima de la ciudad de Las Flores.

Los datos recolectados y el problema prioritario detectado, fundamentan la razón de ser de este proyecto. Considerando necesario y conveniente incorporar un programa educativo, preventivo y asistencial para la población infantojuvenil del área programática del CAPS Dardo Decima de la ciudad de Las Flores, ya que en la actualidad no existe un programa específico destinado a esta población en particular.

En la ciudad de Las Flores se llevó a cabo durante el transcurso de los años 2010-2013 el Programa de Sanidad Escolar (PROSANE), de carácter Nacional, el cual estaba destinado únicamente a niños de primero y sexto grado y donde se realizó un control de la salud integral de los niños, no específicamente odontológico.

En el año 2011 bajo el Programa de Sanidad Escolar, (PROSANE) se revisaron 536 estudiantes, de los cuales el 52,6% fueron del sexo masculino, y 47,4% del sexo femenino, de una matrícula total de 443 estudiantes de primer grado (edad promedio 6 años) y 247 de sexto grado (edad promedio 12 años). Se observó que del total de los estudiantes evaluados: El 42,3 % presentaba caries dental. El 1,7 % (9) presentaba algún tipo de hábito pernicioso. El 17,4 % (93) presenta algún tipo de maloclusión. Éste programa tuvo una importante cobertura, ya que se realizó en todas las escuelas primarias públicas de la ciudad y se trabajó con la comunidad educativa; pero no se tuvieron en cuenta las particularidades especiales de cada población y tampoco se trabajó con la participación activa de las familias de esos niños.

Cabe considerar, por otra parte, las características epidemiológicas de las caries dental en la ciudad de Las Flores, donde mediante datos obtenidos del municipio se permite apreciar una notable incidencia de dicha patología infecciosa en niños y niñas de edad escolar; asimismo, se ha verificado mediante encuestas realizadas en el área

programática del CAPS Dardo Decima, que las madres suelen llevar a sus hijos/as a la consulta odontológica cuando ya el proceso carioso se encuentra avanzado, es decir cuando sus hijos sienten dolor o presentan inflamación facial. Además, manifiestan desconocer técnicas de cepillado, y/o no enseñar- guiar a sus niños a realizar la higiene bucal durante sus primeros años de vida. La mayoría de las madres manifiestan que el cepillado más importante es el que se realiza por las mañanas, desconociendo la importancia del cepillado de la noche, considerado fundamental para lograr y mantener una adecuada salud bucal. Con respecto al consumo de hidratos de carbono, las madres están informadas en cuanto al daño que generan en la cavidad bucal, pero desconocen la importancia de tener en cuenta los momentos de azúcar diario, es decir la frecuencia en su consumo.

Para prevenir el desarrollo de eventos que atentan contra la salud bucal, es importante incluir el componente educativo. La educación constituye una poderosa herramienta preventiva en grupos de alto riesgo como lo son los niños y niñas, razón por la cual las familias, como primeros agentes formadores, deberían ayudarlos/as a generar hábitos de higiene durante sus primeros años de vida, así como asistirlos en los procedimientos que la misma requiere, tomando en consideración que es precisamente durante la primera infancia cuando se desarrollan al máximo las capacidades cognitivas y existe gran disposición para adquirir nuevas habilidades.

Sin embargo, como se expreso anteriormente, muchos grupos familiares practican hábitos inadecuados, los cuales por el fenómeno del modelaje son adquiridos por los niños/as, incrementándose por lo tanto el riesgo de caries, lo cual resulta especialmente crítico durante los primeros seis años de vida, ya que en este período se inicia el proceso carioso que, de forma lenta y sostenida, comienza a destruir el esmalte dental en la dentición temporaria y más adelante en la permanente, con las consiguientes secuelas de orden funcional y estético, incluyendo la posibilidad de pérdida de piezas dentales a corto y mediano plazo.

De allí, la importancia de formular alternativas que, en el marco de la educación, permitan capacitar tanto a los niños como a su entorno más cercano, es decir a sus familias y docentes, en materia de salud bucal. En este escenario se ubica el presente programa.

El programa que se pretende implementar estaría destinado a una zona específica de la ciudad, donde la población infantojuvenil y sus familias se encuentran

en condiciones de vulnerabilidad, tienen pocas herramientas para el auto cuidado y atraviesan condiciones de inequidad muy notables en cuanto a salud.

La aplicación de este programa se llevaría a cabo en el centro de promoción comunitaria, ubicado en la zona más vulnerable del área programática del CAPS.

Este programa estaría destinado a todos los niños que concurren a las escuelas del área programática del CAPS, así como también a los niños que concurren al centro de promoción comunitaria Amparo Materno Infantil, ya que siendo una población chica, es posible de abordar. También a los padres y al personal de dichas instituciones.

El trabajar en forma coordinada entre salud, educación y con la participación activa de las familias, constituye un mecanismo estratégico para el mejoramiento de las condiciones de salud bucal y bienestar integral de los niños/as y adolescentes, mediante la articulación de recursos interinstitucionales, pudiéndose lograr un impacto altamente positivo para la comunidad.

Siempre que se cumpla una metodología y se mantenga a lo largo del tiempo, son altamente efectivas las actividades que se desarrollan como una actividad escolar y que cuentan con el apoyo de la comunidad educativa, la colaboración de las familias y demás miembros de la comunidad.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

La salud:

La OMS planteó en el año 1978 la definición de salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”.¹ Actualmente se considera a la salud como producto social, como un componente fundamental del proceso de desarrollo humano, ya que es un proceso social dirigido a la creación de condiciones de bienestar para todos y por todos.

La salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general. La OMS define la salud bucodental como “un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y

¹ Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 1998. Pag 10

trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial”.¹²

La atención primaria de salud:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”

“La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”³

La APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios tanto de promoción y prevención como de tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

La APS comprende, entre otras, las actividades de educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar. Uno de sus fines es el de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados, para lo cual es necesario trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

¹² [World Health Organization. World Oral Health Report 2003](#). Published 2003. Accessed 15 February, 2018. Pag.3

³ Conferencia internacional sobre atención primaria de salud Alma-ata, urss, 6-12 de septiembre de 1978. Pag 1

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de Bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse a medio ambiente. La salud se percibe pues no como el objetivo si no como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”⁴

La promoción de la salud es la capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla usando estrategias como el desarrollo de políticas sanitarias, la creación de entornos favorecedores de salud, el desarrollo de aptitudes y recursos personales, la reorientando los servicios de salud y el reforzamiento de la acción comunitaria.

La Educación para la Salud:

La educación para la salud tiene un ámbito más reducido y pretende fomentar la prevención sobre el tratamiento a través de las aptitudes personales siendo eficaz para conseguir una mejor salud en lactantes, niños y adolescentes siempre que se cumpla una metodología y se mantenga a lo largo del tiempo.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la salud, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud tanto individual como de la comunidad. Mediante la educación para la salud se fomenta la motivación de las habilidades personales para poder mejorar la salud, incluye información en cuanto a las condiciones que influyen en la salud así como también información relacionada a los factores de riesgo para contraer una determinada enfermedad.

Programas Educativos para la Prevención de la Caries:

⁴ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 17-21 de noviembre de 1986 Ottawa (Ontario) Canadá.

La prevención odontológica se considera como un proceso integral que incluye diversas estrategias dirigidas a promover salud bucal y evitar problemas estomatológicos a través de actividades de promoción sanitaria, detección de riesgos, monitorización de grupos susceptibles, así como la disponibilidad y uso de los recursos sanitarios; todo ello con el fin de disminuir el riesgo de caries y otras alteraciones bucodentales. La aplicación de medidas preventivas requiere la participación activa de los niños, sus familias y las instituciones que los agrupan. Ésta condición es indispensable para abordar la percepción de la salud y lograr prácticas saludables.

Las actividades de prevención para la salud en las instituciones educativas deben partir de la identificación de los problemas y desnaturalización de los mismos, mediante acciones que generen transformaciones. Dichas acciones se realizan a partir de cuatro momentos, que se retroalimentan constantemente:

1. Conocimiento: partiendo de experiencias y conocimientos previos de los sujetos, se propicia la construcción participativa de un nuevo conocimiento acerca de la naturaleza y complejidad del problema visualizado.

2. Compromiso: el grado de involucramiento y participación genuina de los sujetos en las actividades educativas de prevención de la salud, es uno de los principales objetivos. Es un nexo entre los conocimientos y la práctica.

3. Visiones/imágenes de futuro: desde el inicio de las actividades es importante incorporar las diversas visiones que tienen los sujetos en cuanto a cómo desearían que fueran sus vidas.

4. Experiencias de acción: es indispensable que durante todo el proceso de aprendizaje se desarrollen acciones concretas, con el objetivo de ir articulando las problematizaciones y conocimientos construidos con las visiones de futuro, aumentando el compromiso de los sujetos.

Interpretando los puntos anteriores en la perspectiva del presente proyecto de intervención, el programa preventivo educativo y asistencial de salud bucodental “Todos informados, niños sanos” dirigido a padres, personal y niños, se diseñó en base a los postulados de la prevención para la salud en las instituciones educativas, teniendo como objeto estimular el involucramiento, compromiso y participación activa de las familias en la intervención formativa, indagar acerca de sus percepciones sobre la salud bucal, crear conciencia a través de la transmisión de conocimientos clave respecto al

problema que representa a corto, mediano y largo plazo la caries dental, tanto a sí mismos como a sus hijos e incentivar su compromiso en materia de prevención.

Es importante tener en cuenta que para evitar que los problemas de salud bucal en la infancia se presenten o se agraven, el profesional Odontólogo no debe limitar su acción al consultorio esperando pasivamente que llegue el problema, es decir la enfermedad; sino transponerlo para realizar acciones preventivo-promocionales, dando prioridad a espacios sociales prioritarios como son por ejemplo las instituciones de educativas. De esta manera se puede cumplir con el objetivo de la filosofía preventiva de lograr cambios a través de la educación y concientización de las familias y el personal docente para desarrollar buenos hábitos de higiene bucal e incentivar su práctica cotidiana.

Equidad en salud:

Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal.

La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

Desigualdades en materia de salud bucodental

Las desigualdades en materia de salud bucodental se deben a una amplia gama de factores biológicos, socio-comportamentales, psicosociales, sociales y políticos que

en su interacción determinan «las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen», o sea, los determinantes sociales.

“Las enfermedades bucodentales afectan desproporcionadamente a los miembros pobres y socialmente desfavorecidos de la sociedad. Existe una relación muy fuerte y coherente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales. Esta asociación existe durante todo el ciclo de vida, desde la infancia hasta la vejez, y en todas las poblaciones de los países de ingresos bajos, medianos y altos. Por lo tanto, se considera que las desigualdades en materia de salud bucodental son diferencias evitables e injustas en una sociedad moderna”.⁵

La carga de morbilidad por enfermedades bucodentales se puede reducir mediante intervenciones de salud pública dirigidas a los factores de riesgo más comunes. La caries dental se puede prevenir en gran medida mediante el mantenimiento de un nivel bajo y constante de flúor en la cavidad bucal. El flúor se puede obtener de manera óptima a través de diversas fuentes, entre ellas el agua potable, la sal, la leche y el dentífrico fluorados. Se debería alentar el cepillado con dentífrico fluorado (1000 a 1500 ppm) dos veces al día. A largo plazo, la exposición a un nivel óptimo de flúor determina niveles sustancialmente más bajos de incidencia y prevalencia de caries dental a cualquier edad.

Para reducir las desigualdades en materia de salud bucodental se deben abordar los determinantes sociales en general, mediante una serie de políticas complementarias preliminares, intermedias y finales integradas, por ejemplo: fluoración del agua, reglamentación de la comercialización y promoción de alimentos azucarados para niños, e impuestos a las bebidas endulzadas con azúcar. Además, el fomento de entornos saludables, por ejemplo, ciudades y lugares de trabajo saludables, así como de escuelas que promuevan la salud, es crucial para crear entornos generales que propicien la salud bucodental

Estilo de vida:

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características

⁵ World Health Organization. [Equity, social determinants and public health programmes](#). Published 2010. Accessed 15 February, 2018.

personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros.

Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida.

Empoderamiento para la Salud:

En promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

Definición de empoderamiento propuesta por la OMS: “es un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades”.⁶

Escuelas promotoras de salud:

Una escuela promotora de salud se define como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar.

Con el fin de lograr este objetivo, una escuela promotora de salud implica al

⁶ -Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. (1998)

personal de salud y de educación, a los profesores, estudiantes, padres y líderes de la comunidad, en la tarea de promover la salud. Fomenta la salud y el aprendizaje con todos los medios a su alcance, y hace todo lo que está en su mano para ofrecer ambientes favorables para la salud y una serie de programas y servicios clave de promoción y educación para la salud.

Una escuela promotora de la salud aplica políticas, prácticas y otras medidas que respetan la autoestima del individuo, ofrece oportunidades múltiples de desarrollo y reconoce sus esfuerzos e intenciones, al igual que los logros personales. Hace todo lo que está en su mano por mejorar la salud del personal del centro, las familias y los miembros de la comunidad, además de los estudiantes, y trabaja con los líderes de la comunidad para ayudarles a comprender cómo puede la comunidad contribuir a la salud y a la educación. La Iniciativa de la OMS de Salud Escolar Mundial tiene por objeto ayudar a todas las escuelas a convertirse en “promotoras de salud”, por ejemplo, alentando y apoyando redes internacionales, nacionales y subnacionales de escuelas promotoras de salud y ayudando a crear estructuras nacionales que promuevan la salud a través de las escuelas.

Uso de las TIC:

Los diversos recursos que involucran el uso de las TIC, como son los celulares, computadoras y el acceso a Internet, posibilitan a la población el acceso a numerosas herramientas de carácter formativo e informativo sobre salud bucal. Por tal razón, las TIC fueron tomadas en cuenta al momento de diseñar la propuesta, debido a su potencial como recurso de apoyo para el programa preventivo-educativo.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2010), organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas responsable de promover el desarrollo económico y social de la región, enfatiza el potencial de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en materia de salud, desde las siguientes dimensiones: “Acceso, eficacia, eficiencia, calidad, seguridad, generación de conocimiento, impacto en la economía e integración. Cada una de ellas se vincula a los

diferentes ámbitos de aplicación: prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, educación sanitaria.”.⁷

El uso de las TIC, ofrece beneficios que se extienden tanto a los pacientes y ciudadanos en general como a los profesionales de salud y al conjunto de la sociedad.

La caries dental

“La caries dental se produce cuando la placa bacteriana que se forma en la superficie del diente convierte los azúcares libres contenidos en alimentos y bebidas en ácidos, que con el tiempo disuelven el esmalte dental y la dentina. La ingesta abundante y continua de azúcares libres, la exposición insuficiente al flúor y la falta de remoción periódica de la placa bacteriana provocan la ruptura de las estructuras dentarias, lo que propicia el desarrollo de caries y dolor, menoscaba la calidad de vida en lo que respecta a la salud bucal y, en una etapa avanzada, ocasiona pérdida de dientes e infección sistémica”.⁸

La caries dental es una enfermedad multifactorial en cuya etiología convergen los siguientes componentes:

- Biopelícula de la placa dental: Se considera el agente etiológico primario de la caries, ya que contiene bacterias acidogénicas y acidúricas como los (*Streptococcus* en especial “*mutans* y *sobrinus*” y los lactobacilos) asimismo, cuando el nivel de pH de la placa desciende de su nivel crítico, es decir 5.5, el ácido que se produce comienza a desmineralizar el esmalte, acción que se desarrolla rápido dependiendo del sustrato y el efecto de la saliva.

- Sustrato: Las bacterias presentes en la placa dental, emplean carbohidratos fermentables provenientes de la dieta para obtener energía y los productos finales de la vía glucolítica del metabolismo bacteriano que son de naturaleza ácida, entre ellos, la sacarosa, así como los almidones cocidos; sin embargo, cualquier carbohidrato puede producir ácidos, pero sólo la disponibilidad de glucosa permite la producción de ácido láctico.

- Factores del huésped: La calidad de la estructura dental y la saliva, junto a la dieta, son los principales factores atribuibles al hospedador, es decir, al individuo. La

⁷ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010). TIC y salud: promesas y desafíos para la inclusión social. [Artículo en línea]. Newsletter eLAC; 12:2-3.

⁸ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

saliva ayuda a equilibrar el proceso carioso, ya que proporciona una solución saturada de iones calcio, fosfato y fluoruros, así como también proteínas (histatinas, mucinas y estaterinas), que potencian la actividad antibacteriana, inhiben la desmineralización y estabilizan la remineralización del esmalte.

- Tiempo: Influye en el proceso de desmineralización y remineralización del esmalte. Para mantener el equilibrio, debe existir tiempo suficiente entre los ataques cariogénicos para que se produzca la remineralización.

Según estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2016, “las enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial (3580 millones de personas) y la caries dental en dientes permanentes es el trastorno más prevalente de todos los considerados”.² “Se estima que, en todo el mundo, unos 2400 millones de personas padecen caries en dientes permanentes, y 486 millones de niños sufren de caries en los dientes de leche”.²⁹

En la mayoría de los países de bajos ingresos, afectados por un constante incremento de la urbanización y los cambios en las condiciones de vida, la prevalencia de las enfermedades bucodentales sigue aumentando notablemente debido a una exposición insuficiente al flúor y un acceso deficiente a los servicios de atención primaria de salud bucodental. La comercialización generalizada de azúcares, tabaco y alcohol da lugar al creciente consumo de productos malsanos.

Con respecto a la colonización de bacterias cariogénicas en la boca de los niños, es importante considerar la adquisición del streptococcus mutans o ventana de la Infección. El streptococcus mutans no es encontrado en la cavidad bucal antes de la erupción dentaria, debido a que requiere la presencia de tejido duro, no descamativo para su colonización. Pero se lo ha observado en las criptas de amígdalas y dorso de la lengua en lactantes predestados.

La principal fuente de adquisición y transmisión de esta bacteria en los niños, es a partir de la saliva, principalmente de las madres y secundariamente por las otras personas en contacto con ellos. Por medio del beso o utensilios como chupete, tetina del biberón, cuchara, juguetes. “Las ventanas de infectividad”, son períodos críticos de

9 GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390(10100):1211-1259.

susceptibilidad que coinciden con los períodos de erupción de la dentición temporaria y permanente, se dan entre los 6-24 meses y entre los 6-11 años de edad, concordando con la erupción de los primeros molares temporarios y permanentes, que brindan superficies más retentivas. Mientras más precoz es la colonización de la boca del niño/a por las bacterias cariogénicas, mayor es el riesgo de tener caries en el corto plazo.

Por esta razón es importante la buena salud bucal de las madres para controlar la transmisión vertical, y de las personas que conviven con él, la transmisión horizontal, para evitar o retardar este proceso.

La caries dental es considerada un problema de salud pública que, aunque prevenible, afecta a todos los individuos por igual, sin importar raza, sexo o edad y su prevalencia es mayor en poblaciones de pocos recursos económicos. En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) reporta que, la caries dental afecta a más del 90% de la población mundial y supone una carga pesada para los servicios de atención sanitaria, pues en países industrializados representa junto a otras patologías bucales, como la enfermedad periodontal, entre 5% y 10% del gasto total de atención en salud, siendo evidente también su prevalencia en infantes. El porcentaje mencionado a nivel mundial coincide con el porcentaje en la provincia de Buenos Aires, donde la caries dental es un problema sanitario que afecta al 95 % de la población.

La evaluación del riesgo permite aumentar la efectividad y la eficiencia de los programas preventivos, la misma debe estar unida a una estrategia que permita brindar a la población en riesgo, las medidas preventivas apropiadas. La evaluación del riesgo no se justifica si se realiza solo con fines descriptivos.

En cuanto a los grupos de riesgo de caries dental en la infancia, todos los niños pueden padecer caries dental, pero existen grupos de riesgo que tienen mayor probabilidad de desarrollarla. Los factores de riesgo de caries dental en la infancia se pueden dividir en:

Factores generales:

1. Socioeconómicos: vivienda, estabilidad laboral, ingresos, cobertura médica.
2. Ambientales: abastecimiento adecuado de agua potable, ambiente familiar, salud bucal de la familia (en especial la madre como probable reservorio de streptococcus mutans).

3. Culturales: escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres (mamadera, mate dulce)

4. Biológicos: Rasgos genéticos, Radioterapia, Enfermedades sistémicas, Medicación de uso crónico, Estado nutricional, Estado inmunitario, Estrés, Enfermedades intercurrentes, Edad.

Factores locales:

1. Hábitos de higiene bucal. Uso del cepillo e hilo dental, su eficacia y frecuencia.

2. Motivación del paciente y su grupo familiar.

3. Experiencia anterior. La caries dental en la edad temprana es un predictor del desarrollo futuro de enfermedad sino se implementan medidas preventivas para su control.

4. Dieta: momentos de azúcar, tipo, frecuencia, secuencia, oportunidad.

5. Características dentarias: anatomía, malformaciones, malposiciones o apiñamientos (toda irregularidad que favorezca el atrape de placa bacteriana).

6. Tiempo de erupción: se considera de 0 a 24 meses posterupción los de mayor riesgo por la importancia de la maduración posteruptiva, por la acumulación mayor de biopelícula bacteriana (de 5 a 10 veces más) y por la presencia de pseudobolsas.

7. Características salivales: Cantidad, calidad (elementos defensores), viscosidad.

8. Aparatología: prótesis fija o removible, ortodoncia, ortopedia (porque retienen placa o dificultan la correcta higiene).

9. Controles periódicos: para control de la evolución, evaluar el riesgo actual y determinar nuevas medidas de mantenimiento.

Importancia de la identificación de los factores de riesgo:

El conocimiento e identificación de los factores de riesgo sirve para que en la atención individual (en consultorios, centros de atención primaria de la salud, hospitales) o asistencia colectiva (familias, escuelas, comedores, barrios), se puedan establecer hábitos higiénicos y estilos de vida más saludables lo más temprano posible, implementando medidas preventivas dentro de un programa individual o colectivo, para recuperar, mejorar y conservar la salud bucal.

Esto permite trabajar en las causas de la enfermedad antes de que ella se manifieste. Es una tarea muy grata, que cubre a grupos poblacionales grandes y resulta ser más económica. Además puede ser realizado por agentes multiplicadores de salud bucal previamente calibrados. Por otra parte, cuando la lesión está establecida se requiere si o si la intervención del odontólogo, demandando más tiempo y recurso financiero.

La Odontología Preventiva tiene cuatro niveles diferentes: Prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.

La prevención primaria reduce la incidencia de las enfermedades y lesiones bucales. Se dirige a los individuos sanos, antes de que desarrolle la enfermedad.

Tiene acciones inespecíficas y específicas.

Protección inespecífica: vivienda digna, agua potable, vacunación, fluoración de las aguas, Promoción y Educación para la Salud general y bucal en escuelas y comunidad, información y publicidad en los medios, medidas legislativas, judiciales y ejecutivas.

Protección específica: pautas de higiene bucal, fluoruros locales y sistémicos, dieta adecuada, selladores, visita odontológica periódica.

La prevención secundaria reduce la prevalencia de la enfermedad y es la que actúa durante las etapas iniciales para interrumpir su afección e incluye el diagnóstico, el tratamiento temprano y oportuno; y el mantenimiento de la enfermedad bajo control.

La prevención terciaria reduce la morbimortalidad y es la que cuando las medidas anteriores fracasaron o no se pudieron aplicar, trata de reducir los daños que causa la enfermedad y controla sus consecuencias. Por Ej.: tratamiento de la caries dental y de las enfermedades gingivoperiodontales, exodoncias, cirugía, prótesis, ortodoncia.

La prevención cuaternaria: tiene como objetivo evitar la iatrogenia por la aplicación de tratamientos innecesarios o imprudentes. Sugiere intervenciones éticamente aceptables que brinde seguridad al paciente como: prevenir la medicalización, evitar los sobrediagnósticos o sobretratamientos que podrían originar problemas de salud sin necesidad alguna.

Medidas de prevención de la caries dental:

Con respecto a las medidas de prevención de la caries dental, los procedimientos más útiles se pueden agrupar en los siguientes apartados:

- . Remineralización de la estructura dentaria mediante el empleo de flúor.
- . Control de la biopelícula dentobacteriana mediante la enseñanza de técnicas de higiene bucal.
- . Control del medio mediante asesoramiento dietético, racionalización del consumo de sacarosa y uso de sustitutos.
- . Modificación de la morfología dentaria mediante la utilización de selladores de fosas y fisuras.
- . Tratamiento de las lesiones activas de caries mediante la inactivación de las mismas.

Remineralización de la estructura dentaria mediante el empleo de flúor:

El flúor es un no metal, halógeno, que a temperatura ambiente, se encuentra en estado gaseoso. Es el más electronegativo de la naturaleza, por lo cual posee una reactividad química tan intensa que prácticamente no se encuentra en la naturaleza solo, sino, por lo general, combinado en forma de fluoruros.

Tiene gran afinidad con los tejidos mineralizados como el hueso o los dientes en formación, y se acumula en el esqueleto. Es de total inocuidad cuando se lo utiliza en dosis adecuadas. Su uso en programas preventivos individuales, grupales o comunitarios dio excelentes resultados.

Las principales **fuentes de fluoruros** de interés para la fisiología humana son:

- El agua dulce y salada
- Ciertos vegetales
- El pescado
- Algunos procesos industriales
- Algunas fórmulas alimentarias

Pero ninguno reúne las concentraciones necesarias para cumplir la prevención de la caries dental, por lo tanto hay que suministrarlo por vía local o sistémica.

El nivel óptimo es 1 ppm (1 parte por millón) que equivale a 1 mg de ión flúor en 1 litro de agua.

Desde 1909 se conoce el efecto preventivo del flúor sobre la caries dental. El mecanismo de acción del flúor es múltiple:

-Transformación de la hidroxiapatita (HAP) en fluorapatita (FAP), que es más resistente a la descalcificación. Esta reacción química entre la HAP y la FAP presenta una reversibilidad en función de la concentración de F en el entorno del esmalte dental, de modo que la FAP no sería una situación definitiva y estable.

-Inhibición de la desmineralización y catálisis de la remineralización del esmalte desmineralizado. Este proceso es dinámico y dura toda la vida del diente. La reversibilidad de este mecanismo justifica, por un lado, la recomendación del empleo de flúor durante toda la vida y no solo durante la infancia. Además, el empleo de flúor tópico a bajas dosis, de forma continua, induce la remineralización dental.

-Inhibición de las reacciones de glucólisis de las bacterias de la placa dental (sobre todo *Streptococcus mutans*), con lo que disminuye la formación de ácidos.

-Reducción de la producción de polisacáridos de la matriz extracelular en la placa dental.

En todos los casos, parece que el factor más importante en la prevención de la caries dental es la exposición a dosis bajas pero continuadas de fluoruro en la cavidad oral.

El efecto del flúor puede ser Sistémico (Preeruptivo, y posteruptivo) o Tópico. (posteruptivo.)

Sistémico Preeruptivo: Tras su absorción intestinal y su paso a la sangre, el flúor se incorpora a la estructura mineralizada de los dientes en desarrollo y probablemente incrementa levemente la resistencia a la desmineralización frente a la acción de ácidos orgánicos, ya que solamente un 8-10% de los cristales del esmalte están compuestos por FAP en niños residentes en zonas con agua fluorada. Al principio de la investigación sobre el flúor, se creía que este era el efecto más importante. Por ello se recomendaba dar flúor a la embarazada, así como antes de los seis meses de vida (antes de la erupción del primer diente) y se aconsejaba retirar los suplementos tras la erupción de la segunda dentición, pues no tendría sentido su administración tras el desarrollo dental.

Sistémico Posteruptivo: Tras la erupción dental, el flúor sistémico sigue estando poco implicado en la formación de la estructura orgánica dental. Tan solo la fracción excretada por saliva tendría una acción significativa protectora de caries dental.

Tópico posteruptivo, el flúor presente en la fase fluida de la superficie dental es el que realmente disminuye la desmineralización y aumenta la remineralización del esmalte, siendo clave la frecuencia de la exposición al flúor. Este efecto posteruptivo tópico sería el más adecuado para prevenir la caries dental.

La saliva es el principal transportador del flúor tópico. La concentración de flúor en el ductus salivar tras la secreción de las glándulas salivares es bajo (0,016 ppm en zonas con agua fluorada y 0,0006 ppm en áreas con agua no fluorada). Esta concentración probablemente tenga una débil actividad cariostática. Sin embargo, la pasta dentífrica o los geles logran una concentración en la boca 100 a 1000 veces superior.

Con esta perspectiva, y a diferencia de lo que se creía inicialmente, se debería hacer más hincapié en los distintos medios de administración tópica del flúor, recomendar el flúor tópico toda la vida y no solo restringir nuestras recomendaciones a la época del desarrollo y erupción dental, desaconsejar el empleo de excesivo flúor sistémico, sobre todo antes de la erupción dental (en la embarazada y antes de los seis meses de vida) e insistir en el papel remineralizador de dosis bajas de flúor administradas de forma continua.

Modos de administración del flúor: La administración de flúor puede realizarse de forma sistémica o tópica. La administración sistémica puede, a su vez, hacerse de modo colectivo (fluoración del agua potable) o individual.

La aplicación tópica también puede realizarse mediante preparados concentrados (geles, barnices), colutorios o pastas dentífricas. Focalizándonos en la administración tópica podemos decir que durante mucho tiempo se creyó que el efecto protector del flúor se debía a su incorporación a los cristales de apatita, de modo que aumentaría la resistencia del esmalte. Esta idea es más teórica que real. La acción protectora del flúor se manifiesta en una disminución de la desmineralización y un aumento de la remineralización de las lesiones incipientes, para lo que es importante contar con suficiente flúor en la superficie dental, de ahí la importancia del flúor tópico.

La aplicación tópica de geles y barnices con elevada concentración de flúor constituye un procedimiento restringido al odontólogo. Su frecuencia debe ser adaptada por el dentista en función del grado de riesgo de caries del niño. Los geles se aplican mediante cubetas ajustables a las arcadas dentales o cepillo dental, se utiliza geles de fluorofosfato acidulado al 1,2% con un contenido de 12 000 ppm de flúor. Para evitar intoxicaciones, se recomienda no llenar más de un 40% de la cubeta; el paciente debe permanecer sentado con la cabeza inclinada hacia delante; y aspirar entre las dos cubetas durante todo el proceso. Los geles se aplican, en general, cada 6 o 3 meses en según el riesgo de caries dental.

Los barnices de F tienen una consistencia viscosa. Se aplican sobre la superficie de los dientes con un pincel o una sonda curva. El Duraphat® contiene un 5% de FNa, lo que supone una concentración de ion F del 2,26%. Endurecen en presencia de la saliva. Estudios realizados, en países tanto en vías de desarrollo como desarrollados, han demostrado su utilidad en los niños con riesgo elevado de caries dental, ya que proporciona concentraciones más elevadas de flúor en la saliva a las dos horas de su empleo que el resto de tipos de flúor tópico. Son de fácil aplicación y útiles en niños con minusvalías psíquicas o físicas y que no vayan a tolerar la cubeta con gel en la boca. Asimismo, permiten aplicar el flúor en zonas seleccionadas del diente.

Con respecto a los colutorios, estos emplean soluciones diluidas de sales de F con las que se realizan enjuagues bucales diarios o semanales. Deben recomendarse a partir de los seis años para asegurarnos de que el niño no ingerirá el líquido. Para uso diario, puede emplearse una solución de FNa al 0,05% con la que se enjuagará durante un minuto con unos 10 ml de colutorio, evitando su ingestión posterior. Como alternativa, puede practicarse un enjuague semanal de FNa al 0,2%, aconsejándose no ingerir nada en la siguiente media hora. Este último tipo de colutorio es el que suele emplearse en los programas escolares de prevención comunitaria de la caries dental.

Control de la biopelícula dentobacteriana mediante la enseñanza de técnicas de higiene bucodental:

La higiene bucal tiene como objetivo remover o desorganizar la biopelícula dental para llevar la infección a niveles aceptablemente bajos y poder actuar los agentes remineralizantes. La frecuencia de la higiene depende de la frecuencia de consumo de los carbohidratos, si no excede de cuatro veces diarias, el cepillado debe realizarse dos veces por día, pero si excede cuatro veces diarias, el cepillado debe realizarse después del consumo de ellos y acompañado con pastas fluoradas. El Tiempo mínimo de cepillado es 3 minutos aproximadamente, para ejecutar correctamente la técnica

Técnicas de cepillado según las edades:

Lactantes: Antes de la erupción de los primeros dientes se debe empezar con la estimulación oral para acostumbrar al bebé a la manipulación de la boca e instaurar un hábito precoz. La limpieza debe hacerse una vez al día, aprovechando el momento del baño. Para esta etapa se puede utilizar una gasa humedecida en agua. Tan pronto como

comienzan a erupcionar los dientes anteriores la mamá va a limpiar los mismos con un dedal de silicona, o también puede continuar usando una gasa humedecida.

Prescolares: Cuando erupcionan las piezas dentarias posteriores, alrededor de los 18 meses, se opta por incorporar el cepillo dental más pequeño para preescolares y se enseñará a los padres su uso con movimientos horizontales, en sentido anteroposterior y con las cerdas perpendiculares a la superficie oclusal de los dientes. Después de que erupcionen los primeros dientes se debe realizar la limpieza bucodental dos veces al día. El cepillo debe presentar un mango recto y largo; una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible con la boca del niño. La técnica debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos antero-posteriores. La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable. Si el niño tiene molares primarios sin espacios, se sugiere el uso de hilo dental para la higiene de esos sitios que presentan alta incidencia de caries interproximales en la dentición primaria.

Hacia los 6 años: Con el recambio dentario, aparece detrás del último molar primario, el 1º Molar Permanente. Es importante que los padres estén entrenados para la higiene del mismo tan pronto como éste aparezca, ubicando el cepillo desde el costado para acceder fácilmente. Es muy importante la correcta higiene de esta pieza porque el esmalte dentario continúa su maduración por 18 meses posteriores a la erupción y la presencia de surcos que presenta es un nicho ideal para el atrape de la biopelícula. El mal cepillado lleva a la formación de caries en el corto plazo. El cepillo unipenacho es el complemento ideal por su fácil accesibilidad. Cuando los niños son más grandes se explicará al niño y a los padres la técnica del cepillado. Es más importante la minuciosidad que el tipo de técnica empleada; con un cepillado minucioso la mayoría de las técnicas resultan eficaces. Si hay problemas de alineación, ausencia de dientes, prótesis bucales o el niño es torpe para cepillarse, es preciso recomendar técnicas especiales. Se debe recomendar un cepillo de cabeza pequeña, de cerdas sintéticas y puntas redondeadas para evitar la lesión de la encía si el niño lo usa con fuerza.

Entre los 7 y 11 años: Hasta que el niño adquiere madurez motora, alrededor de los 8 años, es necesaria la supervisión del adulto. Incorporar el uso del hilo dental como rutina para mejor higiene de los espacios interproximales y prevención de las gingivitis.

Adolescentes: Generar en ellos la responsabilidad de la higiene bucal diaria y orientarlos en la elección del cepillo, la técnica según su destreza o si es portador de aparatología ortodóncica. El cepillado debe estar dirigido a la higiene del margen gingival, complementado con el uso del hilo dental para los espacios interproximales y el cepillado de la lengua para prevención de la halitosis o mal aliento.

Existen varias técnicas de cepillado dental pero es difícil asegurar cual es la ideal. La mejor es aquella que logre la mayor eliminación de la biopelícula en cada persona. Lo importante es concientizar que todas las piezas dentarias y sus superficies deben ser higienizadas. Como guía seguir estos pasos:

- Comenzar por la cara vestibular del último molar derecho, seguir por todas las caras vestibulares del arco superior, hasta la cara vestibular del último molar izquierdo.
- Pasar al arco inferior, comenzar por la cara vestibular del último molar izquierdo, seguir por todas las caras vestibulares del arco inferior, hasta la cara vestibular del último molar derecho.
- Continuar por la cara palatina del último molar derecho, seguir por todas las caras palatinas del arco superior, hasta la cara palatina del último molar izquierdo.
- Pasar al arco inferior, comenzar por la cara lingual del último molar izquierdo, seguir por todas las caras linguales del arco inferior, hasta la cara lingual del último molar derecho.
- Por último, cepillar las caras oclusales de ambos arcos dentarios.
- Con la dirección del cepillo hacia gingival y movimientos circulares.
- Complementar con la higiene de los espacios interproximales y cara dorsal de la lengua.

El cepillado debe completarse con la limpieza de la lengua cepillando la misma hacia adelante varias veces; y en algunos casos con el empleo de hilo dental, particularmente para las áreas interproximales y mesiales de los primeros molares permanentes. Para ello se emplea hilo compuesto de fibras microscópicas de nylon no enceradas, facilitando la operación el uso de pinzas especiales. En cualquier caso, el

empleo de colorantes diagnósticos de la placa dental (eritrosina o fluoresceína sódica) permite su eliminación completa.

En relación al dentífrico, el uso de un dentífrico adecuado aumenta los beneficios del cepillado. En general, una pasta dentífrica se compone de un producto abrasivo y un agente cariostático. Se recomiendan abrasivos suaves (pirofosfato de calcio, metafosfato insoluble de sodio, etc.) y compuestos fluorados, como se ha indicado anteriormente. La utilización de dentífricos fluorados es el método más recomendado para la prevención de la caries dental, tanto por el aspecto tópico y continuado de su aplicación, como por la aceptación social de la higiene dental mediante el cepillado dental.

Requisitos recomendables para cepillos manuales

- La cabeza debe ser pequeña.
- La textura está determinada por el diámetro y el largo de las fibras, el tamaño del hueco donde se inserta el penacho, el número de penachos por la unidad de superficie y el número de fibras por penacho.
- La forma de la parte activa debe ser preferentemente recta y angosta y los penachos no dentados y el extremo de cada filamento redondeado.
- El largo de la parte activa debe abarcar el ancho de los cuatro incisivos inferiores.
- La consistencia de los filamentos de nylon debe ser suave.
- La duración del cepillo no debe exceder los 3 meses (con uso normal y cotidiano) o cuando el cepillo pierda su aspecto normal.
- La elección depende de los requerimientos bucales, edad y destreza del individuo.

Tipos de cepillos:

- Dediles para lactantes.
- Cepillos para preescolares: con mango largo para ser manejado por un adulto o con mango gordo, porque mejora el agarre, para ser manejado por el niño.
- Cepillos unipenachos.
- Cepillos minipenachos.
- Cepillos para ortodoncia.
- Cepillos eléctricos para niños y adultos.
- Cepillos con mangos adaptables para personas con discapacidad.

- Cepillos interdentarios cónicos y cilíndricos.
- Cepillos para la lengua.
- Cepillos para prótesis.

Recursos auxiliares

- Hilo dental.
- Horquetas portadoras de hilo dental.
- Palillos de madera o siliconas.
- Soluciones o pastillas reveladoras de la biopelícula.

Higiene de los cepillos: Después de cada uso, los cepillos deben ser lavados con abundante agua, secados y guardados en lugar ventilado. Es aconsejable dejarlos dentro del botiquín o armario y no sobre la pileta del baño porque son fácilmente contaminados por flora microbiana que predomina en ese lugar. Tampoco es conveniente que estén juntos a otros. Los estuches o protectores para guardarlos no deben ser usados a diario porque también favorecen el desarrollo microbiano por la humedad, calor y presencia de residuos. Pero es un recurso útil cuando el cepillo debe ser trasladado en bolsos o mochilas. El cepillo debe ser descontaminado para el control de estreptococos mutans con digluconato de clorhexidina al 0,12% en spray. Y cuando hay restos de sangre con hipoclorito de sodio al 2% en agua.

Control del medio mediante la racionalización del consumo de sacarosa y uso de sustitutos:

A fin de establecer los criterios necesarios para lograr una racionalización de los hidratos de carbono en la dieta es necesario:

- Tener en cuenta los grupos de riesgo para caries dental en relación con la dieta:

Lactantes:

- Amamantamiento prolongado (más de los 2 años)
- Uso del biberón acostado

Niños y adolescentes:

- Azúcares muy cariogénicos entre comidas
- Ausencia del desayuno
- Ocio nocturno

Deportistas:

- Bebidas con nutrientes

Profesión de los padres:

- Panaderos
- Reposteros
- Quiosqueros
- Serenos
- Trabajos monótonos

Drogadictos:

- Mayor deseo por comidas dulces
- Drogas de consistencia pegajosa
- Disminución del flujo salival
- Halitosis
- Consumo de pastillas para ocultarlo

Riesgo médico:

- Enfermedades gastrointestinales
- Desórdenes alimentarios
- Diabetes mellitus
- Desnutrición
- Déficit de crecimiento
- Patologías de glándulas salivales
- Medicamentos que disminuyen la cantidad de saliva

- Interpretar la historia de dieta:

¿Qué consume de desayuno?

¿Qué come entre desayuno y el almuerzo?

¿Qué almuerza?

¿Qué come entre almuerzo y merienda?

¿Qué come en la merienda?

¿Qué come entre la merienda y la cena?

¿Qué come en la cena?

¿Qué come después de la cena?

¿Sí se despierta que toma o come?

- Reconocer el nivel de peligrosidad de los H. de C:

Momentos de azúcar (frecuencia)	Significado (clínico)
hasta 3 momentos de azúcar	Aceptable
entre 3-6 momentos de azúcar	Moderado riesgo cariogénico
6 momentos de azúcar o consumo nocturno sin higiene	Alto riesgo cariogénico.

Cuántos más adhesivos son los hidratos de carbono, se produce menor despegue y por lo tanto hay una mayor biodisponibilidad para ser metabolizadas por las bacterias cariogénicas.

Los efectos cariogénos de cualquier azúcar derivan, sobre todo, de su capacidad de favorecer el crecimiento de ciertas bacterias y de su subsecuente formación de ácidos y polisacáridos. Probablemente, la sacarosa es el glúcido que más favorece la caries por el hecho de que su hidrólisis en glucosa y fructosa se sigue de la liberación de una elevada energía de hidrólisis, que se aprovecharía para la polimerización de la propia molécula de glucosa en glucanos, los cuales tienen un elevado coeficiente de adhesividad. Otros hidratos de carbono con capacidad cariogena son la glucosa y el almidón; este último, cuyas fuentes son los cereales y las legumbres, resulta más perjudicial tras su modificación por los procesos de refinado industrial. Por lo tanto, los alimentos con mayor potencial cariogeno son los que contienen azúcares refinados y sobre todo pegajosos, teniendo en cuenta que la frecuencia de su ingestión es más importante que la cantidad ingerida de una vez.

El asesoramiento dietético apunta a transmitir conocimientos a un individuo o comunidad para el logro de un cambio favorable en sus conductas alimentarias. Cambiarlas es difícil pero se debe educar y detectar los hábitos que dañan y dar alternativas de reemplazo. Dado que el tipo de hidratos de carbono y el tiempo de retención bucal son más importantes que la cantidad consumida, se recomienda:

- Mantener o reducir la frecuencia de consumo a 3 o 4 veces por día.

- Modificar el tipo de azúcares consumidos, tendiendo a seleccionar los menos adhesivos y los que tengan contenido graso
- Evitar las ingestas frecuentes entre comidas, así como la retención de alimentos azucarados en la boca (como mamadera para dormir y/o chupete endulzado).
- Procurar que los carbohidratos sean en forma diluida o acuosa (retención mínima), evitando los azúcares de textura pegajosa o adhesiva.
- Evitar utilizar los caramelos como regalos entre las comidas.
- Las gaseosas o jugos azucarados entre las comidas son una fuente no despreciable de azúcares.
- Reducir la cantidad consumida para evitar el aumento de la población estreptocócica debido al incremento de polisacáridos de reserva.
- Indicar sustitutos tales como Xilitol o edulcorantes no calóricos.
- Ofrecer opciones de alimentos que neutralizan la acidez de los carbohidratos después de ingestas ricas en carbohidratos, como lácteos, quesos o masticar gomas sin azúcar.

Edulcorantes: La indicación de azúcares alternativos como son los edulcorantes como aspartamo, estivía, ciclamato no están aconsejados en niños y adolescentes porque no corrige los hábitos alimenticios incorrectos. Es aconsejable acostumbrarlos a una reducción progresiva de la frecuencia y cantidad de azúcar consumida. Es importante destacar que los hábitos dietéticos familiares son muy difíciles de corregir. El xilitol, sorbitol y manitol son los más utilizados en dulces, chicles, gaseosas, medicamentos, jarabe, pastas dentales, enjuagues.

En resumen: los azúcares y bebidas azucarados deben restringirse en la infancia a las comidas para conseguir una mayor prevención de la caries, evitando sobre todo su ingesta entre las comidas y antes de acostarse.

Se deben tener en cuenta además otras medidas dietéticas como por ejemplo el consumo de los chicles sin azúcar que contienen xilitol y sorbitol tienen propiedades anticaries a través de la producción de saliva. El xilitol es más efectivo por su añadida capacidad antibacteriana. El consumo de chicles sin azúcar puede ser beneficioso para la prevención de la caries, sobre todo, los que contienen xilitol.

Hasta hace unos años, los medicamentos para niños se endulzaban para que fuesen más fáciles de tomar. Sin embargo, no debe despreciarse tampoco este aporte de

azúcar, pues puede ser una fuente añadida iatrógena de caries. Los pediatras deberían prescribir medicamentos sin azúcar cuando sea posible.

Modificación de la morfología dentaria mediante la utilización de selladores de fosas y fisuras:

“El cierre de los hoyos y fisuras de las superficies dentarias por medio de sustancias adhesivas que luego permanecen unidas al esmalte constituyen un procedimiento preventivo y terapéutico de extraordinario valor”.¹⁰

Los selladores de fosas y fisuras constituyen una medida muy eficaz en la prevención de caries. En efecto, los selladores tienen por objeto rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias.

Con respecto a la evidencia de efectividad, se encontró que “los selladores colocados en las superficies oclusales de los molares permanentes en niños y adolescentes redujeron la caries hasta 48 meses en comparación con piezas dentarias en las cuales no se colocó sellador”.¹¹

El factor principal a tener en cuenta para la aplicación del sellador es el diagnóstico del estado de salud de esos hoyos y fisuras que se quieren cerrar. Los selladores están indicados en dientes con morfología oclusal susceptible a la caries (surcos profundos), principalmente en los molares, particularmente en los años inmediatamente después de la erupción, en pacientes con experiencia anterior/actual de caries dentaria, por ser este un factor de riesgo para el surgimiento de nuevas lesiones cariosas; en superficies oclusales sanas (por ser las más vulnerables a la enfermedad caries) o con lesiones no cavitadas en esmalte (por ser la condición más propensa a la progresión del proceso carioso).

Existen otros indicadores sugeridos para la colocación de selladores, como son la presencia de una dieta cariogénica e higiene bucal deficiente, en casos de dientes con macromorfología que propicie mayor acumulo y/o dificultad de remoción de placa, dientes con hipoplasia o defectos de mineralización de esmalte o fracturas del esmalte.

¹⁰ [Barrancos Mooney](#) | [Patricio J. Barrancos](#) Operatoria Dental - Integración Clínica. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 4ª Edición (2006).pag. 657

¹¹ Pediatric Restorative Dentistry Review Council Council on Clinical Affairs Latest Revision 2016. Pag. 331

También pueden colocarse en la cara palatina de incisivos superiores, cuando estos presentan hoyos profundos; para el sellado de márgenes de reconstrucciones con resinas compuestas. “Los selladores también se han empleado para obturar los surcos vecinos a una pequeña restauración de amalgama o composite cuando se deseaba evitar la extensión preventiva en individuos con buenos hábitos higiénicos”.¹²

Los selladores están contraindicados en piezas dentarias con caries clínica detectable (fondo blando y/o caries en dentina).

“Los materiales más utilizados para el sellado de hoyos y fisuras son las resinas aplicadas mediante técnica adhesiva”.¹³ La técnica de aplicación de los selladores de fosas y fisuras a base de resinas fotopolimerizables consiste en:

1. Aislamiento del campo operatorio: Existen varias posibilidades para el aislamiento del campo, aunque pueden resumirse en dos grandes métodos: aislamiento absoluto con clamp y goma dique, o aislamiento relativo con rollos de algodón y uso de eyector. En cualquier caso, este primer paso es fundamental para una correcta técnica de aplicación del sellador, ya que el campo deberá permanecer seco.

2. Limpieza de la superficie oclusal: La finalidad es eliminar restos y placa bacteriana de la superficie del molar. La limpieza puede realizarse con cepillo de profilaxis a baja revolución. Opcionalmente se podrá añadir polvo de piedra pómez. En ningún caso se utilizará pasta de profilaxis, ya que disminuiría la humectabilidad del esmalte, necesaria para que el ácido moje bien la superficie que se va a grabar.

3. Lavado y secado con jeringa de aire seco: Es muy importante que la jeringa funcione bien por lo que se recomienda un chequeo periódico del equipo dental para comprobarlo. Antes de secar se deben de cambiar los rollos de algodón, en el caso en que se esté realizando aislación relativa.

4. Aplicación del ácido: El ácido utilizado es el fosfórico al 37%. Puede utilizarse en solución o en gel. Se aplicará con un pincel. Dejar durante 30 segundos. En caso de

¹² [Barrancos Mooney](#) | [Patricio J. Barrancos](#) Operatoria Dental - Integración Clínica. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 4ª Edición (2006), pag. 657.

¹³ [Barrancos Mooney](#) | [Patricio J. Barrancos](#) Operatoria Dental - Integración Clínica. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 4ª Edición (2006), pag. 657

recurrir al aislamiento relativo, antes de la aplicación del ácido se procederá a la colocación de los rollos de algodón (vestibular en caso de diente superior o vestibular más lingual en caso de inferiores).

5. Lavado del ácido y secado: Pasado el tiempo de grabado, se procederá al lavado abundante con spray de agua aplicado sobre la superficie oclusal. Para evitar que el contacto del ácido con la mucosa favorezca la salivación, se debe aspirar la mayor parte del ácido antes de lavar. La duración del lavado se suele estimar en 15 segundos, aunque puede ser menos si eliminamos adecuadamente el ácido. Si el sistema de aspiración no es lo suficientemente potente para evitar el acúmulo de líquidos en la boca, se puede interrumpir el lavado las veces que se considere oportuno, para continuar lavando una vez sea aspirado el exceso de líquido. Si estamos en aislamiento relativo, proceder al recambio de los rollos de algodón en este momento, teniendo mucho cuidado de que no se produzca una contaminación salival en el diente grabado. Secar durante 30 segundos con aire seco o bien menos tiempo, si se alcanza un adecuado patrón de grabado. Comprobar que la zona grabada ha adquirido un color "blanco tiza".

6. Aplicar el sellador en todos los surcos y fisuras teniendo cuidado de que no queden atrapadas burbujas de aire debajo del mismo. Ayudarse para ello con el explorador.

7. Polimerización con la lámpara de luz halógena durante 30 segundos. Proteger la visión del paciente (que cierre los ojos) y la del operador (gafas de protección o pantalla filtro)

8. Evaluación del sellador: Con un explorador se comprobará que el sellador ha quedado bien retenido y que no existen zonas con déficit de material o burbujas. Esto se realizará intentando "despegar" el sellador.

9. Retirar el aislamiento y comprobar la oclusión con papel de articular. En caso de interferencia retirar el material sobrante con fresa redonda, pequeña y a baja revolución.

Posteriormente, en cada control de salud del paciente (generalmente cada 6 meses), habrá que comprobar si existe una pérdida parcial o total del material aplicado. En caso de pérdida parcial proceder se removerá el sellador restante con fresa redonda, pequeña y a baja velocidad hasta llegar a un límite aceptable entre sellador y esmalte y se procederá a colocar nuevamente el sellador.

“La retención del sellador es variable y depende de varios factores: profundidad de los surcos, técnica utilizada, tipo de material, atrición, etc. Se la puede estimar en un promedio de cuatro a seis años.”¹⁴

Las recomendaciones a tener en cuenta son las siguientes:

La colocación de sellados de fosas y fisuras en molares permanentes en niños y adolescentes es un método efectivo para la reducción de la caries.

Los sellados no deben colocarse en dientes parcialmente erupcionados o con lesiones de caries cavitadas o dentinarias.

La indicación de su colocación debe basarse en el riesgo de caries del paciente.

Los sellados aplicados en superficies con lesiones incipientes de caries y no cavitadas pueden inhibir la progresión de la lesión, pero precisa un cuidadoso diagnóstico.

La técnica para la colocación del sellado incluye una limpieza de la superficie y un buen aislamiento del campo operatorio.

Es fundamental una monitorización y un mantenimiento periódico para garantizar la efectividad del sellado.

La aplicación de los sellados debe ser considerada como una medida complementaria dentro de la estrategia de prevención que incluirá otras actuaciones como la educación dental, el control de dieta, la aplicación de flúor, higiene oral y visitas periódicas semestrales con el odontopediatra.

Tratamiento de las lesiones activas de caries mediante la inactivación de caries.

El tratamiento de las lesiones activas debe efectuarse en la dentición temporaria y en la permanente, ya que se reduce la colonización bacteriana y el riesgo de destrucción para los dientes sanos. La rápida formación de nuevas caries o la destrucción acelerada de piezas ya dañadas obliga a controles más frecuentes de los niños por parte del odontopediatra.

¹⁴ [Barrancos Mooney](#) | [Patricio J. Barrancos](#) Operatoria Dental - Integración Clínica. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 4ª Edición (2006). Pag 657

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA DE INNOVACIÓN:

El programa se encuentra diseñado en base a actividades destinadas tanto a los niños como a los padres y al personal que trabaja en las escuelas rurales del área programática del CAPS Dardo Decima de la ciudad de Las Flores, incluyendo el centro de promoción comunitaria Amparo Materno Infantil.

La metodología que se propone para integrar la salud bucodental dentro de la institución educativa con la que se pretende trabajar, se podría resumir en:

Partir de lo que los niños y las familias saben, teniendo en cuenta las concepciones que tienen sobre los distintos aspectos de salud bucodental y hacer evolucionar esas concepciones; es decir ayudarlos a reflexionar y promover cambios, ya que muchos padres transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, perjudiciales para el niño.

Trabajar a partir de problemas reales, en este caso de salud bucodental, realizando aprendizajes funcionales, que puedan aplicarse a la vida de los niños y tengan difusión en su medio social.

Facilitar el aprendizaje de los niños en interacción con sus pares, con sus familias, con los profesionales de la zona. Haciéndolos protagonistas y trabajando con los maestros como mediadores de los aprendizajes. De esta manera fomentar la autonomía tanto de los niños como de sus familias.

Se realizaran las siguientes actividades:

- Talleres y charlas de educación para la salud bucal para todos los niños y jóvenes que concurren a las escuelas y al Amparo Materno Infantil
- Topicación con FFA.
- Talleres para padres y personal que trabaja en las escuelas y en el Amparo Materno Infantil. (incluyendo coordinadora, trabajadora social, docente de primaria y auxiliar, docente de guardería y auxiliar, cocinero, ayudante de cocina y limpieza.).
- Creación de un grupo de whats app con padres, docentes, personal no docente y equipo de trabajo del CAPS. Con el objetivo de mantener un diálogo constante y fomentar el trabajo colaborativo y en equipo. El

nombre del grupo será, “Todos informados, niños sanos”. Se utilizará para recordar las fechas de los talleres y/o charlas, para enviar textos o diferente tipo de información sobre salud bucal, y para que cada uno pueda expresar sus dudas y recomendaciones a todos los miembros del grupo.

- Creación de un perfil de instagram y de facebook con los niños y jóvenes, con el objetivo de publicar información referida a la salud bucal y de subir los folletos digitales que se vayan creando en los talleres.

La secuencia y el orden de actividades a realizar son las que se detallan a continuación:

- Habrá un *primer encuentro del equipo de trabajo del CAPS* (1 odontopediatra, 2 psicólogas, 1 personal administrativo), con los niños, padres y personal de las escuelas y del Amparo Materno Infantil, con el objetivo de:

- a) Presentarnos como equipo de trabajo y contarles las actividades que vamos a llevar adelante.
- b) Conocer sus inquietudes con respecto a los problemas de salud bucodental
- c) Integrarlos a nuestro equipo de trabajo con el fin de formar promotores de salud escolar.
- d) Entregar a los padres un cuestionario para completar, el cual será evaluado posteriormente por el equipo de salud y servirá para conocer los conocimientos previos de cada familia en cuanto al cuidado de la salud bucal. (ANEXO 2)

- En un *segundo encuentro* se llevará a cabo la *visita de la odontopediatra y personal administrativo del quipo de trabajo del CAPS*, a las escuelas y al Amparo Materno Infantil, con el objetivo de realizar un *diagnóstico Inicial de la salud bucal de los niños y jóvenes*. Se completará la ficha odontológica utilizada por el servicio de odontología del municipio de Las Flores. Esto permitirá que los niños y jóvenes que necesiten atención odontológica sean derivados inmediatamente al CAPS Dardo Decima, donde se destinaran tres turnos diarios para el programa, a partir del mes de junio de 2020. Se espera cubrir la mayor demanda posible de la necesidad de atención que surja de dicha evaluación. En ese mismo encuentro se *entregará un cepillo dental* a cada niño y 10 cepilleros a la coordinadora. Teniendo en cuenta que todos desayunan en las escuelas y en el Amparo; el objeto de entregar cepillos y cepilleros es que

incorporen el hábito del cepillado diario, luego de cada comida. Antes de finalizar la visita de éste segundo encuentro, se realizará una *topicación con FFA 1,23 % ph 3,5* durante 4 minutos, con los cepillos entregados previamente. Dicha topicación se llevará a cabo de forma grupal, los niños se distribuirán en varias rondas en el patio del lugar, cada ronda coordinada por un adulto.

- En los *encuentros posteriores* se realizarán los *Talleres Educativos* por parte del equipo de trabajo del CAPS, destinado a *padres y personal*. De 1 hora de duración, cada dos meses. (6 talleres en el año). Lugar: SUM del Amparo Materno Infantil. Días a confirmar.

- *Charlas de educación para la salud bucal* por parte del equipo de trabajo del CAPS, para *niños y jóvenes* de las escuelas y del Amparo. De 1 hora de duración, cada dos meses. (6 talleres en el año) Lugar: SUM del Amparo Materno Infantil. Días: martes a la tarde y jueves a la mañana.

- *Talleres Educativos* por parte del equipo de trabajo del CAPS, destinado a *niños y jóvenes* de las escuelas y del Amparo. De 1 hora de duración, cada dos meses. (6 talleres en el año). Lugar: SUM del Amparo Materno Infantil. Días a confirmar.

-Finalmente se programará la *segunda visita de la odontopediatra* y personal administrativo del equipo de trabajo del CAPS, a las escuelas y al Amparo Materno Infantil, luego de finalizadas las charlas y talleres programados durante el año. El objetivo será realizar un *nuevo fichado odontológico* de cada niño para poder compararlo con el fichado inicial, realizado al comienzo del programa. Se espera tener un menor índice de caries (principal afección de la boca) y conservar los arreglos que se realicen por la odontopediatra a partir del diagnóstico inicial al comienzo del programa.

Se trabajará con una matrícula de 120 niños, entre 2 y 14 años, divididos en turnos mañana- tarde; y con un grupo de 49 adultos (40 padres- 9 personal de trabajo de la institución). El programa se desarrollará durante todo el ciclo lectivo del año 2020.

Los temas sobre los que se trabajará, en los talleres y charlas, son los que se desglosan a continuación:

1. Importancia de la salud bucal.
2. Etiología y proceso de la caries dental.
3. Hábitos perniciosos y maloclusiones dentarias
4. Técnicas de higiene bucal.
5. Hábitos alimenticios y salud integral.

6. Utilidad de las TICS para la orientación en torno a la salud bucal infantil.

Estos talleres y charlas tienen como objeto lograr que los destinatarios de los mismos conozcan la importancia de los buenos hábitos de higiene y alimentación para prevenir la caries dental y otras enfermedades bucodentales, fomentando la enseñanza y práctica de buenos hábitos higiénicos y alimenticios. Generar agentes multiplicadores de salud y poder de esta manera reducir el riesgo de caries dental en los niños/as.

En los ANEXOS N° 3, 4, 5 Y 6 se desglosan los temas a tratar en las charlas con los niños; con los padres-personal de la institución; los talleres para trabajar con los padres y los talleres a realizar con los niños.

ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN:

El sistema de evaluación está dividido en cuatro momentos; la evaluación ex ante, efectuada antes de ejecutar el proyecto; evaluación del proceso, efectuada durante la ejecución del proyecto; evaluación de resultados, que tiene lugar al finalizar el proyecto; y evaluación de impacto que también se realiza después de concluido el proyecto pero requiere de un tiempo mucho mayor.

Evaluación ex ante: fue realizada previamente a la realización del proyecto, con la intención de conocer la realidad del área programática y priorizar junto a la comunidad un problema a trabajar, que sea viable y factible de abordar. En este momento se priorizó el problema (elevada prevalencia de enfermedades bucodentales en la población infantojuvenil del área programática del C.A.P.S Dardo Decima de la ciudad de Las Flores.), que dio lugar a la planificación de este proyecto.

Evaluación del proceso: Esta evaluación será realizada durante la ejecución del proyecto. La modalidad de la misma será de forma mensual; cualitativamente mediante cuestionarios que evaluarán las actividades desarrolladas y la práctica del equipo. Cuantitativamente será evaluado mediante el cuadro que se muestra en el (ANEXO 7), donde se consignan la realización o no de las actividades, la participación de la comunidad (padres y personal) y del equipo de trabajo del CAPS; y el desarrollo de la propuesta.

Evaluación de resultados: Para evaluar la prevalencia de caries al inicio y al final de la implementación del programa, se realizará el siguiente indicador: N° total de niños

fichados/ N° total de niños que presentan caries dental. Comparando ambos indicadores podremos comparar los resultados obtenidos con la implementación del programa.

Para la evaluación de las actividades, se utilizara como medida de frecuencia, el porcentaje de actividades realizadas en los plazos fijados. Al finalizar el proyecto se consideraran las evaluaciones del proceso realizadas a fin de lograr un análisis sistemático e integrado de la información.

Evaluación del impacto: Tiene como objetivo evaluar el impacto que ha tenido en la comunidad la puesta en marcha de este proyecto. Se realizara a largo plazo y luego de finalizado y evaluado los resultados del proyecto.

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA:

Actividades a realizar	Tiempos	Objetivos
Selección del tema.	1 semana	Decidir tema a trabajar entre todos los temas propuestos. Realizar las indagaciones preliminares, para ir acotando el campo de interés. Teniendo en cuenta sobre todo mi interés personal.
Optar entre realizar un trabajo de investigación o uno de intervención. Y determinar el problema a trabajar.	2 semanas	Definir aquella cuestión susceptible de ser abordada de un modo sistemático. Teniendo en cuenta los objetivos que me voy a proponer, la justificación y la factibilidad de poder realizarlo.
Búsqueda, recolección de datos estadísticos, análisis de los datos recolectados., y determinación del problema prioritario.	2 meses	Decidir del problema a abordar según interés personal, datos recolectados sobre la situación de salud del área programática donde pretendo trabajar, y teniendo en cuenta la viabilidad de poder resolverlo.
Determinación de los objetivos, la justificación y factibilidad de llevar a cabo el proyecto.	3 semanas	Mostrar qué es lo que pretendo intervenir. Desarrollar una adecuada justificación de los objetivos del problema escogido y la utilidad que tendrá el desarrollo del proyecto. Pensar cuales son las posibilidades reales para abordar el problema con éxito.

Búsqueda exhaustiva de bibliografía pertinente.	1 mes	Seleccionar la bibliografía relacionada con el tema de interés.
Lectura de información bibliográfica	2 meses	Ampliar el campo de conocimiento sobre todo los temas relacionados al problema prioritario, a los objetivos que planteo abordar y a la propuesta que quiero implementar.
Preparación del marco teórico	1 mes	Redactar por escrito, de forma ordenada y coherente la información leída y seleccionada, y combinar con los datos recolectados sobre la situación de salud del área programática donde pretendo trabajar.
Confección de actividades a realizar en la institución seleccionada para llevar a cabo el proyecto.	1 mes	Armar un cronograma de actividades, teniendo en cuenta el personal disponible del equipo de trabajo del CAPS, los destinatarios del programa, el espacio físico con el que cuento, los recursos materiales, el tiempo
Supervisión por parte de la Directora de TIF de las diferentes etapas del trabajo.	Desde el inicio.	Corregir y modificar las diferentes etapas del plan.
Confección por parte de la Directora del TIF de las notas correspondientes y su curriculum vitae.	2 días	Formalizar la entrega del Plan de TIF.
Viaje a la Ciudad de La Plata	2 días	Entregar el plan de TIF para su evaluación.

BIBLIOGRAFÍA:

- Argentina Ministerio de Salud*. Módulo 4. Herramientas para la planificación y programación local. 2ª. ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, (2007).
- Barrancos Mooney | Patricio J. Barrancos Operatoria Dental - Integración Clínica. Capítulo 18: Cariología. Capítulo 30: Tratamiento de lesiones incipientes: Operatoria mínimamente invasiva. 4ª edición. Editorial Médica Panamericana 4ª Edición Buenos Aires, (2006).
- Bordoni Noemí, Escobar Alfonso, Castillo Mercado Ramón. Odontología Pediátrica, La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, (2010).
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 17-21 de noviembre de 1986 Ottawa (Ontario) Canadá. Bajado de la red desde: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Colombo Yolanda A. La salud bucal en la escuela. Manual para la formación de agentes multiplicadores de salud. Federación Odontológica de la Prov. de Bs As.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. TIC y salud: promesas y desafíos para la inclusión social. [Artículo en línea]. Newsletter eLAC; 12: 2-3. Descargado de la red desde: <http://www.cepal.org/socinfo/noticias/paginas/3/44733/newsletter12.pdf>. (2010).
- Conferencia internacional sobre atención primaria de salud alma-ata, urss, 6-12 de septiembre de 1978. Descargado de la red desde: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

- Cuenca Sala E.; Manau Navarro C.; Serra Majem L.; Odontología Preventiva y Comunitaria. 2º Edición. Barcelona. Ediciones Masson. Capitulo 1: Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología. Capitulo 17: Estrategias para la promoción y educación de la salud oral, (1999).

- Di Leo, P. La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. [Artículo en línea]. Salud colectiva; Descargado de la red desde: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652009000300006. (2009)

- Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390(10100):1211-1259. GBD (2016)

- Higashida H, B, Ciencias de la salud, 7º edición, Mc Graw Hill, Descargado de la red desde: <https://es.slideshare.net/carocuadras19/odontologiapreventiva-5243065> (2008).

- Lemus, Jorge Daniel. Salud pública, epidemiología y atención primaria de salud. Buenos aires. C.I.D.E.S. - Organización Mundial de la Salud*. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra; OMS; 2004. xvi, Descargado de la red desde: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1 (2005).

- Pediatric Restorative Dentistry Review Council Council on Clinical Affairs Pag. 331 Latest Revision (2016).

- Pinkham, J. R. Odontología pediátrica. 2ª. ed. México: Interamericana. (1994)

- PRECONC, Programa de Educación Continua odontológica no Convencional. Curso. Odontología preventiva; Módulo 3: Medidas y programas preventivos. Washington: OPS. Descargado de la red desde: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173967/1/Curso%20I%20Odontologia%20preventiva.%20Modulo%203%20Medidas%20y%20programas%20preventivos.pdf> (1992)

- PRECONC, Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional. Curso. Odontología Preventiva: Módulo 1. Diagnóstico y educación para la salud. 2ª ed. Washington: OPS. (1993).

- Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Descargado de la red desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf (1998)

- Rossetti, Hugo. Salud para la odontología. s.l.: Hugo Rossetti. (1995).

- Varela, Margarita. Problemas bucodentales en pediatría. Madrid: Ergon. (1999).

- World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Published (2010). Accessed 15 February, (2018).

- World Health Organization. World Oral Health Report 2003. Published (2003).

ANEXOS:

ANEXO 1: Priorización de problema prioritario

HERRAMIENTA PARA LA PRIORIZACION DE PROBLEMAS		
Criterio	Indice	Escala
¿Cuál es la magnitud de las consecuencias sanitarias que genera este problema?	Gravedad	1 Leve 2 Moderado 3 Grave
¿Qué tan frecuente es el problema?	Frecuencia	1 Insólito 2 Esporádico 3 Habitual
¿Cuál es el interés / percepción de la comunidad en el problema?	Valoración Social	1 Desinteresados / poca visibilidad 2 Interesado 3 Muy Interesado
¿Qué posibilidades hay de resolver el problema?	Factibilidad	
Económico Financiero		1 Implica alto costo 2 Intermedio 3 Implica bajos costos
Complejidad de Resolución		1 Difícil resolución 2 Media 3 Fácil resolución

N° Orden	Problemas	Indice de gravedad (IG)	Indice de frecuencia (IF)	Indice de valoración social (IVS)	Indice de factibilidad (IFA)		Indice priorización de problemas (IPP)
					(EF) económico financiero	(C) complejidad	
3	Habito Pernicioso	2	2	1	2	3	10
2	Mal oclusión	2	3	3	1	2	11
1	Caries	3	3	3	2	2	13
4	Pacientes sin cobertura social	2	3	2	1	1	9

ANEXO N° 2: Cuestionario para primer encuentro con los padres

Item	Enunciado	Si	No
1	¿Sabe que es la caries dental?		
2	¿Cree que la caries dental es hereditaria?		
3	¿Cree que la caries dental se transmite de una persona a otra?		
4	¿Reconoce cuando un diente tiene caries?		
5	¿Conoce que es la placa dental?		
6	¿Sabe cómo se forman las caries?		
7	¿Conoce las consecuencias de la caries dental?		
8	¿Ha recibido información sobre las consecuencias de las caries en el organismo?		
9	¿Sus hijos comen golosinas todos los días?		
10	¿Sabe que alimentos debería comer para evitar que aparezcan caries?		
11	¿Se cepilla después de cada comida?		
12	¿Cepilla los dientes a sus hijos después de cada comida?		
13	¿Conoce la técnica de cepillado dental?		
14	¿Usa hilo dental todos los días?		
15	¿Cepilla a los niños los dientes todas las noches antes de acostarse?		
16	¿Está interesado en aprender cómo cuidar la boca de si hijo?		

ANEXO N° 3: Temas a tratar en charlas de educación para la salud bucal con niños:

- La importancia de los dientes.
- La anatomía y erupción dentaria.
- La placa bacteriana.
- Los factores de riesgo de la caries dental.
- La prevención de la caries dental.
- El flúor y sus beneficios en la Salud Bucal.
- Los factores de riesgo de la enfermedad periodontal.
- La prevención de la enfermedad periodontal.
- La importancia de los hábitos higiénicos y dietéticos.
- Los medios de higiene bucodental (cepillo de dientes, pasta dental fluorada, seda dental).
- La importancia de la visita al dentista.

ANEXO N° 4: Actividades a realizar en los talleres con los niños:

- Proyección de videos sobre dientes.
- Comparar dibujos de dientes sanos y dañados.
- Colorear los dientes dañados.
- Colorear los alimentos sanos de color verde y los alimentos dañinos de color rojo.
- Encontrar el camino hacía el cepillo. (juego)
- Realizar prácticas de cepillado sobre modelo.
- Charlas participativas.
- Proyección de videos sobre higiene bucodental.
- Recortar de revistas los alimentos malos para los dientes.
- Realizar prácticas de cepillado.
- Conocer el número de dientes y su función. Saberlos localizar.
- Realización de murales sobre los alimentos dañinos y beneficiosos.
- Confección entre todos de un folleto de prevención de la salud bucal para repartir en el barrio y en el CAPS.

- confección de carteles digitales para publicar en redes sociales como instagram, o facebook.

ANEXO 5°: Temas a tratar en charlas de educación para la salud bucal para padres y personal.

- Importancia de la higiene bucal diaria.
- Técnicas de cepillado dental.
- Asesoramiento dietético.
- Importancia de los controles de salud bucodental.
- Como actuar en casos de traumatismos bucales.
- Importancia del control de hábitos perniciosos (succión digital, uso de chupete y mamadera después de los 2 años de edad).
- Importancia de las topicaciones con flúor.

ANEXO 6°: Actividades a realizar en los 6 talleres para padres.

Taller N° 1 Sensibilizar a los participantes en torno a la importancia de la salud bucal.

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Responsables
Presentación del equipo de salud y participantes	Rompe- hielo	5 min	Humanos: participantes. odontopediatra Materiales: Macromodelo Notebook Proyector Parlantes Lápices Libretas Video sobre la salud bucal en la primera infancia	Equipo de salud del CAPS Personal del las escuelas y Amparo materno infantil
Morfología dental. Tipos de dentición	Charla expositiva con ayuda de recurso visual.	10 min		
Mitos y verdades en cuanto a la higiene bucal en el niño	Proyección de video educativo	6 min		
Intercambio grupal sobre el contenido del taller.	Lluvia de ideas	39 min		

Taller N° 2: Etiología y proceso de caries dental, gingivitis y periodontitis

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Responsables
Etiología de la caries dental. Como se forma. Gingivitis y periodontitis, que es como se produce.	Charla expositiva con ayuda de recurso visual.	15 min	Humanos: participantes. odontopediatra	Equipo de salud del CAPS Personal de las escuelas y Amparo materno infantil
Consecuencias de la caries dental. Consecuencias de gingivitis y periodontitis.	Proyección de video educativo	15 min	Materiales: Afiche y video sobre el proceso de formación de caries, gingivitis y enfermedad periodontal	
Elaboración y discusión de opiniones en torno al contenido del taller	Mesa de trabajo	30 min	Notebook Proyector Parlantes Lápices Libretas Video sobre la salud bucal.	

Taller N° 3: Hábitos perniciosos y maloclusiones dentarias

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Responsables
Tipos y uso de chupete y mamadera. Succión digital y sus consecuencias. Las maloclusiones. Que son. Que hacer.	Charla expositiva con ayuda de recurso audiovisual.	30 min	Humanos: participantes. odontopediatra Materiales: Afiches y láminas sobre hábitos y alteraciones oclusales. Notebook Proyector Parlantes Lápices Libretas Video maloclusiones y hábitos en la infancia.	Equipo de salud del CAPS Personal del las escuelas y Amparo materno infantil
Discusión y opiniones sobre el tema.	Mesa de trabajo	15 min		

Taller N° 4: Técnicas correctas de higiene bucal

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Responsables
Técnicas correctas de higiene bucal Cepillado dental hilo dental Tcas de higiene dental desde los primeros meses de vida del bebe Importancia de ayudar a los	Charla expositiva con ayuda de recurso visual. Demostración práctica	5 min 30 min	Humanos: participantes. odontopediatra Materiales: Macromodelo y cepillo Afiches tcas. de cepillado Videos tca. cepillado y uso	Equipo de salud del CAPS Personal del las escuelas y Amparo materno infantil

niños en su aprendizaje en las tcas. De higiene oral. Intercambio de prácticas de uso personal y en los niños de dispositivos de higiene bucal	Lluvia de ideas	25 min	hilo dental Notebook Proyector Parlantes Lápices Libretas Video sobre la salud bucal.	
---	-----------------	--------	---	--

Taller N°5: Importancia de los hábitos alimenticios para preservar la salud bucal e integral

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Responsables
Alimentos cariogénicos	Charla expositiva con ayuda de recurso visual.	10 min	Humanos: participantes. odontopediatra	Equipo de salud del CAPS
La dieta y su influencia en la salud general y de los dientes.	Proyección de video educativo	5 min	Materiales: Afiches alimentos cariogénicos Videos alimentación saludable. Notebook Proyector Parlantes Lápices Libretas Video sobre la salud bucal.	Personal del las escuelas y Amparo materno infantil
Elaboración grupal de un folleto para entregar en las escuelas sobre alimentos saludables y no saludables	Demostración práctica	45 min		

Taller 6: Utilidad de las Tecnologías de la información y de la comunicación para aclarar dudas en cuanto a la salud bucodental de sus hijos.

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Responsables
Las TIC y la salud bucal e integral. Blogs de salud en internet	Charla expositiva con ayuda de recurso audiovisual.	10 min	Humanos: participantes. odontopediatra	Equipo de salud del CAPS
Como resolver dudas y consultas sobre salud bucal	Conexión a páginas de internet de orientación en salud. Búsqueda de información.	25min	Materiales: Afiches Videos Notebook Conexión a internet Proyector Parlantes Lápices Libretas Internet	Personal del las escuelas y Amparo materno infantil
Intercambio sobre las informaciones buscadas, observar si hay coincidencias, fuentes confiables, etc intercambio de opiniones y creación de grupo de whats app.	Demostración práctica y mesa de debate	25 min		

ANEXO N° 7: Evaluación

Evaluación mensual del proceso

Fecha	Actividad Realizada	Número de participantes de la comunidad	Número participantes de Equipo de salud	Desarrollo del contenido pautado (SI/NO)	Observaciones

Evaluación cualitativa grupal de actividades mensuales práctica del equipo

El siguiente cuestionario será completado por el equipo de salud en reunión mensual.

1. ¿Consideran que los objetivos específicos de cada actividad fueron alcanzados?
2. ¿Qué percepción tiene acerca de la asistencia y participación de la comunidad en las actividades?
3. ¿Qué percepción tiene acerca de la asistencia y participación de los responsables en la actividad realizada?
4. ¿Fue alcanzado el contenido propuesto?
5. ¿Surgieron nuevos tópicos a trabajar?
6. En cuanto a la organización del equipo ¿fue la más apropiada?
7. Las personas del equipo ¿cumplieron oportunamente sus compromisos?
8. ¿Cómo se sintió cada miembro del equipo con las tareas de las que fue responsable?
9. ¿Qué dificultades se presentaron en el equipo durante la ejecución del proyecto?
10. ¿La formación del equipo y sus características vinculares es funcional para la ejecución del proyecto?

CONCLUSIÓN:

Con la implementación de este proyecto se espera disminuir la situación de inequidad en salud bucal en las que se encuentran los niños y jóvenes del área programática del CAPS Dardo Decima y las consecuencias que estas generan.

Para esto se tiene en consideración la educación y la promoción de la salud, cuyo objetivo es capacitar a los individuos para que incrementen su poder de decisión, al brindarles las herramientas que les permitan conocer sus posibilidades y sus limitaciones en cuanto a los riesgos de enfermarse.

En la salud en general y en la odontología en particular, existen hechos que nos pueden alertar sobre la posibilidad de que un individuo enferme. En este campo, los docentes o agentes multiplicadores en contactos con niños y jóvenes, deben estar informados para la detección precoz de los factores que pueden desencadenar una patología determinada en el futuro.

La escuela es un lugar en el cual los niños pueden aprender a tomar decisiones y reconocer las consecuencias de las decisiones que ellos mismos toman. El personal que trabaja tanto en las escuelas rurales del área programática del CAPS, como en el Amparo Materno Infantil, muestra compromiso y apertura hacia la comunidad, que serán aprovechados como oportunidad para poder implementar las acciones que se desean llevar a cabo en dichas instituciones, desde donde se podrán ofrecer y promover conductas saludables, procurando crear una responsabilidad individual y colectiva en el autocuidado de la salud bucal.