



Universidad  
Nacional  
de Córdoba



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**“EVALUACION DEL IMPACTO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA  
SALUD BUCAL DE NIÑOS CONCURRENTES A GUARDERIA DE  
ZONAS MARGINALES DE LA CIUDAD DE CORDOBA”**

TESISTA:

**OD. MARÍA MAGDALENA GALLIANO DE BOLESINA**

DIRECTOR:

**PROF. DR. SUSANA DORRONSORO**

**CÓRDOBA, 2005**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**ESCUELA DE GRADUADOS**



2005

***“EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL  
EQUIPO DE SALUD SOBRE LA SALUD  
BUCAL DE NIÑOS CONCURRENTES A  
GUARDERÍAS DE ZONAS  
MARGINALES DE LA CIUDAD DE  
CÓRDOBA”***

**Trabajo de Tesis**

**Od. María Magdalena Galliano de Bolesina.**

**Directora: Dra. Susana Dorronsoro**

**2005**

# Tribunal

(Res. Del Honorable Consejo Directivo 110/2001)

Dra. Perla Krupnik de Hidalgo

Dra. Elba Luna de Yanquilevich †

Dr. Gustavo G. Serra

Dra. Zunilda Minetti de Méndez

(Resolución 272/03)



*"Lo difícil  
ya está hecho.  
Lo imposible  
dentro de poco"  
Anónimo*

# **DEDICATORIA**



## **Dedicatorias**

- A la Inmaculada Madre del Divino Corazón Eucarístico de Jesús y a su castísimo Esposo San José, quienes en ningún momento dejaron de acompañarme para la concreción de este trabajo.
- A mis padres, humildes trabajadores; Mamá, que con el valor de su esfuerzo supo inculcarnos que los caminos de Dios son amplios y que debemos caminarlos con seguridad del brazo de Cristo. Mi padre, que con su tenacidad nos enseñó que el trabajo no solo dignifica al hombre sino que también a través de él estamos al servicio de los demás.
- A mi esposo, Jorge, compañero de tantos años, por su gran amor y apoyo incondicional para crecer sin reclamos.
- A mis hijos, María Soledad y Nicolás, grandes colaboradores, por ser la luz en mi vida y mi esperanza en el futuro.
- A mis hermanos, porque cada uno me impulsó con su afecto.

# **AGRADECIMIENTOS**



## **Agradecimientos**

- A la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba por la formación que me dió y sigue dándome.
- Al Señor Decano de la Facultad de Odontología, Dr. Nazario Kuyumllian, por haber permitido la concreción de éste trabajo extramuros.
- A la Dra. Susana Dorronsoro, por haberme guiado en la realización de esta investigación, brindándome su constante apoyo, acompañándome en el camino de la perseverancia y ayudándome a la superación permanente.
- A los integrantes de la Comisión Asesora, Dra. Perla Krupnick de Hidalgo, Dra. Zunilda Minetti de Mendez y Dr. Gustavo Serra, quienes con el aporte de su valiosa experiencia me guiaron hasta la culminación de ésta investigación.
- Un recuerdo muy especial para la Dra. Elva Rosa Luna de Yanckilevich, por las sugerencias aportadas durante el desarrollo de este trabajo.
- A la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba y, a través de ella, a mis compañeros de Equipo del Centro de Salud de Villa 9 de Julio, por su aporte crítico y valiosa asistencia en la organización del proyecto que posibilitó la realización interdisciplinaria del mismo.
- Al personal Docente y auxiliares de los C.D.I. "Colorín-Colorado" y "Travesuras" por el entusiasmo con que acompañaron su concreción.
- A la Licenciada Mima Moncunill de Chaer, Dra. Esther Sánchez Dagum de Sica y a la colega Jorgelina Ulloque por las valiosas sugerencias con que contribuyeron a esta investigación.
- A las queridas colegas Silvia Mina y Silvia Sorockin que me acompañaron desde el comienzo con su estímulo, sus atinados consejos y su permanente amistad.
- A los jóvenes odontólogos que colaboraron desinteresadamente en la realización de esta propuesta.



- A los padres y niños participantes del estudio, que mediante su consentimiento e interés permitieron su desarrollo.
- A mis compañeras de la Cátedra de Odontopediatría por su constante apoyo y colaboración.
- A mis amigos por compartir mi alegría.
- A todas aquellas personas que de alguna manera colaboraron en la concreción de esta tesis...

Gracias

# **CERTIFICACIONES**

# **“AUTORIZACIONES”**

**CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE  
“VILLA 9 DE JULIO”**

**C.D.I. “COLORÍN COLORADO”**

**C.D.I. “TRAVESURAS”**

Cdes. 34.17. 9 de julio

Córdoba, 18 de abril de 2001

**A la Sra. Jefa del Centro de  
Atención Primaria Nro. 34 de Villa  
9 de Julio**



Dra. Susana Risso de King:

Solicito autorización, y por su intermedio ante quien corresponda, para realizar el trabajo de tesis Doctoral titulado "Estudio Comparativo de la Implementación de Acciones Preventivas y de Promoción de la Salud Bucal en Niños de Guarderías Maternales de Zonas Marginales de la Ciudad de Córdoba".

El motivo de esta propuesta se relaciona con la experiencia de trabajo realizada en ese centro durante veintidós años y en razón de tratarse de un equipo de salud consolidado que aborda la problemática interdisciplinariamente, es que siento la necesidad de llevar a cabo este estudio de investigación, a los fines de dar una respuesta sobre la salud de niños de zonas marginales de la ciudad. Esperando una respuesta favorable a mi pedido

La saludo con todo respeto

María Magdalena Galliano de Bolesina

Córdoba, 19 de abril de 2001

Pase a la Dirección de Atención de la Salud para su consideración, con la recomendación que se dé curso favorable al presente pedido por la importancia de este estudio para la comunidad asistida en este Centro de Salud.

Susana Risso de King



D. Salud  
25/4/01

DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD			
MESA DE ENTRADAS			
E N T R O	FECHA	HORA	FIRMA
	20/04/01	9:15	<i>[Signature]</i>

Con el presente a los señores  
 al Sr. Director y por su intermedio a quien  
 corresponde

*[Signature]*

Dr. MARCELO BUTELER AGUIAR  
 JEFE ZONAL - M.P. 8394  
 DIRECCION ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

*[Signature]*  
 Dr. HECTOR ALFONSO QUINZIO  
 DIRECTOR  
 DIRECCION ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD







CORDOBA, 02 de Mayo de 2001.

**DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD**

**PASE AL CENTRO DE SALUD N° 34,**  
autorizando lo solicitado por nota con fecha 18 de Abril, mediante la cual solicita autorización la Sra. María Magdalena Galliano de Bolesina para realizar tesis Doctoral: Estudio Comparativo de la Implementación de Acciones Preventivas y de Promoción de la Salud Bucal en Niños de Guarderías Maternales de Zonas Marginales de la Ciudad de Córdoba.

HAQ/cg.-



*[Handwritten Signature]*  
Dr. RENATO ALONSO QUINZIO  
DIRECTOR  
DIRECCION ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Córdoba, 16 de abril de 2001

**A la Sra. Directora del CDI  
"Colorín Colorado" de Villa 9 de Julio**

Sra. SUAREZ ROSANA

Me dirijo a ud. a los efectos de solicitarle autorización para realizar el trabajo de tesis Doctoral titulado "Estudio comparativo de la implementación de acciones preventivas y de promoción de la salud bucal en niños de guarderías maternas de zonas marginales de la ciudad de Córdoba".

El motivo de la propuesta es colaborar en la promoción y preservación de la salud bucal de los niños de zonas marginales concurrentes a dicho CDI.

Esperando una respuesta favorable a mi pedido

Saludo atentamente

María Magdalena Galliano de Bolesina



Prof. ROSANA SUAREZ  
Coordinadora  
Dirección de Desarrollo Humano  
Municipalidad de Córdoba

Córdoba, 16 de abril de 2001

**A la Sra. Directora del CDI  
"Travesuras" de Villa Allende Parque**

Sra. Adriana Díaz del Río

Me dirijo a ud. a los efectos de solicitarle autorización para realizar el trabajo de tesis Doctoral titulado "Estudio comparativo de la implementación de acciones preventivas y de promoción de la salud bucal en niños de guarderías maternas de zonas marginales de la ciudad de Córdoba".

El motivo de la propuesta es colaborar en la promoción y preservación de la salud bucal de los niños de zonas marginales concurrentes a dicho CDI.

Esperando una respuesta favorable a mi pedido

Saludo atentamente



María Magdalena Galliano de Bolesina



Lic. ADRIANA DIAZ del RIO  
Coordinadora  
Dirección de desarrollo Humano  
Municipalidad de Córdoba

Córdoba, 25 de abril del 2001.



# ÍNDICE





## ÍNDICE

<b>I- INTRODUCCION.....</b>	<b>01</b>
<b>II- OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
<b>III- MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>31</b>
<b>IV- RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
<b>V- DISCUSION.....</b>	<b>100</b>
<b>VI- CONCLUSIONES.....</b>	<b>114</b>
<b>VII- RESUMEN.....</b>	<b>116</b>
<b>VIII- BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>122</b>
<b>IX- ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO III .....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO IV .....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO V .....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO VI .....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO VII .....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO VIII .....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO IX .....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXO X .....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO XI .....</b>	<b>183</b>



# INTRODUCCIÓN

## I- INTRODUCCION

Hablar de Atención Primaria en Salud (APS), es hablar del primer contacto de los individuos, familias, grupos con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible su atención y su promoción al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (1).

La atención primaria se ha identificado como el medio para lograr esa meta, ya que tiene por objeto atender las necesidades esenciales en materia de salud de tanta gente como sea posible y al costo más reducido. Actualmente la meta en la que están comprometidos la OMS y todos sus estados miembros sólo puede conseguirse si los agentes de salud y la propia población trabajan juntos y eficazmente.

Es en este contexto donde la educación y la comunicación en materia de salud son especialmente importantes, ya que en realidad son los individuos y las familias y no los odontólogos, médicos y otros agentes sanitarios, quienes toman la mayor parte de las decisiones que afectan a su salud (2), convencidos de que la salud mundial solo mejorará cuando los propios interesados intervengan en la planificación, aplicación y toma de decisiones acerca de su propia salud y su atención. Para ello el personal de salud deberá comprender en primer lugar que el concepto de Atención Primaria, implica nuevas funciones y nuevas perspectivas, ya que no sólo deberán estar interesados en el control de las enfermedades, sino en el fomento, prevención y atención de la salud para contribuir de esta manera al desarrollo en general y al de los individuos en particular, actuando como mediadores de las actividades de individuos, familias y comunidades (3).



**Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) desde un Equipo de Salud Interdisciplinario:** el concepto de salud implica una concepción positiva que abarca al individuo y a la comunidad presentando al mismo tiempo una perspectiva dinámica que hace que la salud se contemple en su estado actual y en su proyección de futuro(4). No se puede hablar de la salud como una abstracción, separándola del significado que como elemento cultural tiene para el hombre, en un contexto determinado, considerándolo en su complejidad, es un proceso dinámico que como tal implica un continuo “continuamente nos estamos sanando y enfermando”, alcanzando equilibrios transitorios. El hombre, como unidad biopsicosocial es complejo y lo son también todas las interacciones que establece con los múltiples factores que conforman la estructura social en la cual está inserto (5). Al desarrollarse en su medio social se va apropiando de significados culturales, tales como: “las acciones o conductas necesarias para mantenerse sano” (6). Ese proceso de construcción, de contenidos de salud requiere un aprendizaje en el cual no es un mero receptor pasivo de lo que recibe del medio, sino que como aprendiz juega un activo papel. Cuando un contenido es aprendido y comprendido es posible relacionarlo con otros “saberes” o aprendizajes previos (7).

La tarea del odontólogo al igual que otros profesionales de la salud tiene como objetivo brindar salud en forma integral a los pacientes y a la comunidad. Por esto su accionar no se centra solamente en los problemas bucales sino que sustenta sus estrategias de promoción, prevención y rehabilitación en conocimientos científicos actualizados. En el trabajo con niños procura “su bienestar físico, emocional y social, si nos sentimos agentes de salud, estamos obligados a considerar algo más que sus dientes. Al referirnos a la salud bucal, no debemos eludir al niño como persona, como totalidad, porque como persona total enfrenta la situación odontológica”(8).



El profesional de hoy se enfrenta con problemas que presentan múltiples facetas que exceden las posibilidades de las ciencias particulares, por lo que se requiere entonces de un abordaje interdisciplinario. Esto constituye un nuevo concepto sobre la función profesional e implica un cambio, para algunos muy radical. Teniendo en cuenta que éste tipo de tareas promueve un intercambio y puesta en común de información, conocimientos, técnicas y el entrecruzamiento reiterado de los campos disciplinarios tradicionales (9).

Debemos recordar que para que haya interdisciplina es necesario que haya disciplina. Los planteamientos interdisciplinarios surgen y se desarrollan apoyándose en las disciplinas. La propia riqueza de la interdisciplinariedad está supeditada al grado de desarrollo alcanzado por las disciplinas y éstas, a su vez, se van a ver afectadas positivamente como punto de sus contactos y colaboraciones interdisciplinarias (10).

Una metáfora de Darío Antiseri (11) puede ayudar a ejemplificar esta idea: "Los expertos de distintos instrumentos componen una misma orquesta. ¿Desarrollan todos la misma función? Ciertamente no. De hecho, la partitura del violinista no es la del pianista; cada uno de ellos tiene además una diferente de la del oboe. Pero en todo momento los miembros de la orquesta han interpretado, por ejemplo, la Séptima Sinfonía de Beethoven".

La riqueza de un trabajo interdisciplinario está condicionada por los niveles de conocimiento y experiencia de las personas especialistas que integran el equipo (12). Las discusiones que se vienen lanzando en numerosos campos de conocimiento contra la separación entre las dimensiones teóricas y las prácticas es algo que también concierne a la discusión interdisciplinaria. La posibilidad de seguir manteniendo discursos teóricos sin conexión con dimensiones más prácticas, tiene que ver con la posibilidad de mantener la



construcción del conocimiento en los estrictos límites de cada disciplina, de mantener el aislamiento con el resto de las disciplinas que comparten un mismo objetivo de estudio e intervención. La interdisciplinariedad puede y debe servir como estrategia para una mayor fluidez entre el trabajo teórico y el práctico (13).

Entre los motores de la interdisciplinariedad están desempeñando un papel destacado las instituciones públicas y privadas destinadas a fines sociales concretos, que asumen como filosofía de fondo el trabajo interdisciplinario, única forma de hacer frente a los urgentes y relevantes objetivos con los que están comprometidos (14). Entre esas respuestas la APS tiene prioridad, cuyo componente la interdisciplina pretende mediante sus acciones alcanzar las metas integradas, afectando no sólo lo curativo, sino fundamentalmente lo preventivo. Por esto se acostumbra a denominarlas Prevención Primaria (promoción y protección de la salud), Prevención Secundaria (curación) y Prevención Terciaria (rehabilitación) (15). En la reunión de Alma-Ata (1978) se establecieron las estrategias específicas de APS y casi todos los países del mundo en la asamblea de la OMS lo incorporan como uno de los objetivos de política en salud.

La declaración de Alma-Ata señala que "la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos 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 durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".

Los programas en la estrategia de A.P.S. deben: garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales estableciendo prioridades.



Con respecto al contenido de los programas, este debe acentuar las actividades de promoción y prevención, combinándolas en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación (16).

La estrategia de APS cobra un significado especial cuando se examinan las **relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de éstos servicios**. El cambio fundamentalmente implícito en APS es que la comunidad y los individuos dejan de ser objetos de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ellas (17).

Para alcanzar salud para todos a través de la atención primaria y desarrollar los programas propuestos, es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de forma tal que la atención de salud funcione por niveles ascendentes de complejidad desde el primero, que son puestos y centros de salud hasta el más alto: hospitales especializados. Los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influirán en este proceso y condicionarán la claridad con que se vean las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad. Las actividades del sector salud se integrarán en un enfoque verdaderamente intersectorial en la medida en que la comunidad participe de manera efectiva en todos los aspectos de su propio desarrollo y los demás sectores del desarrollo social-económico. Conforme se extienda la estrategia será posible entender mejor las restricciones que limitan la efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios con el fin de aplicar las modificaciones correspondientes (18).

Al involucrar a la comunidad en actividades de la salud va ganando experiencia de participación y por consiguiente abre camino hacia otras formas de comprometerse con su propio desarrollo (19).



En consecuencia: “La educación para la salud debe generar el crecimiento de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones” (20).

A pesar de haber transcurrido muchos años desde la conceptualización de la APS que incluye la educación para la salud como instrumento fundamental para lograr una mejora de la condición de vida de la población, muchos de los programas de salud comunitaria continúan siendo deficitarios (21).

Entre las causas que condicionan éstas deficiencias podemos señalar:

- los programas son diseñados a nivel central y no se adecuan a la realidad local.
- la capacitación deficiente de las personas sobre quienes recae la responsabilidad de realizar actividades de educación y promoción de la misma.
- incorporar conductas que no han sido adoptadas por el propio equipo de salud.

Aunque los programas de APS promueven la participación popular e incluso logran en ocasiones que se llegue hasta una evaluación conjunta entre el personal de salud y la comunidad de las actividades realizadas, pocas veces éstas llegan a influir sobre las decisiones a nivel central (22).

Las relaciones entre el personal del equipo de salud y la comunidad y la presión de la población que requiere soluciones a sus problemas actuales de salud, es decir medicina curativa (23).

El nuevo enfoque de las políticas de salud busca el compromiso responsable de la comunidad en las acciones de salud. Para que esto sea posible se requiere en primer lugar un cambio de actitud por parte del personal





del equipo. Una posición frecuente por parte de éste ha sido evitar socializar sus conocimientos incluso dando una información incomprensible en términos médicos por temor a perder su autoridad como saber único (24).

El **“equipo interdisciplinario y el Centro de Atención Primaria para la Salud”**, porque en estos dos elementos se basan en parte las actividades de prevención de enfermedades o promoción de la salud, que deberán estar acompañados de un buen nivel de prestación de servicios curativos básicos, en lo relacionado a su eficacia y al trato personal. La forma como el equipo organice, planifique y ejecute su trabajo decide en gran parte la confianza y acogida de la población a sus servicios de salud. Tratar de aglutinar los esfuerzos de la comunidad en torno a la promoción de la salud y prevención de enfermedades no es tarea fácil y requiere en primer lugar un fortalecimiento del equipo como tal. Es indispensable que el equipo determine sus recursos, conozca sus limitaciones y esté en condiciones de plantear propuestas para mejorar la situación de salud en la comunidad. El diálogo va a permitir que el personal de salud entre en contacto con otras formas de conocimiento. También va a facilitar a la población el conocimiento sobre el trabajo del equipo, sus dificultades y limitaciones para poder tomar decisiones y emprender caminos conjuntamente. Desde el momento en que la gente se siente escuchada y comprendida con espacio para decidir sobre su salud, puede aceptar responsabilidades frente a ella (25).

“El éxito de la educación en salud sólo puede alcanzarse en la medida en que el personal sanitario logre captar la confianza y participación de la comunidad en los trabajos de promoción de la salud, y esto solo es posible si se trabaja en función de sus necesidades, anhelos e inquietudes” (26).

La credibilidad de estas propuestas depende de la relación que la población establezca con el trabajo de salud. Lo que se debería esperar es que



la comunidad sienta ese trabajo como propio y no solamente que lo acepte. En cuanto a la organización y funciones del **Centro de Salud**, éste puede y debe servir de lugar de información y difusión de actividades comunitarias de diverso orden. En sus instalaciones se pueden y deben realizar después de las labores diarias, diferentes eventos como charlas, reuniones o encuentros de grupos de la comunidad. Es muy importante que en un lugar visible se presenten los horarios de atención, los servicios que se prestan y las actividades de promoción que estén programadas.

Disponer de un espacio afuera para recreación de los niños mientras esperan ser atendidos y procurar la comodidad y el buen trato de todas las personas que visitan el lugar, ayuda a contrarrestar ese sentimiento de intimidación y temor que generalmente esas instalaciones producen. El equipo de salud debe disponer de un lugar adecuado para la reflexión continua sobre su trabajo, la preparación y elaboración de materiales y la realización de actividades para su formación, todo lo que asegurará una adecuada capacitación, y esto implica brindar un servicio de atención primaria de calidad (27).

En la situación actual debe jerarquizarse la importancia de asegurar que los escasos recursos se utilicen para producir servicios que sean eficientes (bajos costos en relación con los resultados) y de alta calidad científico-técnica (28).

“El compromiso con la educación para la salud exige que todo el equipo cambie radicalmente su manera convencional de pensar y actuar.”.El centro de salud se convierte en lugar de encuentro e intercambio entre el equipo de salud y la comunidad” (29).Las necesidades de una comunidad serán conocidas y “comprendidas” en su verdadera dimensión significativa



cuando son diagnosticadas en la interacción con los propios miembros que la componen, en un abordaje participativo (30).

Este enfoque sistémico de la problemática planteada, evalúa además de la calidad de los servicios, las variables que intervienen en un diagnóstico referido a la efectividad de las acciones de salud cuando son integradas a estrategias de APS instrumentadas por un equipo consustanciado con una filosofía de trabajo interdisciplinario (31). Apostar a la interdisciplinariedad significa defender un nuevo tipo de persona, más abierta, flexible, solidaria, democrática y crítica. El mundo actual necesita personas con una formación cada vez más polivalente para hacer frente a una sociedad donde la palabra cambio es uno de los vocablos más frecuentes y donde el futuro tiene un grado de imprevisibilidad como nunca en otras épocas de la historia de la humanidad.

De aquí surge la necesidad de investigar la consolidación e incidencia que tiene el método de trabajo interdisciplinario en un equipo de salud en la efectividad de las acciones de salud realizadas, buscando encontrar la fundamentación científica para la sistematización de un plan educativo de salud bucal contextualizado que de respuestas de calidad a las necesidades de salud de la comunidad.

Se ha visto que en los países en desarrollo la población urbana está creciendo alrededor del 3.5 % anual, mientras que en los países desarrollados, el ritmo de expansión es del 1.0 % (32).

Como consecuencia de los modelos económicos neoliberales se destacan las migraciones desde zonas rurales a las grandes urbes que conducen a un importante crecimiento de la ciudad en su periferia, mediante asentamientos marginales no planificados, que se traducen en barrios de viviendas precarias y carentes de servicios a los que se les suma la ausencia de



áreas verdes. Estas concentraciones en barrios periféricos y marginales conforman bolsones de pobreza, situación que repercute negativamente en el medio ambiente y en la calidad de vida (33, 34). Se sabe que los problemas de salud que aquejan a los pobres son diferentes del resto de la población, en cuanto a su magnitud y características que día a día aumentan su gravedad. Quienes más sufren las consecuencias de las condiciones de vida manifiestas en el entorno urbano son los niños pobres, víctimas especiales de esto. A los problemas planteados anteriormente se suman el trabajo insalubre, la falta de supervisión paterna adecuada y de estructuras familiares sólidas y el abandono, a los que se suman problemas de conducta, de consumo de alcohol y drogas, factores que generan condiciones favorables para el desarrollo de enfermedades infecciosas, entre ellas la enfermedad “caries”. Al mismo tiempo en esas condiciones el desarrollo físico e intelectual que debe resultar de su relación con un entorno físico armonioso se ve alterado (35, 36).

En estas comunidades marginales, las guarderías, a las que asisten niños de corta edad en riesgo social, constituyen instituciones potenciales para trabajar la problemática de la salud en el nivel de prevención y promoción. Actualmente se considera a la escuela como una red de elementos interdependientes que incluye no solo la planta física, sino también al ambiente emocional y social. Este concepto subraya la importancia de introducir o reforzar la función de la escuela como promotora de salud en la niñez. La promoción de la salud en este ámbito brinda una valiosa oportunidad de impartir conocimientos sanitarios, crear hábitos higiénicos y fomentar modos de vida saludables. Estas guarderías fomentan el desarrollo humano saludable y las relaciones constructivas y armónicas, que promueven aptitudes y actitudes positivas hacia la salud, es por eso que deben ser consideradas “guarderías promotoras de salud” (37).



Una importante función de esta escuela es transmitir los conocimientos y destrezas que promuevan el cuidado de la propia salud y colabora para prevenir comportamientos de riesgo. Es este enfoque el que facilitará el trabajo conjunto de todos los integrantes de este proyecto para mejorar la salud y la calidad de vida de las generaciones de niños actuales y futuras, favoreciendo con esto el desarrollo humano al poner en marcha acciones de promoción de la salud y en este caso la Salud Bucal (38).

En poblaciones vulnerables en riesgo social cuando se planifica con acciones relacionadas con la salud, se deberá tener en cuenta: a) la educación para la salud como principal herramienta y la guardería materno- infantil como principal lugar de trabajo .b) agentes multiplicadores o mediadores (equipo de salud, maestras y padres). c) Sencillez y bajo costo de las acciones.

*a) La educación para la salud como principal herramienta y la guardería como principal lugar de trabajo:* esta estrategia educativa deberá adaptarse a la realidad de cada zona, guardería y maestro y será el odontólogo quien deberá adecuarse a cada realidad y no llevar un plan preestablecido aplicado como un mandato.

*b) Los agentes multiplicadores:* las acciones realizadas por la maestra, la madre y/o tutor, encuentran un importante apoyo en el equipo de salud del dispensario, acompañadas en el trabajo por los niños para su formación integral, estimulando la autoestima y su salud física y mental. A su vez al integrar el equipo, se sentirán involucrados, responsables y con nuevos estímulos a su vocación docente a partir de motivaciones puestas en marcha por el programa (39).

Por otra parte, en los planes que contemplan como factor principal la enfermedad, todo depende de una sola persona; el médico o el dentista (6). Para el logro de la salud, es necesario la participación de los agentes que sean



importantes en cada comunidad, en cada lugar y en cada momento como son, no sólo los maestros y padres sino también, médicos clínicos, generalistas, obstetras- ginecólogos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, administrativos, líderes comunitarios, etc. (40). Cada uno de sus miembros tiene conocimientos o responsabilidades específicas. Para que el equipo lleve a cabo su misión con éxito es preciso, tal como dice Rosetti, que todos sus miembros trabajen en colaboración. No hay ninguna persona integrante de un equipo más importante que otro (6).

Cada miembro del equipo debe esforzarse por fomentar las buenas relaciones y la comunicación entre todos ellos, tratando de encontrar la forma en que todo el mundo pueda participar y contribuir con su experiencia particular en la realización del proyecto (40).

*c) Sencillez y el bajo costo de las acciones:* es importante no sembrar falsas expectativas en la población con el uso de materiales de alto costo, porque luego, por problemas económicos, no podrán cubrirse las demandas. Por ello, el comienzo comprende acciones inmediatas, sencillas y económicas como educar para la salud con el uso de un humilde cepillo de dientes y pautas en la alimentación (6).

Siendo la odontología una de las disciplinas que integra el equipo del centro de salud de una comunidad con alto nivel de riesgo como lo es Villa 9 de Julio, se partirá de una reflexión crítica de las intervenciones cumplidas en este contexto en el ejercicio profesional.

### **\*Salud estomatognática: Caracterización del Componente Bucal.**

Los determinantes y condicionantes de la salud son parte de sistemas interactivos, referidos a condiciones de vida y a factores biológicos. Su



identificación y análisis se hace de acuerdo con los principios epidemiológicos de multifactorialidad y multicausalidad del proceso salud-enfermedad. Estos factores deben referirse a grupos específicos de poblaciones y a daños determinados (41).

El enfoque de riesgo es el método de trabajo en el cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad basado en el concepto de riesgo. A través de este concepto se define el de vulnerabilidad como la probabilidad que tiene una persona un grupo de personas de sufrir en el futuro un daño a su salud (42).

La posibilidad de medir el grado de vulnerabilidad se relaciona con la identificación, la selección y el análisis de los factores sociales o ambientales vinculados a una mayor probabilidad de daño en ciertas personas o grupos (43).

De acuerdo a los criterios de vulnerabilidad se sabe que para que se produzcan enfermedades bucodentales con alta prevalencia como la Caries dental, se requiere de una superficie dentaria susceptible y un sustrato adecuado para el crecimiento bacteriano. Cuando clínicamente se observa la lesión de caries se refleja en ella la acumulación de innumerables episodios de desmineralización y remineralización en un proceso no lineal. La dinámica de éste proceso depende del desequilibrio mineral que surge a partir de las fluctuaciones del pH en la interfase placa-diente. Si se restablece el equilibrio entre el mineral de la superficie dental y su entorno, se produce la interrupción del avance de la lesión, cualquiera sea su estado. El potencial cariogénico es directamente proporcional al potencial de hidrogeniones generados en la placa, a la frecuencia de consumo de hidratos de carbono y al tiempo de interacción de los factores necesarios e inversamente proporcional al flujo salival, a la capacidad amortiguadora de la saliva y a los fluoruros presentes.



Se sabe que aún es imperfecto el diagnóstico del estadio inicial de caries, es por esta razón que a este tipo de lesiones, aún muy cuestionadas, se las clasifica como tejido saludable al no poder ser diagnosticadas con certeza. Aunque la investigación epidemiológica demostró recientemente que las lesiones de caries precavitadas son más frecuentes que las cavitadas y que las lesiones precavitadas de fosas y fisuras son los tipos de lesiones de caries prevalentes en niños y adultos (44).

Para poder identificar pacientes no vulnerables o vulnerables desde la perspectiva exclusivamente cariogénica se considerarán indicadores asociados con el estado de salud, de riesgo, es decir aquellos que incluyen factores desencadenantes y con enfermedad presente.

Con relación al diagnóstico etiológico de caries es necesario incluir no solo el examen clínico de los tejidos dentarios, sino también una cuantificación de los factores asociados a la patogenia (agente y medio), realizar un diagnóstico del medio social y físico y de la atención de salud del paciente. Éste abordaje permite reconocer los factores causales o acompañantes del proceso de caries dental y justificar la intervención precoz (44).

La evaluación del riesgo de caries puede involucrar predictores como:

- Factores de riesgo relacionados en forma causal, o
- Predictores asociados con caries dental que no tienen una relación causa-efecto con ella.

Los predictores de caries pueden asociarse con microorganismos, específicamente estreptococos del grupo mutans y lactobacilos, con la dieta en relación al consumo que incluye carbohidratos y con el huésped referido a la composición química y capacidad amortiguadora del fluido salival.



Dentro de los factores predictivos que están asociados con caries dental que no tienen relación causa-efecto se encuentran los factores de vulnerabilidad social que permiten identificar globalmente grupos o poblaciones con riesgo homogéneo, ya que se sabe que en los grupos con mayor experiencia de caries se encuentran las personas con menores ingresos, menor nivel educativo u otras condiciones sociales desfavorables.

Estudios epidemiológicos realizados en poblaciones que han evaluado la incidencia de la condición social en la interpretación de procesos infecciosos, remarcan la fuerte contribución de los factores psicosociales, así como también en la predicción del riesgo a contraer la enfermedad (45). Recientemente, Dorronsoro de Cattoni y cols. (42) informaron acerca de la situación real de la salud bucal de los niños residentes en la ciudad de Córdoba, de 3 a 5 años de edad de distintas condiciones socio-económicas participantes del estudio longitudinal CLACYD, señalando una prevalencia de caries del 18,4 % (3 años), 43,3% (4 años) y 59,4% (5 años) y con diferencias mayores en el grupo de varones y de menor condición socio-económica dicha prevalencia inicial crece progresivamente ante la existencia de un ambiente bucal desfavorable y que tiene relación directa con la carencia de medidas preventivas y con la condición socio- económica. La clase social constituye un potente discriminador con respecto a las condiciones de salud del hombre, ya que presentan desventajas en cuanto a las condiciones de vida, educación de la madre, alimentación recibida, desarrollo de hábitos de higiene bucal, educación en el consumo de carbohidratos, situaciones éstas que los expondrían tempranamente a contraer enfermedad cariogena (41).

La caries dental junto a la enfermedad periodontal conocida desde la antigüedad, constituyen las enfermedades bucales más comunes del hombre



actual y se ha producido un aumento considerable llegando a tener una incidencia mayor que el resfrío común (46).

Según la localización de la placa cariogénica la enfermedad puede presentarse en fosas, surcos, puntos y fisuras y ellas se originan por pseudoplaca bacteriana en zonas de no limpieza de las caras oclusales, vestibulares y linguales de molares, premolares, incisivos y caninos cuyo sustrato está constituido por cualquier tipo de hidrato de carbono, almidón o amilopectina que impactado en los defectos anatómicos permiten la nutrición de una flora microbiana cuya característica principal es la de colonizar y vivir en un medio ácido (47). En segundo lugar la caries adamantina de superficies libres (vestibulares y linguales o proximales) producido por placa bacteriana sacarosa dependiente. En ambos casos, la iniciación de la enfermedad es generada por una variedad de estreptococos a los que se asocian lactobacilos y filamentosos (48).

Es conocido que las diferentes pruebas de diagnóstico para caries, presentan dificultades metodológicas, tanto el examen clínico como el realizado en estudios epidemiológicos lo que registran cierta subestimación de la experiencia total de caries. Así se ha demostrado, que los métodos visual, luz natural e instrumentos de rutina y luz artificial, lavado y secado con agua aire detectan más fácilmente las caries oclusales que las proximales, aunque los métodos de validación de estos patrones de caries están sujetos a una gran variabilidad. El método radiográfico es capaz de reconocer caries en las superficies proximales no detectadas por otros métodos (49).

Los criterios clínicos aplicados por Bordoni, N (50) para el diagnóstico diferencial y precoz de fosas y fisuras oclusales, superficies libres (mancha blanca), y los distintos tipos de lesiones según el avance, se detallan a continuación:



<b>SURCOS PROFUNDOS</b>	<b>CARIES DE FOSAS Y FISURAS</b>	<b>SURCOS REMINERALIZADO</b>
<b>Profundidad mayor a 0,5 mm. a la instrumentación suave.</b>	<b>Profundidad mayor a 0,5 mm. a la instrumentación suave.</b>	<b>Profundidad mayor a 0,5 mm. a la instrumentación suave.</b>
<b>Sin socavado</b>	<b>Con socavado ( aureola gris o blanca)</b>	<b>Sin socavado</b>
<b>No hay cambio de color</b>	<b>Fondo blanco</b>	<b>Fondo oscuro</b>
<b>Sin imagen radiolúcida</b>	<b>Con imagen radiolúcida</b>	<b>Sin imagen radiolúcida</b>

Extraído de PRECONC (51)

**Mancha Blanca:**

<b>CONDICIÓN ANALIZADA</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>
<b>Localización</b>	<b>Gingival</b>
<b>Relación con la placa bacteriana</b>	<b>Positiva</b>
<b>Forma</b>	<b>Redondeada u oval</b>
<b>Aspecto al secado</b>	<b>Opaco</b>
<b>Límites</b>	<b>Netos</b>
<b>Denticiones afectadas</b>	<b>Ambas</b>
<b>Simetría</b>	<b>A veces</b>

Extraído de PRECONC (51)

En el diagnóstico de la caries amelodentinaria, pueden identificarse cuatro zonas, de afuera hacia adentro: necrótica, infectada, desmineralizada y remineralizada (cuando existe) que se continúa con la dentina normal. Ésta situación varía si la lesión es de avance rápido o se encuentra detenida.

Por su parte el diagnóstico de los diferentes tipos de caries se incluyen en el siguiente cuadro:



TIPO DE AVANCE		OBSERVACIÓN VISUAL	CARACTERÍSTICAS A LA INSTRUMENTACIÓN		CAPAS HISTOLÓGICAS DE AFUERA HACIA ADENTRO
			Dureza superficial	Sensibilidad	
Detenida		Oscura	Dura	Indolora	Remineralizada Normal
Activa	Avance lento	Parda	Blanda	Indolora	Necrótica infectada
				Dolorosa	Desmineralizada Remineralizada Normal
	Avance Rápido	Blanca	Blanda	Indolora	Necrótica infectada
				Dolorosa	Desmineralizada Normal

Extraído de PRECONC (51)

Además de la observación visual, e instrumentación usada en el diagnóstico clínico, diversos recursos diagnósticos son mencionados por otros autores. Para la cuantificación de caries se utilizan índices específicos que se refieren a distintas unidades de medida. Los índices más frecuentemente usados para evaluar la experiencia de caries dental son el ceo-d (unidad diente) y el ceo-s (unidad superficie), teniendo en cuenta los criterios propuestos por la O.M.S. número de dientes cariados, obturados y con la extracción indicada (51).

Douglas et al (52) mediante la aplicación del Sistema de Análisis para Caries (SAC) ha relacionado la enfermedad localizada según patrones de caries FF (fosas y fisuras), MA (maxilar anterior), PP (proximal posterior) y BL (bucal lingual) con la etiología, a los fines de aplicar medidas preventivas adecuadas y coherentes. La prevalencia, severidad y distribución de los patrones de caries (FF, MA, PP, y BC) identificada por el SAC, proporciona una información más completa y detallada de la experiencia de caries y permite obtener un perfil epidemiológico más definido de la misma. Al interpretar su severidad asocia las lesiones cariosas específicas con los



diversos factores etiológicos de la caries dental en la dentición primaria, permitiendo la implementación de medidas preventivas que se correspondan con el diagnóstico efectuado (52).

Continuando con los criterios clínicos para evaluar los factores individuales que intervienen en las caries de esmalte, se hará referencia en este momento a la placa bacteriana y su diagnóstico clínico, ya que al ser esta una enfermedad multifactorial en su progresión intervienen varios factores. La placa contiene bacterias que utilizan carbohidratos fermentables y producen ácidos y que pueden sobrevivir con un pH ácido bajo. Diversas investigaciones sostienen la importancia de los *streptococcus mutans*, bacterias fundamentales responsables del inicio y el avance de la caries dental. Posteriormente tras la cavitación del esmalte, los lactobacilos cobran una importancia creciente (53).

Se sabe que la enfermedad periodontal inflamatoria y la caries dental son en gran medida producto de la placa bacteriana. Como resultado de la importancia de ella como agente etiológico, una parte considerable del tratamiento dental apunta a su eliminación y a la prevención de su nueva formación para el control de la enfermedad y esto consiste en algo más que la mera aplicación de las técnicas de eliminación, también incluye un enfoque educacional mediante el cual se presenta al paciente la causa, la naturaleza y las consecuencias de la enfermedad así como aspectos motivacionales para animarlo a seguir los programas indicados. Es conocido que la higiene dental y la adquisición de su hábito, constituyen un procedimiento adecuado para la eliminación mecánica de la placa dental (54).

Mattila et al (55), Alaluusua y Malvirta (56) informan de tal correlación al estudiar grupos poblacionales de igual edad y sostienen que la presencia de placa dental a los tres años de edad es un fuerte indicador de riesgo con alta



incidencia en el desarrollo de la enfermedad en los próximos dos años. Agregan además que la educación de la madre es un determinante clave con fuerte injerencia a edad temprana y capaz de asegurar la futura salud dental de los jóvenes.

Los resultados hallados durante la investigación de los niños participantes del Estudio CLACYD, (42) revelan un incremento de las condiciones de higiene bucal deficiente asociado con inflamación gingival. Diversos estudios han informado que las condiciones deficientes de higiene bucal estarían asociadas con el incremento del índice de ceo-d, existiendo una correlación positiva entre la experiencia de caries y la acumulación de placa dental (57).

La detección de la placa bacteriana emplea diferentes técnicas para el registro y su cuantificación. O'Leary y colaboradores (58) ha diseñado un índice para determinar la presencia de placa dental, el cual registra el porcentaje de superficies teñidas intensamente por el color indicador de la sustancia colorante empleada (rojo con eritrocina, azul con doble tono, etc.), respecto del total de las superficies presentes. En cuanto al diagnóstico gingival Løe y Silness (59) desarrollaron un sistema de identificación y registro que incluye el estado gingival y sus condicionantes. La lesión inflamatoria gingival del niño suele presentarse confinada a las zonas más marginales de la encía, es decir en la pared gingival no insertada, pero adherida a la unión amelocementaria y esta asociada con la presencia de placa dental que se localiza sobre el tejido blando y dentro del surco gingival (60, 61).

El control mecánico de la placa bacteriana se realiza a través del cepillado de dientes que es el método de higiene oral más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de aceptabilidad social. Sin embargo se



sabe que los procedimientos rutinarios de higiene bucal practicados por el 80% y 90% de la población de los países desarrollados, no logran controlar la placa bacteriana. Está comprobado que en el caso de los niños pequeños, un mejoramiento del desarrollo del hábito de higiene bucal mediante la colaboración de la madre y el uso de dentífricos fluorados contribuyen a disminuir el riesgo a la caries dental (62).

La necesidad de adecuar una técnica de cepillado a la edad de los niños de dentición primaria exige de la combinación de la técnica horizontal indicada en niños pequeños o con dificultades motrices en combinación con la técnica de Charters (63).

Estudios tempranos realizados por Starckey et al señalaron la importancia de la participación de los padres en el cepillado de los bebés y preescolares, y para ello recomendaron métodos específicos; que la técnica sea realizada y controlada por ellos hasta que el niño demuestre habilidad suficiente para hacerlo solo, hecho que ocurre entre los 9 y 10 años. Al comienzo del cepillado sugiere no emplear dentífricos, ya que éste debe añadirse en la última parte de la operación para obtener los beneficios de un dentífrico fluorado. La efectividad del cepillado dental depende de un conjunto de factores tales como: la elección de los cepillos, el tipo de dentífrico utilizado, el método y la frecuencia del cepillado (64).

Otros aspectos a considerar son los referidos a los momentos del día en que se realiza la práctica y la duración de la misma, considerándose que el tiempo mínimo estimado para cubrir todas las zonas que necesitan ser limpiadas es de tres minutos.

El control químico de la placa bacteriana puede realizarse mediante el uso de fluoruros, actualmente muy usados en la prevención de la caries dental. Uno de los mayores éxitos de la Salud Pública ha sido la reducción de ésta



enfermedad por el uso de fluoruros, ya sea a través de la fluoración del agua de bebida, mediante el uso de dentífricos fluorados o por la aplicación tópica de fluoruros. Con respecto a su mecanismo de acción estos compuestos tienen un mayor efecto a nivel tópico durante el proceso de remineralización, con posterioridad a la erupción, porque pueden prevenir la pérdida de mineral a nivel de las superficies cristalinas y favorecer la remineralización por parte de los grupos calcio y fosfato. Dado que actúan fundamentalmente tras la erupción dental se requiere una exposición de por vida para prevenir la caries. Cuando la remineralización tiene lugar en presencia de fluoruro, el esmalte reconstruido es más resistente a la caries. Estos compuestos actúan sobre la vía glucolítica de los microorganismos orales reduciendo la producción de ácido e interfiriendo en la regulación enzimática del metabolismo de los carbohidratos y reduce la acumulación de polisacáridos intra y extra celulares, es decir la formación de placa. Por último es de destacar la presencia continua de fluoruros en concentraciones reducidas a nivel de la interfase placa-esmalte que representa el método más eficaz de remineralización del esmalte descalcificado (65, 66).

El uso de fluoruros tópicos está en relación con el riesgo cariogénico del niño. Diversas investigaciones informan acerca del efecto del uso de fluoruros sobre la salud bucal. Es así que los dentífricos y enjuagues bucales fluorados son capaces de producir una reducción de la enfermedad de aproximadamente del 25% al mantener concentraciones elevadas de éste ion a nivel de la interfase placa-esmalte, mientras que los barnices fluorados que se unen firmemente al esmalte provocan una reducción de la enfermedad aproximadamente en un 30 %. Por otra parte, geles y soluciones concentradas de fluoruros que se limitan al uso profesional y formados por una mezcla de



fluoruro de sodio, ácido fluorhídrico y ácido ortofosfórico son de reconocida eficacia (67).

Con respecto al tratamiento de fluoruros en lactantes y niños:

- \* Los padres deben vigilar estrechamente el cepillado dental.
- \* Dado que los estudios clínicos indican que lactantes y niños menores de 6 años ingieren aproximadamente un 30 % del dentífrico que emplean, solo deben usar una cantidad mínima de pasta.
- \* Hay que desaconsejar la ingestión del dentífrico.
- \* Se debe recomendar el uso de dentífricos bajos en fluoruros a aquellos niños que viven en zona con buena fluoración (68).

El diagnóstico de laboratorio de placa bacteriana se realiza a través de las investigaciones sobre los *St. del grupo mutans*, debido a su incidencia en el proceso de caries dental. Estudios realizados informan acerca de que la evolución de esta variable representará un predictor útil en relación a la evolución de la experiencia de caries en la dentición primaria y mixta (69). Alaluusua y Renkonen (70) y Köhler et al (71), señalan la relevancia de la edad temprana para predecir la caries dental, mientras otros investigadores informan sobre la estrecha relación entre los niveles de *St. mutans* y otros factores de riesgo.

Un estudio longitudinal reciente realizado por Thibodeau y Sullivan demuestra que la colonización temprana con elevados niveles de *St. mutans* a los tres años de edad produce un incremento de 0,5 del índice de ceo-d, en tanto los niños que tenían niveles de colonias moderado y bajo fue de 0,3 y 0,16 respectivamente (72).

Con respecto a la actividad de lactobacilos diversos autores observan un incremento con el aumento de la edad. Si bien la literatura informa que el *St. mutans* es responsable del inicio de la caries dental y el *lactobacilo* de su



desarrollo aún no esta totalmente esclarecida la capacidad predictiva de estos dos tipos de bacterias. Estudios comparativos demuestran una sensibilidad para el *St. mutans* entre el 29 al 67% y para *lactobacilos* entre el 40 al 58% (73).

Por tratarse de una enfermedad multifactorial, para predecir actividad de caries no puede asociarse con un factor único. Los estudios realizados sobre *lactobacilos* permitieron atribuir a éste índice confiabilidad para identificar pacientes susceptibles pero no predictibilidad. Los niños con múltiples caries tienen alto recuento de *St. del grupo mutans*, pero estos no tienen capacidad para discriminar entre caries activas o inactivas (74).

El valor predictivo de los *St. mutans* o de los *lactobacilos* es bajo cuando se controlan otros factores como la higiene bucal (Sullivan, 1995) (75).

Otro de los factores causales es la dieta y nutrición, cuyas bases bioquímicas se evidencian al estudiar el metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono, fundamentalmente, y dentro de éstos la sacarosa que es el Hidrato de C de mayor capacidad cariogénica. Su introducción en la dieta moderna está asociada con el incremento de la prevalencia de caries y específicamente con la etiología de caries de superficies lisas (76) y estrechamente vinculada a la placa bacteriana.

De acuerdo con esto, el concepto más ampliamente aceptado en la actualidad es que: Los hidratos de carbono de la dieta son metabolizados por los microorganismos de la placa bacteriana y uno de los productos finales son los ácidos. La calidad de la ingesta de hidratos de carbono afecta al pH y al tipo de placa. La metabolización de la sacarosa produce ácido láctico, que tiene capacidad de descender el pH hasta el nivel crítico y causar la disolución del esmalte. Los almidones producen ácidos más débiles pero su retención



permitirá un medio ácido durante más tiempo. El descenso del pH de la placa se inicia a los pocos minutos de ingerir el hidrato de carbono, especialmente si éste es sacarosa y retorna a su nivel inicial dentro de los 40 minutos siguientes, si la saliva mantiene su condición amortiguador. La frecuencia de consumo de hidratos de carbono acentúa progresivamente el pH ácido de la placa que se mantiene durante más tiempo (2 horas) por agotamiento de la capacidad amortiguadora (77). El tipo de alimento que transporta el hidrato de carbono tiene también gran influencia en la producción ácida. Si la forma es más adhesiva (pegajosa o viscosa como son las golosinas masticables o solubles como las bebidas azucaradas), esto determinará el tiempo en que el carbohidrato permanece en contacto con la placa bacteriana y por ende su potencial ácido patológico. Con respecto al momento de consumo, se sabe que el período más crítico para ello es hacerlo entre comidas o antes de acostarse.

Un estudio longitudinal realizado en niños de la ciudad de Córdoba, en relación a los patrones de consumo de carbohidratos, reveló un aumento de la ingesta de estos compuestos, de frecuencia y de los momentos de consumo, donde productos como jugos y/o gaseosas, muestran una considerable asociación con la experiencia de caries (42).

Todo diagnóstico de salud bucal debe incluir el diagnóstico de la ingesta de hidratos de carbono y un programa preventivo incluirá el asesoramiento para la racionalización de su consumo, en especial de sacarosa.

Por consiguiente, es necesario: controlar la reinfección cariogénica así como sus determinantes y condicionantes mediante la inactivación de caries.

La inactivación de caries activa incluye los procedimientos destinados a reducir la flora bacteriana cariogénica que se encuentra en la boca, generalmente acantonada en cavidades abierta u otros nichos ecológicos. Esta



flora bacteriana tiene capacidad de reinfección de nuevas superficies, a las pocas horas de haber realizado la eliminación de placa, donde comienzan a desarrollarse nuevas zonas de caries sino se aplican medidas que interfieran en el proceso (78).

\*Tratamiento del proceso de desmineralización- remineralización.

\* Rehabilitar las consecuencias de la enfermedad (79).

Con respecto a las anomalías oclusales se considera de suma importancia el diagnosticarlas precozmente para aplicar medidas preventivas.

Los factores etiopatogénicos locales, a diferencia de los factores generales, no siempre están presentes en el desarrollo de la maloclusión aunque en determinados casos desempeñen el papel principal en su origen.

Los factores locales actúan de forma aislada o en combinación, y sus efectos se superponen a cualquiera de los factores generales, significando una anomalía adicional en el desarrollo de la oclusión y en la posición de los dientes (80).

Dentro de los factores etiopatogénicos debemos citar a los hábitos orales como es el caso de la succión no nutritiva que se da por el prolongado uso del chupete, la succión del pulgar o la labial. y la succión nutritiva muy común en la actualidad al prolongarse en el tiempo la lactancia materna o el uso del biberón, que no solamente serán capaces de provocar el “Síndrome del Biberón”, sino también como consecuencia de la interposición lingual, al persistir el hábito de succión y deglución infantil, pueden llevar a la modificación de la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentarias (81).

Se sabe que los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, como así también tiene incidencia



en la etiología de la maloclusión las disfunciones respiratorias como es el caso del niño respirador bucal.

Según Larsen y cols (82) las maloclusiones secundarias a estas disfunciones pueden manifestarse como:

- \*Mordida abierta anterior.
- \* Protrusión de los incisivos superiores.
- \* Retrusión de los incisivos inferiores.
- \* Interposición lingual que tiende a perpetuar la mordida abierta anterior por la presión que ejerce en esta zona.
- \* Mordida cruzada posterior que puede ser uni- o bilateral y es producida por la hiperactividad del buccinador que comprime el maxilar superior.
- \* Mordida cruzada anterior que puede abarcar uno o más elementos dentarios.

El diagnóstico temprano de estas anomalías y su tratamiento precoz contribuyen a que las arcadas dentarias y la articulación temporo- mandibular puedan tener un crecimiento y desarrollo normales (83).

El tratamiento a aplicar se puede clasificar en preventivo y de intercepción.

El término preventivo se aplica a la supresión de los factores que puedan inducir a una maloclusión en una dentición con un desarrollo normal. El término de intercepción implica que se pueden necesitar medidas correctoras para evitar que una irregularidad potencial progrese hasta constituir una maloclusión mas grave.

Para esto es muy importante comprender bien la secuencia cronológica del desarrollo de la dentición infantil y poder reconocer la velocidad y la dirección de la maduración física general del niño (84).

Esta investigación se propuso comparar y evaluar el trabajo odontológico, desde un equipo interdisciplinario de Atención Primaria de



Salud, y su incidencia sobre la salud bucal, estudiando para ello a dos grupos poblacionales asistentes a guarderías materno infantiles, con características similares en cuanto a edad, nivel socio-económico y cultural, y a la concurrencia a dos Centros de Desarrollo Infantil (CDI). En una de ellas el odontólogo es integrante de un equipo de salud interdisciplinario, en tanto en la otra guardería el odontólogo realiza su tarea profesional individualmente.

**La hipótesis del presente trabajo fue comprobar si el niño atendido por un odontólogo integrado a un equipo interdisciplinario, evidenció indicadores de situación saludable, comparativamente con el paciente que es asistido por un profesional con un perfil de trabajo independiente.**

# **OBJETIVOS**



## II- OBJETIVO GENERAL

\* Comparar la salud bucal entre niños de guarderías de alto riesgo social, con atención odontológica incorporada o no a un equipo interdisciplinario de atención primaria de la salud.



## OBJETIVOS ESPECIFICOS

\*Categorizar la salud bucal en niños de guarderías maternas de zonas marginales, con atención odontológica incorporada o no al equipo de salud al inicio, durante y al finalizar la implementación del programa preventivo, mediante:

- Índices de ceo-d y ceo-s y Sistema de Análisis para Caries,
  - Índice de higiene oral, índice de salud gingival,
  - Registro de oclusión (normal, abiertas, cubiertas, cruzadas anteriores, posteriores, uni o bi laterales) y hábitos orales disfuncionales.
- Determinación de niveles de *St. mutans* y actividad de *lactobacilos*,

\* Desarrollar estrategias preventivas y de promoción mediante el trabajo activo del equipo de salud con maestras, madres y niños.

\* Desarrollar acciones preventivas que tiendan a reforzar al huésped mediante la adecuada administración de fluoruro bajo la forma de tópicos, colutorios y pastas dentífricas aplicadas según el nivel de riesgo observado en la población bajo estudio.

\* Implementar y evaluar conductas de reeducación alimentaria en relación al consumo de hidratos de carbono.

\*Desarrollar el hábito de higiene oral en niños en escolaridad maternal a través de estrategias implementadas por el equipo de salud y de mediadores relacionados con ellos.

\* Implementar acciones curativas y de control de la infección y reinfección de caries amelodentinarias activas mediante su inactivación.

\*Fortalecer vínculos interinstitucionales entre los organismos provinciales y municipales para promover la importancia de la inserción del odontólogo en equipos interdisciplinarios de atención primaria de salud.



**MATERIAL  
Y  
MÉTODOS**

### III- MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** esta investigación consistió en un estudio analítico, longitudinal, prospectivo e interdisciplinario.

**Población y muestra:** la población incluyó a niños , de 30 a 36 meses de edad, ambos sexos concurrentes a dos Centros de Desarrollo Infantil (CDI) ubicados en la zona norte periférica de la ciudad de Córdoba.

La muestra estuvo conformada por un grupo de 92 niños (n=92) en riesgo social que incluyó a niños: desnutridos, semiabandonados y abandonados, de desplazamiento (violencia familiar), en conflicto con la ley penal y con necesidades educativas especiales, atendidos en dos guarderías materno-infantiles, que dependen al igual que su personal de la Dirección de Desarrollo Humano de la Municipalidad.

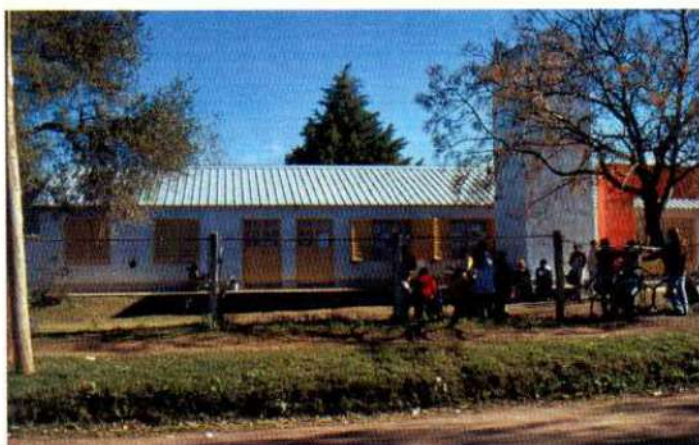
El presente estudio se desarrolló en dos C.D.I: "Colorín Colorado" ubicado en Villa 9 de Julio con una muestra de 43 niños, ambos sexos (Femenino: 23, Masculino: 20) y que dependen para la atención primaria de su



salud del equipo de profesionales del Dispensario de Villa 9 de Julio.

Este equipo tiene a su cargo el manejo de 3000 carpetas familiares, encontrándose bajo control del crecimiento y desarrollo de 1470 niños cuyas edades oscilan entre los 0 a 6 años y que incluye a los niños de la muestra concurrentes al C.D.I.





Se trabajó paralelamente con un grupo de 49 niños (n=49), de ambos sexos (Femenino: 26, Masculino: 23), de igual riesgo social y con los mismos criterios de inclusión, que recibieron

atención odontológica de un profesional no incorporado a un equipo de salud, en el C.D.I. "Travesuras".

Dicho centro de desarrollo infantil se encuentra ubicado en la zona norte en la periferia de la ciudad en el barrio Villa Allende Parque dependiendo para la atención de su salud de la U.P.A. N° 18 en donde desarrollan su labor profesional atendiendo demanda espontánea un médico generalista, una enfermera, un odontólogo, que asiste en forma periódica al mismo y el equipo docente de la guardería junto a los padres o tutores.

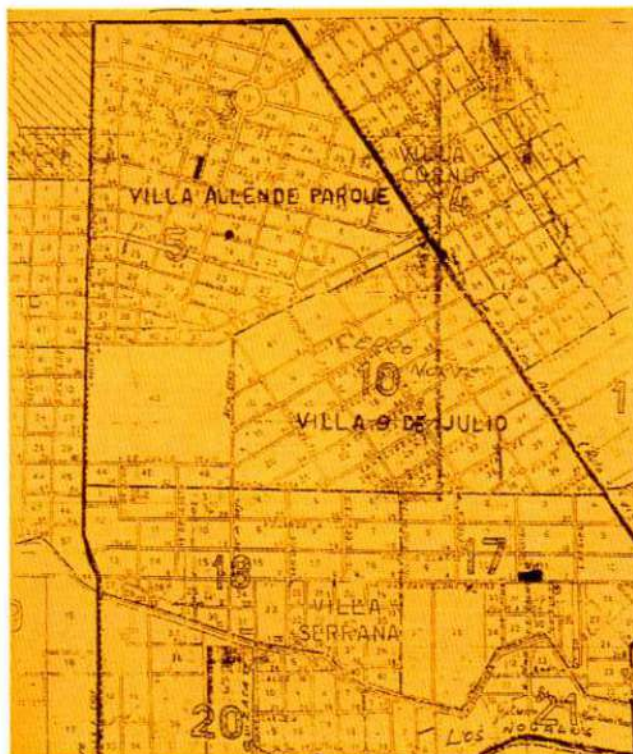
Para cada grupo de estudio los padres y tutores intervinientes dieron su consentimiento informado (Anexo N° 2).

**\* Descripción del área programática del Centro Periférico de Villa 9 de Julio. Características sociodemográficas de la población bajo estudio**

El área programática del Centro de Salud Villa 9 de Julio tiene como límites al Norte, al Dpto. Colón, al Este, la Avenida Donato Álvarez, al Oeste, el camino agrimensor Bodereau y al Sur, la calle Ricardo Rojas configurando una superficie de aproximadamente 5 Km<sup>2</sup>, incluye a los barrios 9 de Julio, Cerro Norte, Villa Serrana, Villa Allende Parque, Los Nogales y Quisquizacate. El Centro de Salud, se encuentra ubicado en la calle Mitre esquina Olmos de Villa 9 de Julio. No hay ningún medio de transporte público que lo conecte con los otros barrios. Salvo los caminos



que forman los límites, las calles pavimentadas son muy escasas; casi todas son de tierra, algunas en pésimo estado, lo que las hace intransitables para los vehículos y riesgosas para los peatones. El transporte público de pasajeros con el cual se puede acceder a esta área esta a cargo de dos empresas interurbanas; “La Quebrada”, que circula por Donato Álvarez y por Ricardo Rojas y la empresa “La Calera”, que lo hace a través de Arguello, por la calle Ricardo Rojas. También se menciona un colectivo de transporte urbano de pasajeros que ingresa al interior del barrio y esta a cargo de la empresa Coniferal.



El área, según censo nacional de población de 1991, tiene un total de 15198 habitantes, 7590 varones y 7608 mujeres para un total de 3605 viviendas, correspondiendo 4,2 habitantes por vivienda y 3049 habitantes por Km<sup>2</sup>.

La población, en su gran mayoría corresponde a clase media baja con un sector reducido de villeros en una zona de la costa del canal; y familias de esa misma condición que constituyen casos aislados e insertos en el resto de la población. Por otra parte en las zonas perimetrales hay población que responde a la denominación de clase alta que no utiliza las instalaciones del Centro de Salud.





El Centro de Salud cuenta con 3000 carpetas familiares, si mantenemos el mismo coeficiente anterior de 4,2 miembros por carpeta, hacemos un total de 10416 personas asistidas en el mismo.

En el Centro de Salud de Villa 9 de Julio, en donde también se encuentra ubicado el CDI “Colorín Colorado”, se trabaja con un sistema de turnos programados para los controles de crecimiento y desarrollo de los niños; semiprogramado para el control de embarazo y puerperio, según demanda espontánea para Papanicolao al igual que patologías y prestaciones de enfermería.

Para la atención de patologías, en el caso de pediatría y odontología es necesario que la gente solicite su atención a temprana hora de la mañana, ya que se completa rápidamente el cupo. Igual situación se produce en los días determinados para la especialidad tocoginecología.

Con respecto a la atención odontológica de niños además de asistir a la salud de los alumnos de la guardería “Colorín Colorado”, se trabajó con turnos programados para el control de boca sana tratando de mantener el nivel de riesgo bajo, así mismo con mujeres embarazadas buscando iguales objetivos.

La mayor afluencia de público se origina por la mañana disminuyendo a la tarde, lo que permite desarrollar las tareas sin presiones y trabajar con grupos comunitarios. En referencia al aspecto laboral podemos discriminar



el nivel de ocupación según el sexo. Un altísimo porcentaje de mujeres que trabajan lo hacen en servicio doméstico, otras ejecutan tareas en sus domicilios según cantidad de unidades realizadas (costura de zapatos para fábricas, elaboración de moldes de papel para panaderías, etc.).

En la población masculina existe un bajo porcentaje de trabajadores en relación de dependencia estable y cuentapropistas, incluyendo a los vendedores ambulantes. Por el contrario, hay un alto porcentaje con tareas ocasionales, especialmente en el ramo de la construcción y un creciente e inquietante porcentaje de desocupados que día a día aumenta y con él la pobreza.

La mayor distancia se establece con el barrio Villa Allende Parque en donde se encuentra ubicado el C.D.I. "Travesuras" entre las calles 8 y 31c, con una población que responde a las características de semi-rural, que corresponde en su gran mayoría a clase baja y media baja. Dependen para la atención de su salud de la UPA nro. 18 (Unidad Primaria de Atención de Salud) en donde desarrollan su labor profesional, atendiendo turnos programados y la demanda espontánea, un médico generalista y una enfermera.

### **Operacionalización y medición de las variables**

**a) Salud general:** se controló el estado de salud general a través del registro de datos presentes en una guía de evaluación del crecimiento y desarrollo cuyos indicadores fueron:

- Registro de control de peso-talla y estado nutricional. (tablas de Lefarraga y CLACYD).
- Registro de control de evolución y desarrollo, (cartillas y libreta de salud pública).
- Verificación de evolución y desarrollo según carpeta familiar.



- Registro de control de inmunización y adecuación a la edad.
- Verificación de control de inmunización según carpeta familiar.
- Hábito de succión - deglución. Registro de control de destete a los 2 años de edad.
- Verificación de control de destete según carpeta familiar.

Los índices para el registro y la medición del crecimiento y desarrollo fueron extractados de las carpetas familiares que se manejan en el Dispensario de Villa 9 de Julio realizándose un seguimiento de la salud de los niños de la guardería “Colorín colorado”, mientras que en la guardería “Travesuras” las fichas médicas para el seguimiento de las Historias Clínicas de cada niño fueron entregadas por el personal docente de la guardería a cada una de las madres que se encargaron de concurrir para el control del niño a la UPAS (Unidad Primaria de Atención de la Salud) Nro. 18, a fin de ser valorados por el médico y la enfermera responsables.

La historia clínica general está incluida dentro de la carpeta familiar a fin de realizar un seguimiento del control de su crecimiento y desarrollo y de la evolución de las situaciones patológicas que pudieran presentarse (Anexo N°:1).

**b) Salud bucodental:** se procedió a evaluar la salud bucal y su evolución posterior a la aplicación de las acciones preventivas-curativas durante un año, a los niños participantes en la investigación (ver ficha adjunta en Anexo N° 2).

El instrumental utilizado consistió en: cucharillas de Black (cortas, largas, extralargas) para realizar inactivación de caries activas a través de la técnica de Massler empleando I.R.M. (Intermediary Restorative Material) como material de obturación temporario, aprovechando su acción



cariostática, entre otras. También se utilizó, aprovechando esta acción, y en los casos de **alto riesgo** el Fluoruro Di Amino de Plata. El Tratamiento Restaurador Atraumático (TRA) permitió a través de la aplicación de cementos de ionómeros vítreos de alta densidad y autocurado, utilizar no solo sus mejores propiedades mecánicas, sino también controlar el progreso de las lesiones al remineralizar las áreas dentinarias expuestas en virtud de las ventajas que este material brinda en las acciones preventivas-terapéuticas, por la capacidad de liberar iones de flúor a las superficies dentarias adyacentes. Los materiales utilizados para la obturación definitiva según la reconstrucción a realizar fueron fundamentalmente resinas, amalgamas y coronas de acero inoxidable.

Se realizó la recepción y motivación del paciente, el examen clínico odontológico utilizando una silla común, luz natural e instrumental de exploración de rutina (espejo), recipiente con solución descontaminante (glutaraldehído al 2 %, agua de lavandina al 1 %), sustancia reveladora de placa bacteriana, dentífricos que incluyeron sustancias reveladoras de placa dental, cepillos de dientes para niños de cerdas suaves, pastas dentífricas con concentraciones óptimas de flúor y colutorios fluorados para buches. Los datos del examen bucodental fueron obtenidos mediante la observación e inspección directa según lo propuesto por la OMS (1) y registrados en la ficha odontológica. A través de una entrevista por cuestionario a los padres o tutores responsables del niño se completaron los datos necesarios.

Se evaluó la experiencia de caries mediante la aplicación del **Índice de caries**, según el número de elementos dentarios cariados, especificando si se trata de mancha blanca, marrón, caries amelo-dentinario-pulpar, perdidos a consecuencia de caries (extraídos con extracción indicada) y obturados



utilizando el método propuesto por Klein et al con los valores obtenidos elaborando con los valores obtenidos el correspondiente ceo-d.

Para identificar superficies específicas de los elementos dentarios y predecir la experiencia de caries según su distribución se utilizó el *Sistema de Análisis para Caries* (52), el cual considera en el estudio cuatro patrones de caries. El de “Fosas y Fisuras” (F.F) relacionados con la superficie oclusal de molares y la Fosa Vestibular y el surco lingual del 2º. molar (84), el “Maxilar Anterior”(M.A) asociado con los niños que duermen con la mamadera (85, 86), el “Proximal Posterior”(P.P) representa superficies no afectadas por disturbios mecánicos, exceptuando la cara distal del 2º molar superior e inferior y por último el de “superficies lisas bucal/lingual”(B.L) que comprende a la superficie de molares superiores e inferiores. Se excluyeron en el análisis las superficies bucales de caninos de ambos maxilares por alta prevalencia de defectos de desarrollo, la superficie palatina de los caninos superiores, lingual y mesial de los caninos inferiores, así como todas las superficies de incisivos inferiores por estar afectada solo en las caries rampantes. Debido a que no contacta con el elemento dentario y se convierte en superficie libre, la superficie distal del 2º molar quedó descartada por no encuadrarse en ninguno de los patrones (74).

Se determinó la Prevalencia de Patrones de Caries en niños (PPC) (% de niños que poseen al menos una lesión), la Prevalencia de Patrones de Caries de Superficies (PPCS) (% de la población que experimenta al menos un patrón de caries). Se evaluó la severidad de la enfermedad (grado en que los niños están afectados) y la distribución (% del número total de superficies que constituyen cada patrón), que permitió determinar la ubicación de los niños según el riesgo (Anexo N° 4).



- **Higiene Oral:** mediante el procedimiento descrito por Greene y Vermillon Simplificado (58) se consideraron los depósitos blandos acumulados sobre los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, tomando sus superficies dentarias representativas de los segmentos anteriores y posteriores de la boca: superficies vestibulares de los dientes 16-11-26-31 y las superficies linguales de 36 y 46. Por tratarse de la dentición temporaria se eligieron dientes similares (55-51-65-71-75-85). En este caso sólo se tuvieron en cuenta los restos según una escala de 0 a 3, donde 0 = no hay restos, 1= los restos blandos cubren mas de 1/3 de la superficie dentaria o se aprecian manchas sobre las mismas, 2= los restos blandos cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie expuesta y 3= los restos blandos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria expuesta.
- **Salud Gingival:** se evaluó el grado de inflamación de los tejidos que rodean al diente. según los criterios de Løe y Silness (59) considerando la severidad de la gingivitis en cuatro sitios: papila distal-vestibular, margen vestibular, margen palatino lingual. Se aplicó la siguiente escala de medición: 0= encía normal, 1= inflamación con cambios pequeños, 2= inflamación moderada, enrojecimiento y edema, hemorragia a la palpación 3= inflamación, enrojecimiento y edema seroso, ulceración y tendencia a la hemorragia espontánea
- **Hábito de cepillado:** se evaluó por interrogatorio a la madre del niño o tutor sobre la frecuencia y momento en que realizan la práctica de cepillado. Así mismo, se entrenó para la ejecución y control de las técnicas a las maestras encargadas del cuidado y atención de los niños en la guardería maternal (62).



- **Anomalías de oclusión: (80)** se estudiaron la oclusión normal y las alteraciones como oclusiones abiertas, cubiertas, cruzadas, anteriores y posteriores y considerando si éstas son uni o bilaterales.
- **Ensayos en saliva:** se realizó el recuento de niveles de *St. Mutans* mediante el procedimiento descrito por Jensen and Bratthall (85) teniendo en cuenta las categorías 0-1, 2 y 3.



Se determinó la actividad de lactobacilos (LB) según la técnica de Snyders modificada por Alban (86) mediante una escala ordinal que consideró las siguientes clases: - ó +: baja actividad; + + +: moderada actividad; + + + +: intensa actividad.

**c) Alimentación:** se evaluó el consumo de alimentos según tipo, consistencia, frecuencia y momento por parte de los niños mediante el recordatorio de la última semana (77). El mismo consistió en una entrevista por cuestionario de recuerdo dietético (Anexo N°:3) que se realizó a las madres y/o tutores de los niños, solicitando a través de ella que recordaran y describieran el tipo y consistencia de los alimentos ingeridos por el niño en un período de una semana.

Se consideraron los siguientes alimentos: leche, leche en polvo, cereales y derivados, legumbres y derivados, pan, productos de panificación, golosinas, productos azucarados y bebidas gaseosas y/o jugos. Asimismo se evaluaron los momentos y frecuencia del consumo, teniendo en cuenta aquellos alimentos y/o productos manufacturados que poseen mayor potencial cariogénico tales como golosinas, alimentos que contengan almidón más sacarosa, gaseosas y jugos azucarados y leche antes de dormir (44).

#### ***d) Protocolos clínicos aplicados***

Se categorizó a la población en **grupos de niños de bajo, mediano y alto riesgo** según factores de riesgos considerados por Preconc (Anexo N°:4).

El **grupo de niños de bajo riesgo, (sanos y con bajo riesgo de enfermar)** no presentó actividad de caries, tuvo adecuada higiene oral y bajo consumo de carbohidratos.

El protocolo aplicado en la **Fase preventiva** consistió en:

- \* Enseñanza y control de la higiene bucal con pastas dentales fluoradas (Colgate Total) o enjuagatorios fluorados

- \* Asesoramiento dietético para regular la frecuencia del consumo de carbohidratos.

- \* Aplicación de fluoruros de alta concentración (fluorofosfato de sodio acidulado al 1,23% F- y 0,1 molar de ácido ortofosfórico), bajo la forma de gel, mediante la técnica de cepillado asistido por las docentes y controlado por la odontóloga, una vez por semana durante un mes.



Por medio de la realización de talleres se transmitió la información a los padres, cuerpo docente y equipo de salud y a los niños utilizando juegos didácticos en los que ellos participaban.



*La Fase de mantenimiento* se realizó cada seis meses, teniendo en cuenta que el aumento o disminución de esta frecuencia dependió de la evaluación de la actividad de caries en cada uno de los controles.

El grupo de **niños de mediano riesgo** comprendió a niños **con alto riesgo de enfermar**, que presentaron aumento de factores predisponentes y eventualmente manchas blancas. En estos niños el cepillado dental fue deficiente, con elevado consumo de azúcar (más de 4 momentos por día) y la atención y motivación de los padres fue considerada regular. En tanto, el **grupo de niños de alto riesgo o con actividad de enfermedad** incluyó a los niños que no se higienizaban la boca, con alto consumo de azúcares (más de 6 momento en el día) y con un nivel nulo de concientización de los padres o tutor. Clínicamente se observaron manchas blancas en el esmalte (Nivel I), lesiones cavitadas (Nivel II) y destrucción de elementos dentarios en su porción coronaria en grado variable (Nivel III o IV).

Para ambos grupos de niños se aplicó el siguiente protocolo en la **Fase preventiva**:

- Enseñanza de higiene bucal
- Inactivación de caries utilizando I.R.M como material de restauración intermedio, luego de la eliminación de las capas superficiales de las caries dentinarias de todas las cavidades presentes en la boca del niño a fin de controlar la reinfeción.
- Tratamiento atraumático de caries utilizando ionómeros vítreos.
- Asesoramiento dietético para regular la frecuencia del consumo de carbohidratos que se realizó a través de talleres dirigidos a los padres, niños, docentes y equipo de salud.
- Indicación de sustitutos del azúcar.

-Aplicación de fluoruros de alta concentración utilizándose el fluorfosfato de sodio acidulado al 1,23% a través del cepillado y bajo la forma de gel efectuado en la guardería y controlado por los docentes y el profesional odontólogo, después del desayuno y de la merienda durante un mes, una vez por semana.



Se mantuvo a estos niños con controles periódicos inicialmente quincenales y luego fueron aumentando los intervalos de retorno hasta lograr la disminución del riesgo de caries efectuando controles bimestralmente.

La **Fase curativa y de rehabilitación** consistió en el tratamiento de la mancha blanca (Nivel I) y de la cavitación del esmalte (Nivel II) siempre en el sector anterior, utilizando las ventajas terapéuticas que brinda el uso de barnices fluorados como el “Nafresin” (Tedequim), laca resinosa con un contenido de 2,26% de FNa al 5% en una base de colofonio neutra, película con un tiempo de duración de 12 horas, durante las cuales el fluoruro es continuamente liberado a fin de lograr la remineralización de los tejidos afectados y su recuperación, indicándole al niño no ingerir alimentos durante 3 horas posteriores a la aplicación, evitar la ingesta de jugos de citrus o bebidas colas durante este tiempo, y no realizar el cepillado de los dientes el día de la aplicación.



Para este control se contó con la colaboración de los docentes de la guardería, y este Protocolo se realizó durante un mes, una vez por semana y al bajar el riesgo, las lesiones cavitadas (Nivel II) fueron tratadas con la Técnica de Restauración Atraumática (TRA) utilizando ionómeros vítreos. El Tratamiento Restaurador Atraumático permitió, a través de la aplicación de este material de alta densidad y autocurado, controlar el progreso de las lesiones al mineralizar las áreas dentinarias por la liberación de fluoruros en forma sostenida, proporcionando un sellado marginal aceptable. Se aprovecharon también, no solo sus mejores propiedades mecánicas, sino también la remineralización de las zonas proximales de dientes adyacentes al restaurado, lográndose una reducción bacteriana alrededor de dichas restauraciones, controlándose así el progreso de las lesiones en las acciones Preventivas-terapéuticas. Las aplicaciones terapéuticas de barnices fluorados se realizaron cada dos meses al acudir el niño a control.



En lo que se refiere a las **Restauraciones preventivas y convencionales** realizadas en el sector posterior, en las caras oclusales con surcos profundos y dudosos, se aplicó en un primer momento **fluoruro diamino de plata** al 38%, aprovechando su acción cariostática, bactericida y de remineralizador dental, como el “Fagamin” (Tedequim) surcos que luego fueron obturadas, al igual que las lesiones de Nivel III con ionómeros vítreos, resinas, amalgamas o coronas estampadas de acero inoxidable, según la reconstrucción a realizar.

La **Fase de mantenimiento**, comprendió el cepillado diario con pastas dentales fluoradas (Colgate Total), técnica controlada por el personal docente de las guarderías. Al inicio, los controles de estos pacientes se realizaron cada quince días aumentándose los intervalos de controles hasta llegar a efectuarse cada dos meses de acuerdo con la disminución de la actividad de caries.

En todos los casos se informó al paciente y a su mamá o tutor encargado el diagrama dentario obtenido.

Todo el trabajo referido a la atención odontológica se realizó con el consentimiento informado del padre y/o tutor del niño y bajo el estricto control de las normas de bioseguridad.

**e) Procesamiento estadístico:** los datos fueron analizados mediante un programa computarizado (SPSS). Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó el test T y análisis de varianza. Para variables cualitativas se aplicó la prueba de Chi cuadrado.

## **II) Estrategias de trabajo con la comunidad docente, usuarios y equipo de salud.**

### **a) Técnicas participativas**

Para reforzar las acciones preventivas se planificaron en los C.D.I. actividades mediante técnicas participativas:

\* Se tuvo en cuenta el conocimiento basado en lo que la gente sabe, vive y siente.

\* Se realizó un proceso de teorización sobre esa práctica como un proceso sistemático, ordenado, progresivo y al ritmo de los participantes, lo que permitió ir ubicando lo cotidiano, lo inmediato, lo individual y parcial dentro de lo social, lo colectivo, lo histórico, lo estructural. Este trabajo contó con



una serie de instrumentos educativos que fueron utilizados como técnicas o ayudas didácticas e implementadas según las condiciones del grupo de trabajo (87).

El valor de estas técnicas dependió del grado de inserción en toda la dinámica del conjunto, lo que llevó a los participantes hacia una toma de conciencia personal y colectiva. Teniendo en cuenta que una sola técnica no es suficiente, se acompañó de la implementación de otras que permitieron trabajar no solo con la población infantil de la guardería sino también con los grupos de padres.



Para ello se procedió del siguiente modo:

- Dinámicas de interacción grupal que crearon un ambiente propicio para que los participantes intercambien sus experiencias.
- Técnicas de análisis, cuyo objetivo fue dar elementos simbólicos que permitieron la reflexión sobre la salud bucal.





- Títeres representados por figuras humanas o animales de mayor tamaño que hablaban, ejerciendo un efecto especial sobre los niños.
- Charlas y discursos libres.
- Demostraciones que reunieron la enseñanza teórica y práctica.
- Técnicas audiovisuales.

Una intervención educativa a gran escala basada fundamentalmente en la educación interpersonal, mediante el uso de los medios masivos de comunicación los cuales contribuyeron a crear un clima propicio para el desarrollo de la misma (88) (Anexo N° 5).

#### **b) Encuesta a los integrantes del Equipo de Salud: Variable de interdisciplinariedad e integración**

A través de la cual se evaluó el nivel de conocimientos previos con respecto a la interdisciplina y su importancia en el mantenimiento de la salud bucal dentro del contexto de la salud general del niño.

Esto se realizó a través de una encuesta que permitió verificar el grado de compromiso de cada integrante del equipo con la interdisciplina (Anexo N° 6).

Teniendo en cuenta que la primera variable se midió a través de la carpeta familiar y el análisis de sus datos, la variable que se utilizó para medir la integración del equipo de salud al trabajo interdisciplinario fue a través de una “Guía para la evaluación de la participación interdisciplinaria de los servicios de salud”, instrumento que permitió determinar si la Integración fue: **Nula, Escasa, Moderada, Significativa** (Anexo N° 7).

#### **c) Encuesta a padres o tutores y maestros**

Para evaluar los conocimientos previos relacionados con la prevención de la salud bucodental y su importancia dentro del estado de salud general



del niño se realizó una encuesta a padres o tutores (Anexo N° 8) y a maestros (Anexo N° 9)

**d) Encuesta a los usuarios sobre la atención del Centro de Salud Villa 9 de Julio.**

Se aplicó una encuesta a los usuarios del Centro de Salud Villa 9 de Julio. (Anexo N° 10)

**e) Realización de Talleres como una propuesta de educación alternativa.**

Los resultados obtenidos en la etapa diagnóstica, permitieron un trabajo reflexivo para el logro de un cambio de actitud en todos los integrantes (89).

## TALLER I

### MOMENTOS:

Presentación y ubicación del momento del avance del proyecto en el que nos encontramos trabajando.

- ¿Nombre del proyecto?
- ¿Objetivos?
- ¿Con quién? ¿Donde?
- ¿Que se hizo?
- ¿Donde estamos hoy?
- ¿Qué falta hacer?
- ¿Cómo me veo en el equipo?



## TALLER II

**Momento de Apertura o Disparador:** Grafico-visual (Observación de una representación gráfica de Quino)

**Actividad Grupal:** Lectura y discusión de concepciones de salud y de método interdisciplinario en el Paradigma social.

**Actividad individual:** Reflexión individual. Cuadro comparativo entre lo que se hace, se hará y lo que la comunidad necesita, justificando las propias acciones en el equipo según los Paradigmas vigentes (tecnocrático y crítico social), para ubicar, en el segundo Paradigma, el método interdisciplinario de abordaje en los equipos de salud.

Nos ven...

- ¿Somos un equipo interdisciplinario?
- ¿Estamos funcionando como tal?
- Lectura sobre interdisciplina.
- Paradigmas: Lectura
- Reflexione sobre las acciones que hacen en el equipo, interpretándolas desde los paradigmas de la salud.

### TALLER III

**Pre-taller:** Lectura, análisis y selección de **ideas fuerzas** significativas de las producciones individuales de cada uno de los miembros del equipo.

**Trabajo grupal:** Lectura y discusión grupal de ideas fuerzas construidas por los miembros del equipo, puesta en común y búsqueda del consenso.

¿Como nos vemos?

¿Como nos ven?

### IDEAS FUERZAS SOBRE LAS QUE SE TRABAJARON



## 1) ¿Cómo vemos nuestro trabajo de Equipo con la comunidad?

- “Completo y solidario”.
- “Creo que el trabajo de Equipo es muy bueno, comprometiéndose e involucrándose en la problemática de la comunidad”.
- “Con un adecuado modo de funcionar”.
- “Difícil de llevar a cabo, ya que las políticas de salud fomentan el asistencialismo y no la educación sanitaria.”
- “Podemos mejorar, contando con los profesionales necesarios para llevar adelante los programas de Atención Primarios y continuar con las charlas o talleres de educación para la salud.”
- “En estos tiempos la carencia de recursos, la saturación por la cantidad de pacientes, hacen un poco dificultoso el trabajo de equipo, pero a pesar de las circunstancias seguimos trabajando interdisciplinariamente (aunque no con todos los miembros del Equipo de Salud).”

## 2) ¿Por qué?

- “Porque se presta atención a nuestros hijos y nos enseñan a cuidarle la boca.”
- “A pesar de los distintos problemas, ya sean laborales, personales, se trata de hacer todo lo mejor posible, a pesar, repito de la adversidad con la que se esta viviendo”.
- “Porque a través de la educación, prevención y promoción de la salud tratamos de cumplir con los objetivos individuales, a nivel equipo y también institucional.”

- “Porque esta presente el objetivo de hacer Atención Primaria.”
- “Porque se observa compromiso por parte de los profesionales, conocimiento de la realidad de los pacientes, respeto hacia la comunidad y hacia otros profesionales, comunicación interna (equipo) y con el medio social y orden y organización en el modo de funcionamiento del Dispensario.”
- “Porque gran parte del Equipo se interesa por ciertos problemas que influyen en las personas que concurren al Centro de Salud, mas allá de su “salud-enfermedad” y se intenta buscarle una solución o por lo menos una contención al mismo, consultándose opiniones entre los integrantes del Equipo.”

### **3) ¿Cómo creemos que la comunidad ve nuestro trabajo?**

- “Bien, con algunas observaciones, quejas como por ej. la falta de dentista de grandes, se dan pocos números y queda gente sin atención.”
- “Si bien no todos en la comunidad comprenden este trabajo, los que sí lo comprenden aceptan y agradecen este esfuerzo”.
- “Valora los esfuerzos del Equipo teniendo en cuenta los pocos recursos disponibles, falta de profesionales y otros inconvenientes que se van presentando.”
- “Creemos que hay una visión positiva del trabajo que se realiza, que hace que la comunidad note el trabajo comprometido del Equipo y por lo tanto responde a esto”.
- “No se como valoran nuestro trabajo, aunque viendo las actitudes de ellos, pienso que lo consideran bueno en la medida que les resuelvan sus necesidades, y que la calidad del servicio sea aceptable”.



- “A la comunidad le es en esta época muy difícil ver nuestro trabajo por todas la situación de crisis que se vive y que la llena de resentimiento y angustia, pero a pesar de todo, la comunidad que aun puede ver, valora, y valora mucho, en forma doble nuestro trabajo”.
- “Algunos lo valoran, otros no, otros sin valorarlo conscientemente, cambian sus posturas mejorando su calidad de vida”.
- “Creo que hay puntos de vista muy diferentes, ya que alguna gente valora todo lo que se hace y entiende el cambio en la forma de atención y otra gente concurre con mucho resentimiento de experiencias pasadas negativas (mala calidad de atención por falta de insumos, medicamentos, tiempo para la consulta, etc.) y requiere una solución inmediata y “mágica” a problemas mas complejos.”

#### **4) ¿Por qué?**

- “Son una comunidad muy complicada y ellos toman este trabajo de equipo creyendo que el equipo tiene obligación y lo toman como tal, pero en general lo aceptan bien.”
- “La comunidad evalúa nuestro trabajo, la mayoría de las veces reconociendo que hacemos lo que mejor podemos y cuando el tema es fuera de la atención habitual, lo valora hasta se sorprende al vernos desde otro lugar”.
- “Responde a esto recurriendo al Centro de Salud de manera continua sin que se observen habituales deserciones”.
- “La entrega de medicamentos y leche no debiera ser un factor decisivo en la valoración de las personas que componen nuestro equipo, pero así están implementadas las políticas sociales y de salud”.

- “El equipo de Salud cada vez mas se identifica con las necesidades de la comunidad, porque pertenecemos de una forma u otra, al mismo escenario”.
- “Porque hace falta educar a la comunidad. Educar desde lo sano, lo prevenible. A veces no se valora, porque la gente se acostumbró a atender lo urgente que no siempre es lo más importante”.
- “De todas formas consideramos que muchas personas confían mucho en el compromiso de los profesionales y sabe que se lo contiene de una manera integra como ser humano.”

#### **5) Nos proponemos hacer.**

- “Tratar de “aguantar” a la gente, enseñarle”.
- “Dar en lo posible todo tipo de ayuda para contener a esta comunidad.”
- “Brindar la mejor atención a cada persona dentro de los objetivos de Atención Primaria.”
- “Mejorar la calidad de atención desde lo asistencial, que es el lugar donde mejor nos comunicamos”.
- “Educar para la salud. Prevenir posibles enfermedades asesorar sobre desarrollo normal.”
- “Charlas, talleres de educación y promoción de la Salud, control de Salud del adulto sano.”
- “Prevención, lograr que el paciente concurra periódicamente en salud para evitar la enfermedad”.
- Captación de riesgo, flías. desnutridas, flías. de riesgo, casos sociales.”



## 6) Hacemos

- “Limpiamos para el bienestar de la gente. Ayuda y colaboración con el personal administrativo y medico.”
- “Educar”.
- “Cumplir con los requerimientos mínimos que tiene cada individuo en cuanto a salud”.
- “Tratar que la comunidad, en mi caso (médica) nos sea como un igual con nuestros problemas y realidades, que muchas veces no depende del equipo de Salud resolver determinadas cuestiones”.
- “Trabajamos con padres (comunidad) educando e informando a través del dialogo directo. Realizando derivaciones a profesionales específicos (dentro del Centro de Salud y fuera de este). Informamos a docentes y otros profesionales sobre las incumbencias de nuestro rol o sobre algún paciente en particular.”
- “Control de crecimiento y desarrollo. Vacunaciones. Planificación familiar. Control de embarazo y puerperio. Prevención de enfermedades odontológicas. Detección enfermedades: Diabetes, M.T.A., T.B.C. Adolescentes. Farmacia con remedios y Municipalidad de Córdoba.”
- “De una manera u otra, cada uno, a pesar de todo logramos cosas exitosas, que por las circunstancias las consideramos doblemente positivas”.
- “Atendemos a los pacientes integralmente, explicándoles los problemas de salud, como tratarlos, que es lo que debe realizar desde su casa, en su familia y haciendo hincapié en la importancia de concurrir al Centro de Salud”.
- “Charlas a niños y padres (guarderías). Charlas individuales en consultorio. Folletos con mensajes breves y sencillos para prevención”.

## 7) Lo que la comunidad necesita.

- “Necesitan más números para consultas, más médicos. Sobre todo que hayan mas remedios.”
- “Enseñar a trabajar, ayudarlos e incentivarlos para que estudien, para que dependan de si mismos”.
- “Educación permanente. Prevención y promoción de Salud-enfermedad. Diagnostico y tratamiento oportuno. Medios necesarios para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado (medicamentos, insumos, especialistas, etc.).”
- “Educación”.
- “La comunidad necesita educación, información y contención por parte del equipo de trabajo. También precisa del desempeño conciente y responsable del rol de cada uno”.
- “Educación-Trabajo”.
- “Lo vemos a diario: Trabajo intenso sobre el eje victima-violencia, cultura-educación, prender a cuidarse, no solo asistir o tener idea de un Centro de Salud cuando se esta enfermo, sino como una escuela de aprendizaje, de prevención y cuidado personal”.
- “Educación para la salud, como prevenir riesgos, enfermedades, accidentes y métodos y pautas para mantener la salud y el bienestar”.
- “Promoción de conductas sanas y saludables. Educación-Fomentar vínculos sanos-Participar, involucrarse, comprometerse con los otros. Trabajar, no esperar todo hecho.”

## f) Capacitación de los docentes y del equipo de educación para la salud.



Los profesionales del equipo y el cuerpo docente, debieron desarrollar en el tiempo criterios y pautas preventivas comunes en el modo de abordaje, tratando de alcanzar la meta de la atención primaria, a través de acciones integradas que no sólo afecten a lo curativo sino fundamentalmente a la prevención en salud.

Se adjunta en Anexo 11 la síntesis de los Talleres realizados.



# RESULTADOS



#### IV- RESULTADOS

**\*Estudio clínico-odontológico:** población se distribuyó equitativamente en niños de más de 3 a 4 años de edad para aquéllos que concurrían a la guardería Colorín Colorado, mientras que un 30% de los niños de la guardería Travesuras recién cumplía los 3 años de edad al inicio del estudio.

El 85 al 90% de la población se alimentó mediante lactancia natural, donde la edad del destete fue a partir de los 6 y 18 meses y un 25% alrededor de los 2 años para toda la población (Figura 1). A los 6 meses de edad, la mitad de los niños concurrentes a ambas guarderías tenían erupcionado el primer diente y en los niños restantes se produjo en los siguientes meses hasta cumplir el año de edad. El 62.8% y el 41.5% de los niños concurrentes a Colorín Colorado y a Travesuras respectivamente mostraron la erupción completa entre los 18 y 24 meses de vida. En la población total la erupción primaria completa culminó después de los 24 meses. El hábito de succión digital fue del 23.0% para los niños concurrentes a Colorín Colorado, no registrándose dicho hábito en el otro grupo de niños.

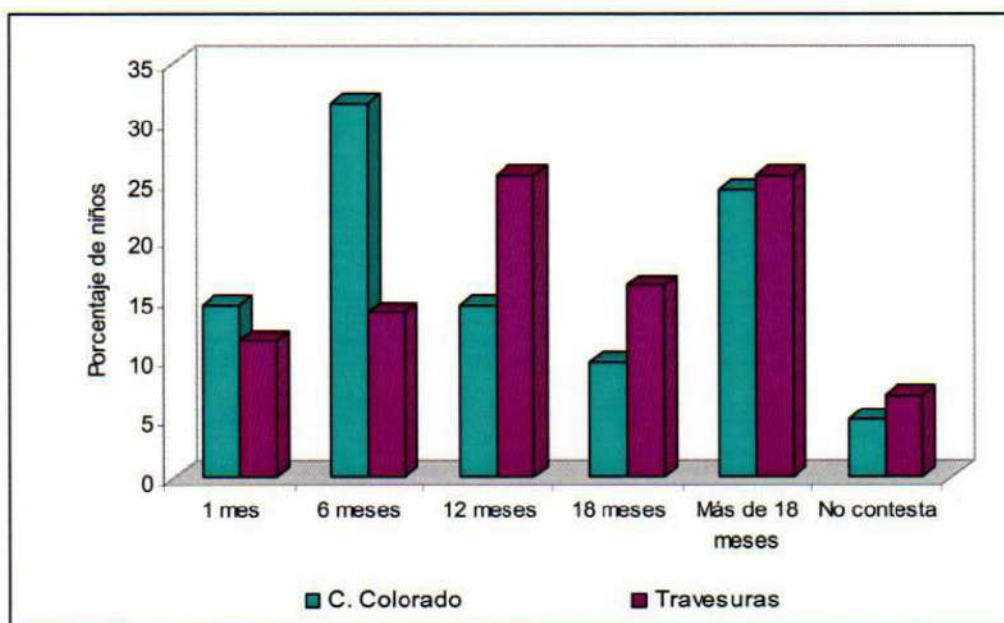
El análisis de las condiciones óptimas del ambiente bucal de la población de niños concurrentes a la guardería Colorín Colorado reveló que el 23.0% no presentaba caries, en el 28.0 % el índice de higiene oral y el de salud gingival fue del 26.0 %. En tanto, en niños de la guardería Travesuras el porcentaje fue del 10.0, 0.0 y 7.0 % respectivamente (Figura 2 a).

Los resultados del estudio clínico-odontológico de los niños según guardería revelaron diferencias estadísticamente significativas para los índices ceo-d, higiene oral y salud gingival (Figura 2b). Al comparar ambas poblaciones se observó que los niños concurrentes a Travesuras presentaron valores más elevados de los índices ceo-d, ceo-s, higiene oral y salud gingival en un 61%, 28.0%, 56.0% y 72.0 %, respectivamente. Las diferencias

observadas por sexo, detectaron un incremento en el grupo de varones de ambas guarderías, cuyos porcentajes fueron de: 31.5: ceo-d, 32.0: ceo-s, 12.0: higiene oral y salud gingival: 15.4 (Colorín Colorado) y 22.0: ceo-d, 23.1: ceo-s, 25.0: higiene oral y 0.0: salud gingival (Travesuras).

La prevalencia de la caries dental fue de 76.7 % (Colorín Colorado) y del 90.0 % (Travesuras).

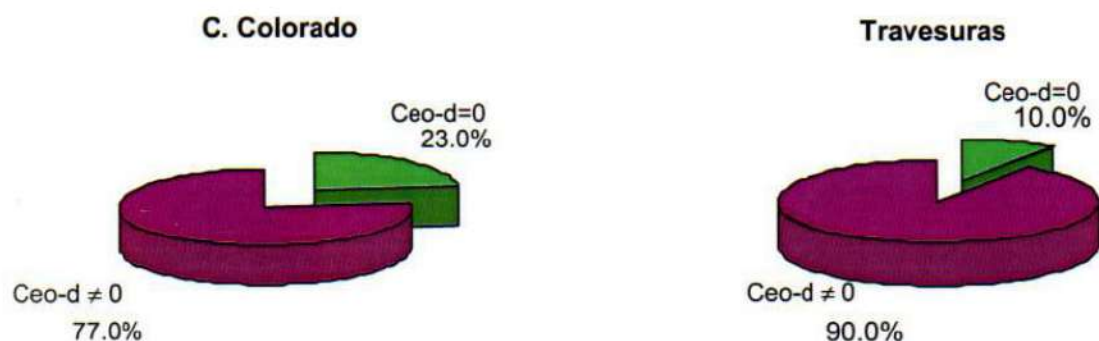
**Figura 1. Edad del destete de los niños, según guardería.**



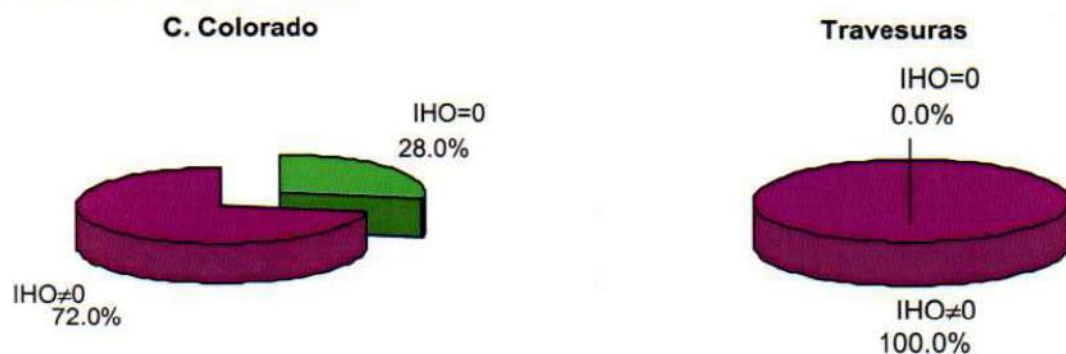


**Figura 2 (a). Porcentaje de niños con y sin experiencia de caries, higiene oral y salud gingival.**

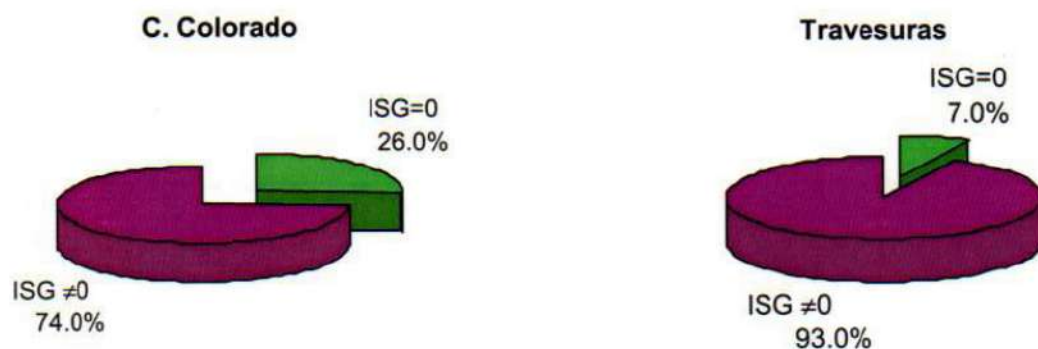
**Índice ceo-d**



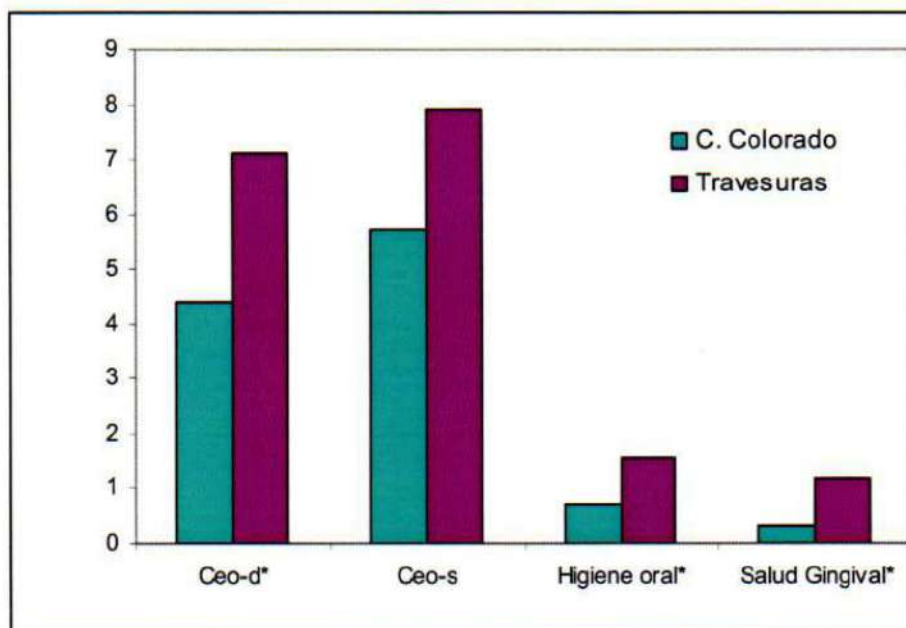
**Índice de Higiene Oral**



**Índice de Salud Gingival**



**Figura 2(b). Índices ceo-d, ceo-s, higiene oral, y salud gingival según guardería.**



\* $p \leq 0.002$  expresa las diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones.

Al analizar la prevalencia de los patrones de caries se detectaron diferencias en los patrones FF, MA, y BL, en los niños concurrentes a Travesuras, de modo similar se manifestó la severidad, se excluyó el patrón PP donde se invirtió el comportamiento, como consecuencia de que un porcentaje de estos niños tiene menor edad, por ende, un retardo en la erupción y en relación de los contactos dentarios. A pesar de ello, el avance de la enfermedad para el patrón BL fue mayor para los niños de la guardería Travesuras (Figuras 3 (a) y (b)).

Al evaluar la incidencia del sexo en estas poblaciones, se observa una mayor prevalencia en el patrón MA y BL en el grupo de varones de la guardería Travesuras, no así, para el patrón FF y PP que mostró un mayor

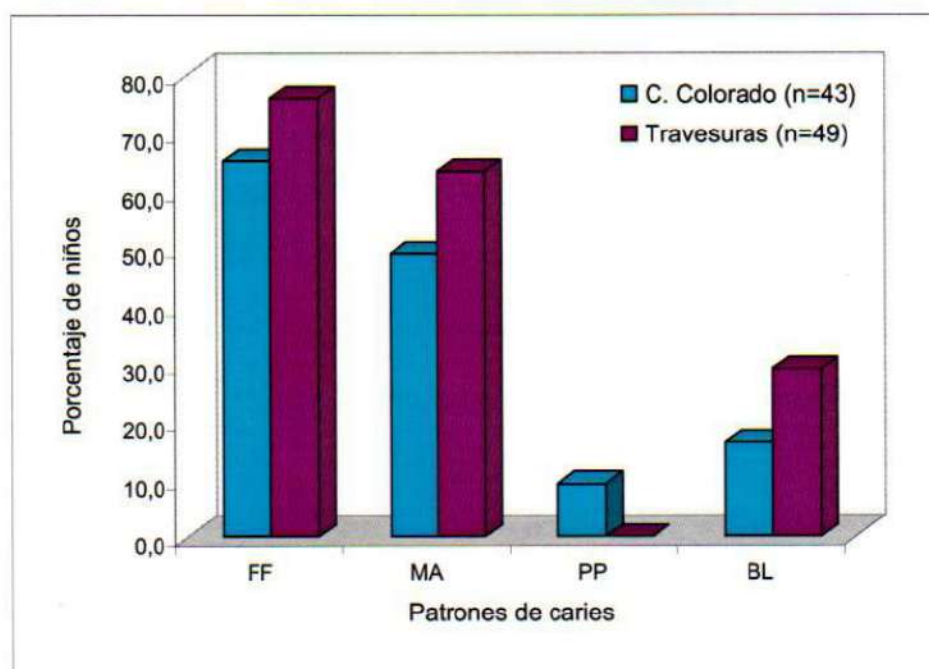


porcentaje en los niños concurrentes a Colorín Colorado. La severidad se comportó de igual modo que en la población total (Figura 4 (a) y (b)). Los niños de sexo femenino (Travesuras) mostraron mayores porcentajes en los patrones FF, MA y BL, el grado de afección de los patrones fue marcado para FF y BL (Figura 5 (a) y (b)).

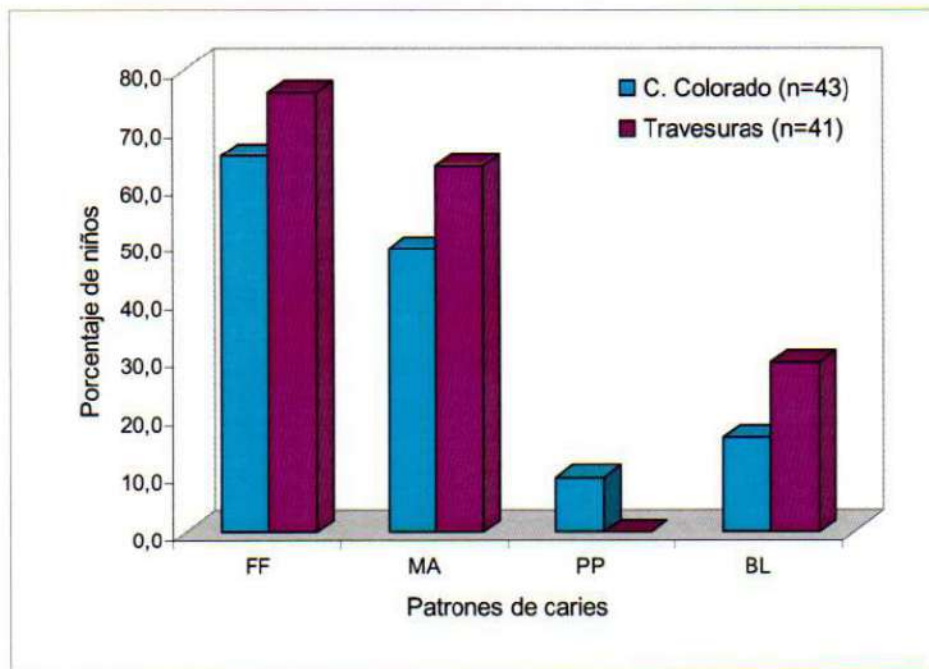
La distribución de la enfermedad en cada una de las poblaciones estudiadas fue muy similar, teniendo en cuenta las consideraciones pertinentes al patrón PP de los niños asistentes a Travesuras (Figura 6).

El Figura 7 (a) nos muestra el porcentaje de niños afectados con lesiones reversibles, mancha blanca, en la población y según sexo y guardería, mientras que en la Figura 7 (b), se observan los porcentajes de superficies afectadas para ese grupo de niños.

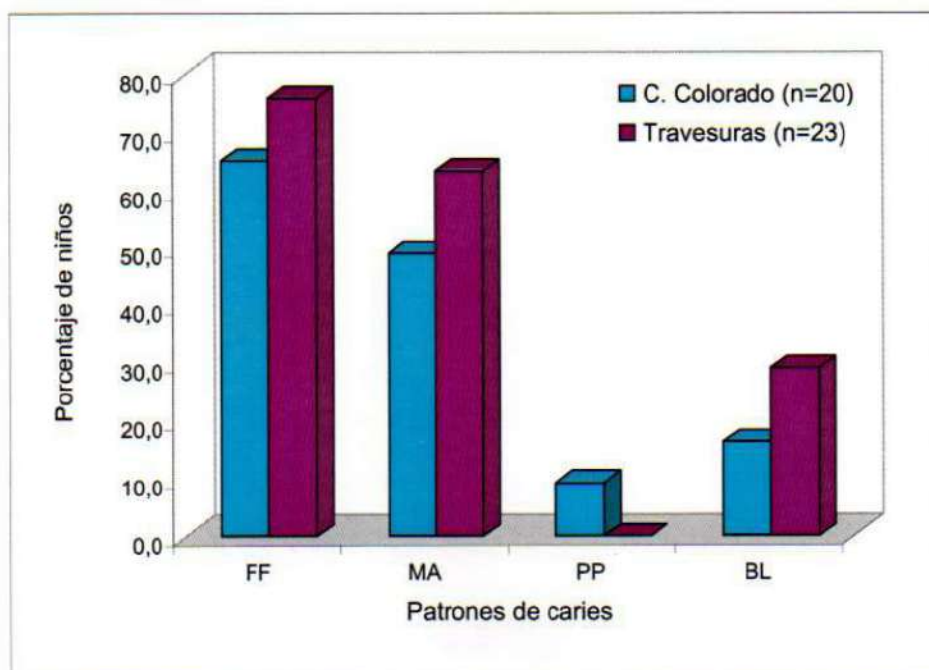
**Figura 3 (a). Prevalencia de patrones de caries dental en niños, según guarderías.**



**Figura 3 (b). Severidad de patrones de caries dental en niños, según guarderías.**

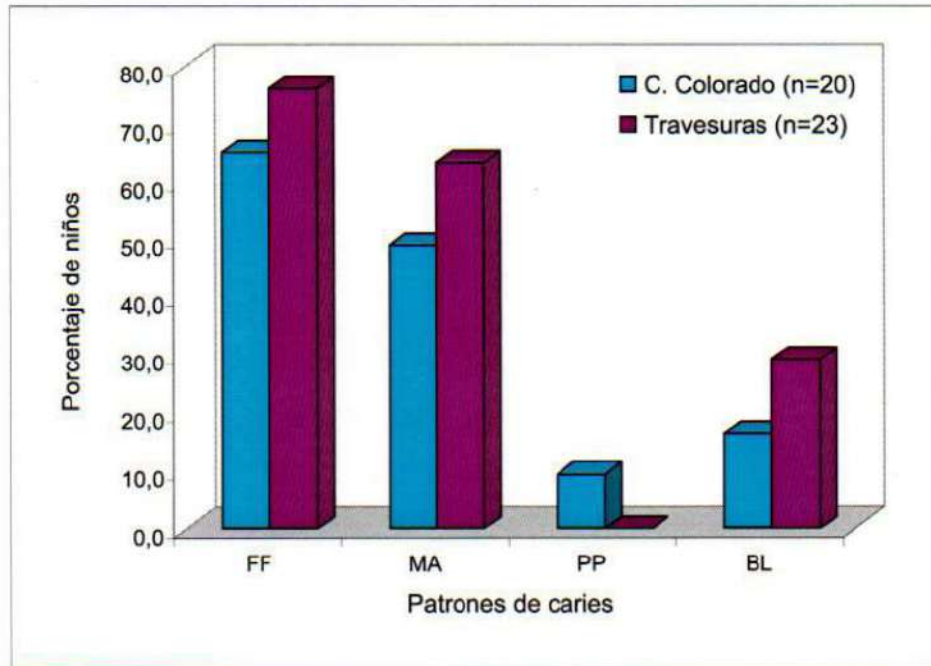


**Figura 4 (a). Prevalencia de patrones de caries dental en varones, según guarderías.**

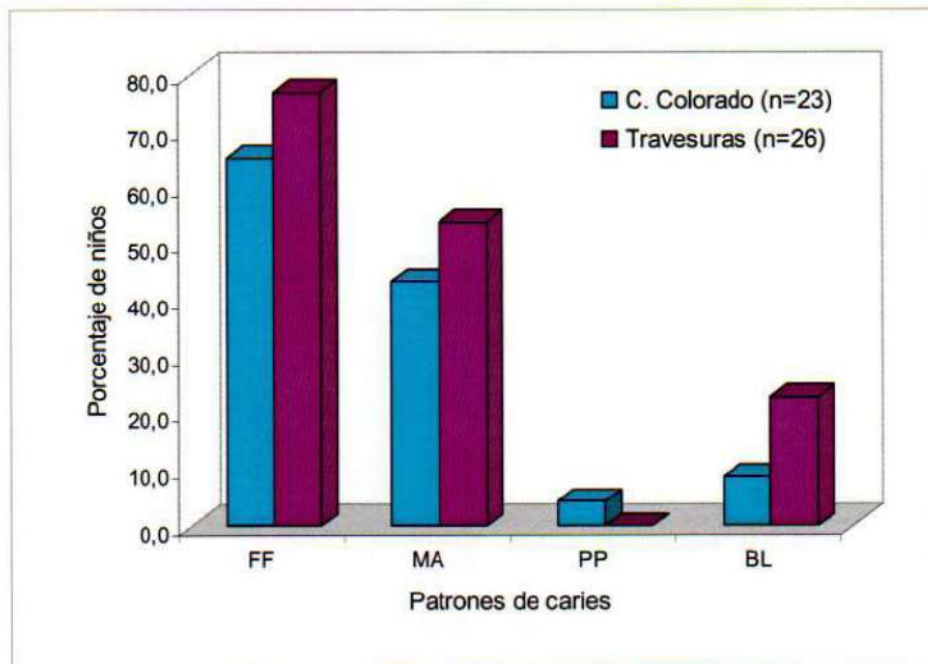




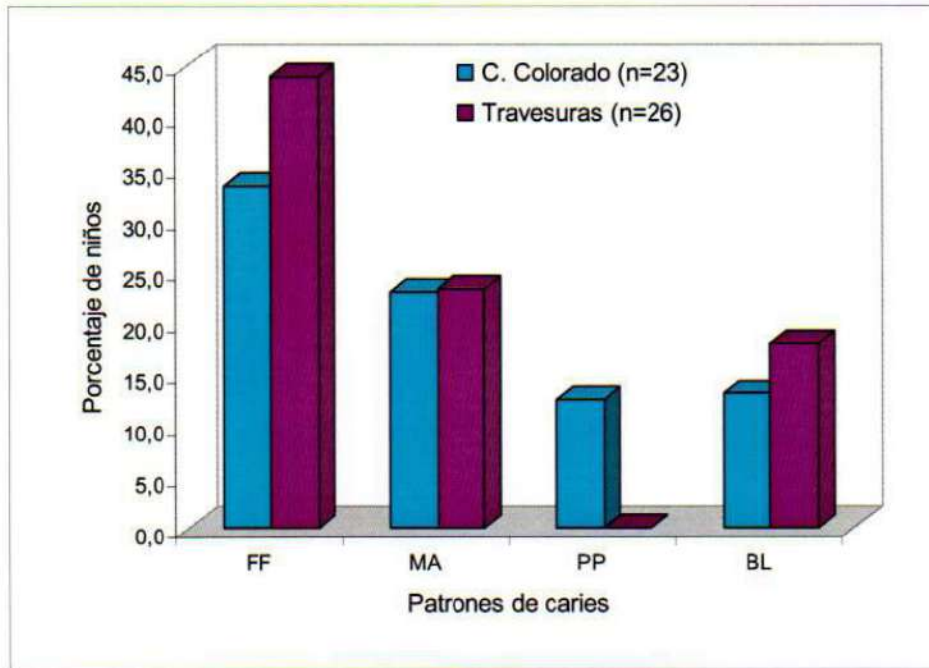
**Figura 4 (b). Severidad de patrones de caries dental en varones, según guarderías.**



**Figura 5 (a). Prevalencia de patrones de caries dental en mujeres, según guarderías.**



**Figura 5 (b) Severidad de patrones de caries dental en mujeres, según guarderías.**





**Figura 6. Distribución de patrones de caries dental en niños concurrentes a guarderías materno infantil, población total, varones y mujeres, según guardería.**

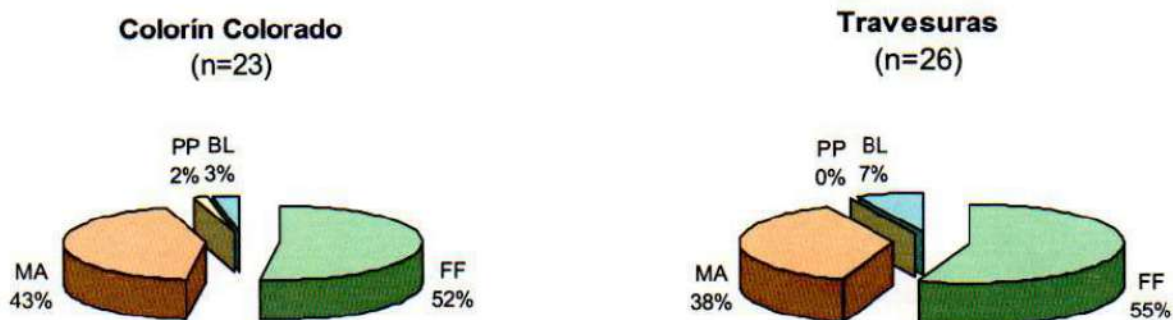
**Población Total**



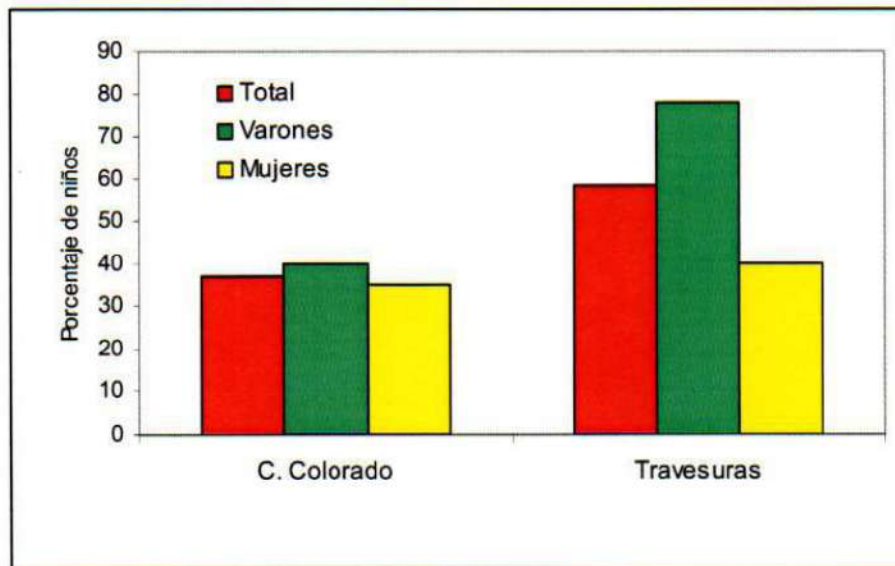
**Sexo masculino**



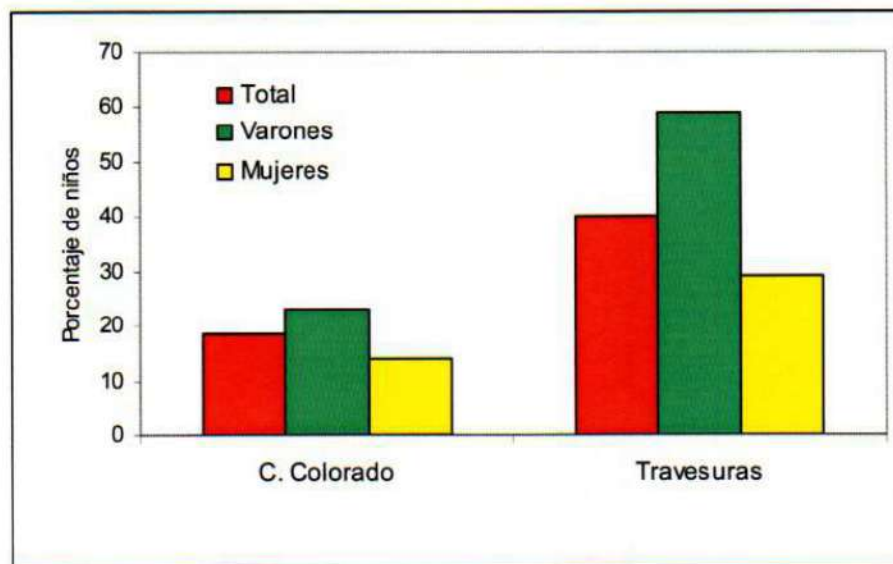
**Sexo femenino**



**Figura 7 (a). Porcentaje de niños afectados con mancha blanca en la población total según sexo y guardería.**



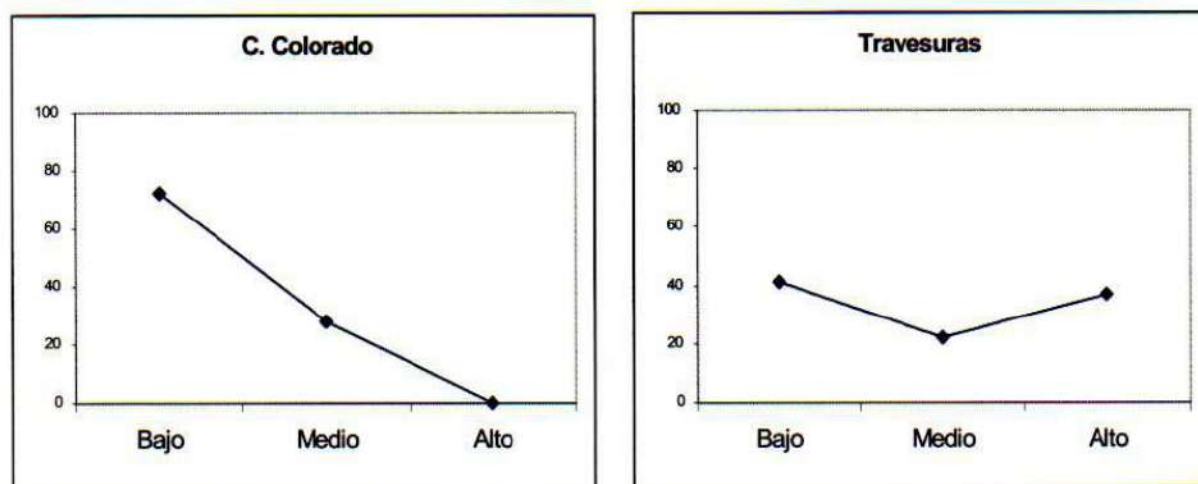
**Figura 7 (b) Porcentaje de superficies afectadas con mancha blanca en la población total, según sexo y guardería**





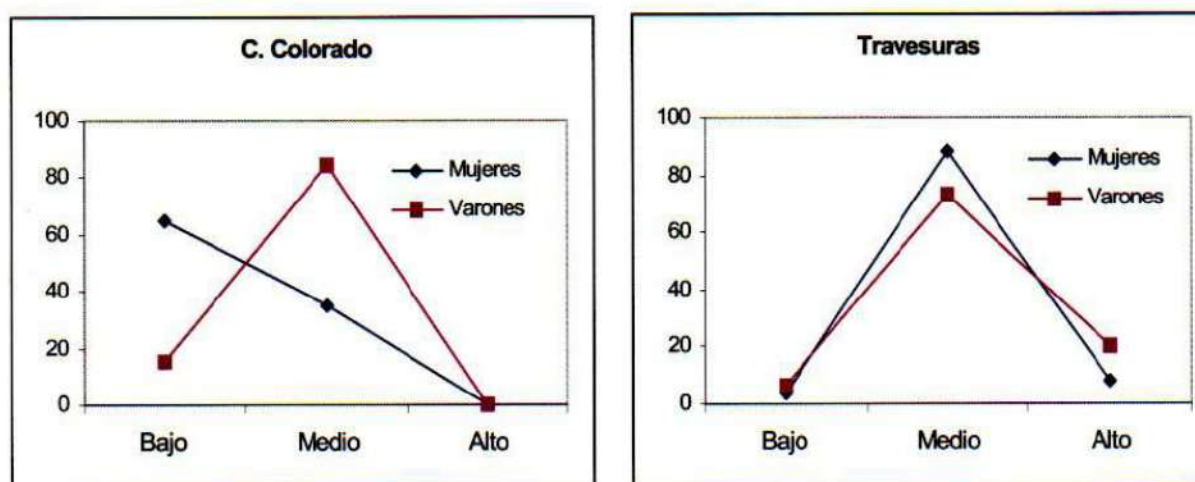
Los resultados microbiológicos para estos grupos de niños se observan en la Figura 8 (a) y (b) donde un porcentaje de niños (Travesuras) mostró mayores niveles de *St mutans* siendo más manifiesto en el grupo de varones. Por su parte, la actividad de lactobacilos reveló un comportamiento similar Figura 9 (a) y (b).

**Figura 8 (a): Niveles de *St. mutans* en la población, según guardería.**



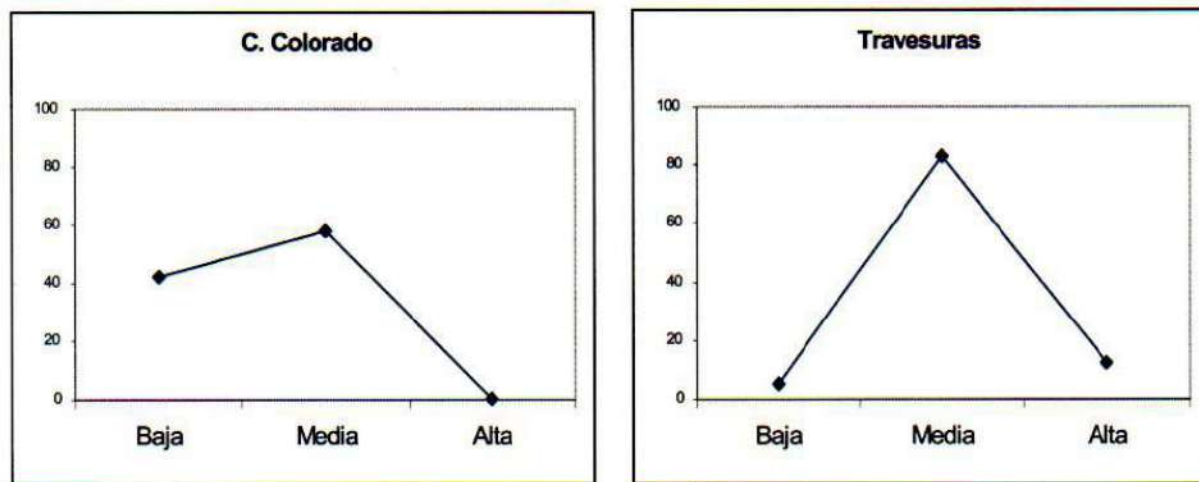
(Bajo: UFC/ml <math>10^3</math>; Medio: UFC/ml

**Figura 8 (b) Niveles de *St. mutans* en la población, según sexo y guardería**



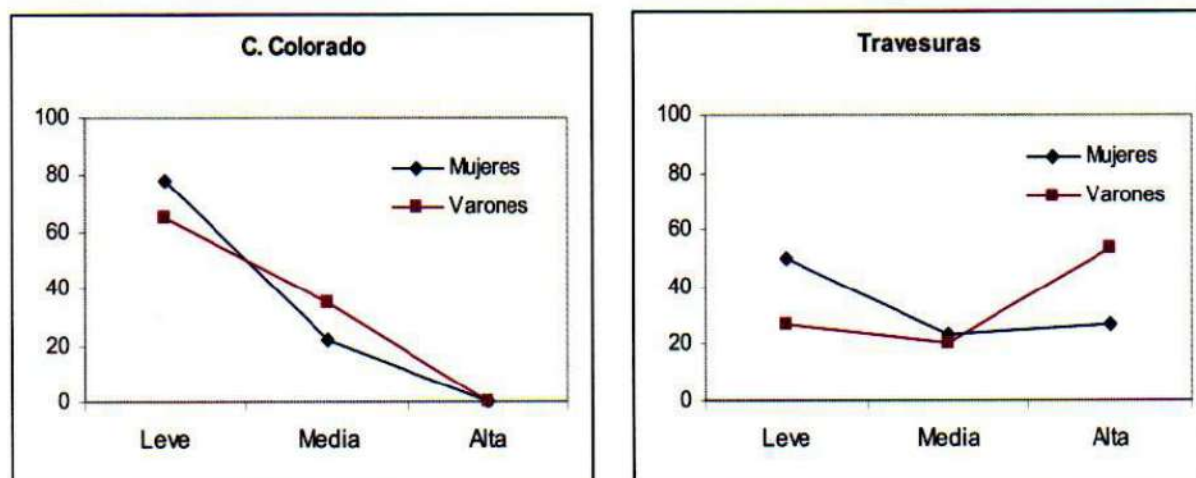
Bajo: UFC/ml <math>10^3</math>; Medio: UFC/ml

**Figura 9 (a). Actividad de lactobacilos en la población según sexo y guardería.**



(Baja: UFC/ml <math>10^3</math>; Medio: UFC/ml

**Figura 9 (b). Actividad de lactobacilos en la población según sexo y guardería**



(Baja: UFC/ml <math>10^3</math>; Medio: UFC/ml



Con relación al registro de la oclusión se observó lo siguiente: los niños de la guardería Colorín Colorado mostraron un 20.9 % de alteración de la **relación vertical**, con respecto a la población concurrente a la guardería Travesuras fue del 39.0% (mordida abierta anterior). Teniendo en cuenta la **relación transversal y sagital** los porcentajes de alteraciones observados fueron menores para ambos grupos de niños. En tanto, alrededor de un 80.0% de los niños de las guarderías bajo estudio presentaban normalidad en su **línea media** (Cuadro 1).

**\*Ingesta de alimentos cariogénicos:** en relación al tipo de alimentación cariogénica se observa que los porcentajes de consumo de pan, arroz y fideos fue similar para toda la población (95.0 al 97.0%). Aunque se evidencia una mayor ingesta de productos de copetín y golosinas (25.0%) para los niños de la guardería Travesuras, mientras que casi toda la población (92.0%) consumió bebidas colas y/o jugos azucarados (datos no mostrados).

Referido a la consistencia de los alimentos ingeridos (blanda y/o fibrosa) la ingesta fue similar y se distribuyó equitativamente (50.0%) en ambos grupos estudiados. En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos, el 63.0% y el 78.0% de los niños de Colorín Colorado y de Travesuras respectivamente, consumió más de tres veces por día estos alimentos. El momento de consumo que mostró mayor porcentaje de ambos grupos considerados (70.0 al 80.0 %) fue entre las comidas, detectándose que un 37.0% (Colorín Colorado) y un 68.0% (Travesuras) consumían alimentos cariogénicos antes de dormir.

Es importante señalar, que se registra un mejor estado de la salud bucal en los niños que estuvieron asistidos por el odontólogo que trabajó interdisciplinariamente con el equipo de Salud, donde los datos obtenidos reflejaron esta notable evidencia.



**Cuadro 1- Oclusión normal y alteraciones según guarderías**

		Colorín Colorado (43)		Travesuras (49)	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Relación Vertical	Mord. Abierta Anterior	9	20.9	16	39.0
	Mord. Abierta Posterior	0	0.0	0	0.0
	Mord. Cubierta Anterior	4	9.3	6	14.6
	Mord. Cubierta Posterior	0	0.0	0	0.0
Relación Transversal	Mord. Cruz. Post. Bilateral	0	0.0	0	0.0
	Mord. Cruz. Unilateral Der.	3	7.0	2	5.0
	Mord. Cruz. Unilateral Izq.	1	2.3	3	7.3
Relación Sagital	Un diente	0	0.0	0	0.0
	Varios dientes	0	0.0	2	5.0
Línea Media	Normal	35	81.4	33	80.5
	Desviada	8	18.6	8	19.5



**\* Evaluación de la concepción de salud y de la salud bucal en la comunidad, y docentes.**

**-Encuesta a los padres:** el análisis de la información de la encuesta a los padres permitió mostrar ciertas diferencias en las variables e ítems estudiados. Se observa que existe un reconocimiento al médico para solucionar los problemas de salud, descartándose otras prácticas alternativas, donde la consulta a este agente de salud representa el 100% de los padres encuestados. Al evaluar los motivos de la asistencia médica se detecta que entre un 50 a 55% de los entrevistados de cada una de las guarderías realiza el control médico una vez al año, porcentaje que se repite al observar que se acude a la consulta sólo cuando está enfermo.

El mantenimiento de la salud según guardería se muestra en la Figura 10 donde se evidencia que no hay diferencias entre los ítems analizados de la variable bajo estudio. Puede observarse que la población de ambas guarderías (Colorín Colorado: 81.05 % y Travesuras: 76.5%) consulta al médico para conservar la salud, en tanto se muestran porcentajes inferiores para la consulta odontológica, subestimándose otras acciones para el cuidado de la salud. La asistencia odontológica en la población total y en cada una de las guarderías se muestra en la Figura 11, donde la proporción de niños que concurren al odontólogo para la guardería Colorín Colorado es muy elevado (66,7%) con respecto a los niños que lo hacen en la guardería Travesuras (17.6%).

Al precisar los motivos de la consulta odontológica, los niños de la guardería Colorín Colorado muestran que un 69,0% concurre para que se les enseñe a cuidar la boca, un 64,3% para que se les revise la boca y un 21,4% cuando le duelen los elementos dentarios, mientras que los niños de Travesuras revelan los siguientes valores: 20,6%, 17,6% y 2,9 % respectivamente para los motivos considerados (Figura 12).



Si bien las repuestas del porqué “no lleva al niño al odontólogo presenta porcentajes inferiores para los niños de ambas guarderías, es importante destacar que el 26,5% de los padres de los niños que concurren a Travesuras creen que “no se van a dejar atender”, porcentaje que fue prácticamente descartado para la otra población. Al evaluar las causas que afectan la salud bucal, los padres de los niños de Colorín Colorado las focalizan en la ingesta de dulces y golosinas (69,0%) y consumo de jugos y bebidas colas (59%). En tanto, para la otra guardería los motivos se relacionaron además de dicho consumo (56,0% y 41,2% respectivamente) con el hábito de cepillado, distribuyendo esta variable en los siguientes ítems: “le cuesta cepillarse”, “se cepilla poco los dientes” y no quiere cepillarse” (Figura 13). Por su parte, es importante señalar que el 86,0% de los niños de la guardería Colorín Colorado se cepilla los dientes y el 60,0% lo hace con dentífrico fluorado, mientras que si bien la población de Travesuras el 70,0% se cepilla los dientes sólo el 29,4% lo hace con dentífrico.

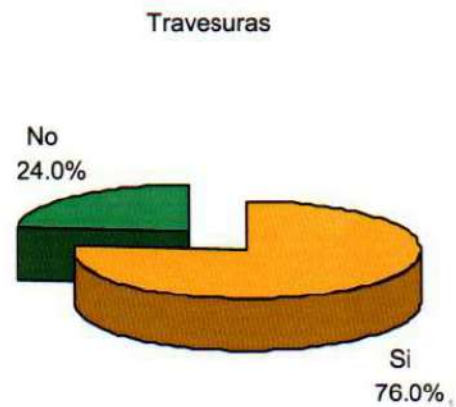
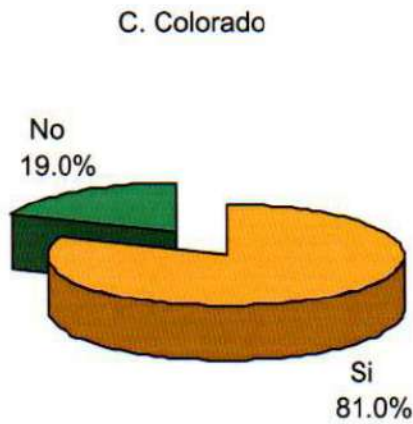
**-Evaluación de la concepción de salud y de la salud bucal a los docentes:** los resultados obtenidos de las respuestas a los docentes reflejan que un elevado porcentaje de los docentes de la guardería Colorín Colorado acuden a la consulta médica. Aunque es importante destacar que un 71,4% de los docentes de la guardería Colorín Colorado visita al agente de salud sólo cuando están enfermos. En tanto, el 100,0 % de estos mismos docentes consulta al odontólogo (Figura 14). La evaluación de la consulta odontológica permitió observar que los docentes de Colorín Colorado y Travesuras acuden al profesional para mantener la boca sana y sólo cuando tienen problemas en la boca, cuyos porcentajes corresponden al 71,4% y 28,6% para la primera de ellas, en tanto para la segunda el 100% consulta al odontólogo frente a dichos problemas de salud. Se observa que un 57,1% de los docentes de Colorín



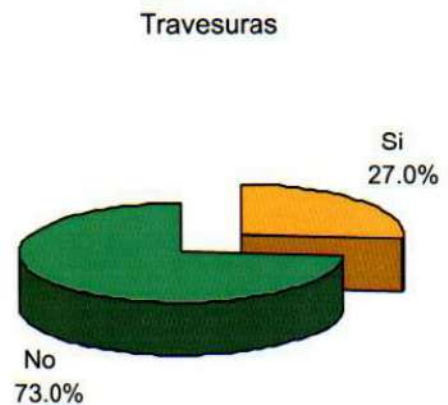
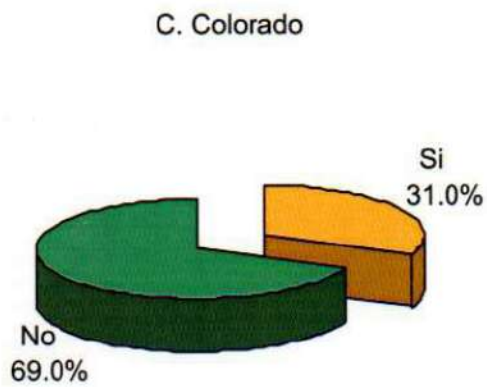
Colorado concurren al profesional en relación al 20,0% de Travesuras. La ingesta de golosinas es más marcada para estos últimos y el hábito de cepillado está instalado en todos los docentes donde el aprendizaje de la técnica provino de la consulta con el profesional. Al analizar las acciones que realizan los docentes para mantener la salud, los integrantes de las guarderías las distribuyen entre la consulta médica, odontológica, descanso, ejercicios físicos y cuidado en las comidas (Figura 15). En relación a la importancia del cuidado de la salud bucal los docentes argumentan considerables razones, como ser: “que la caries es una infección perjudicial para el organismo”, de allí la importancia de conservar las piezas dentarias que permitan “asegurar la masticación y deglución de los alimentos ingeridos”. En tanto, al interrogar sobre la necesidad de atención odontológica, sostienen sobre: “la importancia del hábito de cepillado para la prevención de la salud bucal”, “el escaso interés de los padres para conservar la salud bucal”, “los magros recursos económicos para el cuidado de la salud bucal”.

**Figura 10. Consulta de los padres a los profesionales de la salud, según guardería**

**Consulta Médica**

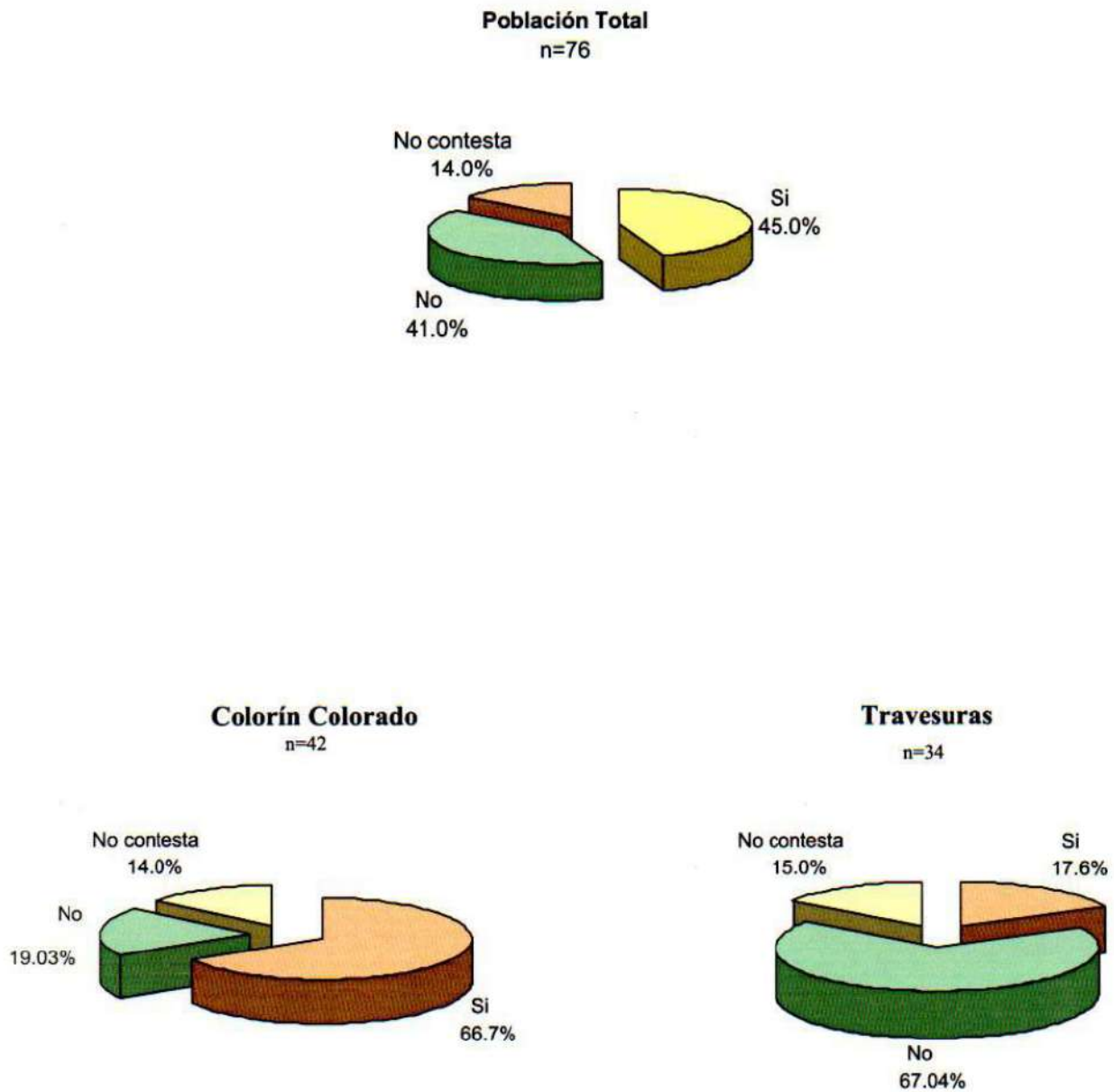


**Consulta Odontológica**

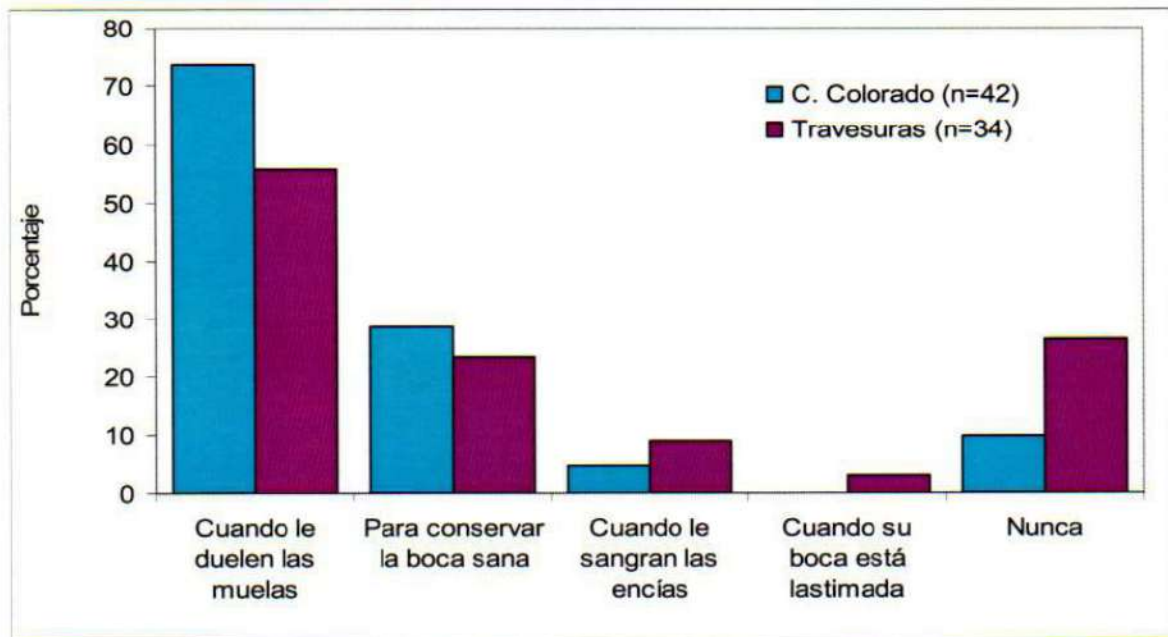




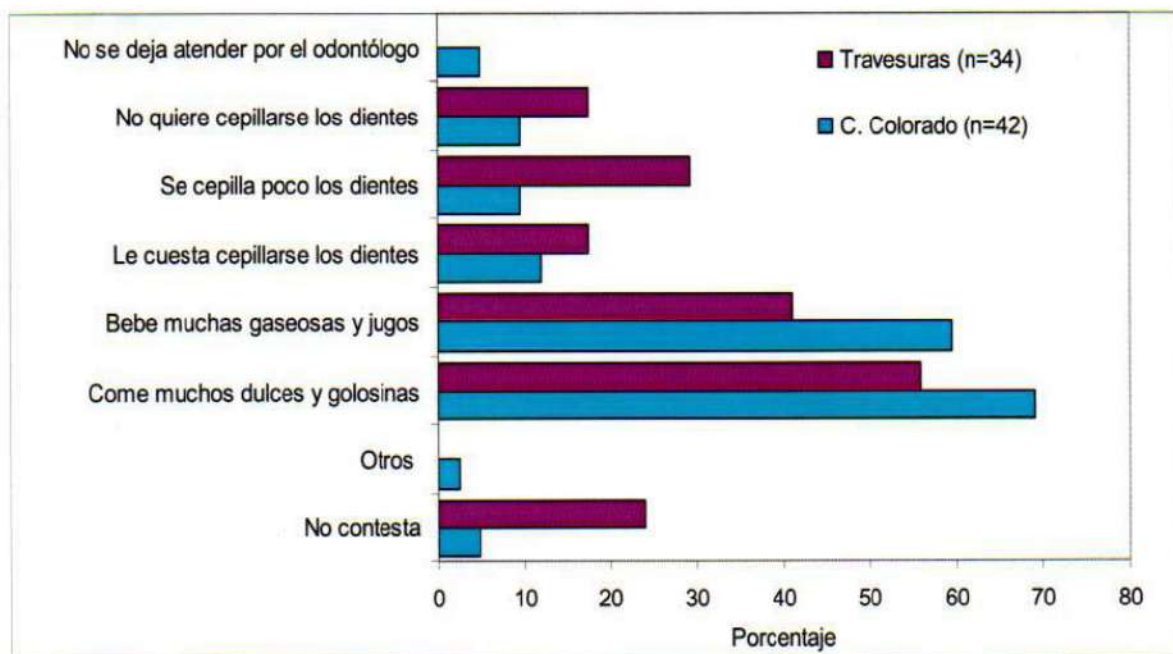
**Figura 11: Asistencia odontológica en la actualidad**



**Figura 12. Motivos de la consulta odontológica de los padres, según guardería.**



**Figura 13. Causas atribuidas a la carencia de salud bucal de la población, según guardería**





**Evaluación del funcionamiento del Equipo de Salud:** el análisis de la información obtenida al equipo de salud permitió detectar ciertas características en su funcionamiento.

En general al 50,0% del personal le gusta trabajar en la comunidad, el 50,0% representa al personal médico de diferentes especialidades, el resto se distribuye equitativamente (8,3%) entre el odontólogo, psicólogo, enfermera y administrativo, el 16,7% corresponde al personal de limpieza. El 100,0 % de los entrevistados respondieron que se trabaja interdisciplinariamente, donde los requisitos básicos que se cumplen para esta labor están relacionados con el lenguaje común (91,6%) conocimientos científicos (83,3%), responsabilidad (83,3%), continuidad (75,0%), conciencia (66,6%), eficiencia (58,3%) y reciprocidad (50,0%). Los argumentos indicados en relación al trabajo interdisciplinario expuestos por el equipo de salud se muestran en el Cuadro 2. La actitud de los pacientes frente a la interdisciplina es altamente positiva (99,20%).

Al analizar los beneficios de la interdisciplina del equipo de salud, el 83,3% del personal sostiene que hay un mejor seguimiento del paciente, el 66,7% mejor comunicación, el 50,0% optimiza el aprendizaje, el 50,0% se elaboran diagnósticos más acertados, el 41,7% se controla mejor el tratamiento y la respuesta es 0,0% para el ítem “no se observa beneficio”.

Al considerar el funcionamiento del equipo, el 81,7% responde que no hay actitudes individualistas, el 50% considera que tuvo que modificar algún aspecto de sí mismo para adaptarse a los demás miembros del grupo, entre dichas actitudes merecen citarse: aceptación a críticas constructivas, escucharse mutuamente, tolerancia y paciencia y el mejoramiento de las relaciones personales.



Con relación al mantenimiento de la identidad profesional y personal existe acuerdo y fundamentación referida a este interrogante. Las mismas se asocian con: intercambio de opiniones y reuniones de grupo, necesidad del aporte de otras disciplinas, respeto de la impronta personal de cada uno de los miembros y puesta en común con el resto de los integrantes, cordialidad y tolerancia en el accionar.

Con relación a la interconsulta, el 83,0% reconoció que permite apelar al conocimiento de otras disciplinas para elaborar un buen diagnóstico y tratamiento del paciente. No obstante los motivos de la interconsulta estuvieron distribuidos en “la duda frente al diagnóstico”, “para completar un diagnóstico” y frente a la “emergencia”.

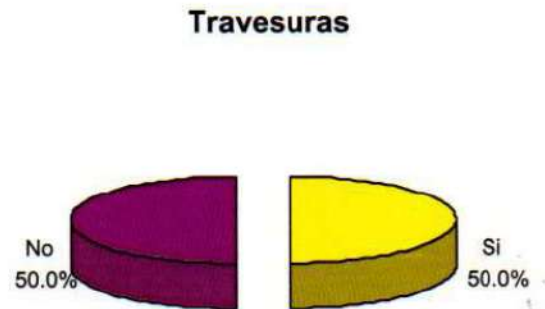
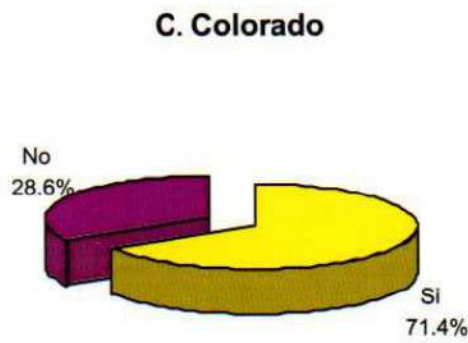
La evaluación del rol del odontólogo en el equipo de salud, mostró un 100,0% de respuestas favorables para lograr un estado de salud integral óptimo del paciente, un 41,7% consideró que es un profesional de la salud, un 25,0% integrante natural del equipo y un 25,0% es importante para la formulación de diagnósticos y tratamientos.

Por último, es importante señalar que en relación a la integración del equipo de salud, los entrevistados respondieron las preguntas con diferentes categorías, cuyos resultados expresados en porcentaje se observan en el Cuadro 3. Aquí, se consideran relevantes algunas conclusiones: sólo al 66,7% del personal del equipo de salud se les informa sobre los programas vigentes, el 25% participa en acciones de salud, el 41,7% recibe información general, al 58,3% le llega información sobre decisiones tomadas y el 41,7% participa en la programación de actividades.

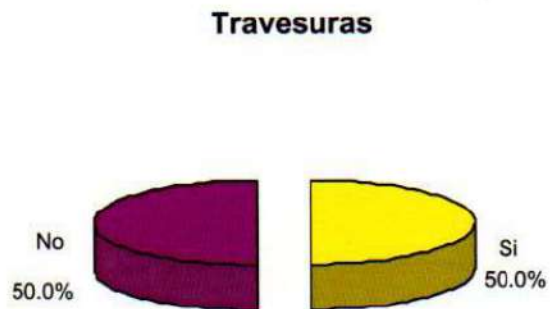
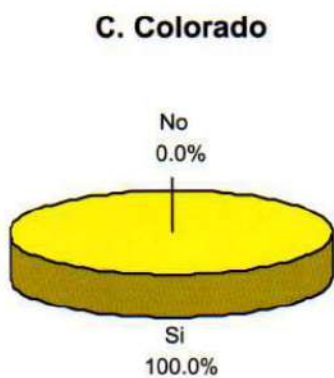


**Figura 14. Consulta de los docentes a los profesionales de la salud, según guardería**

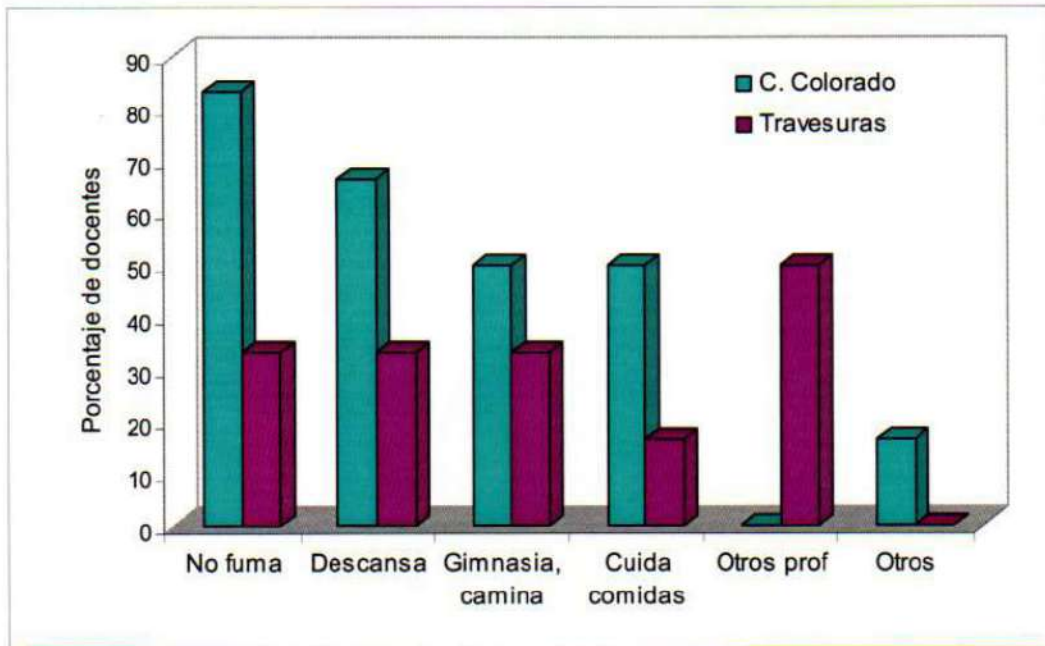
**Consulta médica**



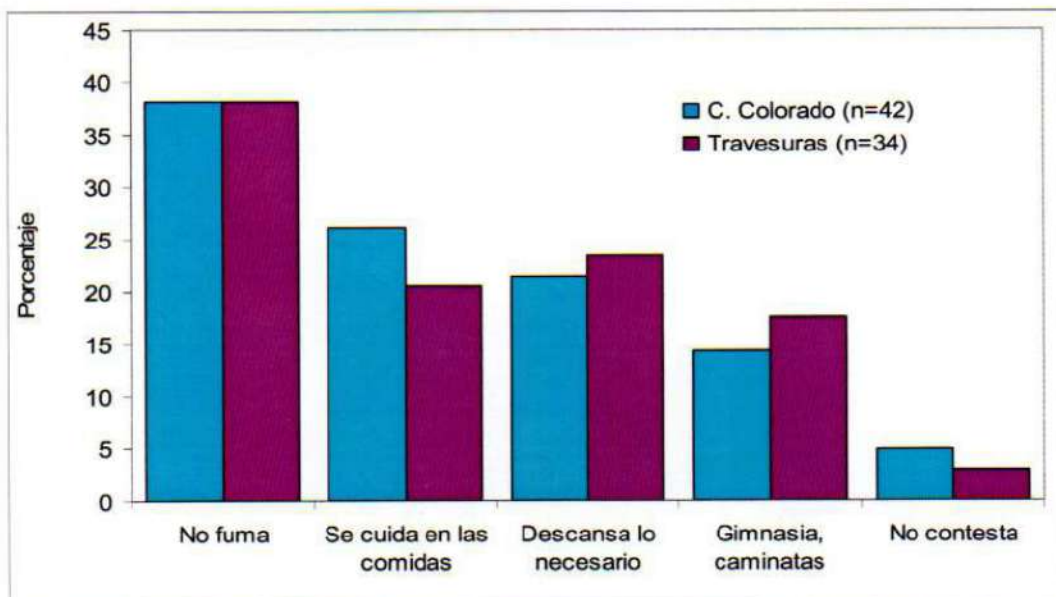
**Consulta odontológica**



**Figura 15. Acciones realizadas por los docentes, para el mantenimiento de la salud según guardería.**



**Figura 16. Acciones realizadas por los padres para el mantenimiento de la salud, según guardería.**





**Cuadro 2: Motivos relacionados con el trabajo interdisciplinario del equipo de salud de la guardería Colorín Colorado (n=12)**

Se dispone de una carpeta familiar única, que es utilizada por todos los profesionales.
Se realizan controles con médicos clínicos, pediatras, ginecólogos.
Se trabaja además en programas para salud bucal para embarazadas, discapacitados y niños.
Trabaja cada uno en su función con un fin común, en beneficio para la comunidad.
Se trabaja en conjunto para la comunidad.
Todos conocen los problemas y patologías de los pacientes aun de otras especialidades.
Se intercambian opiniones e interconsultas.
Existe una buena comunicación entre los profesionales.
Todas las integrantes del equipo actúan de manera efectiva cuando se necesitan interconsultas.
La comunicación entre los distintos integrantes del equipo es constante en el análisis de los casos conflictivos y en la visión y tratamiento global de los pacientes
Porque todo lo importante se charla con el equipo y se reflexiona sobre el tema.
Se realizan permanentemente interconsultas entre los distintos profesionales, se intercambian conocimientos sin inconvenientes.



**Cuadro 3: Evaluación de la integración del equipo de salud de la guardería Colorín Colorado (n=12)**

Preguntas	Respuestas					Total
	No	A veces	Siempre	Depende	No contesta	
¿Le informan sobre los programas vigentes?	-	16.7	66.7	8.3	8.3	100.0
¿Participa Ud. en las acciones de salud?	-	8.3	25.0	50.0	16.7	100.0
¿Recibe información general?	-	16.7	41.7	25.0	16.7	100.0
¿Participa Ud. con dinero o a través de su trabajo?	25.0	16.7	16.7	25.0	16.7	100.0
¿Le llega a Ud. información sobre decisiones tomadas?	-	25.0	58.3	-	16.7	100.0
¿Colabora voluntariamente en alguna actividad del servicio?	8.3	33.3	25.0	25.0	8.3	100.0
¿Participa Ud. en el diagnóstico y programación de algunas actividades?	-	33.3	41.7	16.7	8.3	100.0
¿Colabora en la ejecución de estas actividades?	-	25.0	8.3	41.7	25.0	100.0
¿Existe consulta periódica para actividades?	-	50.0	8.3	16.7	25.0	100.0
¿Se puede introducir cambios en el servicio?	-	33.3	16.7	16.7	33.3	100.0



## **Evaluación del modo de Atención del Centro de Salud de Villa 9 de Julio por los usuarios en la zona de influencia**

El análisis de la encuesta realizada a las madres sobre el funcionamiento y uso del Centro de Atención de Salud reveló que el 97,5% de las mujeres encuestadas o algún familiar, se atiende en él, distribuyéndose el 50% entre Médico pediatra, Ginecólogo y Odontopediatra, atención que data de mucho tiempo. Aunque también recurren a otros profesionales como Médico Clínico, Odontólogo y Auxiliares de la Medicina, por lo que se deduce que dicho Centro de Salud es concurrido asiduamente para usar sus servicios.

En el Figura 17 se observa la distribución de consultas de los usuarios a otros profesionales de salud. La consulta efectuada en otros centros se realizó en un 18% y en un 54% a veces (Figura 18).

Con relación a los motivos por el cual asisten al Centro se distribuyen en la **cercanía a sus domicilios** ( 80%), **le agrada la atención** (67%), **se siente cómodo** (52%), y argumentan una **atención diferente** (60%). Al evaluar los motivos de concurrencia al centro, fueron muchas las respuestas con elevado porcentaje de aceptación del mismo (Cuadro 4).

Al considerar la asistencia odontológica, el Odontopediatra mostró un % elevado de atención (81,1%), y el pediatra (67,6%). Un 30 % reveló que trae algún familiar o conocido para hacerse atender “**con la dentista de los niños**”.

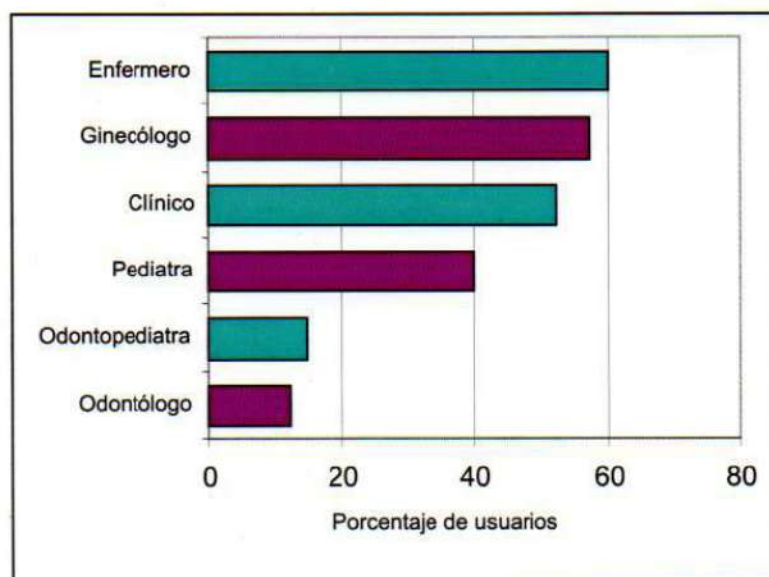
Referido a la convivencia de los profesionales en el Centro de Salud el 97,5 % considera que es óptima, el lenguaje entre ellos es similar, observándose escasas contradicciones en los mensajes, se comunican en el momento de la consulta y hacen derivaciones a otros especialistas.

Al analizar la “**participación de charlas, reuniones u otras actividades con los doctores del Centro**”, sólo el 47,5 % asistió a las reuniones, donde más de la mitad de este grupo comentó que se trataron de reuniones con la Odontopediatra (47 %) y el Odontólogo (16 %).

La asistencia odontológica reveló que el 87% la realizó el odontopediatra, donde la mayoría afirmó que hacía una semana o un mes de la última vez que consultó a dicho profesional. Pudo observarse que el motivo de la consulta se distribuyó equitativamente entre el tratamiento de caries y la preocupación por prevenir la enfermedad (Figura 19).

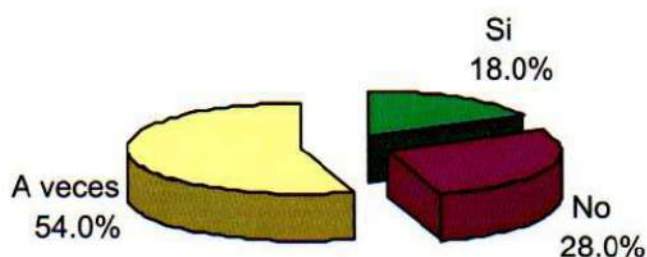
Por su parte, las madres argumentaron que sus hijos habían experimentado cambios en la salud bucodental al atenderse con el odontopediatra. Dicha opinión vertida como concepto permitió evaluar la atención de este profesional en diferentes categorías (Figura 20).

**Figura 17. Consulta de los usuarios a los diferentes profesionales del centro de salud (%)**





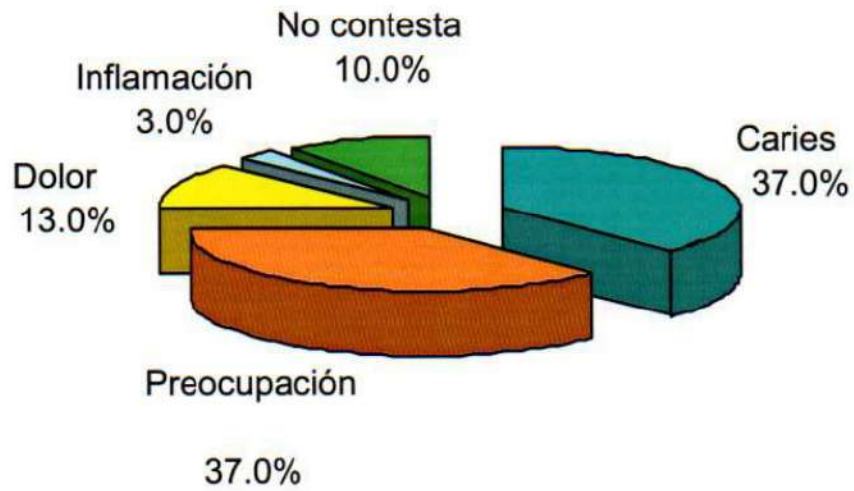
**Figura 18. Consulta de los usuarios a profesionales de otros centros de salud (%)**



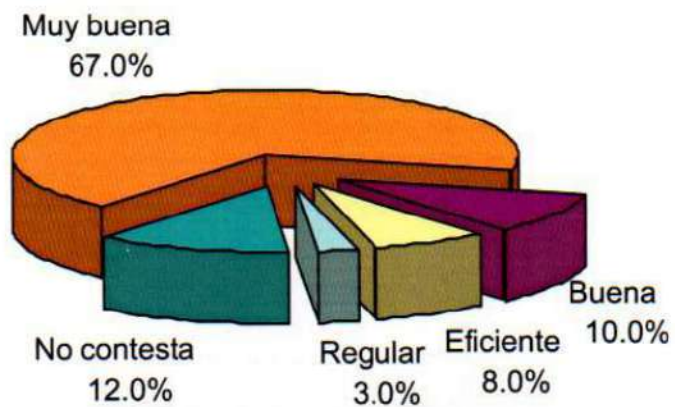
**Cuadro 4. Motivos de concurrencia de los usuarios al centro de salud (%)**

Respuestas	Porc.
Porque tiene casi todos los especialistas	40.0
Ahorra tiempo en los tratamientos	52.5
Es cómodo tener todo en el mismo lugar	80.0
Recibe un trato muy humano	82.5
Porque es mas fácil que todos están juntos	80.0
Porque uno sabe los días que tiene que venir	92.5
Porque se preocupan por prevenir las enfermedades	85.0
Nos explican con palabras sencillas lo que hay que hacer	95.0
No tenemos vergüenza de preguntar algo	97.5
<b>N° de usuarios</b>	<b>40</b>

**Figura 19. Motivos de los usuarios para la consulta odontológica.**



**Figura 20. Opinión de los usuarios sobre la atención del odontopediatra (%)**





## **Evaluación de las aplicaciones de acciones preventivas-curativas en la población bajo estudio.**

### **a) Tratamiento Preventivo**

**Higiene oral y aplicación local de fluoruro de alta concentración, reeducación alimentaria:** al comparar la incidencia de la aplicación local de fluoruro de alta concentración en el tratamiento de la mancha blanca en ambos grupos poblacionales, se observa que los niños de la guardería Colorín Colorado recuperan para la categoría de Riesgo Bajo un 115% en relación al grupo de niños de Travesuras que fue del 337,9% considerando que en el diagnóstico inicial los niños de la primera guardería superaban ampliamente (138,5%) en dicha categoría al otro grupo.

Por lo tanto se observa que dichos grupos quedan con elevados porcentajes de niños con Riesgo Bajo en los resultados de las acciones preventivas (Cuadro 5).

Es así que en Colorín Colorado no se detectan niños con la presencia de mancha blanca, situación que no es totalmente evidenciada en los niños de Travesuras donde quedan un número no relevante de elementos dentarios portadores de desmineralización inicial.

El efecto de este agente preventivo en el inicio de la cavitación de mancha blanca produce una recuperación marcada en toda la población, no obstante los niños de Travesuras revelaron una respuesta positiva al proceso físico-químico (166,2%) en relación al otro grupo (44,9%).

De hecho, que en el estudio de base, se observaron nuevamente mejores condiciones para los niños de Colorín Colorado (Cuadro 6).

La Figura 20 revela un incremento del porcentaje para el grupo de niños de bajo riesgo en toda la población, posterior a la aplicación de las acciones preventivas, donde se muestra una mayor recuperación para los niños de la guardería Travesuras.

**Cuadro 5. Aplicación local de fluoruro de alta concentración en los grupos de estudio (%)**

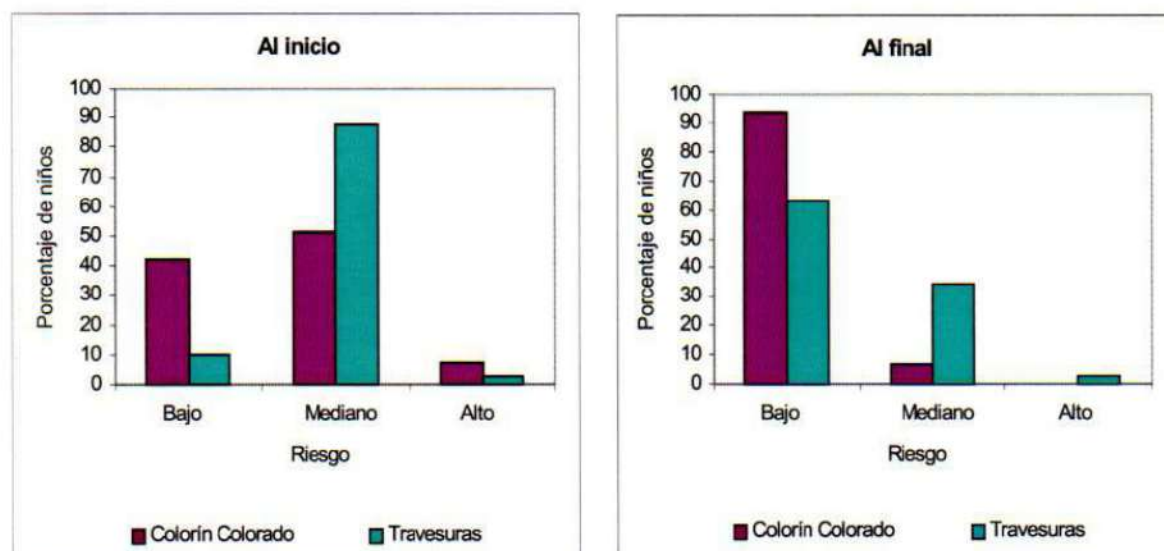
Riesgo	<i>Al inicio</i>		<i>Al final</i>	
	Colorín Colorado	Travesuras	Colorín Colorado	Travesuras
Bajo	46.5	19.5	100.0	85.4
Mediano	53.5	78.0	0.0	12.2
Alto	0.0	2.5	0.0	2.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N</b>	<b>43</b>	<b>41</b>	<b>43</b>	<b>41</b>

**Cuadro 6. Remineralización de caries incipientes en la población de estudio (%)**

Riesgo	<i>Al inicio</i>		<i>Al final</i>	
	Colorín Colorado	Travesuras	Colorín Colorado	Travesuras
Bajo	67.4	29.3	97.7	78.0
Mediano	30.2	68.3	2.3	19.5
Alto	2.3	2.4	0.0	2.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N</b>	<b>43</b>	<b>41</b>	<b>43</b>	<b>41</b>



**Figura 21. Aplicación de acciones preventivas en la población bajo estudio (%)**



## b) Tratamiento Curativo

**Evaluación de la aplicación del tratamiento curativo según inactivación de caries y rehabilitación:** de igual modo, que en la aplicación de acciones preventivas se observa que tanto la inactivación de caries como la rehabilitación mejoraron sustancialmente las condiciones del ambiente bucal en ambos grupos poblacionales. No obstante los niños de TRAVESURAS recuperan la salud dental perdida (144,0%) con relación a los otros niños (59,0%) aunque estos últimos inicialmente se encontraban en mejor estado.

A pesar de ello, aún todavía se observa un 43,9% de niños de la guardería Travesuras en categoría de Riesgo Mediano (Cuadro 7).

En tanto, para dicha categoría casi no se evidenciaron porcentajes de niños con requerimientos restauradores.

Por ultimo, al evaluar el conjunto de acciones preventivas (a) y curativas (b) en la población, es de destacar la reiteración de la recuperación de la salud bucal en ambas poblaciones al inicio y al final del tratamiento, notándose que aun quedan niños en la categoría de Riesgo Mediano en la guardería Travesuras que requerirá la continuación de la aplicación de acciones preventivas-curativas (Figura 22).

En la Figura 23 se muestran las modificaciones que sufren los índices ceo-d., ceo-s, higiene oral y salud gingival en ambos grupos de estudios. El incremento observado en los índices ceo-d y ceo-s en los niños de Travesuras estuvo asociado con el componente obturado de dicho índice. Contrariamente la elevación de los índices de la higiene oral y salud gingival revelarían que ciertas condiciones del ambiente aun requieren reforzar el control de las acciones preventivas.

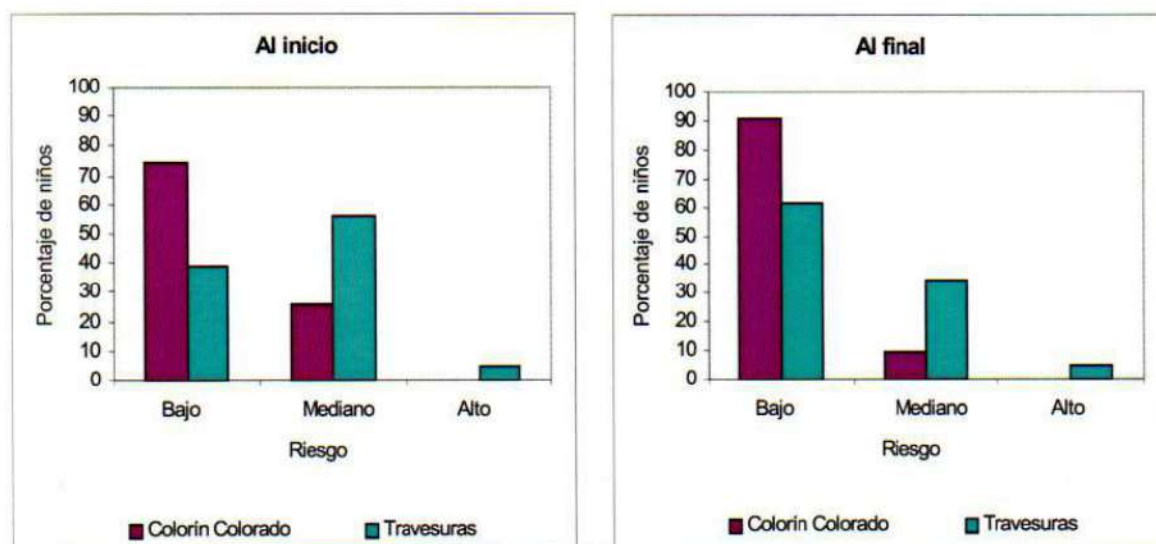
El comportamiento de los microorganismos evaluados al final del tratamiento se observa en la Figura 24 y fue similar con pequeñas diferencias para los niveles elevados de *St. mutans* y la actividad alta de *lactobacilos*. Al considerar la variable según el sexo el grupo de varones mostró mayores niveles de unidades formadoras de colonias tanto para *St. mutans* como para *lactobacilos* y aun mas en los niños concurrentes a Travesuras (Figura 25 y 26).



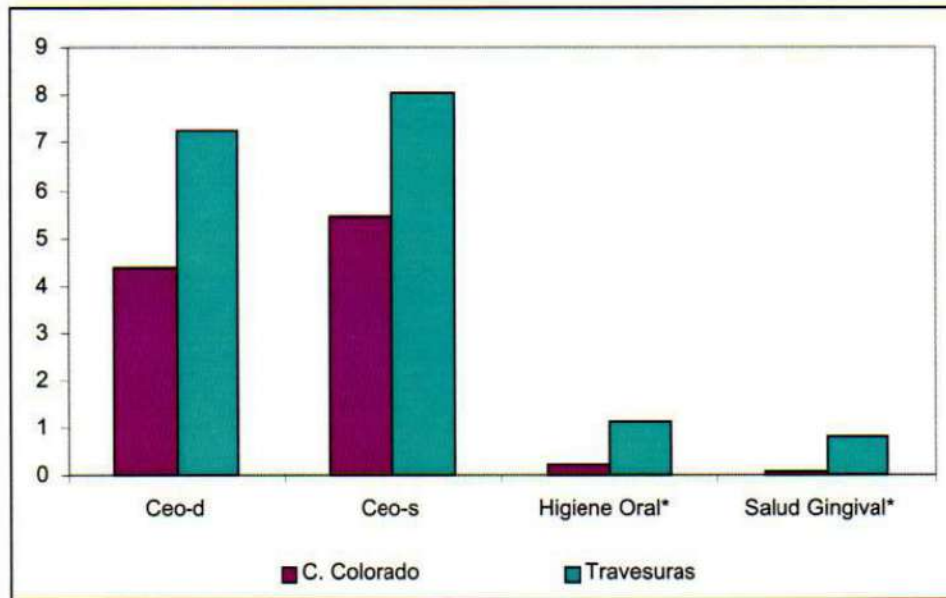
**Cuadro 7. Tratamiento preventivo-curativo según inactivación de caries y rehabilitación (en porcentaje)**

Riesgo	<i>Al inicio</i>		<i>Al final</i>	
	Colorín Colorado	Travesuras	Colorín Colorado	Travesuras
Bajo	51.2	22.0	81.4	53.7
Mediano	48.8	75.6	1.6	43.9
Alto	0.0	2.4	0.0	2.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N</b>	<b>43</b>	<b>41</b>	<b>43</b>	<b>41</b>

**Figura 22. Tratamiento preventivo-curativo de la población según guardería (en porcentaje)**

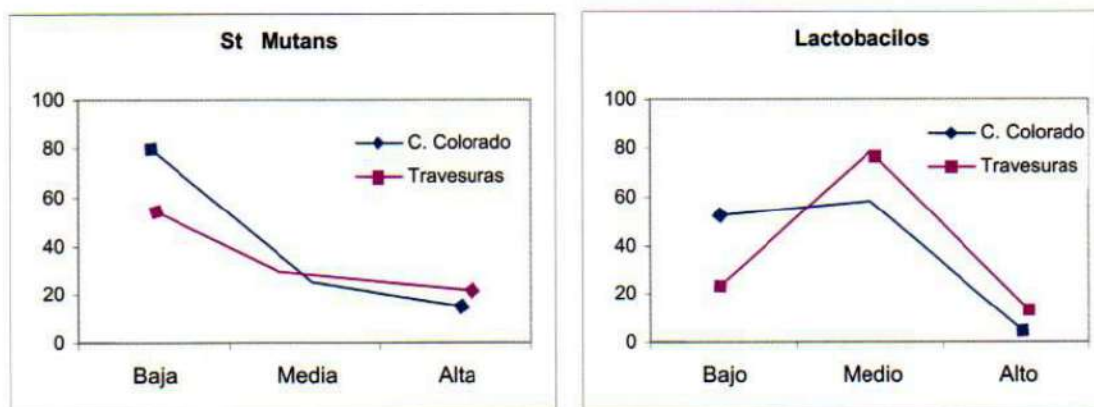


**Figura 23. Índices ceo-d, ceo-s, higiene oral y salud gingival según la aplicación de acciones preventivas-curativas en la población.**



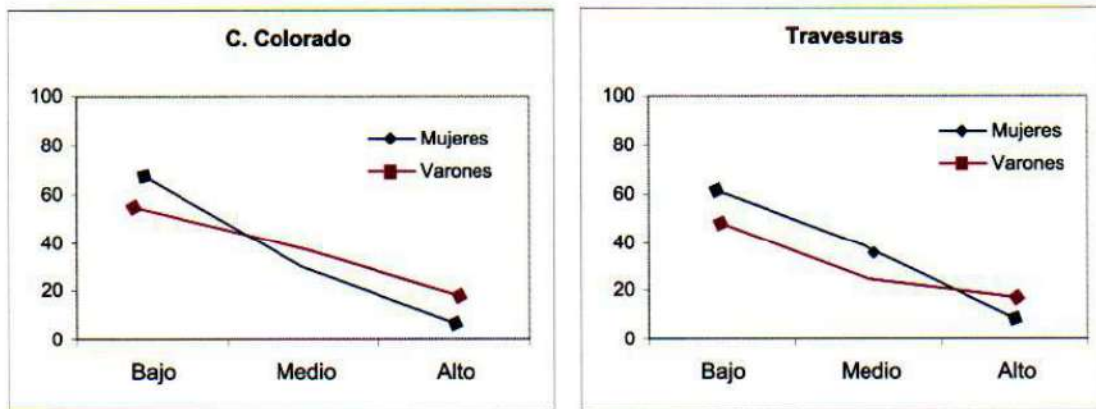
\* expresa la diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de estudio,  $p < 0.05$

**Figura 24. Actividad de *lactobacilos* y niveles de *st. Mutans* según tratamiento preventivo-curativo y guardería**

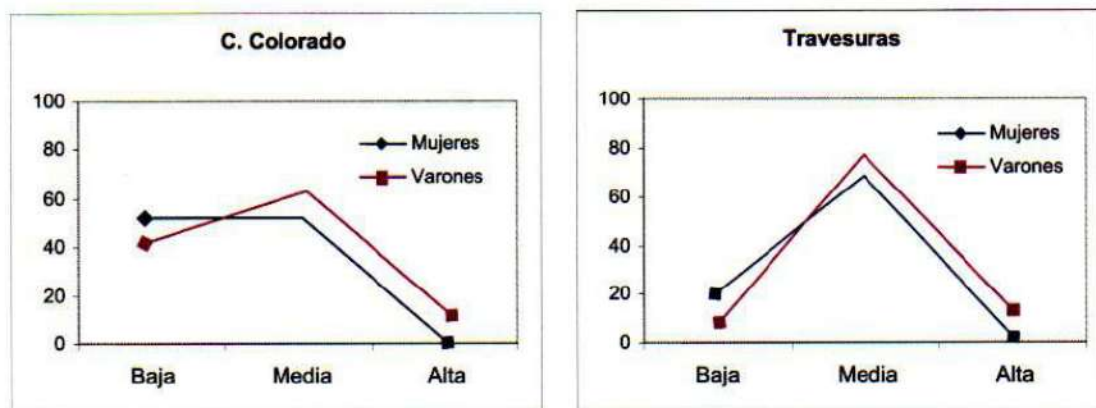




**Figura 25. Niveles de *St. mutans* según tratamiento preventivo-curativo, sexo y guardería**



**Figura 26. Actividad de *lactobacilos* según tratamiento preventivo-curativo, sexo y guardería**



**c) Evaluación de las acciones preventivas-curativas en la población:**

Al aplicar las acciones preventivas-curativas se pueden inferir diferentes niveles de riesgo, donde es importante señalar el considerable porcentaje observado en el grupo de niños de Bajo Riesgo para Colorín Colorado (79,1%) y para Travesuras (51,2%) que disminuye para Mediano Riesgo y solo queda un 9,8% de niños de Alto Riesgo para Travesuras (Figura 27).

Al aplicar la prueba estadística del Chi Cuadrado al nivel de riesgo en el estudio diagnóstico de la población, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, con un nivel crítico de  $p < 0.05$  en las categorías alto y medio entre ambos grupos de niños poblacionales.

Por su parte, la aplicación de las acciones preventivas-curativas revelaron la desaparición de grupos de niños con riesgo alto en Colorín Colorado, observándose además diferencias en la categoría medio y la ocurrencia de un nivel de riesgo bajo no existente en la etapa inicial ( $p < 0.05$ ).

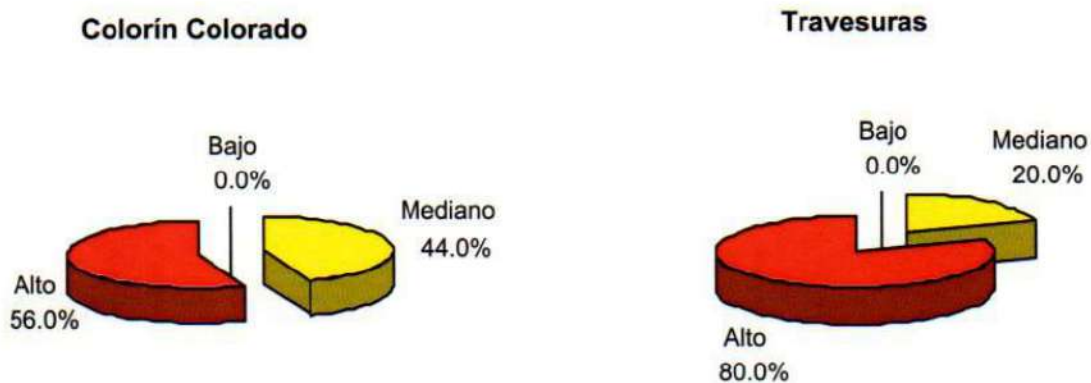
Los niños de la guardería Travesuras mostraron diferencias estadísticamente significativas en todas las categorías ( $p < 0.05$ ).

Asimismo es importante señalar que con posterioridad al tratamiento ambos grupos de niños revelaron diferencias significativas en las categorías medio y bajo riesgo ( $p < 0.05$ ).

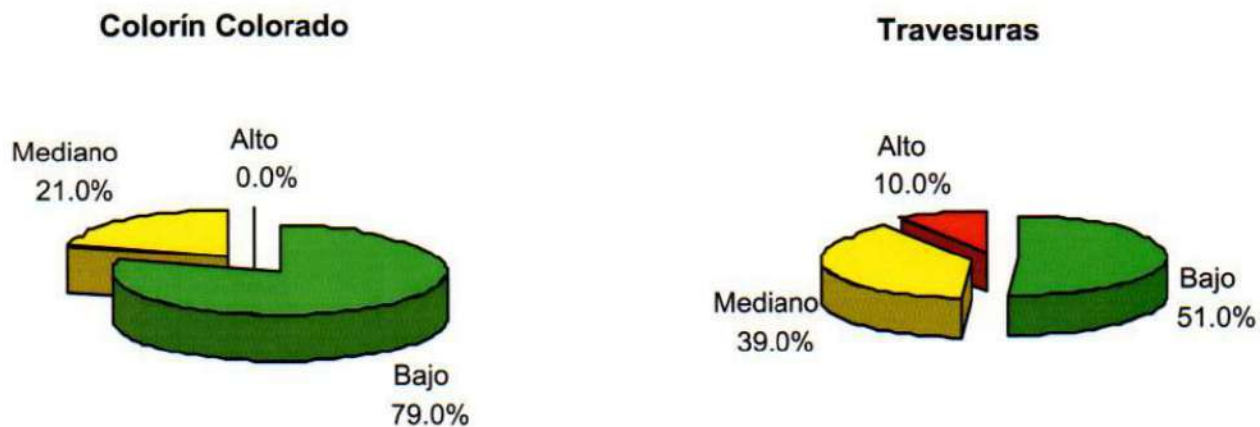


**Figura 27. Nivel de riesgo en la población bajo estudio al inicio y final del tratamiento preventivo-curativo (en porcentaje)**

**a) Inicio del tratamiento.**



**b) Finalización del tratamiento**

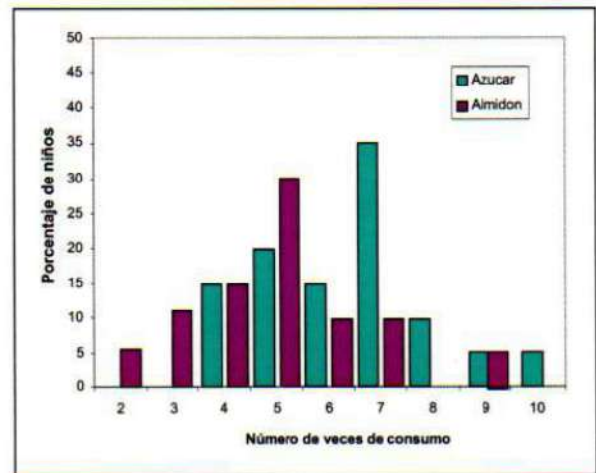
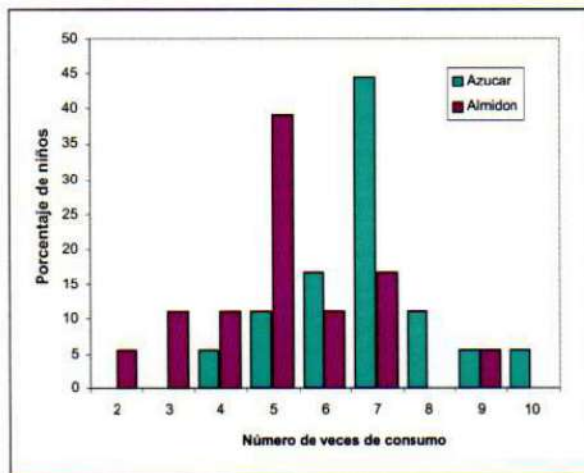


**Figura 28. Frecuencia de consumo de carbohidratos según guardería.**

**a) Colorín Colorado**

Inicio

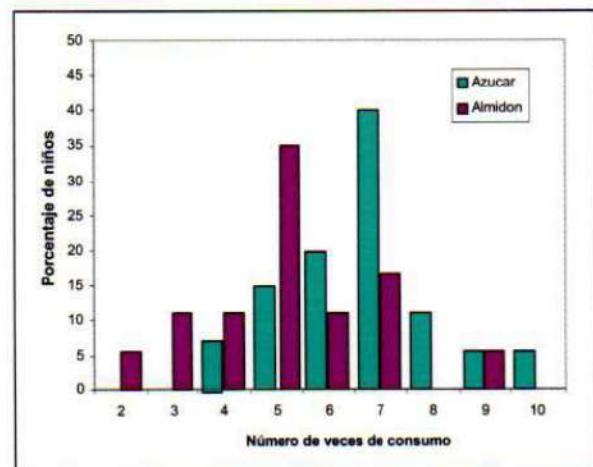
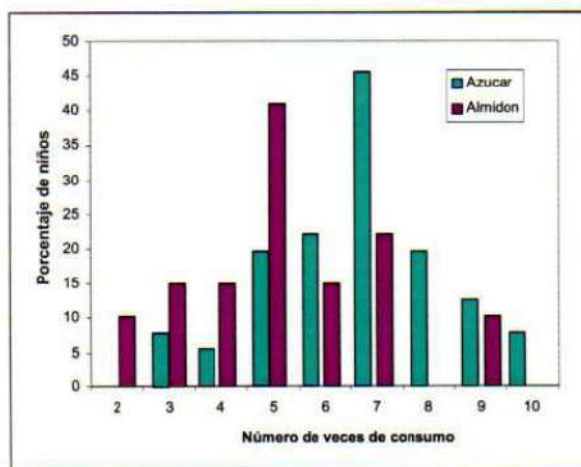
Finalización



**b) Travesuras**

Inicio

Finalización





## **Conclusiones de los Talleres realizados.**

Las conclusiones de los resultados hallados en los Talleres de reflexión pueden resumirse del siguiente modo:



### **1) ¿Cómo vemos nuestro trabajo de equipo con la comunidad?**

Positivo y negativo. Conformes, pero cuestionando la carencia de recursos. Nos molesta el que como equipo siempre decimos “ Bueno” y nos conformamos, manejándonos con los pocos recursos que tenemos, poniendo “el lomo” a la carencia material y humana tratando entre todos de tapan “los huecos” generados por la clase dirigente política, de la cual sentimos que somos la “cara visible”.

Nos sentimos desbordados en muchos momentos, sobre todo cuando faltan remedios, y vemos sufrir a la comunidad mas desposeída que nosotros y mucho más indefensa.

También entendemos que a la gente se le está dando bastante, y cuanto más damos, más quiere. Ellos exigen a costa del “impuesto” que pagan y nosotros creemos que la comunidad debe trabajar para recuperar una vida digna.

### **2) ¿Porqué?**

Sabemos que no somos lo mejor de lo mejor, siempre tratamos de dar una solución pero a veces sentimos que la comunidad no responde como quisiéramos, pero entendemos que a lo largo de estos 20 años se consiguió mucho. Cuando facilitamos a la comunidad el acceso a prestaciones como turnos para ecografía, análisis, etcétera, sabiendo que mucho de estos turnos se

perderán por la falta de interés, seguimos creyendo que con el tiempo esto se aceptará e irá mejorando.

Esta comunidad no se acostumbra a los turnos programados porque creemos que no quieren que les pidan, que no se les exija. Muchas veces no tiene la gente pautas ni límites, la culpa está en lo cultural. En este momento no hay pautas a cumplir de una manera organizada y esto está revelando un síntoma de lo que se sufre. Existe un entorno que nos desborda, no hay leyes ni autoridad y muchas veces el desborde se produce a nivel violencia. No hay autoridad ni límites pero sabemos también que no se crece sin sufrimiento.

La comunidad es un síntoma de lo social y sentimos la necesidad de enseñarles a ser responsables. Hay flexibilidad y responsabilidad en el equipo y aunque muchas veces el equipo funciona presionado, también percibimos que hay organización y un orden que cumplir.

### **3) ¿Cómo creemos que la comunidad ve nuestro trabajo?**

Como en una balanza, pero es una comunidad que nos trata bien. Nunca hubo problemas graves como en otros lugares. Nos hacen sentir su respeto y aprecio en muchos momentos del día, lo que nos permite trabajar transmitiendo el mensaje de lo que significa la salud y enseñando lo que es **Prevenir**. Sentimos que hay mucha comunicación entre los integrantes del equipo y que ésta es positiva.



#### 4) ¿Porqué?

Trabajamos el **mismo tiempo** (horario) en que lo hacen otros equipos en otros centros, pero sentimos que **nuestro tiempo** tiene una mejor calidad porque hay una mejor comunicación entre los miembros del equipo.

A través del trabajo de autoevaluación que a veces se realiza en charlas informales surgen situaciones que a veces no nos planteamos desde lo personal y sí lo hacemos como equipo, sintiéndonos más unidos e integrados y con fuerzas para seguir avanzando en el camino de la interdisciplina y con la comunidad.



# DISCUSIÓN



## V- DISCUSION

Es conocido que la salud es el completo bienestar físico y mental, como resultante de un proceso social, económico y político. Según la carta de Ottawa (1986) la “salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza de trabajo y de recreo. La carencia de salud representa el problema que debe enfrentar un grupo interdisciplinario de profesionalistas y técnicos. Tanto el mantenimiento de la salud como la lucha contra la enfermedad, son retos que por su complejidad en el abordaje, se han formulado desde un conjunto amplio de políticas y esfuerzos. En este sentido, desde la Dirección de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Córdoba se ha asumido el compromiso de participación, mediante estrategias planificadas de acciones definidas que permitan la formación de profesionales de salud mejor capacitados, a la vez que mediante la investigación científica en materia de salud se logre un mayor alcance.

Los resultados hallados en la población bajo estudio referidos al “síndrome del biberón” o “Caries de la infancia temprana”, según la ocurrencia de caries en el patrón MA, caracterizados por una prevalencia similar intersexo, fueron coincidentes con lo que informan otros autores en niños de 2,5 años de edad, quienes desarrollaron lesiones tempranas localizadas principalmente en la cara vestibular y en algunos casos mesial de incisivos superiores como consecuencia del uso prolongado de la mamadera (90, 91). Alaluusua y Malmivirta (56) señalaron que el uso del biberón y la presencia de placa en incisivos anteriores en niños de 1,5 años de edad, se consideran factores de riesgo significativo para el desarrollo de caries dental a los 3 años de edad.

El porcentaje de superficies afectadas referidas al patrón MA en la población total y según sexo y guarderías se encuentra más elevado en la



guardería "Travesuras" (40.0%), superando en el grupo de varones. La severidad observada coincide con los resultados hallados en otras investigaciones (81,96%), donde un estudio realizado en niños de 2 años de edad y en quienes se registró una considerable prevalencia en el patrón MA, reveló que en el término de un año la experiencia de caries incrementó en la superficie bucal/lingual de los incisivos superiores, lo cual incidiría posteriormente en la aparición temprana de nuevas lesiones en la dentición mixta (92).

A la clásica localización en el tercio gingival de la cara vestibular de los incisivos y caninos superiores temporarios, se reconoce hoy la localización interproximal (cara mesial) de las piezas 51-61(93).

Al considerar la presencia de mancha blanca en este patrón, los niños afectados con lesiones reversibles, según sexo y guarderías, superó un 51.3% para la guardería "Travesuras" siendo más afectado el sexo masculino (102.7%), en tanto los niños de "Colorín-Colorado" no revelaron mayores diferencias. Se reconocen como factores etiológicos de esta experiencia de caries el uso del biberón conteniendo leches azucaradas (de vaca, maternas o de soja) o jugos de frutas, junto con el chupete con azúcar, miel o embebido con jugos, gaseosas u otros líquidos azucarados y otros factores intervinientes tales como la frecuencia, falta de limpieza o cepillado y primoinfección temprana para su instalación y desarrollo. Si bien no existen restricciones sobre la alimentación materna y el amamantamiento nocturno cuando el bebé es menor de 6 meses (desdentado), condiciones necesarias para el desarrollo físico y emocional del niño en esta edad, la "ventana de infectividad" que se abre responsabilizaría a la madre de la infección primaria de su bebé (94, 95).

En 1979 Kimura y cols (96) demostraron que el 80% de los niños mayores de 6 meses que se alimentaban en la noche con leche materna y leche



artificial tenían caries, de los cuales solo el 60.0% mamaba de las madres, 18.0% con alimentación a base de leche en polvo y 20.0% con leche de vaca. Se coincide también con observaciones hechas por el Dr. Luiz Reinaldo de Figuereido Walter en su “clínica bebé” (91), mostrando que un bebé que mama en la noche el primer año de vida tiene una posibilidad del 9.0% de adquirir caries, por tanto si sigue lactando durante la noche hasta los 24 y 36 meses de edad, dicha posibilidad se incrementa en un 110.0% y 270.0% respectivamente (97, 98). Mc Donald (58) informó que durante la noche existe una disminución del flujo salival y del reflejo de deglución, lo que favorece la retención de alimentos junto al elemento dentario.

Al evaluar la edad del destete en ambos grupos poblacionales, se observó que al año de edad la persistencia en el amamantamiento fue mayor en los niños de la guardería Travesuras. Podría argumentarse que este grupo presenta condiciones de pobreza extrema, lo que sugeriría el reemplazo de la incorporación temprana de alimentos por la lactancia, situación que se evidencia en los países en vía de desarrollo, donde las madres de niveles socioeconómicos más bajos, son las que más tiempo amamantan. Aunque, en los países del norte europeo la mayoría de los niños reciben lactancia materna por más de 6 meses fueron las mujeres con mayor educación y de clases más acomodadas las que iniciaron la recuperación de la lactancia materna (99).

A comienzos del siglo XX muchos factores generaron una nueva cultura, que podríamos denominar “la cultura del biberón”. La sustitución del pecho por una fórmula química, redundaría en la automatización y deshumanización de las relaciones interpersonales (100). Pero hacia fines de esta última década, comienza a gestarse un movimiento contracultural que nace en países desarrollados y se extiende luego a los periféricos, que rescata los valores de la lactancia acompañándola de múltiples evidencias científicas



que registran sus ventajas en aspectos de morbi-mortalidad y de crecimiento y desarrollo (100).

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto se sugeriría una mayor concientización en esta práctica alimentaria, hallazgos que estarían asociados con la promoción de la lactancia realizados por el grupo de investigación participante del Estudio "CLACYD" bajo la dirección de Sabulsky y cols (90), realizado en 1993, que comprendió una población de niños de diferentes estratos socioeconómicos y comprobó que el abandono de la lactancia a los 6 meses fue del 35.0% y del 22.0% a los 12 meses. Estudios posteriores efectuados por dicho grupo mostraron un incremento de la lactancia materna del 15.0% a los hallados en 1993; lo que evidenciaría la instalación de un proceso de recuperación parcial; por otra parte el perfil sociodemográfico de duración de la lactancia materna es similar al que se observa en países en desarrollo.

La incidencia de la condición socioeconómica en la población bajo estudio, evidenciaría que a la edad de 3 años, no distan demasiado de lo observado en otros países, ya que se ha demostrado la asociación entre caries dental y pobreza así como con otros indicadores de riesgo social, (101). La correspondencia entre desigualdades sociales y la salud dental fueron hallados por diferentes métodos, confirmándose la existencia de un gradiente social en función de la experiencia de caries, donde Gibson y William (93) concluyen que la prevalencia de la enfermedad según el nivel socioeconómico es estadísticamente significativa según los diferentes métodos usados en la categorización de las clases sociales.

Investigaciones realizadas encontraron una asociación entre aumento de la deprivación y el índice de caries. Asimismo, los niños provenientes de las



zonas de mayor deprivación tenían significativamente un incremento de dientes perdidos y no tratados (102).

Distintos investigadores realizaron estudios en escolares y categorizaron según el índice de deprivación de Townsend demostrando que existían diferencias significativas entre el ceo-s de niños según la condición socioeconómica, descartando la etnicidad como factor de incidencia.

El fenómeno de la pobreza en sus múltiples dimensiones se asocia con muchos factores que van desde no percibir suficientes ingresos hasta no poder acceder a los recursos productivos necesarios para lograr medios de vida dignos y sostenibles. Estos se manifiestan en términos de “no acceder a” o no disponer de oportunidades de percibir ingresos, atención de salud y educación básica, seguridad alimentaria, falta de viviendas adecuadas, agua potable y saneamiento, carencia de tierra u oportunidades laborales y discriminación (103).

En nuestro estudio el porcentaje de la prevalencia inicial crece progresivamente frente a la existencia de un ambiente bucal desfavorable, a la carencia de medidas preventivas y a la baja concentración de fluoruros en el agua de bebida con deficientes condiciones sanitarias, y por ende a las mayores desventajas socioeconómicas.

Entre los factores psicosociales que inciden en la aparición temprana de la caries dental, se señala al estrés, variable relacionada con las demandas de necesidades básicas y la respuesta interna del individuo (104), aunque son poco frecuentes los estudios asociados con la incidencia de este factor y la aparición temprana de esta patología (105) . Al evaluar independientemente a la variable, según Reisine y Litt 1993 (106), no se observa correspondencia. No obstante, Quiñones et al (107) demostraron que la inclusión de dicho factor en estudios multivariados que consideran a componentes sociales,



prácticas preventivas y variables biológicas, contribuyó positivamente a la predicción del modelo.

Al evaluar la experiencia de caries observada en los diferentes patrones bajo estudio, el marcado incremento observado incluyó a los patrones FF y MA, con su considerable propagación hacia el patrón BL, siendo más marcado en los niños de sexo masculino, situación que nuevamente se reitera, ya que se había detectado en el Estudio CLACYD, superando la prevalencia de los patrones de FF de los niños Colorín Colorado en un 143.0% y el BL 260.0% con relación al de dicho Estudio CLACYD.

Estudios realizados en 1998, en niños de 3-4 años de edad, provenientes de Brasil, nos informan de un 52.4% de prevalencia de caries, con un incremento del 42.0% al cabo de tres años, resultados similares a los obtenidos en Sudáfrica y en niños inmigrantes latinos residentes en EEUU, habiendo superado a los preescolares de origen europeo (108). Al comparar el índice ceo-d en este grupo poblacional con los niños concurrentes a Colorín Colorado, se observa un aumento del 142.5% y del 218.2%, situación que nos señala el deterioro temprano de la salud bucal en la población bajo estudio.

Estudios realizados por Dini et al (109) revelaron una fuerte asociación entre la caries dental y los hábitos dietéticos. En nuestro estudio, la ingesta de carbohidratos como productos de copetín y golosinas fue mayor para los niños concurrentes a Travesuras, de igual modo, el momento antes de dormir superó en un 84.0% para este grupo de niños.

La presencia de *St mutans* alcanzó un 66.6% para las categorías mas elevadas en los niños de la guardería Travesuras, y mostrando en el grupo de varones una mayor actividad tanto para este microorganismo como para lactobacilos. Si bien la colonización con *St. mutans*, no siempre conduce a la actividad de caries, debido a que los factores de virulencia de las diferentes



cepas, asociados con una elevada diversidad fenotípica y genotípica de *St mutans* y *sobrinus* y con un medio acidogénico y acidúrico incidirían en la capacidad de sintetizar glucanos a partir de la sacarosa (110). Estudios tempranos han correlacionado la colonización de *St mutans* con la actividad de caries (111), donde el consumo prolongado de sacarosa mediante la alimentación con biberón está asociado con la proliferación del *St mutans* (112), la acumulación de placa dental y el desarrollo de caries dental sobre las superficies lisas de los incisivos superiores (113). No obstante, los altos niveles de *St mutans* observados en niños libres de caries, no es sólo suficiente para activar la enfermedad. Matos et al (114) demostraron la asociación estadísticamente significativa entre el nivel de glucanos producidos por cultivos de *St mutans*, la glucosiltransferasa (GT) y la incidencia de caries, sugiriendo que las diferencias en la actividad de la enfermedad estarían relacionados con los niveles de virulencia, donde la diferente actividad de GTB y GTC estaría asociada con la inducción significativa de caries, en modelos animales (115) y con la adherencia sobre las superficies lisas dependiente de sacarosa, *in vitro* (116). Por su parte, la inducción de inmunidad frente a GT, se asociaría con el efecto protector a la caries dental (117, 118). Se ha demostrado que la sacarosa modifica las propiedades físico-químicas de la placa dental, tornándola positivamente cariogénica (119). La correlación positiva entre la síntesis de glucano por GT y la incidencia de la caries dental, demostrada según la intensidad de las bandas de GT por electroforesis, sugeriría que las diferencias en la producción de glucano podrían ser independientes de la cantidad de GT, sino que más bien se relacionarían con el polimorfismo de los genes de GT (114) como fuera descrito por Chia et al (110)



Del análisis de la experiencia de caries en la población bajo estudio, puede inferirse que hay una prevalencia en aumento, instalada en los patrones de FF y MA, lo que nos indicaría un comienzo temprano de la enfermedad asociado con las condiciones socioeconómicas, nivel de escolaridad de los padres, edad del destete, alimentación prolongada con biberón, frecuencia y momentos en el consumo de azúcares y un elevado nivel de *St mutans* y actividad de lactobacilos. Dicha elevada prevalencia, nos estaría indicando que si bien existen desde el CDI la concientización de ciertas acciones preventivas, las intervenciones preventivas y/o curativas que demandaren insumos de mayor costo, estarían devaluadas en su uso, por ende, la asistencia odontológica destinada a tal objetivo.

Al comparar los resultados hallados en el Estudio CLACYD con esta investigación, la elevada prevalencia de caries en la población total produjo un incremento del 186.2% en los niños de Colorín-Colorado, en tanto para los niños de Travesuras fue del 234.5%. Teniendo en cuenta que el índice ceo-d supera en un 400.0 %, el pronóstico de la salud bucal es poco alentador. Se señala que la condición socioeconómica a la que se hace referencia en dicha investigación fue similar a la de los niños Colorín-Colorado.

Es importante destacar que los niños concurrentes a la guardería "Colorín-Colorado" sin experiencia de caries, con buenas condiciones de higiene y de salud gingival superaron en un 130.0 %, y 270.0% respectivamente en relación a los niños de la guardería "Travesuras". Por lo que, se sugeriría que en este grupo poblacional supervisado por el CDI, la incidencia del equipo de salud ejercería influencia sobre el cuidado de la salud bucal. Estudios realizados por Vanobbergen et al (113) señalan la importancia de la edad de inicio del hábito de cepillado, sosteniendo que el 46.0% de los niños que comienzan antes de los 3 años con la higiene oral están libres de



caries, en tanto, los que realizan dicha práctica después de los 4 años de edad corresponden al 36.0%.

Si bien la incidencia de las acciones realizadas a través del equipo de salud en el CDI asociadas con la instalación de hábitos tempranos de higiene dental y alimentarios mejoraría las condiciones del ecosistema bucal, no serían suficientes al momento de evaluar la salud bucal de estos niños. No obstante, aún siendo acciones de bajo costo, los resultados positivos hallados estarían determinados por las mejores condiciones observadas en dicho grupo poblacional.

A pesar de que la consulta y la asistencia odontológica no muestran diferencias entre el grupo de niños de ambas guarderías, los motivos de la consulta como las causas atribuidas a la salud bucal fueron mejor reconocidas por los padres de los niños de la guardería Colorín Colorado, lo que sugeriría la presencia de una actitud relacionada con la inclusión del componente bucal en el proceso salud-enfermedad y del desarrollo de una conducta preventiva por estos niños.

Del análisis de la encuesta realizada a los docentes, puede observarse que los que integran la guardería Colorín Colorado están más concientizados en relación al cuidado de la salud bucal, ya que las demandas relacionadas con la consulta odontológica estuvieron direccionadas hacia la asistencia y las necesidades mínimas para el mantenimiento de dicha salud bucal. Los resultados hallados que muestran diferencias entre ambos grupos poblacionales estarían asociados con la incidencia que ejercería el equipo de salud en labor conjunta con los docentes. Por lo que el hecho de que los niños de la guardería Travesuras estuviera en peores condiciones se relacionaría a “que el sector salud no le ha atribuido a la salud de los escolares un alto grado de prioridad, ya que son menos vulnerables a la enfermedad que otros



segmentos de la población, y a que no ha logrado satisfacer adecuadamente las necesidades manifiestas” (120).

Teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud, considera a la escuela un espacio promotor de la salud, puesto que a través de ella se deberán “transmitir los conocimientos y destrezas que promuevan el cuidado de la propia salud y ayuden a prevenir comportamientos de riesgo”, la relación entre la escuela como mediadora y la comunidad tiene un enorme potencial para poner en marcha acciones de promoción de la salud. A pesar de que las escuelas de zonas marginales padecen de un deterioro continuo de la capacidad educativa, es necesario estimular el compromiso mediante acciones coordinadas entre el personal escolar y los líderes y grupos comunitarios para contrarrestar los efectos negativos provenientes del medio contribuyendo a optimizar el proceso de enseñanza-aprendizaje (121).

Al considerar el funcionamiento del equipo de salud se observa que la mayor participación en el trabajo comunitario corresponde al médico. Aunque los integrantes de dicho equipo expresaran que se trabajó interdisciplinariamente, los porcentajes observados del 66.7 y del 58.3 en intervenciones de conocimiento de la información y de la toma de decisiones, no revelarían el compromiso necesario para la participación tanto en la planificación de programas como en acciones de salud. Es relevante señalar que el planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar, EL HOMBRE, en todas sus dimensiones de desarrollo y en el medio en que se desenvuelve. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales, sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos (122).



En el campo asistencial desde la interdisciplina Storckiner, A (123) sostiene que “el funcionamiento de un equipo asistencial interdisciplinario requiere de la inclusión programada de las actividades, puesto que la construcción conceptual común del problema, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles del mismo y de su interacción, donde las disciplinas existen a través de los sujetos que las disponen, las reproducen y las transforman”(124).

Pese, a que las mayores decisiones y programación de actividades son realizadas por los médicos, es relevante destacar la existencia de valoraciones importantes por parte de los usuarios acerca de los motivos por los cuales concurren al Centro de Salud (cuadro 4), donde ello sugeriría que se trata de un conjunto de profesionales con capacidades para interactuar, lo que predispondría a realizar las adecuaciones necesarias para optimizar el funcionamiento del equipo, redundando favorablemente en el aprovechamiento de las acciones planificadas futuras por dicho equipo. Por lo que el trabajo en equipo, implica re-pensar la territorialidad de la práctica, reflexionando sobre ese lugar que nos otorga el saber, el uso del mismo, resolviendo los conflictos desde la cooperación y no desde el consenso (125).

Teniendo en cuenta, que los talleres constituyeron la metodología aplicada como alternativa de trabajo en el equipo, la autoevaluación individual y la encuesta realizada, permitieron lograr una visión contextualizada de la comunidad con respecto al comportamiento del Equipo de Salud (126). Los resultados provenientes de este trabajo reflexivo que planteara como demanda el compromiso del trabajo comunitario, la necesidad de incentivar la autocrítica y la participación de todos los integrantes en la toma de decisiones, generando un importante espacio entre la comunidad y el equipo para lograr



una aproximación con la estrategias de Atención Primaria, lo que incidirá favorablemente en la salud de la población.

Por su parte, es importante señalar el elevado porcentaje de asistencia odontológica que reciben los niños del CDI, lo que indicaría un reconocimiento del odontopediatra en el equipo, el que había sido considerado por las madres quienes expresaron que se habrían producido cambios tanto en la conducta como en la salud bucal de los niños. Ello sugeriría, una impronta considerable de este profesional de la salud en el equipo, lo que favorecería el logro de un mayor respeto por parte del resto de los integrantes del mismo, incidiendo positivamente en las posibilidades de interacción interdisciplinaria.

Al categorizar los pacientes de acuerdo a los factores de riesgo, los niños de la guardería Colorín Colorado superaron en un 138.5% para la categoría de bajo riesgo, en tanto un 45.8% de los niños concurrentes a Travesuras excedió para la categoría de mediano riesgo, lo que reflejaría mayores factores de riesgo para este grupo de niños. San Martín, H (127) sostiene que el ser humano vive en un ambiente social en variación permanente, ya que los “riesgos sociales” que afectan la salud, dependen de la vida de la sociedad y del tipo estructural de la misma, de las desigualdades sociales, de los modos de producción y del consumo de la cultura de los grupos humanos. A medida que aumentan los factores de riesgo, más expuesta está la población, mayor probabilidad a desarrollar la enfermedad tanto por la exposición repetida a los factores de riesgo como a los de orden genético o características endógenas del individuo o a razones aún no conocidas.

La sistematización de la aplicación de medidas preventivas con la participación activa de la comunidad, a través de la utilización de protocolos que ayudaron a controlar la infección en el niño a través de las diferentes



acciones implementadas que incluyó tanto el desarrollo de hábitos como la higiene dental y la utilización de los fluoruros de manera adecuada y racional, contribuyó a disminuir los factores de riesgo (128).

Es conocido que el principal efecto de los fluoruros en concentraciones óptimas, sea cual fuere la vía de administración, es su habilidad para intervenir en el proceso de desmineralización-rem mineralización del diente durante el proceso de caries. La reducción de caries a través del uso de fluoruros ha sido demostrada largamente, desde los primeros estadios por T.H. Dean en los años '40 (129). En los años '60 los investigadores consideraron que el mecanismo de acción de los fluoruros para la reducción de la caries se debía al incremento de la concentración de ión en la superficie del esmalte, principalmente a través de la formación de fluorapatita, convirtiéndose en un tejido más resistente al ataque de los ácidos por la reducción de su solubilidad (130).

El conocimiento actual sugiere que el efecto preventivo del flúor está basado en la promoción de la remineralización por medio de bajas concentraciones de fluoruro en la interfase placa-esmalte. El fluido de placa, en contacto con la superficie del esmalte, la saliva y el fluido gingival, sirven como zona de intercambio iónico. Si se logran mantener niveles de fluoruro adecuados en el fluido de la placa, se favorece el equilibrio entre ácidos orgánicos, fosfatos, calcio y otros iones que pudiesen retardar o inhibir la mayor producción ácida y/o promover la remineralización del esmalte (131-134).

La introducción de criterios de riesgo y actividad para la elaboración de planes de tratamiento ha sido un importante avance que permite la aplicación clínica de los hallazgos científicos sobre caries. Calificar al paciente en alto, mediano y bajo riesgo y obrar en consecuencia, ha marcado un hito en la odontología, donde se ha dejado de tratar a todos los pacientes por igual, para



establecer diferencias sustanciales en el criterio de tratamiento a partir de un diagnóstico integral que pondere el riesgo, evaluando los factores comprometidos. El conocimiento por parte de los padres sobre la enfermedad actual de sus hijos debe ser ampliamente explicada por el profesional, tarea que se efectuó en los talleres realizados en las guarderías (Travesuras y Colorín-colorado) en donde se enumeraron los factores de riesgo encontrados en la boca de sus niños y las consecuencias que esto acarrea si no se realizan los cambios necesarios.

Del análisis de los parámetros evaluados al aplicar las acciones preventivas-curativas se pueden inferir diferentes niveles de riesgo, donde es importante señalar la considerable recuperación observada en el grupo de niños de bajo riesgo concurrentes a Colorín-colorado (79,1%) y para Travesuras (51,2%), con disminución en el mediano riesgo y quedando sólo un 9,8% de niños de alto riesgo para Travesuras.

Por último, reflexionando sobre la construcción de inter-saberes que demanda el funcionamiento del equipo de salud, se torna necesario la formulación de un programa a desarrollar, con objetivos basados en las debilidades y fortalezas detectadas en los resultados de las encuestas realizadas a los docentes, usuarios e integrantes del equipo de salud. De este modo, podrán interactuar en el trabajo mediadores docentes, padres y/o tutores de los niños y profesionales de la salud, para que el trabajo con la comunidad permita a través de acciones concretas el logro de una concientización y mejoramiento acerca de la salud bucal de la población. De este modo, el desarrollo de este espacio, pretende constituirse en un modelo de funcionamiento que sirva para que los Organismos Oficiales puedan aplicarlo a otros Centros de Salud.





# CONCLUSIONES

## VI- CONCLUSIONES.

\* El equipo de salud ejerce una considerable influencia sobre la concepción y cuidado de la salud, tanto para la comunidad como para los docentes (Colorín Colorado),

\* Ambos grupos estudiados se alimentan con lactancia natural en el mismo período de tiempo, donde en más del 25% el destete y el abandono de la alimentación con mamadera ocurre después de los 18 meses.

\* El estudio transversal revela que el 56.0% y 44.0% de los niños asistentes a Colorín Colorado presentaron riesgo alto y mediano, mientras que un 80.0% y un 20.0% correspondió para los niños de Travesuras.

\* Un 23.0% de los niños concurrentes a la guardería Colorín Colorado se encuentra libres de caries, 28.0% en buenas condiciones de higiene oral y 26.0% de salud gingival y para los niños de la guardería Travesuras fue del 10.0%, 0.0% y 7.0% respectivamente.

- Se observa una mayor prevalencia en los patrones de caries FF, MA y BL en los niños concurrentes a Travesuras y en el sexo masculino.
- Los resultados microbiológicos revelan que tanto los niveles de *St mutans* como la actividad de lactobacilos en la población según guardería están más elevados en los niños concurrentes a Travesuras, siendo mayor en el grupo de varones.

\* La asistencia odontológica muestra marcadas diferencias a favor de los niños concurrentes a Colorín Colorado. Por su parte, sus docentes poseen un mayor grado de concientización para el cuidado de la salud bucal.

\* Si bien el equipo de salud considera que trabaja interdisciplinariamente, la toma de decisiones no la realizan todos los integrantes del equipo. A pesar de que el grado de satisfacción de los usuarios es considerable, la participación



comunitaria en charlas, reuniones u otras actividades es escasa, donde el 50.0% fueron programadas y coordinadas por el odontopediatra.

\* El conjunto de la aplicación de acciones preventivas-curativas muestra una marcada recuperación de la salud bucal, tanto en los niños de la guardería Colorín Colorado como en los de Travesuras. Aunque en estos niños se destaca una mayor influencia de la aplicación de dicho programa, redundando en la salud bucodental de la población

\* A partir de los talleres de reflexión crítica, el equipo de salud muestra interés en cambiar la modalidad de trabajo, para aproximarse a los principios de la **Atención Primaria** y al **Trabajo en Equipo** a fin de dar respuesta a lo que la comunidad demanda.

\* Aunque el recambio permanente de los profesionales demora el proceso de concientización, se señala una voluntad hacia el trabajo participativo e interdisciplinario de los mismos. No obstante, el momento político que se vive en el municipio, ha incidido negativamente.

\* Por último, se reconoce que se ha generado un importante espacio entre la comunidad y el equipo, lo que permitirá la continuación de un trabajo promisorio sirviendo como modelo de trabajo para que los organismos oficiales implementen en otros Centros de Salud que incluyen espacios relacionados con la comunidad.

# **RESUMEN**



## VII- RESUMEN

Se evaluó y comparó la incidencia de la asistencia odontológica integrada o no a un equipo interdisciplinario de salud sobre la salud bucal en una población de niños provenientes de guarderías de riesgo social.

**Material y métodos:** la investigación consistió en un estudio analítico, longitudinal, prospectivo y multidisciplinario. La población incluyó a niños de 30 a 36 meses de edad, ambos sexos, concurrentes a dos Centros de Desarrollo Infantil (CDI) ubicados en la zona periférica de la Ciudad de Córdoba. Uno de ellos, denominado Colorín Colorado, ubicado en Villa 9 de julio, con 45 niños que reciben atención Primaria por un equipo de salud. El otro grupo proveniente de Villa Allende Parque concurre a la guardería Travesuras, correspondió a 49 niños los que son asistidos por un odontólogo.

Se realizaron talleres de reflexión y capacitación con la comunidad integrada por padres y/o tutores, docentes y profesionales del equipo de salud, para analizar el grado de concientización en relación a la concepción de salud y a la salud bucal.

Se evaluó: la salud general para los niños de Colorín Colorado y el consumo de carbohidratos según tipo, consistencia, frecuencia y momento, la salud bucodental mediante los índices de caries (Klein et al), Sistema de Análisis de Caries (Douglas et al), índice de higiene oral (Greene and Vermillion simplificado), índice de salud gingival (Loe and Silness), hábitos de cepillado, anomalías de oclusión, recuento de niveles de *Sí mutans* (Jensen and Brathall) y actividad de lactobacilos (Alban A.) en la población total. Se aplicó un programa preventivo-curativo a los niños según categoría de riesgo que consistió en: enseñanza de la higiene oral, inactivación de caries, tratamiento atraumático de caries, asesoramiento dietético y aplicación de fluoruros de alta concentración.



**Resultados:** el equipo de salud ejerce una considerable influencia sobre la concepción y cuidado de la salud, tanto para la comunidad como para los docentes (Colorín Colorado). El estudio transversal reveló que un mayor número de niños asistentes a Colorín Colorado presentaron riesgo moderado, mientras que, los niños de Travesuras presentaron un riesgo alto

Ambos grupos estudiados se alimentaron con lactancia natural en el mismo período de tiempo, donde en más del 25% el destete y el abandono de la alimentación con mamadera ocurrió después de los 18 meses.

Un 23.0% de los niños concurrentes a la guardería Colorín Colorado estuvo libres de caries, 28.0% en buenas condiciones de higiene oral y 26.0% de salud gingival y para los niños de la guardería Travesuras fue del 10.0%, 0.0% y 7.0% respectivamente. Se observó una mayor prevalencia en los patrones de caries FF, MA y BL en los niños concurrentes a Travesuras y en el sexo masculino. Los resultados microbiológicos revelaron que tanto los niveles de *St. mutans* como la actividad de *lactobacilos* en la población según guardería estuvieron más elevados en los niños concurrentes a Travesuras y en el grupo de varones.

La asistencia odontológica mostró marcadas diferencias a favor de los niños concurrentes a Colorín Colorado. Los docentes de esta guardería mostraron un mayor grado de concientización en el cuidado de la salud bucal. Si bien el equipo de salud consideró que trabajó interdisciplinariamente, la toma de decisiones no la realizaron todos los integrantes del equipo. Aunque el grado de satisfacción de los usuarios fue considerable, la participación comunitaria en charlas, reuniones u otras actividades fue escasa, donde el 50.0% fueron programadas y coordinadas por el odontopediatra. El conjunto de la aplicación de acciones preventivas-curativas mostró una marcada recuperación de la salud bucal en la población total. Aunque en los niños



concurrentes a Travesuras se destacó una mayor influencia de dicho programa.

A partir de los talleres de reflexión crítica, el equipo de salud mostró interés en cambiar la modalidad de trabajo, para aproximarse a los principios de la **Atención Primaria y al Trabajo en Equipo**, a fin de dar respuesta a las demandas de la comunidad. Aunque el recambio permanente de los profesionales demoró el proceso de concientización, se observó una voluntad hacia el trabajo participativo e interdisciplinario de los mismos. No obstante, el momento político que se vive en el municipio, ha incidido negativamente.

Conclusiones: se reconoció que se ha generado un importante espacio entre la comunidad y el equipo de salud, lo que permitirá la continuación de un trabajo promisorio sirviendo como modelo de trabajo para que los organismos oficiales implementen en otros Centros de Salud que incluyen espacios relacionados con la comunidad.

# SUMMARY





## Summary

The incidence of dental care, integrated or not to an interdisciplinary health team, was evaluated and compared to see the oral health in a population of children coming from nurseries of deprived areas.

Material and methods: the investigation consisted of an analytic, longitudinal, prospective and multidisciplinary study. The population included children from 30 to 36 months of age, of both sexes, attending two Child Development Centers (CDC) located in the outskirts of the city of Córdoba. One of them, called "Colorín Colorado", located in "Villa 9 de Julio", with 45 children that receive Primary Attention from a health team. The other group coming from "Villa Allende Parque" attends the nursery "Travesuras", accounted for 49 children that are assisted by a dentist.

Reflection and training workshops were carried out with the community integrated by parents and/or tutors, teachers and health team professionals, to evaluate the degree of awareness in relation to the conception of health and oral health.

We assessed the general health of the children in "Colorín Colorado" and their carbohydrates consumption regarding type, consistency, frequency and moment; we also evaluated the oral health by means of caries indexes (Klein et al), Caries Analysis System (Douglas et al), Index of oral hygiene (Greene and simplified Vermilion), Index of gingival health (Löe and Silness), tooth brushing habits, occlusion anomalies, recount of *St mutans* levels (Jensen and Brathall) and *lactobacilli* activity (Alban A.) in all the population. A preventive-healing program was applied to the children according to risk level, which consisted of oral hygiene education, caries inactivation, painless caries treatment, dietary advice and application of high concentration fluorides.



**Results:** the health team exerts a considerable influence on health conception and care, on both the community and the teachers ("Colorín Colorado"). The transversa study revealed that a bigger number of the children attending "Colorín Colorado" showed moderate risk, while the children from "Travesuras" demonstrated high risk.

Both studied groups were breastfed throughout the same period of time, and, in both, more than 25% the weaning and the end of bottle feeding took place after 18 months of age.

Among the kids attending "Colorín Colorado", 23,0% had no caries, 28,0% were in good conditions of oral hygiene and 26,0% had good gingival health and among the children from the nursery "Travesuras" it was 10,0%, 0,0% and 7,0% respectively. A bigger prevalence was observed in the FF, MA and BL caries patterns among the children attending "Travesuras" and in the male sex.

The microbiologic results revealed that both, the levels of *St mutans* and the *lactobacilli* activity in the population depending on the nursery, were higher in the children attending "Travesuras" and in the male group.

Dental care showed marked differences in favor of the children attending "Colorín Colorado". The teachers of this nursery showed higher awareness on the care of oral health. Although the health team considered to have worked interdisciplinary, not all decisions were taken by all the members of the group. Although users' satisfaction was considerable, community participation in talks, meetings or other activities was scarce, where 50,0% was programmed and coordinated by the children dentist.

The application of joint preventive-healing measures showed a marked recovery of oral health in all the population. Although a major influence of this program was observed among children attending "Travesuras".



Critical reflection workshops were the starting point for the health team to show interest in changing their working procedures, so as to resemble the principles of Primary Attention and Team Work, in order to meet the demands of the community.

Although the permanent change of professionals delayed the process to arouse awareness, an earnest wish toward shared and interdisciplinary work was observed in all of them. Nevertheless, the political moment lived in the Town Hall has acted negatively.

Conclusions: an important space between the community and the health team was recognized to be generated, one which will allow for the continuation of a promissory work that will serve as a model for official institutions to implement in other Health Centers that include spaces involved with the community.

# BIBLIOGRAFÍA





## VIII- BIBLIOGRAFÍA

- 1) XIII. "Manual sobre atención sanitaria", OMS- Educación para la salud, OMS. Ginebra. 1989.
- 2) IX. "Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria de salud". OMS. Ginebra. 1989.
- 3) Mahler, H en colaboración: J. Sparckman Center for international Public Health Education. I. "La educación para la salud" OMS. Birmingham, Alabama, EEUU. VII-VIII. 1985.
- 4) Bascone, A. "El concepto de salud. Tratado de odontología". Tomo I Edic. Avances Médico-Dentales. Madrid. 1998. pp 755-764.
- 5) Herazo Acuña, B, Echeverry Guzman, E, Wasserman Milhes, I, Quiroga Cárdenas, M, Agudelo Acosta, M. Atención Odontológica "El municipio sano". Editor: Herazo Acuña, B. ECOE. Santa Fe de Bogotá D.C. Mayo 1997 Pág. 6-7.
- 6) Rossetti, H. "Salud para la Odontología". Primera edición. Buenos Aires, agosto 1995. pp. 103-105.
- 7) Toulmin, S: "La comprensión humana". Ol. 1 El uso colectivo y la evolución de los conceptos. Madrid-Alianza, 1977, pp totales.
- 8) Leyt, S. "Temas de odontología pediátrica". Odonto - Edición, Buenos Aires, 1996, pp totales.
- 9) Jurjo Torres, S. "Globalización e interdisciplinariedad: el curriculum integrado". Ediciones Morata- SI Madrid, 1988, pp 113 - 146.
- 10) E. L Apostel J.M. Benoist, T.B. Bottomore y otros "Qué es la interdisciplinariedad?" Singceur, M.A. "Interdisciplinariedad y ciencias humanas". Madrid- Tecnos-Unesco, 1983, pp 22-23.

- 11) Antiseri, D.: "Fundamentos del trabajo interdisciplinario" A. Coruña-Adara, Madrid, 1976, pp totales.
- 12) Apostel, L y otros. "Pasado, presente y futuro de la investigación interdisciplinaria" 5. Interdisciplinaria y ciencias humanas. Madrid-Tecnos-Unesco- 1983, pp 32-52.
- 13) Palmade "Interdisciplinaria e ideologías", Madrid, 1979, pp 5.
- 14) Claxton, G. "Vivir y aprender- psicología del desarrollo y del cambio en la vida cotidiana". Madrid -Alianza, 1987, pp 215.
- 15) Kroeger, Axal Luna (compilados) "Atención Primaria de Salud" Principios y métodos 2da. - Edit. Pax- México Lihery, Carlos Césarman, SA. 1987, pp 5-7.
- 16) Annis, Sh. Physical access an utilization of health services in rural Guatemal. Soc. Sci- Med- 1981, 15d, pp 515-582.
- 17) Paganini, J.M, Capote, R. "Los sistemas locales de salud, conceptos, métodos, experiencias". Publicación Científica n° 519, Washington, OPS, 1990, pp totales.
- 18) Ander- Egg, E. Las técnicas de comunicación al servicio del trabajo social. Editorial Ateneo- México, 1986, pp totales.
- 19) Feuerstein, M.T. Patterns in evaluation. Evaluating development and community programmes with pareticipants. Mc. Millen, London, 1986, pp totales.
- 20) Scotney, N. Health Education. Nairobi: African Medical and Research Foundation. (Rural Health Serie 3). 1976, pp totales.
- 21) Mariño, H. Planeación estratégica de la calidad total. Tercer Mundo. Editores Bogotá, Colombia. 1993, pp totales.



- 22) Vouri, H.V. Garantía de calidad en Atención Primaria de la Salud. Monografías clínicas en Atención Primaria N°. 13 – Región Sanitaria. Costa de Poment. Ediciones Doymer. Barcelona. 1993, pp totales.
- 23) Simposio Internacional Calidad total en Salud. Andes de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, vol. 58, N° 1, 1997, pp totales.
- 24) De Geryndt, W. Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de atención al paciente. Banco Mundial. 1986, pp totales.
- 25) Donabedian, A. La calidad de la atención medica. Editorial Prensa Médica Mexicana. México. 1984, pp totales.
- 26) Mavacino, C. La acreditación, la habilitación y la certificación de especialidades como instrumentos de regulación de la calidad de la atención médica. Medicina y sociedad. Vol. 11- N°. 3- Mayo- Junio. 1988, pp totales.
- 27) Moreno, E, Perrone, N, Niremberg, O. Desarrollo de un modelo evaluativo para sistemas locales de salud. International Development Research. Centre, Ottawa, Canadá. Cuaderno del Centro para el desarrollo local N°. 20. 1993, pp totales.
- 28) Lascki, L, Brindis, C. Evaluación de Programas de Salud, Mc. Graw. Hill Interamericana, México, D.F. 1996, pp totales.
- 29) Moreno, E. y cols. Calidad de la Atención de la Salud. Aspectos conceptuales. Facultad de Medicina U.N.T. Argentina, 1996, pp totales.
- 30) Moreno, E y cols. Calidad de la Atención Primaria. Aporte metodológico para su evaluación. Facultad de Medicina U.N.T. Tucumán, 1998, pp totales.
- 31) Alforja. Técnicas participativas para la educación popular. Editorial Tarea. Lima. Perú. 4ta. Edición. 1987, pp totales.
- 32) Folmer, H. Community diagnosis. Amsterdam. Royal Trop Inst. (mimeografiado).1983, pp totales.

- 33) Cities and the environment. En World Resources 1996-1997 New York: Oxford University Press. 1996, pp totales.
- 34) Maxwell, R.J. Un presente abrumador, un futuro sombrío. Salud Mundial 1991, (marzo-abril): pp 11-13.
- 35) Tabilizadeh, I, Rossi-Espagnet, A, Maxwell, R. La ciudad en primer plano: el mejoramiento de la higiene urbana en los países en desarrollo. Ginebra. Oms. 1990, pp totales.
- 36) Harpham, T. Cities and health in the Third world. En Phillips D.R., Veerhasselt, Y, eds Health and development. Londres y Nueva York, 1994, pp totales.
- 37) Stephens, C, Mc. Granahan G, Bobock, M, Leonardi, G. Uctans Environment and human health. En: world Resources 1996-1997. Oxford University Press. New York, 1996, pp 260 – 274.
- 38) Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Mundial de Salud Escolar. Ginebra: OMS. 1996, pp totales.
- 39) Henderson , A.C. The importance of a healthy school environment. Em: Costese, P, Middleton, K, eds. The comprehensive school health challenge: promoting health troughs education vol. 1. Santa Cruz, California, 1994, pp totales.
- 40) Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de Salud: modelo y guía para la acción. (H.S.P./ SIL 05-36). Washington, D.C.: O.P.S. 1996. pp totales.
- 41) OMS “Educación para la salud”. Ginebra, Suiza, 1989, pp 160 – 170.
- 42) Bordoni, N. Diagnóstico etiológico en la clínica preventiva. Facultad de Odontología. Universidad de Bs. As. (Documento mimeografiado) 1982, pp 11-12.



- 43) Mc. Mahon and Pught, T. *Epidemiology: Principles and Nethock* Boston. Litte Brown, 1970, pp 230 -245.
- 44) Dorronsororo de Cattoni S, Minetti de Mendez, Z, Luna de Yanchilevich E.R, Cornejo L.S, Aguzzi A. Evolución de la salud bucal en niños de 3-5 anos de edad de la ciudad de Córdoba- Argentina. Estudio CLACYD. *Rev. Esp Cirugía Oral y Maxilofacial*, 2000; 22: 311-318.
- 45) Ainamo, J. et al. Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs ( CPITN). *Internat Dental J.* 1982. 32- 281- 291.
- 46) Bordoni, N., Squassi, A. Diagnóstico e interpretación diagnóstica de caries dental. Preconc. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, Argentina, 1999, pp totales.
- 47) Arques Miarneau, R. *Historia Anecdótica de la Odontología*. Sabat Editores. S.A. Bs. As. Argentina, 1945, pp totales.
- 48) Sturdevant, C, Barton, R, Sockwell, C, Strickland, W. *Arte y ciencia de la operatoria dental*. Edit. Panamericana. Bs. As. Argentina 52, 1986, pp totales.
- 49) Satelli, C, A et al : Diferencias entre la placa dental formada in vitro por *lactobacillus Sp.* y *Streptococcus Mutans*. *Rev. Asociación Argentina Microbiol.* 1976; 8 (2): 64-67.
- 50) Bordoni, N, Dono, R, Squassi. Preconc. *Odontología Preventiva*. Módulo 1. Diagnóstico de enfermedades por placa bacteriana. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, Argentina, 1999, pp totales.
- 51) Krase, B. *Microbiology of the gingival plaque, in the borderland between caries and periodontal disease*. Lehrer. T. Edit. London, 1977, pp totales.
- 52) Douglas, J.M., Wei, Y, Zhang, B.X., Tinanoff, N. Dental caries in preeschool Beijing and connecticut children as descricited by a new caries, analysis system, *Community Dent Oral Epidemiol*; 1994-22: 94 - 99.



- 53) Aguzzi, A. Contribución al conocimiento del estado de salud bucodental en relación con los patrones de consumo de carbohidratos. Estudio Longitudinal. Tesis Doctoral. Córdoba. Marzo 2000, pp totales.
- 54) Silverstone, L.M. Structural alterations of human dental enamel during incipient carious lesions development En: Incipient dental caries of enamel. Michigan, 1977, 104 - 124.
- 55) Mattila, M.L, Paunio, P, Rautava, P, Ojanlatva, M.S. Changes in dental habits from 3 to 5 years of age. Journal of Public Health Dentistry, 1998; 58(4): 270-274.
- 56) Alaluusua, S, Malmivirta, R. Early plaque accumulation. A sign for caries risk in young children. Community Dent Oral Epidemiol 1994; 22: 273-276.
- 57) Catton, J. et al. Associations between bleeding and visual signs of interdental gingiva inflammation. J. Periodontol. 1988; 59 (11) 722-727.
- 58) Mc. Donald, A.: Odontología pediátrica y del adolescente. "Evaluación clínica, higiene oral, gingivitis y enfermedad periodontal. Registro de control de placa." Ed. Panamericana 5ª edición, 1991, 468-474.
- 59) Løe H, Silness, J. Periodontal disease in pregnancy I . Prevalence and severity. Acta Odontol Scand. 1963; 21: 533-551.
- 60) Baer, P. N- Sheldon D.B. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Bs. As. 1975, pp totales.
- 61) Baer, P.N. The case for periodontosis as a disease entity J. Periodont. 1971. 42: 522-516.
- 62) Stecksen-Blicks, C, Borsen, E. Dental caries, sugar-eating habits and tooth brushing in group of 4- year-old children 1967-1997 in the City of Umea, Sweden Caries Res 1999; 33: 409-414.
- 63) Bass, C.C. An effective method of personal hygiene. J. LA. State Med. Soc. 1954; 106; 100-112.



- 64) Axelsson, P. The effect of various plaque control measures on gingivitis and caries in school children. *Community Dent, Od.. Epidemiol*, 1976; 4: 332-439.
- 65) Albander, J.M, Gjermo, P, Preins, H.R. Chlorhexidine use after two decads of over the cocentes availability. *J. Periodontology*, 1994, 65: 109-112.
- 66) Horowitz, H.S. Perspectives on the use of prenatal fluorides. *A. Symposium J. Dent Child* 1981; 48: 100-133.
- 67) Bordoni, N. Mecanismo de acción de los Fluoruros en el proceso de caries. *Manual de actualización en Odontología: Uso Racional de Fluoruros en la prevención de caries. Seminario realizado en el auditorio Microsules Bernabó* 1998. Marzo 1: pp 8-18.
- 68) Belthan, ED, Szpunan, SM. Fluoride in toothpastas for children. *Suggestion for chang. Pediatr. Dent .* 1988; 10: 185- 188.
- 69) Persson, L.A, Carlgren, G. Measuring children's diet: Evaluation of dietary assesment techniques in infancy and chilhood. *Int. J. Epidemiol* 1984; 13: 506-517.
- 70) Alaluusua, S, Renckonen, OV. Streptococcus mutans estblishment and dental caries experiance in children from 2 to 4 years old. *Scan J. Dent Res* 1983; 91: 453-457.
- 71) Kohler, B., Andreen, I, Johnson, B. The earlier the colonization by *mutans streptococci*, the higher the Prevalence at 4 years of age . *Oral Microbiol Immunol* 1988; 3: 14-17.
- 72) Thibodean, E.A., O' Sullivan, D.M.: Salivary mutans Streptococci and caries development in the primary and mixed dentitions of children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 406-412.

- 73) De Soet J.J, De Grappff, J. Monoclonal antibodies for enumeration and identification of mutans Streptococci in epidemiological study. Arch Oral Biol 1990. 35 (suppl): 1655-1685.
- 74) Newbrum, E. Cariology ( 2da. Ed.) Williams and Wiikins. Baltimore, 1983: pp totales.
- 75) O'Sullivan, DM, Tinanoff, N. Social and biological factors contributing to caries of the maxillary anterior teeth. Pediatric Dentistry 1993; 15(1): 41-44.
- 76) Gustafsson, B.E, et al 1952. The Vipeholm dental caries study. The effect of different levels of carbohydrate intake on caries. Acta Odont. Scand 11: 195-226.
- 77) Bordoni, N, Doño R., Squassi, A. Preconc. Odontología preventiva. Paltex, Buenos Aires, 1999, 2,2: pp 31-32.
- 78) Bowen, W.H. Are current models for preventive programs sufficient for the needs of tomorrows. Adv Dent Res. 1995, 9 (2): 71-81.
- 79) Arends, J. Effects of various fluorides on enamel structure and chemistry. En: Guggenheim B cariology today Basel, Karger. 1984, pp 245-258.
- 80) Canut Brusola, J.A. Ortodoncia clínica. Ed Schat. Madrid 1992; 13: pp 205-221.
- 81) Walton, H. La evolución psicológica del niño. México 1984, 3: pp 38-42.
- 82) Larsen, E. The effect of dummy sucking on the occlusion: a review. Eur J. Orthod 1987, 8: 127-130.
- 83) Irwin, RD, Harold, J.S, Richardson, A. Mixed dentition analysis: a review of methods and their accuracy. Int. J. Pediatr- Dent. 1995, 5: 137-142.
- 84) Cameron, A, Widmer, R. Manual de odontología pediátrica. Ed. Harcourt Brace. España, 1998. 9: pp 267-285.
- 85) Jensen, B, Bratthall, D. A new method for the estimation of *Streptococci mutans* in human saliva. J. Dent Res. 1989; 68(3): 468-471.



- 86) Alban, A. An improved Snyder test. *J. Dent Res.* 1970; 49(3): 641-643.
- 87) Moreno, E y cols. "Calidad de la atención Primaria. Aporte metodológico para su evaluación". Tucumán 1998, pp totales.
- 88) Ceta. Manual para promotores de salud. 4º edición. Iquitos Perú, 1981, pp totales.
- 89) Alforja. Técnicas participativas para la educación popular. Editorial Tarea 4º edición. Lima, Perú, 1987, pp totales.
- 90) CLACYD- Publicación N° 4: Lactancia materna y lactancia artificial. Diferencias de crecimiento y desarrollo en niños de la ciudad de Córdoba. Triunfar S.A., Argentina. 2001; 117: 27-37.
- 91) Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter y col.: Odontología `para el bebé.. Actualidades médico-odontológicas Latinoamérica C.A (AMOLCA) Sao Paulo- Brasil. 2000, pp 76-77.
- 92) Ripa LW. Nursing caries: A comprehensive review. *Pediatric Dent* 1988; 10 (4) 268-281.
- 93) S. Gibson and S. William. Dental caries in pre-school children: Associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugars-containing foods. Futher analysis of data from the National Diet and nutrition survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res* 1999; 33: 101-113.
- 94) Wendt L K, Hallonsten A L, Koch, G: Oral health in preschool children living in Sweden. *Swed Dent.* 1992; 16: 41-49.
- 95) Grindefjord, M; Dahlöj, Modeer, T: Caries development in children from 2,5 to 3,5 years of age. A longitudinal study *Caries Res* 1995; 29: 449-454.

- 96) Kimura, M y cols.: The relationship between carious changes of deciduous teeth and food intake in 2 year-old-children. Jap J Pedodont, v. 17, n. 3, 1979; p. 297-303.
- 97) Watson M.R., Horowitz A.M., Garcia I., Canto M.T: Caries conditions among; 2-5 years old immigrant latino children related to parents oral health Knowledge, opinions and practices. Community Dent Oral Epidemiol 1999; 27: 8-15.
- 98) Davies M.J., Spencer A.J., Slade S. D.: Trends in dental caries experience of school children in Australia- 1977 to 1993. Australian Dental Journal 1997; 42 (6) 389-394.
- 99) Casaretto, H., Cesetti, M., Dricas, D., Mayocchi, K; Fernandez Blanco, A: "Caries de biberón" - Boletín de la asociación Argentina de Odontología para niños- Vol. 29 N° 4. Diciembre-marzo 2000, pp totales.
- 100) Bordoni, N, Squassi,A, Bellagamba, H; Bonazzi, M; D' Eramo, L: Investigación socio-epidemiológica. "Caries dental en niños de diferente nivel socio-económico. Odontología preventiva y comunitaria". Fac. de Odontología- Universidad de Bs. As. Rev. Asociación Argentina de Odontología para niños vol. 30. N° 4 Dic. 2001-Marzo 2002, pp totales.
- 101) Kunzel W., Fisher T.: Caries prevalence after cessation of water fluoridation in la salud, Caries Res, Cuba, 2000; 34: 20-25.
- 102) Nyrad, B.; Kiliam, M. Comparison of the initial streptococco microflora on dental enamel in caries active and in caries inactive individuals. Caries Res. 1990; 24: 267- 272.
- 103)Köhler B, Andreén I, Jonsson B . The earlier the colonization by *mutans streptococci*, the higher the caries prevalence at 4 years of age. Oral Microbiol Immunol 1988; 3; 14-17.



104) Lescret DH, Featherstone JDB, Proskin HMA, Adair SM, Eisenberg AD, Mudorff- Shresthe SA, Shields CP, Billings RJ: Caries risk assessment by a cross-sectional discrimination model. J Dent Res 1993; 72: 529-537.

105) Melgar Hermoza, RA.: "Caries de la infancia temprana según determinantes socio-demográficos conductuales, nutricionales y relacionados a la transmisión de microorganismos" Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños. Vol. 32. Nº 3- septiembre- Diciembre 2003, pp totales.

106) Reisine S, Litt M. Social and psychological theories and their use for dental practice. Int Dent J 1993; 43: 279-287.

107) Quiñones R.B, Keels MA, Vann WF, McIver FT, Heller K. Early childhood caries: Analysis of psychosocial and biological factors in a high-risk population. Caries Res 2001; 35: 376-383.

108) Frencken, J. et al: " Effectiveness of an oral health education programme in primary schools in Zimbabwe after 3-5 years" Community Dent and Oral Epidemiology. 2001, 29: 253-259.

109) Dini EL, Holt RD, Bedi R. Caries and its association with infant feeding and oral health related behaviours in 3-4-years-old Brazilian children. Community Dent Oral Epidemiol 2000;28: 241-248.

110) Chia JS, Hsu TY, Teng LJ, Chen JY, Hahn LJ, Yang CS. Glucosyltransferases gene polymorphism among *Streptococcus mutans* strains. Infect Immun 1991; 59: 1656-1660

111) Bordoni, N.; Squassi, A.: "Prevención y tratamiento de caries dental: Protocolos clínicos" A.A.O.N. Vol. 25, Nº 3 Dic. 1996.

112) Van Houte, J, Russo, J, Prostak, KS. Increased pH-lowering ability of *Streptococcus mutans* cell masses associated with extracellular glucan-rich matrix material and the mechanisms involved. J Dent Res 1989; 68: 451-459.



- 113) Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Bogaerts K, Declerck D. Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 424-34.
- 114) Matos, MI, Mikx FH, Maselle SY, van Palenstein Helderma WH. *Mutans streptococci* and *lactobacilli* in breast-fed children with rampant caries. *Caries Res* 1992;26: 183-187.
- 115) Yamashita Y, Bowen WH, Burne RA, Kuramitsu HK. Role of the *Streptococcus mutans gtf* genes in caries induction in the specific-pathogen-free rat model. *Infect Immunol* 1993;61: 3811-3817.
- 116) Tsumori H, Kuramitsu H. The role of the *Streptococcus mutans* glucosyltransferases in the sucrose-dependent attachment to smooth surfaces: essential role of the Gtf-C enzyme. *Oral Microbiol Immunol* 1997;12: 274-280.
- 117) Smith DJ, Taubman MA. Vaccines against dental caries infection. In: New generation of vaccines. Levine MM, Woodrow GC, Kraper JB, Cobon GS, editors New York: Marcel Dekker, 1997, pp 913-930.
- 118) Russel MW, Hajishengallis G, Childers NK, Michalek SM. Secretory immunity in defense against cariogenic mutans streptococci. *Caries Res* 1999; 33: 4-15
- 119) Van Houte J, Gibbs G, Butera C. Oral flora of children with "nursing bottle caries". *J Dent Res* 1982; 61: 382-385.
- 120) Puertas, B; Sequerira, M.T. "Análisis situacional de la promoción de salud en el ámbito escolar en varios países". Organización Panamericana de la Salud, Programa de educación para la salud, Washington DC. O.P.S. 1996, pp totales.



- 121) Rong, W.S., Brian, J.Y., Wang, W.S.: "Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in Kindergartens in China" *Community Dent and Oral Epidemiol.* 2003. 31 (6): 412-416.
- 122) Domínguez, V. "Interdisciplinariedad". *Psicología Médica*, Madrid, 1990, pp totales.
- 123) Storckiner, A.: "La interdisciplina entre la Epistemología y la práctica". Madrid, 1999; pp 334-337.
- 124) Blacke, R. y col. "Cómo trabajar en Equipo" Editorial Norma, Bogotá-Colombia 1992, pp totales.
- 125) Sholtes, P. "El manual del Equipo" Ed. Joiser- Madrid, 1991, pp totales.
- 126) Mexjam "Taller de reflexión sobre el trabajo en equipo" Proceso de mejora continua- Fundación Mexicana para la Planificación Familiar. México-DF 1992, pp totales.
- 127) San Martín, H. "La crisis mundial de la salud. El riesgo de enfermar y de morir" *Epidemiología del riesgo*. Madrid, 1998, pp 53-64.
- 128) Frencken, J, Songpaisan, Y, Phantuvanit, P, Pilot, T. An atraumatic restorative treatment technique. *Int. Dent. J* 1994. pp 444-464.
- 129) Dean, H. "The investigation of physiological effects by the epidemiological method". En: Moulton, F; *Fluoride and Dental Health*. Washington, 1942, pp 23-31.
- 130) Weatherell. J; Robinson, C.: "Fluoride in teeth and bone. Fluoride in dentistry". Copenhagen, Munksgaard, 1988, pp 28-59.
- 131) Fejerskov, O; Thylstrup, A; Larsen, M.J.: "Rational use of fluorides in caries prevention". *Acta Odontol. Scand*, 1981, 39: 241-249.
- 132) White, D.J; Nelson, D.G; Faller, R.V: "Mode of action of fluoride: application of new techniques and test methods to the examination of the

mechanism of action of topical fluorides”. *Adv. Dent. Res.*, 1994; 8 (2): 166-174.

133) Rölla, G; Ellingsen, J.E: “Critical evaluation of the composition and use of topical fluorides, with emphasis on the role of calcium fluoride in caries inhibition”. *J. Dent. Res.* 1990; 69 (Spec issue): 780-785.

134) Petersen, P.E., Lennon, MA:” Effective use of Fluorides for the prevention of dental caries in the 21st. Century. The WHO approach”. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2004, 32 (5) 319-21.







# ANEXOS



## **ANEXO N°: 1**

### **“CARPETAS FAMILIARES”**

- HISTORIAS CLÍNICAS
- REGISTROS DE CONTROLES
- FORMULARIO DE REFERENCIA-  
CONTRA REFERENCIA PARA  
CENTROS DE DESARROLLO  
INFANTIL





**FICHA GINECOLOGICA**

Apellido y Nombres: .....  
 Domicilio: ..... Fecha de Nacimiento    Fecha de Llenado     
 Edad   Alfabeto: SI  No  Estado Civil: Casada  Soltera  Unión Estable  Otro

Antecedentes Familiares		Antecedentes Personales		Antecedentes Ginecoobstetricos			
	Si	No		Si	No		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T.B.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ca de Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ca de Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oper. Ginecol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otros Ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Várices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trombosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarrillos N°	.....			
Menarca <input type="text"/> <input type="text"/>				Ciclo: ...../.....			
Inicio Rel. Sexual: .....				Menopausia: .....			
Gestas <input type="text"/> Partos <input type="text"/>	} Vaginales <input type="text"/> <input type="text"/>		} Nacidos Vivos <input type="text"/> <input type="text"/>		} Abortos <input type="text"/> <input type="text"/>		
		} Cesáreas <input type="text"/> <input type="text"/>		} Nacidos Muertos <input type="text"/> <input type="text"/>		} Espontáneos <input type="text"/> <input type="text"/>	

**METODO ANTICONCEPTIVO:** .....

Tiempo	Eficacia	Tolerancia	Complicaciones
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**CATASTRO CITOGINECOLOGICO**

Fecha	Clase	Fecha	Clase	Fecha	Clase
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.....

Derivación: .....

**MOTIVO DE CONSULTA:** .....

**Exámen Ginecológico:**

	Normal	Anormal	Descripción
Vulva y Periné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Cuello Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Anexo Derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Anexo Izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**Exámen de Mama:**

	SI	No	Fecha	Fecha
Pezón Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Secreción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

Tamaño ..... Bordes ..... Ubicación ..... Forma .....  
 Superficie ..... Consistencia ..... Fijación .....

**Entrevista Social:** .....

.....

.....

MUNICIPALIDAD DE CORDOBA  
SECRETARIA DE SALUD

DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA DE  
LA SALUD

\*\*\*\*\*



El Cáncer genital y de mama,  
puede ser descubierto **A TIEMPO**,  
realice su control anual en salud.

Prevención  
del Cáncer Genita  
Femenino

H.C. N° .....

Apellidos .....

Nombres .....

Fecha de nacimiento ...../...../.....

D.N.I. N° .....





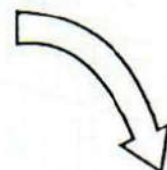
El Cáncer genital y de mama,  
debe ser descubierto A TIEMPO,  
antes su control puede salvar.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_

1º. Exámen .....	Clase:.....	Volver:.....
2º. " .....	" .....	" .....
3º. " .....	" .....	" .....
4º. " .....	" .....	" .....
5º. " .....	" .....	" .....
6º. " .....	" .....	" .....
7º. " .....	" .....	" .....
8º. " .....	" .....	" .....
9º. " .....	" .....	" .....
10º. " .....	" .....	" .....

<b>LAP-OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE</b>				ESTABLEC.	Nº H.C.																																
NOMBRE _____				EDAD años	alfabeta si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS		ESTADO CIVIL																													
DOMICILIO _____				menor de 15 <input type="checkbox"/>	ning. <input type="checkbox"/>	sec. <input type="checkbox"/>	años aprob. <input type="checkbox"/>	casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>																													
LOCALIDAD _____ TEL. _____				mayor de 35 <input type="checkbox"/>	prim. <input type="checkbox"/>	univ. <input type="checkbox"/>																															
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>			<b>OBSTETRICOS</b>																																		
MILIARES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dC pulmonar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			TBC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hipertensión crónica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cirugía pélvica urinaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			gestas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vaginales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos vivos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> viven <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fin anterior embarazo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/> ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> partos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cesáreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muertos 1º sem. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RN con mayor peso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> algún RN menor de 2500 g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> después 1º sem. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g																															
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>			DUDAS			ANTITETANICA		GRUPO		FUMA		HOSPITALIZACION																									
PESO ANTERIOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kg		TALLA (cm) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		previa si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		actual 1º <input type="checkbox"/> 2º/R <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																									
FPP <input type="checkbox"/> FUM <input type="checkbox"/>		dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/>		mes gesta. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Rh + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		sensibil. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		cigarrillos por día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
EX. CLINICO normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EX. ODONT. normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PELVIS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PAPANIC. normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CERVIX normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																									
VDRL - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/>		dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/>		Hb <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/>		dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/>		TRASLADO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																									
lugar: _____																																					
Fecha de la consulta										1	2	3	4	5	6	7	8	9																			
semanas de amenorrea																																					
peso (kg)																																					
presión arterial (mm Hg)																																					
uterina present. Cel./Pelv./Tr																																					
mov. fetal																																					
EAD GEST. sem.										menor 37 <input type="checkbox"/>	mayor 41 <input type="checkbox"/>	PRES. cel. <input type="checkbox"/>	pelv. <input type="checkbox"/>	tran. <input type="checkbox"/>	TAMAÑO FETAL acorde si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	INICIO esp. <input type="checkbox"/>	ind. <input type="checkbox"/>	ces. elect. <input type="checkbox"/>	MEMB. int. <input type="checkbox"/>	rot. <input type="checkbox"/>																	
MUERTE intraut. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>										emb. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> ignora momento <input type="checkbox"/>	EPISIOTOMIA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	DESGARROS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ALUMB. espont. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	PLACENTA compl. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	TERMINACION espont. <input type="checkbox"/>	forceps <input type="checkbox"/>	cesárea <input type="checkbox"/>	otra <input type="checkbox"/>	INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION	ninguna <input type="checkbox"/>	orden <input type="checkbox"/>	otras infec. <input type="checkbox"/>	anemia crónica <input type="checkbox"/>													
NIVEL DE ATENCION										3º <input type="checkbox"/>	2º <input type="checkbox"/>	1º <input type="checkbox"/>	domic. <input type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>	ATENDIO médico en/obst. <input type="checkbox"/>	auxil. <input type="checkbox"/>	estud./empir. <input type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS	emb. múltiple <input type="checkbox"/>	hipert. previa <input type="checkbox"/>	preeclampsia <input type="checkbox"/>	eclampsia <input type="checkbox"/>	cardiopatía <input type="checkbox"/>	diabetes <input type="checkbox"/>	inf. urinaria <input type="checkbox"/>	parositos <input type="checkbox"/>	R.C.I.U. <input type="checkbox"/>	amen parto prem. <input type="checkbox"/>	desprop. cel. pelv. <input type="checkbox"/>	hemorragia 1er. trim. <input type="checkbox"/>	hemorragia 2do. trim. <input type="checkbox"/>	hemorragia 3er. trim. <input type="checkbox"/>	rot pre memb. <input type="checkbox"/>	infec. puerp. <input type="checkbox"/>	hem. puerp. <input type="checkbox"/>	otras <input type="checkbox"/>
PARTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										NEONATO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nº H.C. RN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																										
EXAMEN FISICO										normal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS	ninguna <input type="checkbox"/>	memb. hialina <input type="checkbox"/>	sind. aspiral. <input type="checkbox"/>	apnea <input type="checkbox"/>	otros SDR <input type="checkbox"/>	hemorragia <input type="checkbox"/>	hiperbilirrub. <input type="checkbox"/>	otras hematol. <input type="checkbox"/>	infecciones <input type="checkbox"/>	defectos cong. <input type="checkbox"/>	neuroológicas <input type="checkbox"/>	metab./nutric. <input type="checkbox"/>	otras <input type="checkbox"/>	ALOJ. CONJUNTO	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	HOSPITALIZADO	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>								
EGRESO R.N.										sano <input type="checkbox"/>	traslado <input type="checkbox"/>	con patol. <input type="checkbox"/>	fallece. <input type="checkbox"/>	ALIMENTO	pecho <input type="checkbox"/>	mixto <input type="checkbox"/>	artificial <input type="checkbox"/>	PESO AL EGRESO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g	EGRESO MATERNO	sana <input type="checkbox"/>	con patol. <input type="checkbox"/>	traslado <input type="checkbox"/>	fallece. <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCION	ninguna <input type="checkbox"/>	referida <input type="checkbox"/>	condón <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>	píldora <input type="checkbox"/>	ligadura tubaria <input type="checkbox"/>	ntmo <input type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>					

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional  
 Una vez conocida la edad gestacional, se ubica en la gráfica correspondiente un punto en su intersección con el valor obtenido.















**FICHA CLINICA PEDIATRICA**

**HISTORIA CLINICA**  
N° ..... CS.....  
N° ..... CS.....  
N° ..... CS.....

<b>1</b> APELLIDO Y NOMBRES <input style="width: 300px;" type="text"/> D.N.I. <input style="width: 100px;" type="text"/>										
<b>2</b> Fecha Nacimiento: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Peso: ..... Talla: ..... PC: .....  N° Cronológico de Hijo: <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>3</b> Padre: ..... Edad: ..... Documento: .....  Madre: ..... Edad: ..... Documento: .....  Calle: ..... Barrio: ..... Secc. <input style="width: 40px;" type="text"/> 1º Cambio: ..... 2º Cambio: .....									
<b>4</b> EMBARAZO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">                     Controlado NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%;">                     Privado <input type="checkbox"/> Publico <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">                     Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%;">                     N° de Controles: <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">                     Fecha del 1º Control: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> </td> </tr> </table>		Controlado NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/> Publico <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/>	N° de Controles: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Fecha del 1º Control: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>				
Controlado NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/> Publico <input type="checkbox"/>									
Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/>	N° de Controles: <input style="width: 40px;" type="text"/>									
Fecha del 1º Control: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>										
<b>5</b> PARTO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Normal <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Cesárea <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Fórceps <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Institucional <input type="checkbox"/></td> <td>Privado <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No Institucional <input type="checkbox"/></td> <td>Público <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> Nombre del Establecimiento: <input style="width: 400px;" type="text"/>		Normal <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	Fórceps <input type="checkbox"/>	Institucional <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>		No Institucional <input type="checkbox"/>	Público <input type="checkbox"/>	
Normal <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	Fórceps <input type="checkbox"/>								
Institucional <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>									
No Institucional <input type="checkbox"/>	Público <input type="checkbox"/>									
<b>6</b> RECIEN NACIDO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">                     Edad Gestacional <input type="checkbox"/> Término  <input type="checkbox"/> Pre-Término <input style="width: 40px;" type="text"/> Semanas de Gestación  <input type="checkbox"/> Post-Término <input style="width: 40px;" type="text"/> Semanas de Gestación                 </td> <td style="width: 50%;">                     Calda Cordón: <input style="width: 40px;" type="text"/> Día <input style="width: 40px;" type="text"/> Resultado <input style="width: 60px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">                     Peso Adecuado <input type="checkbox"/>                      Bajo para E.G. <input type="checkbox"/>                      Grande para E.G. <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%;">                     Screening Metabólico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input style="width: 60px;" type="text"/>                      Serología del R.N. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">                     APGAR <input style="width: 40px;" type="text"/> Grupo Sanguíneo: ..... RH: .....                 </td> </tr> </table>		Edad Gestacional <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Pre-Término <input style="width: 40px;" type="text"/> Semanas de Gestación <input type="checkbox"/> Post-Término <input style="width: 40px;" type="text"/> Semanas de Gestación	Calda Cordón: <input style="width: 40px;" type="text"/> Día <input style="width: 40px;" type="text"/> Resultado <input style="width: 60px;" type="text"/>	Peso Adecuado <input type="checkbox"/> Bajo para E.G. <input type="checkbox"/> Grande para E.G. <input type="checkbox"/>	Screening Metabólico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> Serología del R.N. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input style="width: 60px;" type="text"/>	APGAR <input style="width: 40px;" type="text"/> Grupo Sanguíneo: ..... RH: .....				
Edad Gestacional <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Pre-Término <input style="width: 40px;" type="text"/> Semanas de Gestación <input type="checkbox"/> Post-Término <input style="width: 40px;" type="text"/> Semanas de Gestación	Calda Cordón: <input style="width: 40px;" type="text"/> Día <input style="width: 40px;" type="text"/> Resultado <input style="width: 60px;" type="text"/>									
Peso Adecuado <input type="checkbox"/> Bajo para E.G. <input type="checkbox"/> Grande para E.G. <input type="checkbox"/>	Screening Metabólico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> Serología del R.N. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input style="width: 60px;" type="text"/>									
APGAR <input style="width: 40px;" type="text"/> Grupo Sanguíneo: ..... RH: .....										
<b>7</b> ARBOL GENEALOGICO <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>										
<b>8</b> ANTECEDENTES PATOLOGICOS DEL PERIODO NEONATAL <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>										
<b>9</b> ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>										









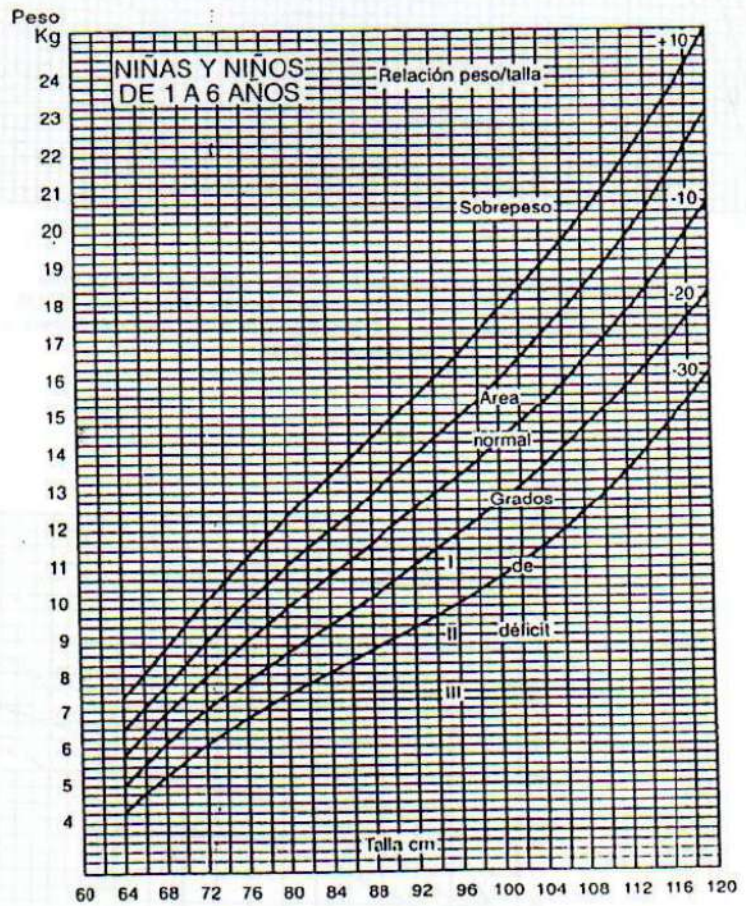
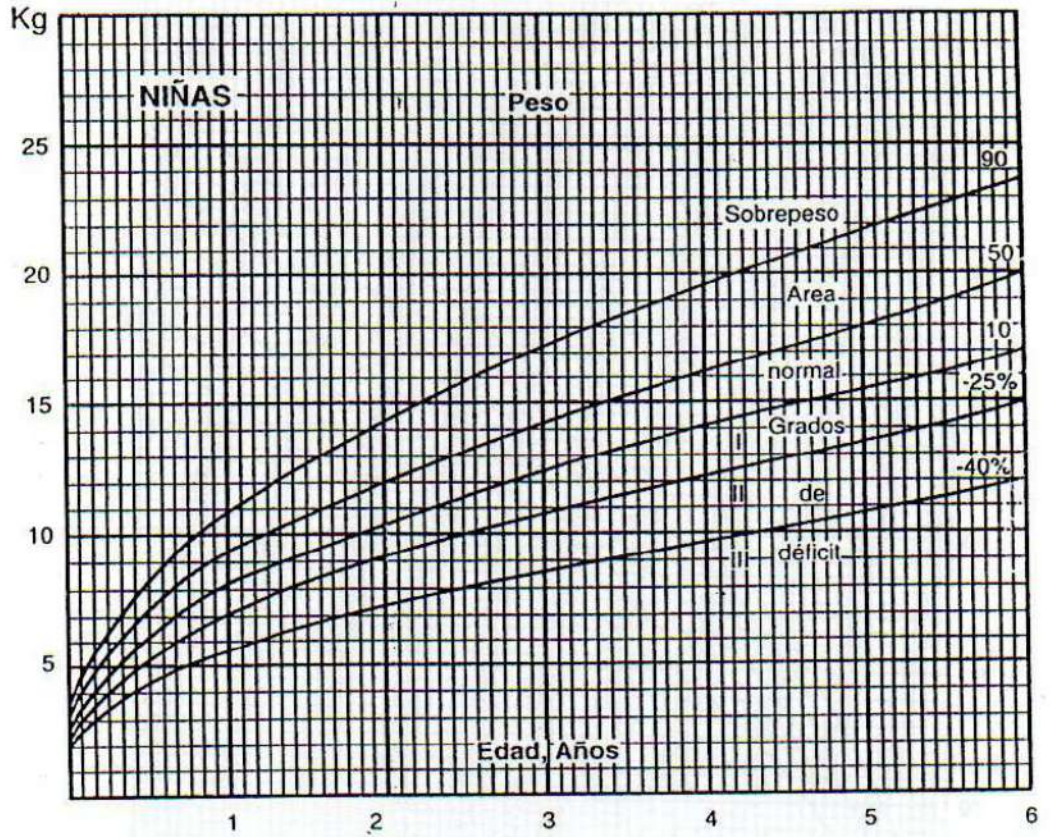


NOMBRE: .....				MESES						AÑOS					
FECHA DE NACIMIENTO: .....				15		18		24		3		4		5	
EDAD	AREA	RESPUESTA ESPERADA		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
15 MESES	1'	L	Dice al menos tres palabras												
	2'	L	Pide señalando con el dedo												
	3'	S	Entrega cosas a los adultos												
	4'	C	Garabatea con el papel espontáneamente												
	5'	M	Camina solo con marcha inestable												
	6'	A	Toma de una taza												
18 MESES	1'	L	Responde a una orden verbal simple												
	2'	L	Nombra una imagen												
	3'	S	Juega solo durante tiempo prolongado												
	4'	C	Utiliza un objeto para alcanzar otro												
	5'	M	Corre, tira, arrastra, golpea, empuja												
	6'	A	Come los mismos alimentos que la familia												
24 MESES	1'	L	Dice su nombre												
	2'	L	Construye frases de dos y tres palabras												
	3'	L	Comienza a decir si-no c/palabras o movimientos de cabeza												
	4'	S	Imita acciones de los adultos (peinarse, lavarse las manos)												
	5'	S	Comienza a controlar esfínteres												
	6'	S	Se aferra a sus posiciones pelea por ellas												
	7'	S	Juego paralelo												
	8'	C	Corta con los dedos trocitos de papel												
	9'	M	Corre												
	10'	M	Corre												
3 AÑOS	1'	L	Reconoce adelante - atras												
	2'	L	Verbaliza acciones que realiza												
	3'	L	Comienza a usar el yo												
	4'	S	Controla esfínteres												
	5'	S	Se viste y baña con ayuda												
	6'	S	Espera su turno												
	7'	S	Arma situaciones de juego (juega a la mamá, al actor)												
	8'	C	Imita trazos con un lápiz (una cruz o círculo)												
	9'	M	Sube escalera sin apoyo												
	10'	A	Come y bebe sin derramar												
4 AÑOS	1'	L	Cuenta experiencias, pasadas, cuenta historias												
	2'	L	Obedece ordenes que implican 2 y 3 acciones												
	3'	L	Reconoce cerca - lejos												
	4'	S	Se viste y se desviste solo												
	5'	C	Grafica la figura humana												
	6'	M	Salta con un pié												
5 AÑOS	1'	L	Correcta pronunciación												
	2'	L	Expresa oraciones bien estructuradas												
	3'	S	Es independiente en todas sus actividades cotidianas												
	4'	S	Compite jugando												
	5'	C	Copia el dibujo de un cuadrado												
	6'	C	Corta una línea recta usando tijera												
	7'	M	Salta sin moverse del sitio												

SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
MESES						AÑOS					

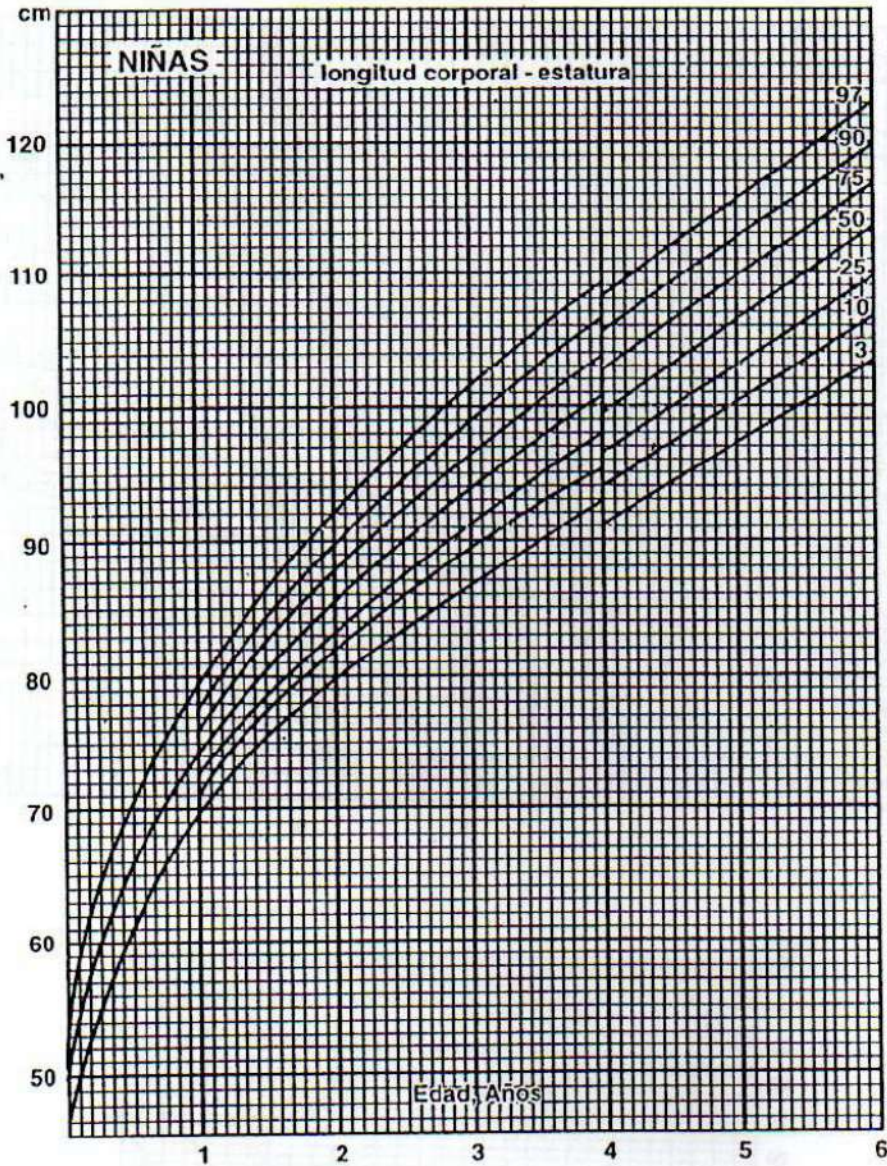


**MUNICIPALIDAD  
DE CORDOBA**  
SECRETARIA DE  
SALUD

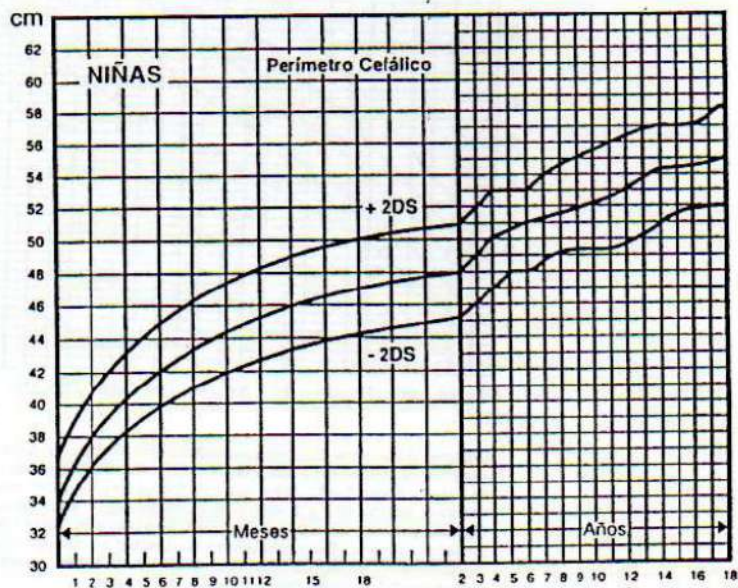


Gráficos preparados por Morasso, María del Carmen y Lejarraga, H. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Subsecretaría de Programas de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, sobre datos de Cusminsky, M. y col. Archivos Argentinos de Pediatría, Vol. 78, N° 2 y 3, 1960 y de Funes Lastra, P. y col. Universidad Nacional de Córdoba y Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Salud Pública y Dirección de Servicios Técnicos, Departamento de Maternidad e Infancia, Centro de Estudios de Crecimiento y Desarrollo. Córdoba, Noviembre 1975 a publicarse en Archivos Argentinos de Pediatría 1985.





Gráficos preparados por Lejarraga, H. y Orfila, J., sobre datos de La Plata (Cusminsky, M. y col., Arch. Arg. Pediat. parte I: 79, 281, 1980; parte II: 79, 445, 1980), y Córdoba (Funes Lastra y col., Min. Bienestar Social, Depto. de Matern. e Infancia, Nov. 1975).



Antecedentes de alimentación:

Materna ( ) Sí . Duración : días \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ . No ( )

Artificial ( ) No ( ) Sí. Preparación \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Control de desarrollo

Si no hubo lactancia materna , causas \_\_\_\_\_

---

---

Horarios de alimentación \_\_\_\_\_

---

---

Destete a qué edad? \_\_\_\_\_

Fue brusco o gradual? \_\_\_\_\_

Reacción del niño: \_\_\_\_\_

---

---

Hasta que edad usó chupete? \_\_\_\_\_ y mamadera? \_\_\_\_\_

Se succiona el pulgar? \_\_\_\_\_ Hasta que edad ? \_\_\_\_\_

Cuándo comenzó con los sólidos? \_\_\_\_\_

Reacción del niño: \_\_\_\_\_

---

---

Edad de aparición de los dientes: \_\_\_\_\_ Se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_



Cuándo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de oclusión \_\_\_\_\_

Tiene caries? \_\_\_\_\_ Cuántas? \_\_\_\_\_







**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA  
MUNICIPALIDAD DE CORDOBA**



**U.E.P.**

**U.E.M.**

**FORMULARIO  
DE REFERENCIA CONTRARREFERENCIA  
PARA CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL**

**Identificación del Paciente**

PROMIN

Si

No

Nombre:

Fecha Nac.:

Nº Beneficiario:

Edad:

Carpeta Fliar Nº:

Domicilio:

PROMIN

**Sello de la institución que deriva**

**Estado de Nutrición**

**Peso:**

**Kg.**

**Talla:**

**Cm**

Eutrófico

Desnutrido

Sobrepeso

**Vacunas completas**

Sí		No	
----	--	----	--

**Debe completar el plan:** .....

**Padece enfermedades infectocontagiosas**

Sí		No	
----	--	----	--

**Especificar:** .....

**Padece otras patologías**

Sí		No	
----	--	----	--

**Especificar:** .....

**Examen Odontológico**

Sí		No	
----	--	----	--

**Próximo Control:**

**Exámen auditivo**

Sí		No	
----	--	----	--

**Próximo control**

**Exámen Visual**

Sí		No	
----	--	----	--

**Próximo control:**

**OBSERVACIONES:**

.....  
.....  
.....

Córdoba, ..... de ..... de .....  
Firma y Sello Profesional



**ANEXO N°:2**

**“FICHA ODONTOLÓGICA”**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**FICHA ODONTOLÓGICA**

APELLIDO:.....

NOMBRES:.....

EDAD: .....años.....meses.

**ALIMENTACIÓN: Recién nacido:**

NATURAL: SI  NO

ARTIFICIAL: SI  NO



**EDAD DE DESTETE:**

1 mes  6 meses  12 meses  18 meses  mas

**EDAD Y TIPO DE ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL INCORPORADA:**

.....  
 .....

**TIPOS DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Pan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz y fideos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productos de copetín .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productos manufacturados .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golosinas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blandas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaseosas y/o jugos azucarados .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSISTENCIA DE ALIMENTOS INGERIDOS:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Blanda.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS**

	SI	NO
Nunca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 a 3 veces.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mas de 3 veces.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MOMENTOS DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS**

	SI	NO
Con las comidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre comidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de dormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HÁBITOS**

	SI	NO	TIEMPO
Chupete.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamadera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SUCCIÓN**

	SI	NO	TIEMPO
Labial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digital.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**USO DEL CEPILLO DE DIENTES**

	Mañana	Tarde	Noche
1. No se cepilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 1 vez al día.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 2 o mas veces al día.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 1 o 3 veces por semana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 4 a 6 veces por semana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

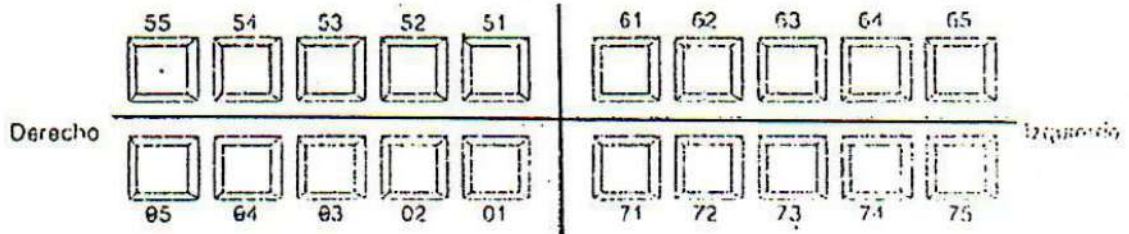
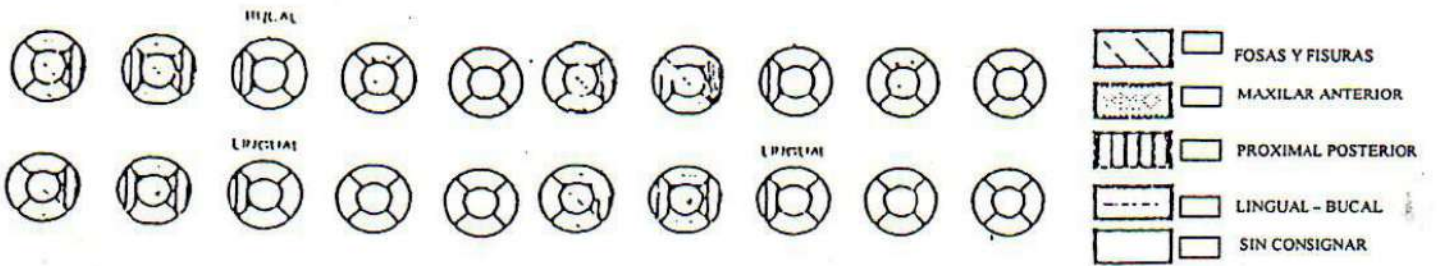
**EXAMEN BUCAL**

**TEJIDOS DUROS**

Erupción del primer diente: ..... (edad).....

Dentición temporaria completa:..... (edad).....

**Sistema de Análisis para Caries (S.A.C.)**



Rojo: Elemento obturado.

Azul: Elemento con caries amelo-dentino-pulpar

Verde: Elemento con manchas blancas.

Marrón: Elemento con manchas marrón.

X: Elemento a extraer o extraído.

C: Coronas metálicas.

Indice ceo.d   ,

Indice ceo.s   ,



**TEJIDOS BLANDOS**

MUCOSA	{	Normal	SI	NO
		Lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**INDICE DE SALUD GINGIVAL**

**Indice Gingival de Loe y Silness**

**INICIO**

[X]									
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
[X]									

- 0. ....
- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....

**DURANTE**

[X]									
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
[X]									

- 0. ....
- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....

**FINAL**

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- 0. ....
- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....

**TIPO DE PACIENTE**

**INICIO**

- Bajo riesgo .....
- Mediano riesgo .....
- Alto riesgo .....

**TIPO DE PACIENTE**

**Posterior al tratamiento**

**6 meses**

- Bajo riesgo .....
- Mediano riesgo .....
- Alto riesgo .....

**12 meses**

- Bajo riesgo .....
- Mediano riesgo .....
- Alto riesgo .....



**OCLUSIÓN**

**Relación vertical**

Mordida abierta Anterior  Mordida cubierta Anterior   
Posterior  Posterior

**Relación transversal**

Mordida cruzada posterior Bilateral  Unilateral  lado

**Relación sagital**

Mordida cruzada anterior 1 diente  varios dientes   
Línea media Normal  Desviada

**Concentración de fluoruro**

Inicio - Durante - Final

**Streptococcus Mutans**

Niveles	Inicio	Durante	Final
<10 <sup>5</sup>			
10 <sup>5</sup> y 10 <sup>6</sup>			
>10 <sup>6</sup>			

**Lactobacilos**

Actividad	Inicio	Durante	Final
Ligera			
Moderada			
Alta			





**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES O TUTORES DEL NIÑO**

- 1) Declaro que he contestado todas las preguntas con honestidad y según mi conocimiento.
  
- 2) Autorizo a la Od. Bolesina, M. Magdalena Galliano de, a realizar el siguiente tratamiento odontológico: .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
  
- 3) He sido informado por la profesional sobre la naturaleza y propósitos del tratamiento, sobre la posibilidad de complicaciones, los riesgos y la posibilidad de alternativas del tratamiento.
  
- 4) Autorizo a la Od. Bolesina a proveer los servicios o tratamientos adicionales, la administración de anestesia local, prácticas radiológicas y otros métodos de diagnóstico.

.....  
Firma de los padres o tutores

.....  
Aclaración

.....  
n° de documento

## CONTROL DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

### **DESAYUNO:**

¿Qué bebe y/o come?: .....

Azúcar: ¿Cuánta?: .....

¿Qué toma, come o mastica entre el desayuno y el almuerzo?

.....

Azúcar: ¿Cuánta?: .....

### **ALMUERZO:**

¿Qué come y/ o bebe?: .....

Azúcar: ¿Cuánta?: .....

¿Qué bebe, come o mastica entre el almuerzo y la merienda?

.....

Azúcar: ¿Cuánta?: .....

### **MERIENDA:**

¿Qué come y/ o bebe?: .....

Azúcar: ¿Cuánta?: .....

¿Qué bebe, come o mastica entre la merienda y la cena?

.....

Azúcar: ¿Cuánta?: .....

### **CENA:**

¿Qué come y/o bebe?: .....

Azúcar: ¿Cuánta?: .....

¿Cómo bebe o mastica algo después de cenar y antes de acostarse?

.....

¿Cepilla sus dientes antes de acostarse?: .....

¿Qué bebe, come o mastica durante la noche si se despierta:

.....



<b>CONSUMO DE AZÚCAR ( Frecuencia)</b>	<b>SIGNIFICADO CLÍNICO</b>
Hasta 4 momentos	Aceptable
Más de 4 momentos de consumo de azúcar o consumo nocturno sin higiene bucal.	Riesgo cariogénico

Extraído del Preconc (50)



**I- APLICACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS**

**Desarrollo del hábito del cepillado con pastas dentales fluoradas.**

(marque con una x)

	<i>Inicio</i>	<i>6 meses</i>	<i>12 meses</i>
<i>Bueno</i>			
<i>Regular</i>			
<i>Malo</i>			

**Aplicación local profesional de fluoruros de alta concentración.**

(marque con una x)

<i>Riesgo</i>	<i>Inicio</i>	<i>6 meses</i>	<i>12 meses</i>
<i>Bajo</i>			
<i>Mediano</i>			
<i>Alto</i>			

**Inactivación de caries y mantenimiento de la rehabilitación.**

(marque con una x)

	<i>Inicio</i>	<i>6 meses</i>	<i>12 meses</i>
<i>Bueno</i>			
<i>Regular</i>			
<i>Malo</i>			

**Remineralización de caries incipientes.**

(marque con una x)

	<i>Inicio</i>	<i>6 meses</i>	<i>12 meses</i>
<i>Buena</i>			
<i>Regular</i>			
<i>Malo</i>			



**II - EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO**

(marque con una x)

	<i>6 meses</i>	<i>12 meses</i>
<i>Bueno</i>		
<i>Regular</i>		
<i>Malo</i>		

**RIESGO DEFINITIVO**

(Con interdisciplinariedad)

Bajo .....

Mediano .....

Alto .....

**II - EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO**

(marque con una x)

	<i>6 meses</i>	<i>12 meses</i>
<i>Bueno</i>		
<i>Regular</i>		
<i>Malo</i>		

**RIESGO DEFINITIVO**

(Sin interdisciplinariedad)

- Bajo** .....
- Mediano**.....
- Alto** .....



**I) Registro de control de peso, talla y estado nutricional:**

1- Registro de control de peso del niño:

- a) Registra peso en todas las consultas de control.
- b) Registra el control de peso solo en algunas de las consultas.
- c) No registra peso del niño en los controles.

2- Registro del control de talla:

- a) Registra talla en todas las consultas de control.
- b) Registra el control de talla solo en algunas de las consultas.
- c) No registra talla del niño en los controles.

3- Registro del control del estado nutricional:

- a) Se registra el estado nutricional en cada una de las consultas de control.
- b) Registra el estado nutricional solo en algunas de las consultas
- c) No registra estado nutricional del niño en los controles.

**II) Registro del control de evolución y desarrollo:**

- a) Se registra control de evolución y desarrollo al menos cuatro veces al año.
- b) Se registra evolución y desarrollo tres veces o menos al año.
- c) No registra evolución y desarrollo del niño en los controles.

**III) Registro de inmunizaciones y adecuación a la edad ( según calendario de vacunación) :**

- 1) Registro completo de inmunizaciones en las consultas que corresponden a vacunas según norma.
- 2) Registro incompleto de inmunizaciones en las consultas que corresponden a vacunas según norma.
- 3) No se registran inmunizaciones cuando corresponde.

**IV) Hábito de succión y deglución. Registro de "destete" a los ..... años de edad.**

- 1) Se registra destete a los .... años de edad.
- 2) Se registra destete a mayor edad de la normal.
- 3) No registra destete.

## **ANEXO N°: 3**

# **“CUESTIONARIO DE RECUERDO DIETÉTICO”**



## CONTROL DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

### **DESAYUNO:**

¿Qué bebe y/o come?: .....

Azúcar: ¿Cuánta?:.....

¿Qué toma, come o mastica entre el desayuno y el almuerzo?

.....

Azúcar: ¿Cuánta?:.....

### **ALMUERZO:**

¿Qué come y/ o bebe?:.....

Azúcar: ¿Cuánta?: .....

¿Qué bebe, come o mastica entre el almuerzo y la merienda?

.....

Azúcar: ¿Cuánta?:.....

### **MERIENDA:**

¿Qué come y/ o bebe?:.....

Azúcar: ¿Cuánta?:.....

¿Qué bebe, come o mastica entre la merienda y la cena?

.....

Azúcar: ¿Cuánta?:.....

### **CENA:**

¿Qué come y/o bebe?:.....

Azúcar: ¿Cuánta?:.....

¿Cómo bebe o mastica algo después de cenar y antes de acostarse?

.....

¿Cepilla sus dientes antes de acostarse?: .....

¿Qué bebe, come o mastica durante la noche si se despierta:

.....

<b>CONSUMO DE AZÚCAR ( Frecuencia)</b>	<b>SIGNIFICADO CLÍNICO</b>
Hasta 4 momentos	Acceptable
Más de 4 momentos de consumo de azúcar o consumo nocturno sin higiene bucal.	Riesgo cariogénico

Extraido del Preconc (50)



# **ANEXO N°:4**

## **“INDICADORES DE RIESGO”**

**Cuadro 1.****SANO Y CON BAJO RIESGO DE ENFERMAR**

Condición de salud	Indicador	Rango o características aceptables
Ausencia de placa	índice de placa (Loe y Silness)	Entre 0 y 1.
	índice de placa (O'Leary)	Entre 0 y 20%.
Ausencia de placa cariogénica *	Recuento de <i>S.</i> del grupo <i>mutans</i> en saliva	Entre 0 y 20% Menor de 200.000 U.F.C de <i>S.</i> del grupo <i>mutans</i> .
Ausencia de sitios de acantonamiento microbiano	Surcos y fisuras oclusales	Planos o profundos. Sellados o profundos. Remineralizados.
	Zonas de retención provocada de placa	Inexistentes.
Presencia de tejidos resistentes	Condición del esmalte	Características clínicas de buena mineralización o remineralizado.
	Condición del cemento al descubierto	Remineralizado.
Presencia de un medio dietético saludable*	Características de la dieta	Frecuencia del consumo de hidratos de carbono: hasta 4 veces diarias.
Presencia de factores de protección	Cantidad de saliva	Flujo de saliva estimulado igual o mayor de 5 ml. cada 5 minutos.
Historia pasada o actual de caries dental controlada	Momento de primo-infección o de aparición de las primeras caries	Después de los 30 meses de edad del niño (tiempo habitual de dentición primaria completa).
	Presencia de manchas blancas o de caries cavitadas	Remineralizadas o inactivadas, respectivamente.

\*Condición imprescindible

Extraído de PRECONC (50)



**Cuadro 2.****SANOS Y CON ALTO RIESGO DE ENFERMAR****(Fase de riesgo)**

<b>Factor de riesgo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Umbral de riesgo</b>
Presencia de placa	índice de placa (Loe y Silness)	Mayor de 1.
	índice de placa (O'Leary)	Mayor de 20% de superficies con placa "vieja".
Presencia de placa cariogénica	Recuento de <i>S.</i> del grupo <i>mutans</i> en saliva :	Mayor de 200.000 U.F.C de <i>S.</i> del grupo <i>mutans</i> . Indica riesgo actual o actividad sin lesión clínica.
Presencia de sitios de acantonamiento microbiano	Surcos y fisuras oclusales	Profundos o con lesiones dudosas.
	Zonas de retención provocada de placa	Presentes.
Presencia de tejidos vulnerables	Condición del esmalte	Mineralización dudosa.
	Condición del cemento	Al descubierto, sin remineralización.
Presencia de medio cariogénico	Características de la dieta	Frecuencia del consumo de hidratos de carbono: mayor de 4 veces diarias. No asociado al control de placa bacteriana. Flujo estimulado menor de 1 ml. por minuto.
Ausencia de factores de protección	Cantidad de saliva	Flujo estimulado menor de 1 ml. por minuto.
Historia pasada o actual de caries dental	Momento de primo-infección o de aparición de las primeras caries	Antes de los 30 meses de edad del niño.
	Presencia de manchas blancas o de caries caviladas	Indica actividad y por lo tanto implica riesgo de reinfección.

Cuadro 3.

CON ENFERMEDAD DECLARADA Y ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD  
(Fase de actividad)

Factor de riesgo	Indicador	Umbral de riesgo
Presencia de placa	índice de placa (Loe y Silness)	Mayor de 1.
	índice de placa (O'Leary)	Mayor del 20% de superficies con placa "vieja".
Presencia de placa cariogénica *	Recuento de <i>S. mutans</i> en saliva	Mayor de 200.000 U.F.C de <i>S. mutans</i> . Indica riesgo actual o actividad sin lesión clínica si no se asocia a manchas blancas o a cavidades de caries.
Historia actual de caries dental*	Manchas blancas o caries cavitadas	Indica actividad actual de caries.

\* Condición imprescindible

Extraído de PRECONC (50)





**RIESGO DE CARIES**  
Niños y Adolescentes  
**BAJO**

- Sin lesiones de caries en el último año.
- Fosas y fisuras sanas
- Selladores

- Buena higiene bucal
- Uso adecuado de fluor
- Control odontológico periódico

**RIESGO DE CARIES**  
Niños y Adolescentes  
**MODERADO**

- 1 lesión de caries en el último año
- Fosas y fisuras profundas
- Manchas blancas

- Pobre higiene bucal
- Control odontológico irregular
- 4 momentos de azúcar
- Inadecuado uso de fluoruros
- Tratamiento ortodóncico

**RIESGO DE CARIES**  
Niños y Adolescentes  
**ALTO**

- 2 o más lesiones de caries en el último año
- Caries en superficies libres

- Fosas y fisuras profundas
- Ausencia de fluor
- Higiene bucal pobre
- Flujo salival escaso
- Frecuente consumo de azúcar ( más de 6 momentos)
- Consulta odontológica irregular
- Recuento elevado de St. Mutans

## **Plan de Tratamiento para la atención del niño sano**

### **Bajo riesgo**

- Administración de fluoruros por ingesta de acuerdo con el contenido del ion en el agua de consumo.
- Aplicaciones tópicas de fluoruros con frecuencia semestral.
- Sellado de surcos profundos.
- Enseñanza- aprendizaje de Higiene Bucal a la madre ( si el niño es menor de 3 años) o al niño ( si es mayor de 3 años).
- Asesoramiento dietético con referencia a la frecuencia de consumo.

## **Plan de Tratamiento para la atención del niño con riesgo biológico**

### **A) Riesgo cariogénico:**

- Resolver urgencias.
- Enseñanza- aprendizaje de Higiene Bucal a la madre ( si el niño es menor de 3 años) o al niño ( si es mayor de 3 años).
- Inactivación de caries.
- Pulido de obturaciones desbordantes.
- Administración de fluoruros por ingesta de acuerdo al contenido del ion en el agua de consumo.
- Aplicación tópica de fluoruros ( mayor de 2 años) con frecuencia trimestral.
- Aplicación tópica adicional de fluoruros para remineralización de manchas blancas.
- Sellado de surcos profundos ( mayor de 2 años).
- Asesoramiento dietético ( frecuencia, tipo y oportunidad del consumo de azúcares).
- Tratamientos endodónticos y/o quirúrgicos.
- Restauraciones.
- Rehabilitación protética.
- Control trimestral.
- Aplicación del programa preventivo trimestral hasta la disminución del riesgo cariogénico.



## **B) Riesgo periodontopático:**

- Eliminación de factores retentivos de placa.
- Apoyo antiséptico o antibiótico ( excepcional).
- Programa preventivo convencional.
- Control trimestral.

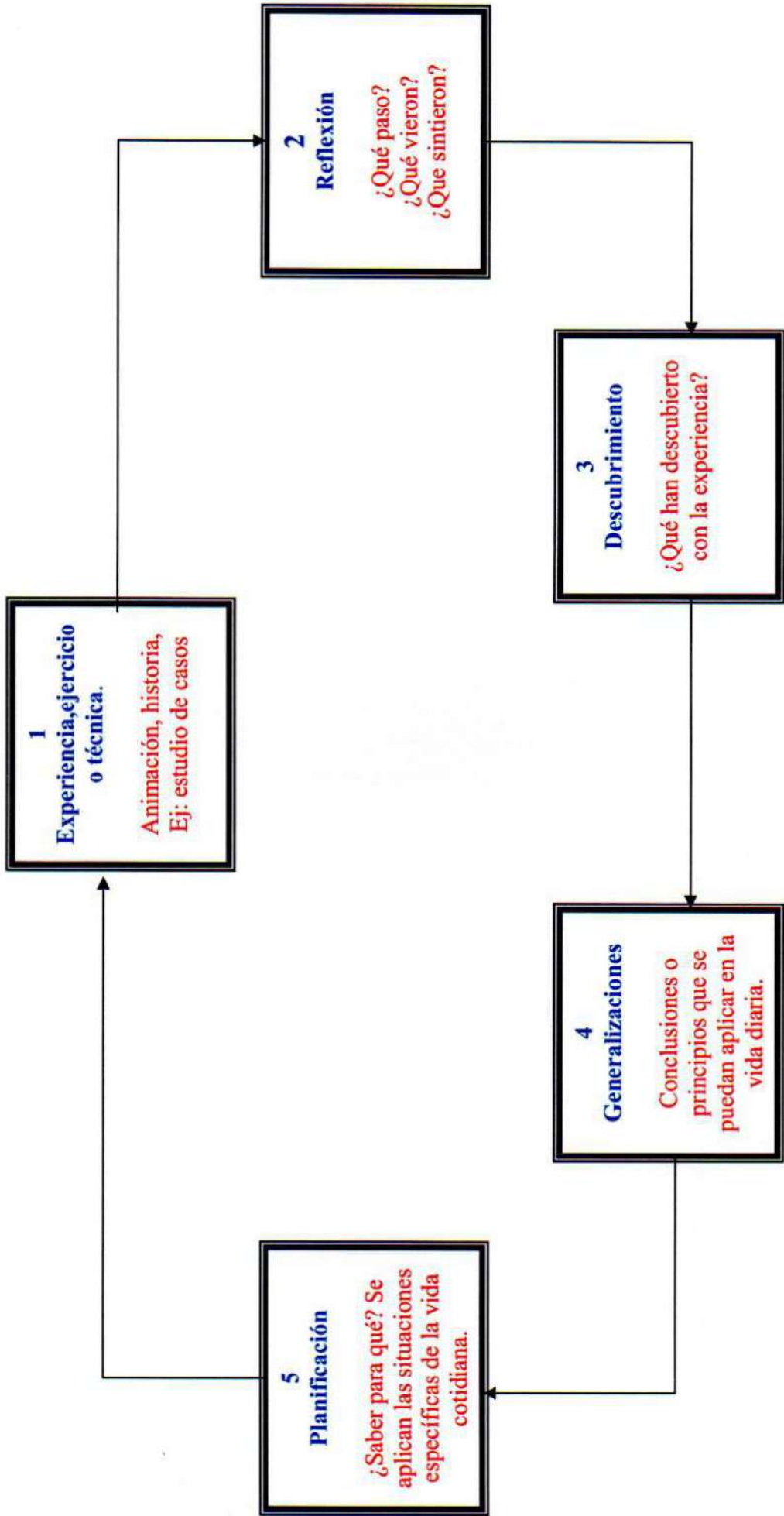


# **ANEXO N°:5**

## **“TÉCNICAS PARTICIPATIVAS”**



# TÉCNICAS PARTICIPATIVAS





## **ANEXO N°:6**

# **“ENCUESTA A LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD”**



**ENCUESTA PARA PROFESIONALES Y PERSONAL DEL EQUIPO  
DE SALUD**

**1. Usted decidió integrar éste equipo de salud :**

- Porque le gusta trabajar en la comunidad.
- Porque le gusta la zona.
- Porque vive cerca.
- Porque fue derivado a éste centro.
- Porque tiene amistad con otros profesionales del equipo.
- Porque tenía buenas referencias del grupo.
- No le importó.

**2. Su función dentro del equipo es :**

- Médico.
- Psicólogo.
- Enfermera.
- Administrativo.
- Auxiliar administrativo.

**3. Cree usted que se trabaja interdisciplinariamente en éste centro de salud?**

Sí

No

Porque.....  
.....

**4. Entiende usted que éste equipo cumple con los requisitos básicos de todo trabajo interdisciplinario ,a saber:**

- Lenguaje común
- Conocimientos científicos
- Conciencia
- Reciprocidad
- Responsabilidad
- Continuidad
- Apertura
- Eficiencia

5. Considera que éste tipo de trabajo ofrece mayores beneficios para los profesionales porque:

- Hay una mejor comunicación
- Mejora el aprendizaje
- Se elaboran mejores diagnósticos
- Se controla mejor el tratamiento
- Hay un mejor seguimiento del paciente
- No observa beneficio alguno

6. Su relación con los demás miembros del grupo es:

- Buena
- Regular
- Mala

7. Observa usted actitudes individualistas en los demás profesionales que puedan resultar negativas para el trabajo en equipo?

- Sí  No

Cual?.....  
.....

8. Tuvo que modificar algún aspecto de sí mismo para adaptarse a los demás miembros del grupo?

- Sí  No

Cual?.....  
.....

9. Se le permite trabajar a usted manteniendo su identidad profesional y personal?

- Sí  No

Porque.....  
.....

10. La interconsulta para usted es:

- Apelar al conocimiento de otras disciplinas para elaborar un buen diagnóstico en beneficio del paciente.
- Ante la duda deriva
- No se relaciona con los miembros del equipo en el desarrollo de su tarea
- No la practica
- No sabe



**11. Usted recurre a la interconsulta al equipo ante:**

- La duda
- El desconocimiento
- Para completar un diagnóstico
- Para evitar una mala praxis
- La emergencia

**12. Para usted el odontólogo es importante porque es:**

- Un profesional de la salud
- Un integrante natural del equipo
- Es importante su rol para lograr buen estado de salud integral del paciente
- Importante en la formulación de diagnósticos y tratamientos
- No lo tiene en cuenta

**13. La actitud de sus pacientes frente a la interdisciplina es:**

- Muy responsable
- Buena
- Regular
- No la considera

## **ANEXO N°:7**

# **“GUIA PARA DETERMINAR EL PERFIL DE PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO”**



## INTEGRACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

### GUIA PARA DETERMINAR EL PERFIL DE PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO EN LA TOMA DE DECISIONES Y EN LA EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE ACCIONES INTERDISCIPLINARIAS.

( NULA- ESCASA- MODERADA- SIGNIFICATIVA)

1) **¿Le informan sobre los programas vigentes?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades

2) **¿Participa usted en las acciones de salud, como así también en la organización o mejoramiento de los servicios?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades

3) **¿Recibe usted información general y se le solicita información sobre su servicio sin que ésta influya en las decisiones?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades

4) **¿Participa usted con dinero o a través de su trabajo con otro servicio?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades

5) **¿Le llega a usted la información sobre las decisiones tomadas y se escuchan sus puntos de vista sobre las mismas?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades

6) **¿Colabora usted voluntariamente en alguna actividad del servicio como por ejemplo vacunación, encuestas, censos?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades

7) **¿Participa usted en el diagnóstico y programación de algunas actividades?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades

**8) ¿Colabora en la ejecución de la programación de estas actividades?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades

**9) ¿Sabe usted si existe alguna forma establecida de consulta periódica para el diagnóstico y programación de actividades, y participa usted en la coordinación y administración de las mismas?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades

**10) ¿Cree usted que el equipo a través de la evaluación puede introducir cambios en el servicio y decidir conjuntamente la continuación- suspensión de actividades?**

No  A veces  Siempre  De acuerdo a las posibilidades





## **ANEXO N°: 8**

# **“ENCUESTA A PADRES O TUTORES”**

## ENCUESTA PARA PADRES

**1. Cuando se presenta un problema de salud, para resolverlo usted:**

- a) Acude a su médico.
  - b) Acude a su médico homeópata.
  - c) Acude a su curandero.
  - d) Lo resuelve usted mismo.
  - e) Otros. ¿Cuales?
- .....
- .....

**2. En la pregunta anterior, si usted eligió las opciones a, b, c o e, señale el o los motivos porque los consulta:**

- Solo cuando se siente enfermo
- Para que lo controle una vez al año
- Para que lo controle más de una vez al año

**3. Para conservar su salud, usted: ( marque todas las opciones que desee)**

- Consulta al médico
  - Consulta al odontólogo
  - Se cuida en las comidas
  - Practica gimnasia, caminatas
  - No fuma
  - Descansa lo necesario
  - Otros.....
- .....

**4. Usted va al odontólogo:**

- Para conservar la boca sana
- Cuando le sangran las encías
- Cuando su boca está lastimada o con ampollas
- Cuando le duelen las muelas
- Nunca va al odontólogo

**5. Para conservar su boca sana , usted:**

- Asiste regularmente al odontólogo
- Se cepilla los dientes
- Usa pasta dental con flúor
- No come golosinas
- Otras

Cuales?.....

.....



**6. ¿En la actualidad está llevando a su hijo al odontólogo?**

Sí

No

**7. Lo lleva al odontólogo:**

Para que el odontólogo le revise la boca (aunque no le duela)

Para que le enseñe a cuidar su boca

Cuando le duelen las muelas o dientes

Cuando se le inflaman y sangran las encías

Cuando se le amontonan los dientes

Cuando no se caen los dientes de leche

Otros.....

.....

**8. Usted no lleva a su hijo al odontólogo:**

Porque temen que le hagan sufrir

Porque le preocupan más otros problemas de salud que la boca

Porque cree que no se va a dejar atender

Porque no tiene tiempo

Otros.....

.....

**9. Si su hijo tiene problemas en la boca, usted cree que éstos se deben a que:**

Se cepilla poco los dientes

Le cuesta cepillarse los dientes

No quiere cepillarse los dientes

Come muchos dulces y golosinas

Bebe muchas gaseosas y jugos

No se deje atender por el odontólogo por experiencias negativas vividas con él

# **ANEXO N°: 9**

## **“ENCUESTA A DOCENTES”**





## ENCUESTA PARA DOCENTES

**1. Ante un problema de salud usted:**

a) Consulta a su médico.

b) Consulta a su médico homeópata.

c) Recurre a otras prácticas alternativas.

d) Otras.

¿Cuáles?.....

.....

.....

e) Se automedica.

**2. En la pregunta anterior, si eligió las opciones a, b, c, o d, señale el o los motivos porque los consulta.**

Solo cuando se siente enfermo.

Para que lo controle una vez al año.

Para que lo controle más de una vez al año.

**3. Para conservar su salud usted ( Marque todas las opciones que desee):**

Consulta a su médico.

Consulta al odontólogo.

Consulta a otros profesionales de la salud.

Se cuida en las comidas.

Practica gimnasia, caminatas.

No fuma.

Descansa lo necesario.

Otros.....

.....

.....

Ninguna de las opciones anteriores, porque:

1- no tiene tiempo.

2- no tiene dinero.

3- no le preocupa por ahora.

**4. Usted consulta al odontólogo:**

Solo cuando tiene problemas en su boca.

Habitualmente para conservar la boca sana.

Nunca va al odontólogo:

1- porque le tiene miedo.

2- por falta de dinero.

3- otro, ¿cuál?.....  
.....  
.....

**5. Para conservar su boca sana:**

- Concorre regularmente al odontólogo.
  - Se cepilla los dientes.
  - Come pocas golosinas.
  - Otras, ¿cuáles?.....  
.....  
.....
- Ninguna, porque no le preocupa su salud bucal por ahora.

**6. ¿Conoce técnicas específicas de cepillado?**

Sí                       No

**7. Si contestó sí, ¿como obtuvo la información?**

- En charlas por parte del odontólogo.
- Su odontólogo se las enseñó.
- A través de los medios masivos de comunicación.
- Por lectura de artículos especializados.
- Otros.....  
.....  
.....

**8. ¿Cree que es importante conservar la salud bucal?**

Sí                       No

¿Por qué?.....  
.....  
.....

**9. ¿Cree que los niños que asisten al jardín maternal necesitan atención odontológica?**

Sí                       No

¿Por qué?.....  
.....  
.....



## **ANEXO N°: 10**

# **“ENCUESTA A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA”**



***Evaluación del modo de Atención del Centro de Salud por los usuarios  
en la zona de influencia.***

1) ¿Se hace atender usted o alguien de su familia en este centro?

- Si
- No
- A veces

2) ¿Si se atiende en este centro, con qué profesional tiene turno?

- Medico clínico
- Medico pediatra
- Medico ginecólogo
- Odontopediatra
- Odontólogo de adultos
- Enfermera
- Psicóloga

3) ¿Hace mucho que se atiende con este profesional?

- Si
- No
- A veces

4) ¿Se atendió con otro profesional?

- Si
- No
- Con quién (nombrar la profesión)

5) ¿Consultó o consulta a otros doctores en otros centros?

- Si
- No
- A veces

6) ¿Por qué viene aquí?

- Me gusta
- Me siento cómodo/a
- Me queda cerca
- Otros



7) ¿Es distinta la forma de atención en este dispensario?

- Si
- No
- A veces

8) ¿Sintió o siente que en este centro es atendido en forma mas adecuada que en otros lados?

- Si
  - No
- Por qué?

9) Marque la o las cosas por las que viene a hacerse atender aquí:

- Porque tiene casi todos los especialistas.
- Acorta y ahorra tiempo en los tratamientos.
- Es cómodo tener todo en el mismo lugar.
- Recibe un trato muy humano.
- Porque es mas fácil, ya que están todos juntos aquí.
- Porque uno siempre sabe los días que tiene que venir.
- Se nota que se preocupan por prevenir las enfermedades enseñándoles cosas para estar sanos.
- Nos explican con palabras sencillas lo que tenemos que hacer.
- Uno no tiene vergüenza de preguntarle algo que no entiende o le preocupa.

10) Si Ud. es mamá; ¿hizo atender a su hijo con otros profesionales de éste dispensario?

- Si
  - No
  - A veces
- ¿Cuáles? (nombrar los profesionales)

11) ¿Trae a algún familiar o conocido para hacerse atender con la dentista de niños?

- Si
- No
- A veces

12) ¿Cómo cree que se llevan entre ellos?

- Bien
- Regular
- Mal

13) ¿Todos hablan lo mismo cuando los consulta?

- Si
- No
- A veces

14) ¿O le dicen cosas que se contradicen o muy distintas?

- Si
- No
- A veces

15) Cuando los atienden, ¿le explican con palabras sencillas y bien clarito que es lo que le pasa y el tratamiento?

- Si
- No
- A veces

16) ¿Nota Ud. que entre ellos se consultan cuando les preocupa algo de los pacientes?

- Si
- No
- A veces

17) Aunque no estén todos los profesionales los mismos días, ¿notó Ud. que habían hablado entre los médicos que lo estaban tratando al mismo tiempo?

- Si
- No
- A veces

18) ¿La/o derivan o mandan a otro especialista del centro en algunos casos? Le explicaron por qué?

- Si
- No
- A veces

19) ¿Participó de charlas, reuniones u otras actividades con los doctores del centro?

- Si
- No
- A veces



20) ¿De qué trataron esas reuniones o charlas? Tema

21) ¿Le sirvió el participar? ¿Volvió a las siguientes reuniones?

- Si
- No
- A veces

22) ¿Trae a sus hijos al Odontopediatra?

- Si
- No
- A veces

23) ¿Cuándo fue la última vez que consultó a la Odontopediatra por alguno de sus hijos?

- 1 semana
- 1 mes
- 6 meses
- 1 año
- 2 años

24) ¿Por qué la consultó?

- Caries
- Dolor
- Inflamación
- Preocupación por su salud dental

25) ¿Notó cambios en la salud de su hijo desde que lo hace atender con los odontólogos del centro?

- Si
- No
- Algún cambio

26) ¿Qué opinión le merece la atención de la Odontopediatra?

- Buena
- Muy buena
- Eficiente
- Regular
- Mala

# ANEXO N°: 11

## “TALLERES”









gustia por el mundo que legaremos a nuestros hijos? ¿Pero cómo hacerlo al mismo tiempo sin reformular el paradigma tecnocrático de salud? Este es el desafío de nuestra época, que habiéndose distanciado del mito y la filosofía por la conquista del saber científico, tiene ahora que volver a reunirse con las fuentes de aquéllos para volver a rescatar al hombre desde un punto más rico y más profundo.

### 1013 Arnau's Concepciones de Salud

Paradigma tecnocrático	Paradigma alternativo
Se asume como ciencia	Se asume desde un paradigma
Cree carecer de un modelo de hombre y de sociedad	Parte de una concepción del hombre y de la sociedad
Supone una disociación entre lo físico y lo mental	Concibe al hombre como una totalidad biosíquica inserto en una sociedad y un medio ambiente
Enfoque organicista y atomístico de las enfermedades: el enfermo es un órgano	Enfoque totalizador de las enfermedades: el enfermo es una persona en un momento vital e histórico
Criterio de salud mental: adaptación a un orden social dado	Criterio de salud mental: en discusión. Relacionado con la satisfacción de las necesidades existenciales y el desarrollo de las potencialidades de la persona
La enfermedad mental como resultado de factores orgánicos	La salud mental como resultado de la calidad de los vínculos, la comunicación y la inserción social de la persona
Negación de las crisis y situaciones vitales extremas de la persona o enfoque positivista de las mismas (nacimiento, vejez, pérdida de miembros o funciones, etcétera)	Toma al hombre como un ser que atraviesa etapas de crisis vitales; enfoque totalizador de las mismas, desde la comunidad

Emp.

Corac.

\*Concepto clave: ausencia de enfermedad

Actitud básica: tratamiento de las enfermedades declaradas, por medios técnicos y químicos

Estilo de relación enfermo-profesionales de la salud y auxiliares: prescriptivo. Se ciuden emociones e incluso preguntas; vínculo de comunicación y despersonalizado. El médico como autoridad

Estilo de institución: eficiencia tecnocrática, manejo autoritario de los pacientes, contactos rápidos y aislados, ambiente físico higiénico, aséptico, pensado en función de las enfermedades, pero no de las personas

Criterios de eficiencia institucional: cuantitativos, técnicos, físicos, químicos

Formación tecnocrática de los profesionales de la salud. Negación de los aspectos perturbadores de la profesión, de la necesidad de apoyo psicológico de los profesionales mismos; actitud negadora y bloqueada como defensiva frente a la angustia, la enfermedad y la muerte

Enfasis en la eficiencia; promueve actitudes de omnipotencia en los médicos y mágicas en los pacientes

Concepto clave: madurez psicológica en un contexto familiar y social sano

Actitud básica: prevención y abordaje de las enfermedades declaradas por medios a la vez técnicos, químicos y humanos

Estilo de relación interpersonal, con énfasis en la buena comunicación entre todas las partes; inclusión de lo emocional. Importancia de la comprensión mutua para el éxito de la terapia. El médico como consejero y apoyo

Estilo de institución: eficiencia técnica y humana, comunicación permanente y profunda con los pacientes, dentro del equipo terapéutico, con la comunidad. Ambiente físico en función de las personas y sus etapas vitales

Criterios de eficiencia institucional: cualitativos, de comunicación con la comunidad, efectividad de la prevención, devoluciones de los pacientes

Formación técnica y humana de los agentes de la salud. Toma en cuenta la necesidad de apoyo de éstos; actitud realista y comprensiva hacia la angustia que despiertan la enfermedad, el sufrimiento, la muerte

Enfasis en la comprensión del sufrimiento. Promueve conciencia de las limitaciones en los agentes de la salud y realismo en los pacientes

Salud

Preven.







### Miembros del equipo de salud

La meta u objetivo del equipo de salud es mejorar y preservar la salud de la comunidad a la que sirve. Para conseguirlo, los miembros del equipo de salud reciben cada uno una formación especial. Piense en el personal de su clínica, dispensario o centro local de salud; puede haber enfermeras, inspectores de salud pública, auxiliares, recepcionistas, dispensadores, parteras, ayudantes médicos y personal de mantenimiento.

Todas esas personas deben trabajar en colaboración para garantizar que la atención de salud llegue a los miembros de la comunidad.

Uno de los miembros del equipo de salud es, por supuesto, el médico, pero no todos los centros de salud o dispensarios disponen de un doctor en todo momento. En muchos casos el médico acude una vez a la semana o una vez al mes. Los enfermos que no pueden ser tratados en el centro de salud son enviados al hospital más cercano; allí, el equipo de salud es mucho más amplio, pues está formado por médicos, enfermeras, parteras, técnicos de laboratorio, técnicos de rayos X y auxiliares.

Los hospitales más importantes cuentan además con dentistas, fisioterapeutas, farmacéuticos, educadores sanitarios, administradores y asistentes sociales.

### Responsabilidades de los miembros del equipo

Tomemos como ejemplo el programa de puericultura de un centro local de salud. El personal de enfermería examina tanto a los niños sanos como a los enfermos para ver si crecen normalmente. Tratan a algunos niños enfermos, y a otros los envían al médico. Ofrecen servicios preventivos, como vacunaciones. Los dispensadores facilitan medicamentos para los niños enfermos y conservan suministros de vacunas con fines preventivos.

Las parteras ofrecen la asistencia prenatal y durante el parto necesaria para traer al mundo niños sanos. Luego vigilan si los niños crecen normalmente. Los archiveros conservan correctamente en orden todas las fichas para facilitar la consulta del historial y comprobar la evolución de cada uno de los niños.

Los niños deben vivir en un medio saludable. Gracias a sus visitas domiciliarias, y aprovechando los proyectos comunitarios, el inspector de salud pública intenta conseguir para la comunidad un medio saludable. El personal de mantenimiento del centro o clínica garantiza que el lugar esté siempre limpio y acogedor.

Esas son sólo algunas de las responsabilidades de los diferentes miembros del equipo. Todas ellas son importantes para fomentar la salud infantil. La situación será análoga en cualquier programa de salud.



Los programas de asesoramiento deben aplicar los mejores métodos. Los agentes de salud emplean más tarde con la comunidad. El problema, la discusión de las ideas y los datos por parte de los miembros del equipo propongan soluciones realistas conducen a la mejor solución.

### El equipo de salud

#### ¿Qué es un equipo?

Un equipo es un tipo especial de grupo. Al igual que otros grupos, el equipo posee un objetivo o meta. Cada uno de los miembros del equipo tiene unos conocimientos o responsabilidades especiales. Para que el equipo lleve a cabo su misión con éxito es preciso que todos sus miembros trabajen en colaboración.

Un posible ejemplo es un equipo de fútbol. Cada uno de los once jugadores se responsabiliza de una determinada zona del terreno de juego. Si los distintos miembros del equipo no saben cumplir bien sus respectivas obligaciones, probablemente nunca marcarán un gol. No hay ningún miembro del equipo más importante que otro.

Es cierto que finalmente es sólo una persona la que mete el balón en las redes, pero si los otros miembros del equipo no hubieran hecho bien su trabajo esa persona nunca habría tenido oportunidad de marcar el gol.



## Liderazgo y cooperación en el equipo

Igual que los grupos oficiales, los equipos tienen sus líderes. Pero en este caso no son elegidos, ni tampoco heredan esa condición. De hecho, los líderes pueden cambiar de cuando en cuando en función del proyecto.

En lo que se refiere al trabajo administrativo habitual del equipo, el encargado de organizar las actividades del equipo en el centro de salud puede ser el miembro del personal de enfermería o de higiene del medio con mayor experiencia o antigüedad. Cuando hay un médico, él es quien asume esa responsabilidad.

El liderazgo de un determinado proyecto dependerá de las características del proyecto. Si éste tiene como principal objetivo la salud de las mujeres embarazadas, la más apropiada para liderar y dirigir los trabajos del equipo será una partera o un enfermera. Si el proyecto guarda relación con la higiene del medio, el liderazgo estará a cargo de un técnico de saneamiento, un inspector de salud o un superintendente de salud.

Todo lo que hemos dicho hasta ahora acerca de la necesidad de cooperar y compartir responsabilidades pertenece al dominio de los buenos deseos. Los equipos no siempre trabajan con esa armonía. A diferencia de los miembros de un equipo de fútbol, que suelen entrenarse regularmente juntos, los miembros de un equipo de salud tienden a veces a trabajar por su cuenta. Es de lamentar que en ocasiones no compartan sus experiencias y no pidan ayuda a otros miembros del equipo.

Los métodos y técnicas de educación sanitaria pueden utilizarse para mejorar el trabajo de equipo. Cada uno de los miembros del equipo debe esforzarse por fomentar las buenas relaciones y la comunicación entre todos ellos. Cuando haya que trabajar en un proyecto, deberá encontrarse la forma de que todo el mundo pueda participar y contribuir con su experiencia particular.

Para planear y evaluar los programas, el equipo cuenta con unas herramientas útiles como son las reuniones y los grupos de discusión. Las reuniones periódicas permiten evaluar los progresos realizados, estrechar las relaciones entre los miembros e identificar y resolver nuevos problemas (véase la sección siguiente sobre cómo dirigir las reuniones).

Cuando se reúne el equipo, fíjese en el comportamiento de sus miembros, incluido usted mismo. ¿Sirven para formar un grupo saludable y eficaz? Recuerde los comités de salud Unidad y Progreso de que hablamos en las páginas 111-113.

Si un equipo de salud trabaja tal como lo hacía el comité de Unidad, nunca conseguirá su objetivo de mejorar la salud de la comunidad. Las técnicas de educación sanitaria pueden fomentar un comportamiento de grupo juicioso, como el de los miembros del comité del Progreso.

## Responsabilidades de los miembros del equipo en materia de educación sanitaria

El equipo de salud ofrece a sus miembros la oportunidad de colaborar para mejorar sus métodos de educación sanitaria, y de ese modo mejorar también la calidad del trabajo del equipo. Esos métodos deben emplearse también en cualquier programa que el equipo lleve a cabo. En las reuniones que mantienen, los miembros del equipo pueden decidir quién se encargará de las distintas disciplinas de educación sanitaria.

En el programa de puericultura, las enfermeras pueden organizar en la clínica programas destinados a grupos de madres; y pueden también aconsejar individualmente a las madres y niños con problemas. El personal de higiene del medio puede organizar proyectos y reuniones de la comunidad. Y los dispensadores pueden educar a los pacientes para que aprendan a emplear correctamente los medicamentos.

Cite otras actividades educativas apropiadas para los distintos miembros del grupo.

Suponga que ha de organizar usted programas de salud para a) los adolescentes, b) las personas de edad, y c) los agricultores de su comunidad. ¿Qué cometido correspondería a cada uno de los miembros del equipo de salud en los distintos programas? ¿Qué responsabilidades en materia de educación sanitaria tendría cada uno de esos miembros? ¿Qué tareas podrían corresponder a otros agentes de la comunidad en esos programas? 1

## Reuniones

Una actividad frecuente de la mayoría de los grupos descritos en el presente capítulo es la celebración de reuniones para discutir y resolver los problemas. Esta sección describe las condiciones necesarias para dirigir bien una reunión.

Hay diferentes tipos de reuniones. En algunas se admite una participación general en la discusión y la adopción de decisiones (reuniones de comités, reuniones de consejos, reuniones públicas sobre un tema de interés para la comunidad). En otras, como la asamblea anual de una asociación, sólo unas cuantas personas intervienen y la mayoría de los asistentes se limitan a escuchar. En educación sanitaria las que más nos interesan son las reuniones del primer tipo.

Véase también McMAHON, R. et al. *On being in charge. A guide for middle-level management in primary health care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980.



## Educación para la salud

## I. Conceptos generales

## 1.1 Definición e importancia de la educación para la salud

La estrategia de la A.P.S. pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. La única forma posible en que esto se realice, es que la comunidad pueda tomar conciencia de cuál es su situación, qué problemas ha de resolver por sí misma y sobre qué aspectos tiene derecho a exigir solución al nivel central.

Esta toma de conciencia y participación no brota espontáneamente en la comunidad si no es propiciada a través de la apertura de espacios de discusión y reflexión sobre aquellos problemas que más los afectan. Aquí entra la educación para la salud como creadora de esos lugares, convirtiéndose en instrumento imprescindible para implicar responsablemente al individuo y la comunidad en la toma de decisiones en la defensa y promoción de la salud.

La educación para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

Entendemos la educación para la salud como un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas

¿Por qué es importante la educación para la salud?

1. Porque intenta fomentar la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de aquellos factores sociales, políticos y ambientales que inciden en el estado de salud de la población en función de acciones concretas y organizadas para transformarla.
2. Propicia y estimula un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico-científico y otras formas de conocimiento local a través de un diálogo democrático entre ellos. Reconoce la pluralidad cultural en que se desarrolla y la legitimidad de otra lógica, facilitando el encuentro horizontal entre distintas vertientes culturales y racionales.

1. Colimon S., K.M. Fundamentos de epidemiología. Medellín, Aptido 56024, 1978.
2. Greenberg R.S., Ibrahim M.A. The case-control study, p. 131. In: Oxford Textbook of Public Health. Vol. 3. Investigative Methods in Public Health. Oxford. Oxford University Press. 1986, p. 131.
3. Guerrero R., González, C.L., Medina E. Epidemiología. Fondo Educativo Interamericano, Bogotá, Caracas, México, Santiago, 1981.
4. Henderson, R.A., T., Sundaresan. Cluster sampling to assess immunization coverage: review of experience with a simplified sampling method. Bull. Wld. Hlth. Org. 60:253-260, 1982.
5. Kroeger, A. Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo. Bol. Of. Sanit. Panam. 100:253-281, 1986.
6. Lilienfeld, A.M., Lilienfeld, D.E. Fundamento de epidemiología. Fondo Educativo Interamericano. Bogotá, Caracas, México, Santiago, 1983.
7. Lutz, W. Planning and organizing a health survey. Ginebra, OMS. Serie de 6 folletos, que se pueden adquirir gratuitamente en: Division of Health Statistics, World Health Organization, 1 211 Ginebra, Suiza.
8. Newland, K. Infant mortality and the health of societies. World Hlth. Forum, 3: 321-324, 1982.
9. Organización Panamericana de Salud. Enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington: OPS, 1986.
10. Philippe, P. Epidemiologie pratique. Montréal, Ed. Vigot Frères, 1985.
11. Scheaffer, R.L., Mendenall, W. & Ott, L. Elementos de muestreo, México, Grupo Editorial Iberoamérica, 1987.
12. WHO. Training modules for household surveys on health and nutrition. Epidemiological and Statistical Methodology Unit WHO, Geneva, 1988. Se puede adquirir gratuitamente en: HST/ESM, Organización Mundial de la Salud, 1 211 Ginebra, Suiza



3.- Se pretende motivar a la población a incorporar conductas que no han sido adoptadas por el propio equipo de salud. Por ejemplo, se promueve la higiene personal y de la vivienda presentando el Centro de Salud o Puesto de Salud unas condiciones de higiene lamentables. Se busca promover la reflexión y conciencia crítica por parte de la comunidad, que le lleve a organizarse y trabajar como colectivo para resolver sus problemas, sin lograr que el equipo de salud actúe como equipo, discutiendo y planificando entre todos los aspectos técnicos y operativos de los programas.

4.- Aunque los programas de A.P.S. promueven la participación popular e incluso logran en ocasiones que se llegue hasta una evaluación conjunta entre el personal de salud y la comunidad de las actividades realizadas, pocas veces éstas llegan a influir sobre las decisiones a nivel central. Por ejemplo, se implica a los trabajadores básicos de salud en la evaluación de la campaña de vacunación para analizar entre todos las fallas y deficiencias, observándose dónde habría que realizar cambios; sin embargo, en la siguiente jornada se cometen las mismas fallas: esto significa que no hubo influencia de la retroalimentación.

## 2. Relaciones entre el personal de salud y la comunidad

### 2.1. El acercamiento de los trabajadores de salud a la comunidad como meta principal del proceso de educación

La educación para la salud es una tarea difícil, no sólo porque, habitualmente, el personal de salud que ha de llevarla a cabo no se encuentra capacitado para ella, sino también por no ser un trabajo que produzca resultados inmediatos. A esta dificultad se agrega la presión de la población que requiere soluciones a sus problemas actuales de salud, es decir, medicina curativa. El limitar su trabajo a acciones curativas es una tentación fácil para el personal de salud, ya que representa la función para la cual ha sido capacitado y así soluciona dos problemas: evita las dificultades de la educación para la salud y da respuesta inmediata a las solicitudes de la comunidad.

Sin embargo, el nuevo enfoque de las políticas de salud busca la implicación responsable de la comunidad en las acciones de salud. Para que esto sea posible, se requiere en primer lugar un cambio de actitud por parte del personal de salud. Una posición frecuente por parte de éste ha sido evitar socializar sus conocimientos incluso dando una información incomprensible en términos médicos, por temor a perder su autoridad como saber único.

Si se persigue un cambio en el papel de la comunidad en salud, el personal sanitario ha de aprender a escuchar, dialogar y aprender de los demás, así como compartir sus propios conocimientos.

El diálogo va a permitir al personal de salud entrar en contacto con otras formas de conocimiento, otros caminos para hacer las cosas. También va a facilitar a

3. Al involucrar a la comunidad en actividades de salud, va ganando experiencias de participación y por consiguiente abre camino hacia otras formas de comprometerse con su propio desarrollo.

### Principales deficiencias en los programas de educación para la salud comunitaria

Después de haber transcurrido muchos años desde la conceptualización de la salud, que incluye la educación para la salud como instrumento fundamental para una mejora de las condiciones de vida de la población, muchos de los programas de salud comunitaria continúan siendo deficitarios.

Entre las causas que condicionan estas deficiencias podemos señalar las siguientes:

— Los programas son diseñados a nivel central y no se adecúan a la realidad local. Esto puede manifestarse en diferentes formas:

— Los objetivos perseguidos por los programas no responden a los problemas sentidos por la población al no haber sido definidos en función de ésta.

— Los canales de información elegidos no logran llegar a los grupos objetivos; por ejemplo, el uso de carteles escritos para una población analfabeta o de mensajes televisivos para grupos que carecen de aparato receptor.

— Se facilitan informaciones que no responden a preguntas o inquietudes de la población, o bien cuyos contenidos son incomprensibles por el propio lenguaje, ajeno a la población, o por ser contrario a sus vivencias y valores.

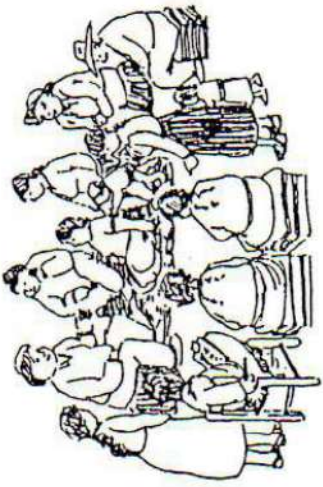
— Se utilizan técnicas y materiales didácticos que no han sido puestos a prueba antes de su elaboración final y cuyo impacto educativo no ha sido medido. Así, por ejemplo, el uso de métodos didácticos semejantes a los de la escuela, olvidando que se trata de adultos.

— Otra falla que se comete en algunos programas de salud es no ser coherentes con la disponibilidad de recursos. A través de carteles, folletos, películas y otros medios se estimula a la gente a utilizar servicios que están escasamente disponibles o totalmente ausentes. Por ejemplo, el promover el uso de sales de rehidratación oral, cuando pasan meses sin proveerlas; fomentar medidas de higiene como hervir el agua, cuando el costo de la leña es alto.

Aunque se ha prestado mucha atención a la elaboración de programas y materiales para la educación en salud, se ha descuidado con mucha frecuencia la preparación de las personas sobre quienes recae la responsabilidad de realizar actividades de educación y promoción de la salud. La mayoría de ellas no dispone, ni de la formación básica necesaria que le permita diseñar, organizar y realizar actividades educativas de acuerdo a las necesidades y al contexto sociocultural de la acción con quien trabaja.



Ejemplo positivo



Ejemplo negativo

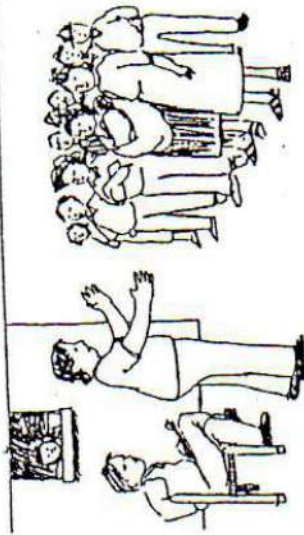


Figura 1 El supervisor del trabajador básico de salud debe escuchar, observar e intervenir muy poco, con el fin de aumentar el prestigio del mismo. Tiene que alabarlo y motivarlo en cada oportunidad, pero también buscar los puntos débiles de su trabajo para comentarlo abiertamente. El supervisor debe tener un plan de trabajo y saber bien qué elemento del programa está supervisando. En la figura b) el supervisor no interviene, pero se da la enseñanza frontal la cual no da mucha oportunidad a la conversación. Es mejor sentarse todos juntos (fig.a) y discutir los problemas de salud.

la población el conocimiento sobre el trabajo del equipo de salud, sus dificultades y limitaciones, para poder tomar decisiones y emprender caminos conjuntamente. Desde el momento en que la gente se siente escuchada y comprendida con espacio para decidir sobre su salud, puede aceptar responsabilidades frente a ella. (Figura 1).

El éxito de la educación en salud sólo puede alcanzarse en la medida en que el personal sanitario logre captar la confianza y participación de la comunidad en los trabajos de promoción de la salud, y esto sólo es posible si se trabaja en función de sus necesidades, anhelos e inquietudes.

## 2.2. El equipo de trabajo y el centro de salud

Las actividades de prevención de enfermedades o promoción de la salud deben estar acompañadas de un buen nivel de prestación de servicios curativos básicos, en lo relacionado a su eficacia y al trato personal. La forma como los trabajadores de salud organicen, planifiquen y ejecuten su trabajo decide en gran parte la confianza y acogida de la población a sus servicios de salud.

Si bien existen comunidades organizadas con experiencia en el trabajo colectivo, lo más frecuente es encontrar comunidades poco organizadas. Por ello tratar de aglutinar los esfuerzos de la comunidad en torno a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, no es tarea fácil y requiere en primer lugar de un fortalecimiento del equipo de salud como tal.

Se debe buscar siempre que los trabajadores de salud impriman a sus actividades un carácter de trabajo en equipo. Es indispensable que conjuntamente establezcan sus recursos, conozcan sus limitaciones y estén en condiciones de plantear propuestas para mejorar la situación de la salud en la comunidad.

La credibilidad de estas propuestas depende mucho de la relación que la comunidad establece con el trabajo de salud. Lo que se debería esperar es que la comunidad sienta ese trabajo como propio y no solamente se recurre cuando hay situaciones extrañas al ambiente, frías, donde solamente se recurre cuando hay problemas, donde no se presta un servicio con regularidad y hay mal humor, difícilmente pueden llegar a sentirse como propias.

Un centro de salud puede servir de lugar de información y difusión de actividades comunitarias de diverso orden. En sus instalaciones se pueden realizar, después de las labores diarias, diferentes eventos como charlas, reuniones o encuentros de grupos de la comunidad. Es muy importante que en un lugar visible se presenten los horarios de atención, los servicios que se prestan y las actividades de promoción que están programadas. Disponer de un espacio afuera para recepción de los niños mientras esperan ser atendidos y procurar la comodidad y el buen trato de todas las personas que visitan el lugar, ayuda a contrarrestar ese sentimiento de intimidación y temor que generalmente esas instalaciones producen.



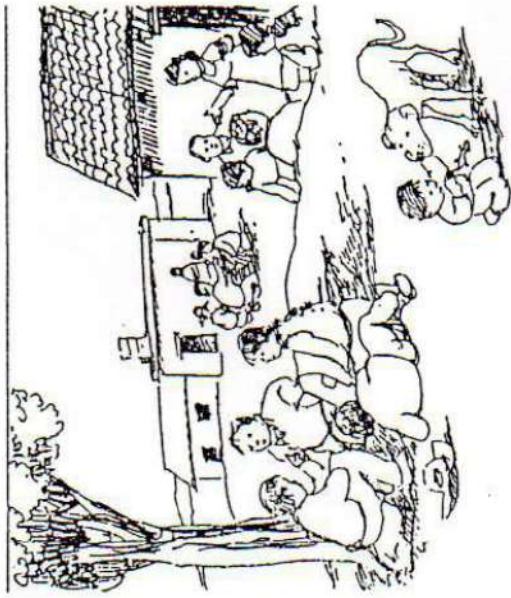


Figura 2 Las discusiones en grupos pequeños son muchas veces la condición para una buena participación de todos; sin un control profesional hablan más libremente y sin recelos. Después una persona de cada grupo explicará a todos los resultados de la discusión

El equipo de salud debe disponer de un lugar adecuado para la reflexión continua sobre su trabajo, la preparación y elaboración de materiales y la realización de actividades para su formación.

El Centro de Salud se convierte en lugar de encuentro e intercambio entre el equipo de salud y la comunidad.

### 2.3. El rol del educador en salud comunitaria

En las nuevas orientaciones de la educación para la salud una de las funciones atribuidas al educador es la de poder generar una conciencia crítica que derive en decisiones organizadas sobre problemas concretos que afectan a la población, a través del proceso educativo. Generar conciencia crítica en los otros, implica el esfuerzo de desarrollar la propia conciencia. Esto quiere decir, examinar las actitudes con que se asumen las relaciones con los compañeros de trabajo y la comunidad; si se está abierto a escuchar, a ser interpelado y si se es flexible con las propias convicciones.

Evaluar las prácticas de enseñanza, los aciertos y limitaciones, las diferencias culturales con los participantes que impiden o aportan al proceso educativo, debe asumirse como un ejercicio permanente del educador.

De alguna manera se acostumbra más a evaluar la formación de los participantes a través de una experiencia y menos la de los educadores y así precisar qué nuevas actitudes, conocimientos y habilidades se necesitan aprender para desempeñar mejor sus funciones. Si uno quiere cumplir un papel determinado, es indudable que tiene que formarse para ello y evaluar periódicamente su experiencia formativa.

La función de fomentar la responsabilidad de las personas sobre su propia salud, así como de reducir la dependencia de la población, hace aparecer bajo una nueva luz el papel del trabajador de salud. Quizá muchos profesionales pensarán que su propia importancia es cuestionada; además se encontrarán frente a tareas y exigencias para las cuales su formación no los ha preparado ni moral, ni técnicamente, tareas de colaborador y no de jefe que lo sabe todo.

El compromiso con la educación para la salud exige que todo el equipo de la salud cambie radicalmente su manera convencional de pensar y actuar.

El personal de salud que trabaja en la A.P.S., se ve en la necesidad de integrar las actividades de salud con la cultura, la producción, la educación, la problemática de la mujer, el desarrollo de la organización, etc., tarea que va más allá de su papel tradicional en el campo de la salud.

En resumen, señalaremos algunas de las funciones que creemos son las más importantes para el mejor desempeño del trabajo del educador en salud:

- Lograr canalizar y conducir las situaciones conflictivas improductivas y nocivas, hacia un diálogo reflexivo al interior y entre el equipo de salud y las organizaciones de la comunidad.
- Fortalecer el rol del trabajador básico de salud en las comunidades a través del supervisiónes adecuadas (Figura 1).
- Motivar a las personas que integran el equipo de salud a que periódicamente discutan y revisen el funcionamiento de las acciones de salud, buscando que éstas estén estrechamente relacionadas y sean apoyo concreto y práctico a otras iniciativas que en otros campos, intentan mejorar las condiciones de vida de la población.



- Fortalecer el desarrollo basado en la autodeterminación y evitar modelos que impliquen dependencia, es decir, dotar a la población de herramientas apropiadas que le permitan conducir su propio desarrollo.
- Apoyar la formación de las personas que integran el equipo de salud dirigiendo conjuntamente el diseño de los programas educativos, su orientación, sus materiales de apoyo, sus limitaciones y el conjunto de aspectos que dificulta el conseguir la aceptación y participación activa de la población en la implementación de los mismos.

### 3. Planificación de un programa de educación en salud comunitaria

Como todo programa de desarrollo social, el diseño de una campaña de educación para la salud requiere de una serie de etapas (ver Capítulo III):

*Primera etapa:* Investigación local, para comprender mejor al grupo objetivo y sus necesidades.

*Segunda etapa:* Planificación de actividades a partir de los resultados de la investigación para establecer métodos y objetivos.

*Tercera etapa:* Desarrollo de los materiales que van a ser utilizados.

*Cuarta etapa:* Pruebas de los materiales en el seno de la comunidad a quien van dirigidos para ver qué modificaciones necesitan. Después de ser modificados, han de ser sometidos a pruebas de nuevo antes de su uso definitivo.

*Quinta etapa:* Realización del programa

*Sexta etapa:* Evaluación del programa, durante su desarrollo y al final del mismo. Si se pretende realizar un programa participativo, ha de serlo en todas sus fases, es decir, las personas que constituyen el grupo objetivo, deben verse implicadas en todo el proceso: desde la definición de los objetivos, en función de sus necesidades, hasta la evaluación del programa.

#### 3.1. Obtención de información local

Para hacer una planificación adecuada de la educación para la salud hay que comenzar por conocer las características, condiciones de vida y necesidades de la población a quien va dirigida. Para ello se requiere una investigación a nivel local, que no tiene que durar mucho tiempo, pero que nos va a aportar datos básicos imprescindibles para hacer más efectivo el programa (ver Capítulos III y V).

Así se buscarán datos generales como características demográficas, status socio-económico, vías de comunicación y transporte, presencia de servicios de salud oficiales y no oficiales, organización de la comunidad y líderes.

Un buen conocimiento previo del grupo objetivo o comunidad va a permitir que el trabajo de educación para la salud se adapte a la realidad local, incrementando así su eficacia.

Muy importante antes de la elaboración de nuevos materiales didácticos, es la revisión de los existentes, ya sean nacionales, locales o internacionales; para ver cuáles pueden ser utilizados.

En cada sociedad los individuos tienen comportamientos con los que intentan evitar o combatir los factores identificados como causantes de una determinada enfermedad. Muchas veces estas prácticas de salud son el resultado de la incorporación a lo largo del tiempo de normas pertenecientes tanto al saber popular tradicional como técnico-oficial de décadas pasadas.

Para que haya una buena adaptación socio-cultural del programa es necesario investigar sobre conocimientos y prácticas, tanto de la población como del personal de salud implicado en el programa.

Por otro lado hay que establecer cuáles son las fuentes de información más confiables para la población, así como los canales de comunicación más efectivos que pueden ser muy variados, desde institucionales, líderes o comunicación interpersonal.

Es necesario penetrar el habla del grupo o comunidad objetivo, conocer su riqueza y adoptar los términos, expresiones y metáforas. Determinar si el uso o no de materiales escritos o gráficos es habitual entre la población.

### 4. Consideraciones sobre la metodología participativa en la educación para la salud

#### 4.1 Consideraciones básicas

La educación para la salud se debe concebir como un proceso, es decir, como una forma específica de adquirir y compartir conocimientos; y todo proceso implica una concepción metodológica a través de la cual se desarrolla.

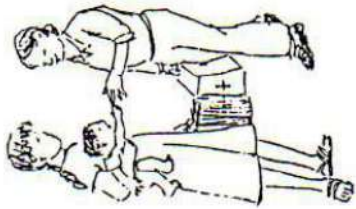
Un proceso es el conjunto de fases sucesivas, actos o eventos, dirigidos a transformar una determinada problemática o la consecución de metas o fines propuestos de antemano (objetivos). Este recorrido es conducido bajo un proceder ordenado y sujeto a ciertos principios o normas, las cuales constituyen el método.

Frecuentemente se habla de "metodologías participativas" refiriéndose simplemente a la utilización de "técnicas participativas", pero manteniendo una concepción metodológica tradicional, en la que interesa sobre todo la transferencia de un contenido, y su memorización y no hacer un proceso educativo basado en la interacción y reflexión, que conlleve al cambio, al mejoramiento consiente de las condiciones de vida.

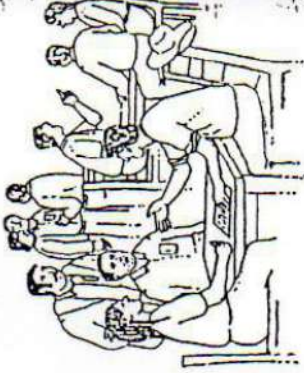


PLANIFICACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION

1) Reconocimiento de la realidad



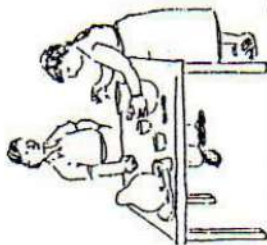
2) Planificación de la enseñanza



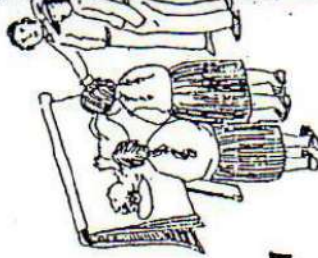
6) Reformulación de la enseñanza



5) Ensayo de la rehidratación



3) Niño con diarrea: cómo darse cuenta



4) Discutir el mecanismo de la deshidratación



Creemos que la concepción metodológica que debe orientar un proceso participativo se sustenta en los siguientes puntos:

- a) Partir siempre de la práctica, de lo que la gente sabe, vive y siente. Las diferentes situaciones y problemas que enfrentan en su vida, y que en un programa educativo se plantean como temas a desarrollar.
- b) Realizar un proceso de teorización sobre esa práctica, no como un salto a lo "teórico", sino como un proceso sistemático, ordenado, progresivo y al ritmo de los participantes, que permita ir descubriendo los elementos teóricos e ir profundizando de acuerdo al nivel de avance del grupo. El proceso de teorización así planteado, permite ir ubicando lo cotidiano, lo inmediato, lo individual y parcial, dentro de lo social, lo colectivo, lo histórico, lo estructural.
- c) Este proceso de teorización debe permitir siempre regresar a la práctica para transformarla, mejorarla y resolverla; es decir, regresar con nuevos elementos que permitan que el conocimiento inicial, la situación, el sentir del cual partimos, ahora lo podamos explicar y entender integralmente.

Así, podemos fundamentar y asumir conscientemente compromisos o tareas. Aquí es cuando decimos que la teoría se convierte en guía para una práctica transformadora.

4.2. Técnicas auxiliares en educación para la salud

Para llevar a cabo el trabajo en educación para la salud, se cuenta con una serie de instrumentos que lo facilitan, que son las técnicas o ayudas didácticas.

El uso de técnicas auxiliares constituye una exigencia y necesidad para el educador en salud, el cual requiere de un entrenamiento previo para su implementación. Lo importante de las técnicas está en encuadrarlas en el conjunto de los temas y objetivos, comprobando que tienen una utilidad relativa, en función de su papel de medio adecuado a un fin. Si no se les sitúa en este enfoque, pierden su fuerza y eficacia. Su valor depende del grado de inserción en toda la dinámica de conjunto que va llevando a los participantes hacia una toma de conciencia personal y colectiva.

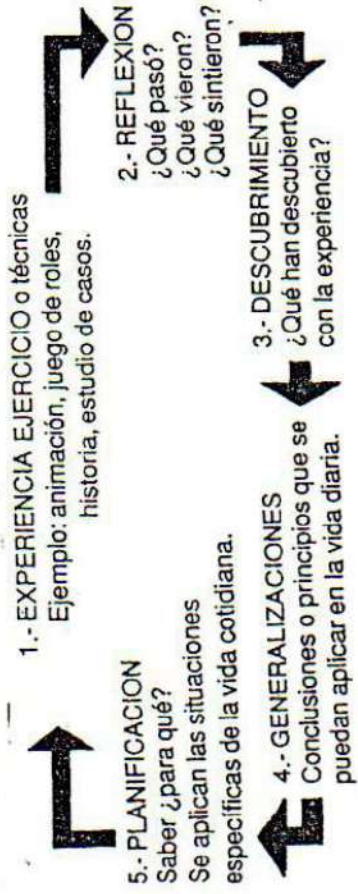
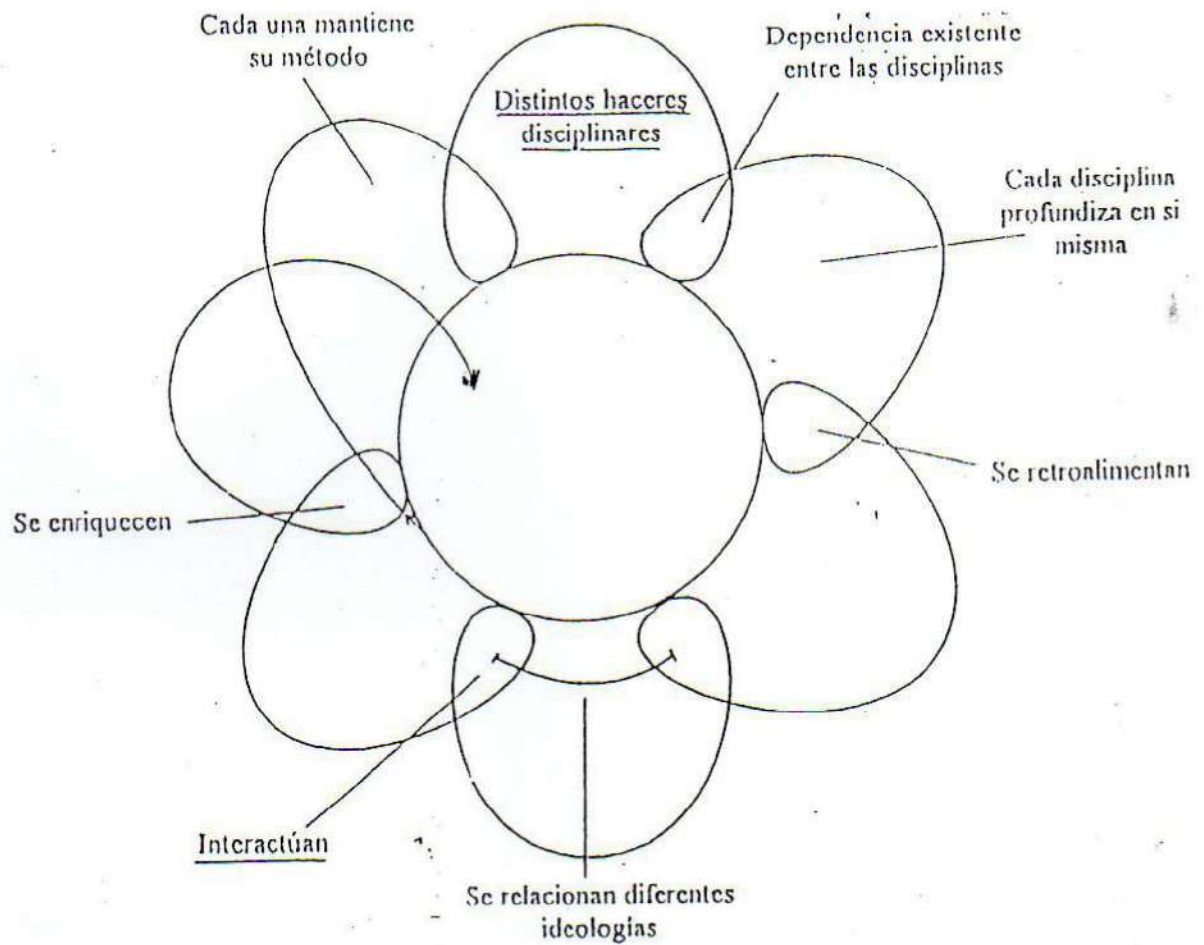


Figura 3 Secuencia de pasos en la planificación de un programa de educación, demostrado con el ejemplo de la rehidratación oral.

# ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

del Hacer de Profesionales de la SALUD



- Operativización del hacer disciplinar
- Interdisciplinariedad versus holismo



APOSTOL, Leo afirma



\*INTERDISCIPLINA: no es solo que elementos de una disciplina sirvan como "ciencia auxiliar" de otra disciplina.

EL INTERCAMBIO CONCEPTUAL ES MUY ANTERIOR  
A LA TAREA DE INTERDISCIPLINA.

\*INTERDISCIPLINA: es la interrelación orgánica de los conceptos de diversas disciplinas, hasta el punto de construir una especie de nueva unidad de conocimientos, que subsume a un nivel superior las aportaciones de cada una de las disciplinas particulares.

\*GRUPO INTERDISCIPLINARIO: formado por personas que han recibido una formación en diversos dominios del conocimiento (disciplinas), que tienen diferentes conceptos, métodos, datos, términos y que se organizan en torno a un problema común.

PIAGET

\*INTERDISCIPLINARIEDAD: es la unidad última de la ciencia. Es el hecho que muestra el conjunto de conocimientos científicos que configuran una totalidad.

Existe realmente el abordaje interdisciplinario?

Sí a partir de distintas relaciones entre diferentes aspectos

de las ciencias, tales como:

- \*articulación.
- \*expreso reacomodamiento de límites.
- \*reconocimiento de los propios métodos.
- \*reconocimiento de los objetivos de cada disciplina particular.

La interacción de estos aspectos ofrece:

- \* una nueva forma de abordaje.
- \* un nuevo enfoque del quehacer profesional.
- \* un nuevo resultado.

Fdleri: se trata de la construcción de un nuevo objeto teórico con metodologías y conceptualizaciones propias.

**INTERDISCIPLINA:** es una forma útil y reconocida para resolver problemas prácticos y concretos.



PALMADE, Guy afirma:



### La Interdisciplinariedad:

- \* no se aprende.
- \* no se enseña.
- \* SE VIVE.

DISCIPLINA: conjunto específico de conocimientos que tienen sus características propias en el terreno de la enseñanza, de la formación, de los mecanismos, métodos y materias.

MULTIDISCIPLINARIEDAD: yuxtaposición de disciplinas diversas, a veces sin relación aparente entre ellas.

PLUDISCIPLINARIDAD: yuxtaposición de disciplinas diversas más o menos cercanas en el conocimiento.

INTERDISCIPLINARIEDAD: interacción existente entre dos o más disciplinas.

Interacción entre:

conceptos - terminología - metodología -  
investigación - enseñanza.