



CENTRO ASTURIANO DE MADRID

Separata de la *Revista Asturias*

Nº 160. Madrid, 17 de noviembre de 2015

Edita e imprime: CENTRO ASTURIANO DE MADRID ©

ISSN 2254-7614 (versión impresa) ISSN 2255-1786 (versión electrónica)

D.L. M-5971-1986 (Separata)



DESARROLLO DEL ACTO

Con la conferencia del Dr. López Bermejo, presentado por D. Valentín Martínez-Otero, se inauguraron los *Encuentros de Educación y Salud* del presente curso. Por enfermedad no pudo acudir el Dr. Sáez Crespo, que codirige dichos Encuentros. D. Miguel Ángel López Bermejo ante el numeroso público asistente, “rejuvenecido” merced a la presencia de numerosos alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense, destacó, entre otros aspectos, que hay evidencia científica de la efectividad de las medias preventivas en odontología. La aparición de la caries y enfermedad periodontal son debidas a estilos de vida inadecuados con la consiguiente adquisición de hábitos nocivos duraderos. Frente a esta situación dijo que se hace necesario implementar programas de salud bucodental dirigidos a nuestros escolares para que puedan adquirir unos correctos hábitos de higiene oral ya que los hábitos adquiridos durante la infancia, tienen mayor estabilidad a lo largo de la vida y “¿qué mejor lugar que la escuela y que mejor artífice que el maestro?” la conferencia gustó mucho y se grabó en vídeo disponible en la web del Centro Asturiano de Madrid en el enlace:

<http://www.centroasturianomadrid.es/web/web/index.php/actualidad/mostrarNoticia/id/675>



Encuentros de Educación y Salud
Imagen de la conferencia

“Odontología escolar: necesidades actuales” por el

Dr. Don Miguel Ángel López Bermejo

Centro Asturiano de Madrid

20 de octubre de 2015

ODONTOLOGÍA, ESCOLAR ESA NECESIDAD SOCIAL *

por *Miguel Ángel López Bermejo y Marina Eva López Rueda*

La odontología escolar constituye la estrategia para promover la salud en la escuela capaz de conseguir que nuestros escolares estén más sanos por lo tanto más felices y capacitados para fomentar la salud en su entorno y conservar su propia salud de por vida lo que contribuirá un mejor desarrollo individual y comunitario. (1)

La FAO y la OMS, consideran que los factores de riesgo de las enfermedades crónicas del adulto se inician en etapas tempranas de la vida e hicieron un llamamiento para efectuar acciones de prevención en la niñez y juventud, tendentes a fomentar hábitos de vida saludables y han destacado especialmente el rol que juegan las escuelas, identificándolas como centros ideales de promoción de la salud comunitaria. (1,2)

Conceptuamos a la odontología escolar como una parte de la medicina escolar que incide favorablemente sobre los determinantes de la salud en la escuela y constituye el subprograma de salud escolar con actividades preventivas, educativas y de promoción de la salud.

Sanz Serrulla, la define como aquella parte de la odontología infantil que tiene su acción principal en el centro escolar, donde al alumno se le va a impartir una serie de conocimientos que una vez asimilados y puestos en práctica redundaran en una mejor salud bucodental personal, y por extensión, de todo el colectivo estudiantil.(3)

Por lo tanto es parte de la medicina escolar que tiene como objetivo conseguir un estado óptimo de salud oral en los escolares identificando

* *Este texto, firmado por los autores, se nos envía porque en él se abordan muchas cuestiones tratadas durante la conferencia*

el estado de salud oral que presentan estos y planificando las acciones y estrategias más eficaces en la solución sus problemas.

A veces se ha confundido odontología escolar y odontopediatría pensando que son la misma cosa pero como puede observarse en la siguiente cuadro son cosas muy diferentes



CIOSA 2012 PROF. MIGUEL A. LOPEZ
BERMEJO UCM

El lugar donde se desarrollan las acciones en odontología escolar es en la escuela mientras que en odontopediatría es en el gabinete dental y las acciones en Odontología escolar van dirigidas al escolar, familia y maestro mientras que en odontopediatría es el niño o niña a los que va dirigido el tratamiento y siempre de forma individual frente al modelo participativo y con un enfoque comunitario porque nuestras acciones son grupales y con una amplia cobertura por lo que el beneficio es muchísimo más amplio frente la odontopediatría que presenta un modelo intervencionista y tiene un enfoque individualizado.

Justificación.

El mejor caldo de cultivo es la escuela, el mejor artífice, el maestro, el niño es el mejor receptor por sus características neurosíquicas:

1. Nace inmaduro y con una gran capacidad de aprendizaje.
2. La importancia y capacidad de aprendizaje son mayor cuanto más joven es el niño.
- 3°. En la infancia se comprenden mejor las situaciones vivenciales que los conceptos verbalizados.
4. En este período la adquisición de un hábito es sencillo pero si este es malo es difícil suprimirlo.
5. Tiene necesidad de estímulos específicos para poder desarrollar sus capacidades.



La creación de hábitos es clave para conseguir individuos sanos. Necesitamos mucho esfuerzo en eliminarlos, pero si estos son sanos desde la más tierna infancia se convierten en garantía de una buena calidad de vida



Y justificamos la existencia de la odontología escolar con la puesta en marcha de un programa bien planificado como el subprograma integrante del programa de salud escolar porque a en esa edad:

1° La existencia de dientes recién aflorados en boca dientes inmaduros obtendrán el máximo beneficio al aumentar su resistencia frente a la agresión cariosa mediante la utilización de flúor u otras sustancias remineralizantes.

2°. El escolar adquirirá los conocimientos capaces de crear en él hábitos saludables evitando la posibilidad de los hábitos adquiridos sean insanos ya que ese supuesto nos obliga a realizar acciones concretas y laboriosas para erradicarlo.

3°. La capacitación del maestro en materia de salud oral es la garantía de la puesta en marcha de esa materia transversal que a lo largo de toda la escolaridad incida favorablemente sobre los determinantes de la salud.

4°. Las familias responsables de la dietas de sus hijos y controladores o vigilantes de que estos realicen en el hogar todas las medidas higiénicas comprendiendo el valor de las revisiones periódicas quizás la mejor medida preventiva redundando todo ello en una mejor salud de todos los miembros de la familia.

5°. Se conseguirá grandes logros en materia de salud oral con importantes reducciones de caries y un alto porcentaje de niños libres de caries niños sin caries.

6°. ¿Qué mejor sitio que la escuela para controlar y evaluar todas nuestras acciones?

7° Con todo ello lograríamos sin duda una importante disminución de las necesidades de futuros tratamientos por lo tanto mejorando la calidad de vida.

Todo lo anterior se conseguirá si se produce una buena colaboración entre los sanitarios, familias y educadores ya que esta circunstancia aumenta exponencialmente la eficacia del programa de salud escolar.

Nuestras acciones en odontología escolar van dirigidas por lo tanto a niños y adultos contemplando aspectos, aspectos sociológicos, epidemiológicos, pedagógicos, preventivos, de promoción, de vigilancia y de gestión y si nuestros recursos lo permiten de atención odontológica.

Sociológicos.

Para conocer la distribución de factores de riesgo en los escolares utilizaremos encuestas epidemiológicas, procedimientos estandarizados de interrogatorio con el fin de conseguir mediciones tanto cuantitativas como cualitativas sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas en la población escolar. Con la identificación de cualquier problema existente se podrá dar la mejor respuesta a las necesidades encontradas.

También identifica las necesidades sentidas y los problemas de salud que afectan a los escolares para poder establecer prioridades entre los diversos problemas, analizando los factores asociados a estos sobre todo los relacionados con la conducta y el entorno para así poder formular los objetivos más oportunos y siempre en colaboración con los docentes. (4,5, 6)

Mediante la realización de una encuesta podemos identificar hábitos, actitudes, situaciones del entorno que rodea al escolar ya que este es el marco donde el adquiere conocimientos y crea actitudes de él y del mundo donde vive. Para un escolar su entorno podría ser su familia, su casa, sus amigos, la escuela, sus ídolos preferidos y cualquier cosa que se ve en tv, y la creación de hábitos sanos harán de él un individuo libre, responsable, participativo y feliz. (7)

Epidemiológicos.

La escuela es el lugar idóneo, porque entre otras cosas es en la escuela donde podemos controlar y evaluar todas nuestras acciones sanitarias y la realización de estudios de incidencia o longitudinales tan complicado en otros lugares aquí son apropiados fáciles de realizar en este entorno y nos permiten seguir la evolución durante toda la escolaridad.

Con la epidemiología podemos conocer la situación en materia de salud oral de nuestros escolares así como sus necesidades de tratamiento e identificar a los grupos de alto riesgo donde está demostrada la alta eficacia de las medidas preventivas específicas, por eso es tan importante considerar, los flujos migratorios, que tanto impacto comienzan a tener en la escuela.

Estudios epidemiológicos de cohorte como los longitudinales ya que el seguimiento del escolar es a lo largo de toda su escolarización.

Distintos estudios realizados nos indican que la caries sigue siendo la enfermedad oral más prevalente en la infancia después de la afecciones gingivales que presentan una baja severidad (8,9). Hasta la década de 70 la caries dental era considerada una pandemia. Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 30 años confirman la disminución progresiva de la incidencia de caries dental en todos los países desarrollados. En nuestro país también se ha producido una drástica bajada en los índices de caries desde 1984 (primer estudio epidemiológico bajo los auspicios de la OMS y dirigido por el Dr. Möller) en el que prácticamente la totalidad de la población padecía la enfermedad con un CAOD 4.4 en el grupo etario de 12 años de edad hasta los resultados del realizado en el 2010 con un 55 % de niños libres de caries y un CAOD de 1.12 haría creer que la enfermedad ha dejado de ser un verdadero problema porque aunque se haya producido una disminución de prevalencia de caries, de la velocidad de progresión, un cambio en el patrón de distribución con predominio de caries oclusales

y una polaridad social la mayoría de las lesiones se centran en una minoría, existe un alto riesgo en individuos concretos y grupos de poblaciones concretos: pobres, inmigrantes.

Para la identificación de estos grupos de alto riesgo utilizamos el índice SiC de Bratthall, Se usa como complemento del CAOD. Es el CAOD medio del tercio con mayor puntuación de caries. (10)

La OMS considera a la caries dental la tercera calamidad junto a la enfermedad periodontal después del cáncer y las enfermedades cardiovasculares y reúne todos los requisitos para ser considerada como un verdadero problema de salud, por su alta prevalencia, alto coste (materiales y humanos), produce dolor y sufrimiento, aumento de absentismo escolar y/o laboral y pudiendo agravar enfermedades preexistentes.

Los efectos de la **CARIES** en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos.

El dolor dental puede afectar a la calidad del sueño, provocar trastornos en la alimentación, malestar general, cambios en el estado de ánimo, problemas de autoestima y complejos físicos si se pierden piezas dentales, etc. Porque la salud, el bienestar general, la confianza en sí mismo no se consigue sin una boca sana y cuidada, que facilite la convivencia y las relaciones humanas.

Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo.

Algunos estudios realizados al respecto indican que los alumnos que pierden más de 10 días por año, tiene dificultades para pasar de curso. (Fracaso escolar)

Por todo lo expuesto podemos afirmar sin lugar a dudas que la escuela tiene la obligación de abordar la salud como base que les permita alcanzar los objetivos educativos ya que la evidencia científica existente indica una sólida relación entre la mala salud y los resultados educativos. ¡UNA MALA SALUD IMPIDE EL APRENDIZAJE!

Pedagógicos.

Las acciones educativas constituyen una de las medidas más importantes por su eficacia en la promoción y prevención de enfermedades orales ya que actúan creando hábitos de conducta saludables y son capaces de capacitar para que las medidas de autocuidados en materia de higiene oral se realicen con eficacia y poder conseguir que los escolares se responsabilicen de los cuidados necesarios en el mantenimiento sus bocas sanas, además de lograr que ellos se conviertan a su vez en verdaderos agentes de salud.

La educación para la salud (EpS) debe ser realizada ordenadamente, siempre que los padres y profesores tengan una buena formación en temas de prevención y en estilos de vida saludable, debe programarse coordinadamente con las familias convirtiendo a los padres en los primeros maestros de sus hijos y se fortalece en la escuela para lograr un entorno escolar saludable y culto. (11,12)

Existe una relación directa entre variables socioeconómicas, hábitos y actitudes de los padres hacia la salud oral y el estado de salud de los preescolares. (13)

Un buen nivel de conocimientos básicos sanitarios y unas correctas actitudes familiares inciden positiva y favorablemente en la salud de los niños (14)

El componente educativo no debe limitarse exclusivamente a una simple información como algo puntual respecto a la salud oral, pues resultaría

ineficaz, debemos acompañarla de actividades para la adquisición de destrezas en materia de higiene oral y durante toda la escolaridad. (15)

Las Acciones Educativas en Odontología Escolar tienen como finalidad :

Producir cambios, induciendo modificaciones en la escuela para dar la oportunidad a nuestros niños de poder mantener sus bocas a un nivel de salud satisfactorio de por vida.

Consiguiendo hábitos de higiene.
Creando entornos saludables.
Adquiriendo habilidades saludables
Creando líderes en salud



El escolar debe participar activamente en la elaboración del programa de salud pero para que su participación sea provechosa estos deben de estar previamente capacitados. Porque los escolares deben ser considerados como sujetos y no como objetos de nuestras acciones como ya señalábamos anteriormente, evitando caer en el error del paternalismo, ya que no se trata de saber manejar al niño (el manejo del niño, es parte fundamental de la odontopediatría) sino de saberle educar y motivar para que participe activamente en el programa que de esta manera se convertirá en su programa. Para lograr este requisito deberemos identificar, cual son sus puntos de vista, sus actitudes, sus propuestas, sus demandas etc. y poder poner en práctica, las estrategias capaces de conseguir los objetivos a alcanzar.

Educar es seducir, entusiasmar y motivar, la educación es acompañar a alguien, en este caso al escolar. ¿Qué mejor lugar que la escuela para acompañar a nuestros escolares a lo largo de toda la escolaridad creando hábitos saludables con programas de EpS bien planificados y capaces de ilusionar, seducir y motivar? (16)

El maestro (no de forma puntual como podríamos hacer los sanitarios) a lo largo de los distintos periodos educativos debe planificar un programa educativo en esa materia transversal capaz de capacitar al escolar en materia de salud para que este se responsabilice de su propia salud oral y de la de su entorno. Por este motivo la educación para la salud desde la escuela adquiere una importancia transcendental convirtiéndose en una estrategia de primer orden para conseguir individuos, grupos y entornos más humanos, más participativos y sanos (17)

Se hace necesario el implementar programas de salud bucodental dirigido a los maestros para tomen las riendas de la EpS y logren todos los beneficios que sus alumnos se merecen. Se conseguirán que los escolares adquieran hábitos saludables de higiene oral lo más precozmente posibles (ya que los hábitos adquiridos antes de los 12 años de edad, tiene mayor estabilidad a lo largo de la vida).

El comité mixto OMS/ UNESCO sobre “Preparación del maestro sobre Educación Sanitaria” en su Informe técnico 193. Define los objetivos principales para la preparación del maestro para la EpS:

1º. Hacerle apreciar el valor, la importancia y el lugar de EpS en el programa general de estudios. El maestro que tiene habilidades refinadas y efectivas por sus conocimientos pedagógicos a lo largo de toda la escolaridad desarrollará un programa de salud previamente planificado dejando que las acciones puntuales educativas a cargo de los sanitarios. (19)

2° Proporcionarles los conocimientos necesarios sobre el crecimiento y desarrollo del niño, la salud personal y colectiva y el programa y los métodos de EpS integral.

El personal sanitario debemos buscar las estrategias para que los maestros (los únicos “profesionales educativos”) no solo adquieran esos conocimientos, además deberá motivarles y hacerles ver la trascendencia de sus acciones en materia de salud oral. Nuestros esfuerzos como sanitarios deberán ir dirigidos a conseguir que el maestro se convierta en un agente de salud capaz de lograr un proceso de transformación en los escolares. “El escolar tras la educación es el mismo, pero no lo mismo”

3° Inculcarle normas de higiene personal que le ayude a conservar su propia salud, le permita servir de ejemplo a sus alumnos porque además de su función de educador activo, tiene un importante papel de educador pasivo o ejemplar porque es un importante modelo de imitación, un maestro con malos hábitos higiénicos, mala salud bucodental, presenta una incapacidad para motivar a sus alumnos, de ahí la importancia de ser capaz de mostrar una sonrisa sin que aparezcan espacios edentulos, inflamaciones gingivales, halitosis... etc. deberá presentar una imagen de salud oral y esta será determinante en la consecución de nuestros propósitos.(18) La atención odontológica a los maestros es una de las mejores estrategias ya que además de dar un buen ejemplo de bocas sanas (Modelos de imitación) es una buena oportunidad de motivarles y lograr un compromiso duradero y consciente del maestro como agente de salud bucodental.

4° Hacer que comprenda y aprecie la importancia de un entorno sano y lo que es preciso hacer para mantenerlo. La escuela tiene que ser el entorno saludable capaz de potenciar actitudes positivas hacia el aprendizaje y el maestro desarrolla en el escolar la capacidad de comprensión y raciocinio, por eso son los actores claves en la

formación de la conciencia de la salud oral. La presión ambiental, arrastra al individuo y sobre todo al niño. (20)

Gran parte de las actividades de los sanitarios irán dirigidas a los maestros (educativas, preventivas y de atención odontológica) por lo que los sanitarios nos convertimos en: Educador de educadores.

Errores Sanitarios en EpS

Nosotros los sanitarios sin preparación pedagógica no estamos capacitados para liderar ningún programa de educación para la salud ya que cometemos errores ya que tendemos a plantear la EpS Oral en la escuela como algo puntual olvidando que el proceso educativo es algo continuo.

Solemos dirigirnos a los escolares con un lenguaje inapropiado a la edad del niño, que hace que este no comprenda muchas veces el significado de nuestras actuaciones.

Otras veces los odontólogos, estimulan a los escolares a desear lo que para nosotros es importante sin comprender que existen diferentes escalas de valores e intereses diferentes, en vez de intentar comprender las necesidades de los escolares para poder ayudarles a alcanzar las metas elegidas por ellos mismos.

Solemos tomar una actitud directiva y autoritaria, de total posesión de la verdad, atemorizando con las consecuencias de la caries y asumiendo al escolar en un complejo de culpabilidad que le impide adoptar actitudes saludables. Además el escolar queda reducido a un mero receptor generando la mayoría de las veces pasividad y que como máximo produce cambios conductuales poco duraderos.

Toda educación recibida con hostilidad o por “personal aficionado” está abocada al fracaso. La educación no se improvisa debe ser

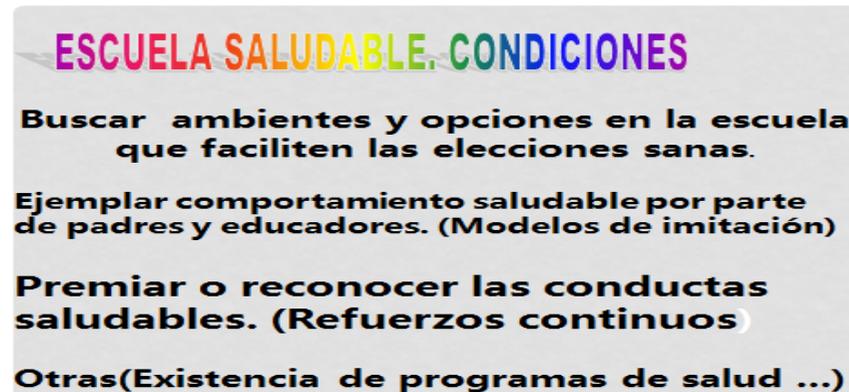
planificada previamente. Alguien dijo que educar es seducir, entusiasmar y motivar y eso está al alcance del maestro.

Es el maestro el profesional capacitado para la enseñanza y educación desarrollando en sus alumnos la capacidad de comprensión y raciocinio, por eso los maestros son los actores claves en la formación de la conciencia de la salud oral. (21)

De promoción.

El medio ambiente del escolar constituye el marco donde él asimila conocimiento de sí mismo y del mundo que le rodea; para un escolar su entorno podría ser la familia, su casa, amigos, escuela, sus ídolos preferidos y cualquier cosa que se ve en la televisión. Como consecuencia, de la existencia de entornos saludables en el medio escolar y familiar, se pone en marcha el proceso de aprendizaje y responsabilidad del escolar, adquiriendo los conocimientos, capacidades y actitudes imprescindibles para conseguir nuestros objetivos que no son otros que la adquisición de hábitos saludables porque unos hábitos insanos constituye la principal causa en la etiología de la caries dental.

La promoción para la salud es una actividad, cuya meta es conseguir, cambios, desfavoreciendo los elementos desfavorables y potenciando los favorables porque la escuela tiene que ser el entorno saludable capaz de potenciar actitudes positivas. Que las medidas más sanas sean las más fáciles de obtener como: que sea más barato el edulcorante que el azúcar, que exista una disponibilidad y accesibilidad de productos de higiene oral para todos, optimización de las concentraciones de flúor en las aguas de consumo. (22)



Se debe lograr la eliminación de las opciones de riesgo o poniendo las máximas trabas en su consecución y evitando la creación de hábitos insanos mediante la adopción de hábitos saludables mediante el reconocimiento instituyendo premios y con continuos refuerzos siempre bajo la motivación positiva.

Preventivos.

La aparición de los problemas bucodentales en la edad escolar, nos obliga a aplicar medidas preventivas capaces de disminuir el riesgo así como habituar al escolar para que adquiera las destrezas en las diversas medidas de autocuidados en el hogar que le permita poder sonreír ampliamente.

Los problemas dentales son caros y ocupan el tercer lugar en relación con el coste del tratamiento entre todas enfermedades, pero existen métodos de salud pública sencillos, eficaces y baratos que contribuyen a la prevención y a control.

Identificando a los grupos de mayor riesgo ya que existe evidencia científica de la de la máxima efectividad de las medidas preventivas en odontológicas en estos grupos.

Para la identificación de los grupos de escolares que acumulan el máximo número de caries se utiliza el índice CIS o SIC.

CIS " SIGNIFICANT CARIES INDEX"
SIC ÍNDICE SIGNIFICATIVO DE CARIES
Es un complemento del CAOD

Para calcularle:
Ordenar a los individuos según su índice de CAOD.
Seleccionar 1/3 de esa población con el mayor número de caries.
Calcular el CAOD para ese subgrupo.

SE TOMA 1/3 DE LA MUESTRA CON LOS NIVELES DE CARIES MÁS ELEVADOS Y SE CALCULA LA MEDIA DEL CAOD, DIVIDIDA POR EL N° DE INDIVIDUOS QUE CONSTITUYEN ESA SUBMUESTRA

MEDIA DEL CAOD
SIC = -----
N° DE INDIVIDUOS

La eficacia de las medidas preventivas está bien probadas pero los máximos beneficios lo obtiene los escolares de alto riesgo y así racionalizaremos nuestras acciones identificando a dichos grupos. (10, 23)

Las medidas preventivas estarán encaminadas a controlar la placa dental, a aumentar la resistencia del diente optimizando del aporte de fluoruros y colocación de selladores de fisuras , limitar la frecuencia en el consumo de azúcar, prevenir los traumatismos orofaciales, identificación precoz de las maloclusiones ya que la mayor parte de estas últimas son de origen genético y no son susceptibles de prevención pero por otra parte unas cuantas obedecen a factores locales que si se

pueden prevenir para evitar la necesidad de tratamiento ortodóncico y a poder evitar alteraciones psicológicas en el niño, pues afecta a su estética, al habla e incluso a su comportamiento, manifestándose agresivos, en otros casos tímidos y retraídos.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- FLORURO TOPICO O SISTEMICO.
- COLOCACIÓN DE SELLADORES.
- CONTROL DE PLACA.
- EXAMENES PERIODICOS
- CONTROL DE DIETA
- DCO. PRECOZ DE MALOCLUSIONES.
- PREVENCIÓN DE TRAUMATISMOS.

El flúor ejerce su efecto preventivo contra la caries dental de varias formas, pero la vía tópica parece ser la más eficaz en nuestro entorno, sobre todo en el periodo post eruptivo en que el flúor solo se deposita en la capa más externa del esmalte haciéndola más resistente.(24,25)

El esmalte recién erupcionado, es un esmalte inmaduro, más poroso y el proceso de maduración pos eruptiva es muy lento la saliva tardaría unos 24 meses para que con su capacidad remineralizante sea capaz de madurar al diente. Mediante la aplicación de flúor el esmalte al ser más poroso logramos su maduración prácticamente en el momento.

Por lo tanto el objetivo primordial de cualquier aplicación tópica de flúor, es tratar las superficies de los dientes de tal forma que la progresión de caries sea retardada, detenida e incluso revertida.

Las superficies más afectadas por la caries son las fosas y fisuras, de ahí la necesidad de la colocación de selladores de fisuras que con el uso de flúor aumentan considerablemente la resistencia de los dientes.

Existe evidencia científica que relaciona a la sacarosa con la caries dental es por eso que un correcto asesoramiento dietético no debe faltar en ningún programa preventivo escolar que debe ir especialmente dirigido a las familias ya que son ellas las responsables de la elección de la dieta de sus hijos.

Información básica sobre la relación azúcar caries para conseguir una reducción de la frecuencia de consumo, evitando las ingestas entre comidas y limitar el consumo de dulces.

Así mismo es muy importante el hacer comprender el concepto de exposición cariogénica.



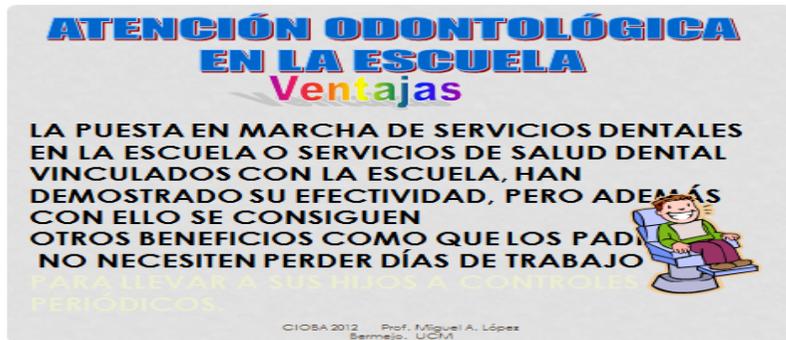
En la escuela está arraigada la costumbre de festejar los cumpleaños de la totalidad de los alumnos de un aula con el regalo a sus compañeros de una bolsa colmada de pequeños caramelos que aumenta la frecuencia de ingestas con el riesgo que esto conlleva, costumbre esta que hay que eliminar.



Atención odontológica

Una vez alcanzado el objetivo de haber podido disminuir las necesidades de tratamiento y si nuestros recursos nos lo permite la creación de una unidad odontológica en la escuela daría una alta calidad al programa de salud escolar o si esto no fuese factible conseguir una alta colaboración con los equipos de apoyo de APS.

Ya en 1996, el comité de expertos de promoción y educación para la salud de la OMS concluyó que los gastos en salud escolar, dan lugar a ahorros sustanciales, y que los programas escolares pueden llegar a la mayoría de los escolares por lo que su rentabilidad queda probada.



Y aunque la prevalencia de caries de nuestros escolares no es alarmante, sin embargo el índice de restauración es bajo por lo que las necesidades de tratamiento no están cubiertas, circunstancia que aconsejaría la puesta en marcha de servicios dentales en la escuela o servicios de salud dental vinculados con la escuela y aunque reconocemos que los tratamientos odontológicos son caros, más caro es el no contar con estos servicios.

Beneficios como que los padres no necesiten perder días de trabajo para llevar a sus hijos a controles periódicos disminuirían el absentismo laboral y escolar. Además existen estudios que indican que los alumnos que pierden más de 10 días por año, tiene dificultades para pasar de curso. (Fracaso escolar)

De vigilancia.

Con un sistema de vigilancia epidemiológica obtenemos la información sobre el programa de salud oral y es algo imprescindible en ya que esta nos permitirá adaptar nuestros objetivos a cada situación porque el programa debe ser algo muy dinámico y las necesidades varían a lo largo del programa.

Debemos vigilar las variaciones en el estado de la salud del escolar identificando los factores de riesgo a caries. (Ingesta de azúcares, incorrecto cepillado, deficiente utilización de flúor, carencia de revisiones periódica al odontólogo, etc.)

Diversos estudios han demostrado relaciones estadísticamente significativas entre el estado de salud oral de los preescolares y las características del ambiente familiar (26)

Por otra parte constituye una de las misiones de la familia de ahí la importancia de su capacitación en materia de salud oral y el asesoramiento de los sanitarios dirigido a esta.

De gestión.

Una correcta gestión sanitaria se convierte en punto clave ya que se encarga del gobierno y coordinación de las diversas acciones dando calidad y asegurando la continuidad del programa de salud escolar.

“UN ESCOLAR ES UN INSPIRADOR DE RENOVACIONES PARA SU FAMILIA, UNA FUENTE DE CREATIVIDAD PARA SUS PROFESORES Y UN POTENCIAL DE CAMBIO Y ESPERANZA PARA LA SOCIEDAD” POR ESO AFIRMAMOS QUE MAS QUE UN BIEN SOCIAL LA ODONTOLOGÍA ESCOLAR ES EN ESTE MOMENTO UNA NECESIDAD SOCIAL Y DEBE SER RECONOCIDA COMO TAL Y OCUPAR EL PUESTO QUE SE MERECE”

BIBLIOGRAFIA

1. FAO. FAO's Programme on nutrition education in schools. Rome, 1998
2. OMS. Prevención en la niñez y en la juventud de las enfermedades cardiovasculares del adulto: es el momento de actuar. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra 1990.
3. Sanz Serrulla J. Historia de la Odontología Escolar en España. 2003
4. López Bermejo MA; Samara Shukeir G; Reyes Serrano P, Oteo Muñoz C y Cerón Vivancos J:. Encuesta sobre hábitos, actitudes y conocimientos sobre higiene oral en niños de 6-7 años de la CAM. *Odontol. Pediatr.* 2002(10);1:9-12.
5. Doria Bajo y cols. Hábitos de higiene oral en los escolares de Navarra. *Arch Odont Estom Prev y Comuniti* 2003; 19(8):515-522
6. Guía de salud bucodental para maestros. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud. Murcia 1999.
7. López Bermejo M.A. y cols: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LOS NIÑOS DE 6-7 AÑOS DE LA CAM. *Rev. Iberoamericana de Ortodoncia.* 2002. (21) 1:42-47.
8. López Bermejo M: Enfermedades orales en la infancia. *Cuadernos de Realidades Sociales.* 1998, 51,52:183-189.
9. Horwtz HS: Commentary on and recommendations for the proper uses. *J. Public Health Dent.* 1995;55(1):62-57.
10. Caro García AJ “et al”: Programas de salud bucodental escolar (1997-2001): diferencias entre la población inmigrante y autóctona. *Archivos de Odonto Estomatología,* 2002; 18:121
11. Caldés Ruisánchez S, Cea Sánchez N, Crespo Aliseda P, Díez Nicolás V, Espino García A, Galán Arévalo S, Albaladejo Vicente R, Domínguez Rojas V. ¿Una intervención educativa en niños de doce años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental? *Av.Odontoestomatol* 2005;21-3:149 - 157.
12. Bolin AK Children´s dental health in Europe Sociodemographic factors associated with dental caries in groups of 5 and 12 year old children from eight EU countries. *Swed. Dent. J.* 1997;21:40-25
13. Ravera E, Sanchez GA, Squassi AF, Bordoni N. Relationship between dental status and family, school and socioeconomic level. *Acta Odontol Latinoam.* 2012;25(1):140-9
14. Crespo Mafrán MI, Riesgo Cosme YC, Laffita Lobaina Y, Torres Márquez PA, Márquez Filiú M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. *Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas MEDISAN* 2009; 13(1).
15. Vega Fuente A. : Los educadores frente a las drogas. 1983. Edit. Santillana
16. Fernando Delgado D., Romero Maroto M.: Fundamentos teóricos para un programa de educación para la salud bucodental en niños preescolares. *Odontología Pediátrica,*1993; 2:98
17. López Bermejo M.A. Educación para la salud en la escuela. *AMPE. Revista profesional.* 2006;495:38-40

18. M. Taracido Trunk. E. Smyth Chamosa . J J. Gestal Otero. El papel del Maestro en la Educacion Sanitaria. ADAXE. Revista de Estudios e Experiencias Educativas. Escuela Universitaria de Maxisterio de Santiago. 1984
19. Caldés Ruisanchez S y cols. ¿Una intervención educativa en niños de conocimientos y hábitos de higiene buco-dental? AV. Odontoestomatol 2005,21(3):149-157
20. Gestal Otero JJ, Romani Leston M, Aguiar Gonzalez-Redondo MR. La Formación del maestro en salud pública. Adaxe 8 (1992): 81.86
21. Symons CW, Cinelli B, James TC. Bridging student health risks and academic achievement through comprehensive school health programs, J. Sch Health. 1997. 67:220-227.
22. WHO. Healthy nutrition: An essential element of a health promoting school. WHO Information Series on School Health. WHO, Geneva, 1998.
23. Llena M.C., Guinot F., Almerich J.M., Forner L.: Efectividad de dos intervenciones de higiene oral en la escuela. Archivos de Odonto Estomatología, 2003; 19: 531
24. OMS. Fluoruros y salud. Serie de monografías (59).1ª ed. Ginebra 1972.
25. Smith E, Taracido M, Gestal JJ. El flúor en la prevención de la caries dental. Díaz de Santos 1991: p 33-58.
26. Bolin AK et al. Caries experience of 5 year and 12 year old children from eighth EU countries. Int J of Paed Dent. 1996; 6:155-162
27. WHO Information Series on School Health. WHO, Geneva, 1998. Document four
28. WHO: research to improve implementation and effectiveness of school health programs. who/hpr/hep/ 96.3
29. Windström E, Eaton KS. Oral health and Preventive Dentistry. 2004).
30. Olivares S, Snel J, McGrann M, Glasauer P. Educación en nutrición en las escuelas primarias: realidad actual, necesidades y limitaciones. Food Nutr Agric 1998; 22:57.
31. López Bermejo M.A.: Salud bucodental de los escolares españoles. Informe OMEP. Anuario OMEP-ESPAÑA 1998
32. López Bermejo M.A; Samasra Shukeir G. Caries dental. su importancia en salud pública. 2004.(1),2:97-102
33. López Bermejo M.A; Samasra Shukeir G. Caries dental. su importancia en salud pública. 2004.(1),2:97-102
34. López Bermejo M.A.: Distintos elementos para la remoción de placa bacteriana. Prof. Dent.2003,(6)10:53-55