Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral

REPÚBLICA DE CUBA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ÁREA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral



REDACCIÓN GENERAL

Dra. Maritza de la Caridad Sosa

AUTORES

Dra. Maritza Sosa Dr. Armando Mojáiber

Dra. María de la Caridad Barciela

Dra. Mariela García Dr. Michel Rojo

Dra. Delsa Elena Morgado

Dr. Julio Santana
Dr. Sergio Sardiñas
Dra. Emma Gil
Dr. Mario García
Dr. Manuel García
Dr. Alfredo Álvarez
Dra. Teresa Romero
Dra. Cristina Luna
Dra. Doris Sierra
Dra. Aida Borges Yañez
Dr. Jorge Martínez

Dr. Maximiliano Condis Dr. Mario Pichardo Dr. Nabil Rassi Hammani

Dra. Maria Rosa Sala Dr. Orlando de Cárdenas

Dr. Ángel Suárez

Dr. Alberto Fernández Dra. Rosa María González

Dra. Ileana Grau

Dra. Maribel Bastarrechea

Dra. Tatiana Peña
Dra. Geisa María Choi
Dr. Francisco Villar
Dra. Magalys Chaviano
Dra. Zoe Sánchez
Dr. José Enrique Gómez
Dra. Gladys Urizarri
Dra. Lisette Suárez
Dra. Maray Fariñas
Dr. Iván Colas

Dra. Mayra Romaguera Lic. Dania Rodríguez Dra. Ileana García Dra. María Isabel Garay

Dr. Diego Serpa

Dr. Sergio Eduardo Sardiñas Dr. José Rolando Alcolea Dra. Ana María Pérez Dra. Leonor Moreno

Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población

Introducción

El Estado y gobierno cubano a través de su Ley 41, garantiza la Salud a toda la población, teniendo como premisa que la "salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado", y es el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el responsable de ejecutarla en su red de servicios organizados en un Sistema de Salud, que tiene como características el ser único, integral y regionalizado.

Se define entonces que la Misión del MINSAP: "es ser el Organismo Rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y del gobierno en cuanto a la Salud Pública y el desarrollo de las Ciencias Médicas.

La atención se garantiza en una red de servicios integrada por Hospitales, Policlínicos, Clínicas y Servicios de Estomatología, Hogares Maternos, Hogares de Ancianos y Bancos de Sangre. Además dispone de una red de Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología, Institutos de Ciencias Médicas y Facultades y otras unidades.

Como parte indisoluble del SNS y de su visión se encuentra la atención estomatológica la cual ha alcanzado metas de salud bucal comparables a los países más desarrollados al contar con recursos humanos de una alta preparación científica reconocida internacionalmente.

La Salud Bucal de la población es garantizada por una red de unidades que conforman el subsistema de atención estomatológica, las cuales son: Clínicas Estomatológicas, Departamentos en Policlínicos y Hospitales (Clínico Quirúrgicos, Pediátricos, Generales) y Servicios en Centros Escolares, Laborales y otros.

Con la introducción del Modelo de Atención Primaria de la Enfermera y Médico de la Familia en el SNS, se desarrolla la Atención Estomatológica Integral y se vincula el Estomatólogo y el Médico de la Familia en un equipo de salud responsabilizado con la atención de una población delimitada en un área geográfica, ejecutando acciones de Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación. Estas acciones se integran en un Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral.

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral tiene como finalidad, agrupar las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos, dirigidas a mantener al hombre sano, definidas en las Proyecciones de la Salud Pública Cubana para el año 2015. Este Programa garantiza la sistematicidad, uniformidad e integralidad en la ejecución de las acciones de salud bucal y tiene como propósito incrementar y perfeccionar la atención estomatológica, interrelacionando todos los elementos del sistema y la comunidad, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal, calidad y satisfacción de la población, en correspondencia con las necesidades de salud de la población.

Antecedentes y justificación

El primer programa básico de atención estomatológica se elaboró en 1973, al confeccionarse el documento denominado "Los Programas Básicos del Área de Salud" (Libro Rojo). En el año

1979, se instituyó el modelo de atención de la "Estomatología en la Comunidad", que establecía un cambio conceptual en la prestación de los servicios, pero mantenía vigente el programa básico antes citado. En agosto de 1984, es aprobado el Programa de Atención Estomatológica a la Población Menor de 15 años y en septiembre de ese propio año, el Programa de Atención Estomatológica a la Población con Retraso Mental, en tanto que en el año 1986 se aprueban los Programas de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal y el de Atención Estomatológica al Adulto.

Con la introducción del modelo de atención primaria del Médico de la Familia en el SNS, se hace necesario desarrollar la atención estomatológica general integral como método y la vinculación del estomatólogo con el Médico de la Familia, como forma, lo que determina una nueva actualización e integración de los programas de atención estomatológica, de forma que sirva de instrumento de trabajo para lograr los objetivos del Modelo de Atención Primaria, incluidos en el Programa Único Nacional de Atención Primaria de Salud, por lo que se comienza a aplicar en el año 1992 el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, el que fue actualizado en el año 2002 para dar respuesta a los requerimientos de la población y la Salud Pública.

Después de siete años de estar aplicando este Programa se requiere su revisión y actualización teniendo en cuenta las modificaciones realizadas en el modelo de atención y la aparición de dos nuevos profesionales en la atención estomatológica: Licenciados en Tecnología de la Salud en los perfiles de Atención Estomatológica y Prótesis Dental; así como las Proyecciones de la Salud Pública Cubana para el año 2015, la universalización de la enseñanza, entre otros, de manera tal que se dé respuesta a los requerimientos actuales de la organización del Sistema Nacional de Salud.

Para garantizar una integralidad en el Sector de la Salud en lo referente a la atención estomatológica se necesita de un Programa con un enfoque clínico-epidemiológico y social, que dé respuesta a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad, identificados en el Análisis de la Situación de Salud, con énfasis en la atención primaria, por lo cual resulta importante que las acciones queden incluidas en el *Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral*.

Propósito

Incrementar y perfeccionar la atención estomatológica a través de acciones integrales de Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación, sobre los individuos, la familia, la comunidad y el ambiente; sustentada en una participación comunitaria y en la intersectorialidad, así como vinculados con todos los elementos del sistema, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal, elevar la calidad de la atención y la satisfacción de la población, en correspondencia con las necesidades de salud bucal identificadas en el Análisis de la Situación de Salud.

Objetivos

- Vincular al estomatólogo con el grupo básico de trabajo y al tecnólogo de la salud en atención estomatológica al equipo básico de salud para garantizar la atención estomatológica primaria en la comunidad.
- 2. Incrementar la población sana mediante acciones de Promoción de la Salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención.
- 3. Disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención.
- 4 Realizar acciones de Curación en todos los niveles de atención
- 5. Desarrollar acciones de Rehabilitación en todos los niveles de atención.
- Garantizar la calidad de la atención estomatológica integral que se brinda en los Servicios Estomatológicos.
- 7. Disminuir la morbimortalidad por cáncer bucal.
- 8. Brindar atención estomatológica integral a la población con discapacidad y retraso mental.
- 9. Brindar los servicios de urgencia en Estomatología.

- Desarrollar investigaciones que respondan a problemas principales de la Estrategia en Estomatología relacionados con el Programa Ramal de Calidad de Vida.
- 11. Ampliar el perfil y promover el perfeccionamiento de los Estomatólogos, licenciados, técnicos y personal que labora en las instituciones del Sistema Nacional de Salud relacionadas con el Programa.

1 ímites

De espacio

Este Programa será aplicado en todas las instituciones del Sistema Único Nacional de Salud con atención estomatológica.

De tiempo

El Programa comenzará a aplicarse a partir del año 2010 y tendrá una vigencia de cinco años.

Universo

Edades

- Menor de 1 año
- 1-4 años
- 5-9 años
- · 10-19 años
- 20-34 años
- 35-59 años
- 60-74 años
- 75 años y más

Grupos de población priorizados

- Niños y adolescentes de 0-19 años
- · Mujeres embarazadas
- Madres con niños menores de 1 año
- Adulto joven
- Discapacitados
- · Retrasados mentales
- · Población geriátrica
- · Enfermos crónicos
- Combatientes de la Revolución cubana
- Trabajadores de la Educación y la Salud

Instituciones

• Todos los Servicios Estomatológicos del país.

Responsabilidad del programa

A Nivel Nacional

- El Ministro de Salud Pública será el máximo responsable de la implementación y desarrollo de este Programa.
- El Viceministro a cargo de la Asistencia Médica y Social por intermedio de la Dirección de Estomatología, será el responsable de este Programa y establecerá las coordinaciones necesarias con otras direcciones y organismos participantes para su integración programática.

- El Viceministro a cargo de la Docencia e Investigaciones, a través de la Cátedra de Estomatología de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), será el responsable de la capacitación de los directivos que participen en el proceso de implementación del Programa y de las investigaciones de sistemas y servicios de salud que se determine.
- La Dirección de Estomatología establecerá los controles y evaluaciones de los objetivos y actividades del Programa, según se expone más adelante.

A Nivel Provincial

- Los Directores Provinciales de Salud de cada territorio, a través del Jefe del Departamento de Estomatología, serán los máximos responsables de la implementación, control y evaluación del presente Programa; al disponer de forma organizada los recursos humanos y materiales necesarios para ello.
- Los Vicedirectores de Asistencia Médica realizarán todas las coordinaciones sectoriales y extrasectoriales requeridas para la aplicación del Programa.
- Los Decanos de las Facultades de Medicina y Estomatología, a través de su Departamento de Salud, y bajo la rectoría metodológica de la Cátedra de Estomatología de la ENSAP, serán los responsables de la capacitación en cada uno de los territorios para garantizar la implementación del Programa.

A Nivel Municipal

- El Director Municipal será el máximo responsable de la implementación del Programa, a través de su Asesor Municipal, el que controlará y evaluará la actividad.
- El Vicedirector de Asistencia Médica, realizará todas las coordinaciones sectoriales y extrasectoriales requeridas para la implementación del Programa.

A Nivel de Unidad

 Los Directores de las Unidades ejecutoras serán los responsables, junto a su Consejo de Dirección, de ejecutar y evaluar la implementación y desarrollo del Programa, lo que plasmará en su plan de trabajo.

Actividades

Objetivo No. 1. Vincular al estomatólogo con el grupo básico de trabajo y al tecnólogo de la salud en atención estomatológica al equipo básico de salud para garantizar la Atención Estomatológica Primaria en la Comunidad.

- Coordinar y concertar en el Grupo Básico de Trabajo las acciones a realizar sobre los individuos, la familia, la comunidad y el ambiente, a partir de los resultados del Análisis de la Situación de Salud ejecutado.
- Coordinar y concertar en el equipo de salud con los médicos y las enfermeras de la familia las acciones a realizar sobre los individuos, la familia, la comunidad y el ambiente, a partir de los resultados del Análisis de la Situación de Salud ejecutado.
- Realizar el Análisis de la Situación de Salud de conjunto con el Médico de la Familia.
- Aplicar el Sistema de Vigilancia de Salud Bucal.

Objetivo No. 2. Incrementar la población sana mediante acciones de promoción de la salud sobre el individuo, la familia y la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención.

- Brindar educación para la salud de forma individual a las personas, durante cada una de sus visitas al estomatólogo general y especialista.
- Brindar educación para la salud por los Licenciados y Técnicos en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica, a las personas y a las familias durante las visitas a los hogares, de acuerdo a las características de los individuos, la familia y su entorno.
- Brindar educación para la salud por los Licenciados y Técnicos en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica, a las personas y a los colectivos durante las visitas

- a los centros escolares, laborales y sociales, de acuerdo con las características de los individuos, el colectivo y su entorno.
- Realizar Proyección Comunitaria en el proceso de promoción de salud con una amplia participación comunitaria y multidisciplinaria, por parte de los Licenciados y Técnicos en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica principalmente, así como por los Estomatólogos básicos y especialistas.
- Desarrollar las Consejerías de Salud Bucal como concepto para la ejecución de Promoción de Salud dentro y fuera de las instituciones, con participación de todos los trabajadores y la propia comunidad.
- Desarrollar JUVEDENTI para la atención de los adolescentes, apropiándose de las posibilidades y potencialidades de las comunidades y dando respuesta a las necesidades de estos grupos.
- Aplicar lo establecido en los Subprogramas de Promoción de Salud Bucal para diferentes grupos de población.
- Aplicar lo establecido para la atención al niño y adolescente sano.
- Participar y desarrollar los movimientos de Municipios Saludables y sus modalidades.
- Utilizar las técnicas afectivas, participativas, la creatividad y otros medios de educación, comunicación e información, en el proceso de promoción de salud, sustentado en la participación comunitaria, la intersectorialidad y el Análisis de la Situación de Salud.
- Cumplir lo establecido en las guías prácticas clínicas.
- Aplicación del Manual de Salud Escolar para la atención de los escolares.
- Orientar las acciones educativas en los territorios: Consultorios, Áreas de Salud, municipios
 y provincias, a los problemas de salud identificados en cada uno de ellos durante la
 realización del análisis de la situación de salud.

Objetivo No. 3. Disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención.

- Trabajar con los Licenciados en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica y con los Estomatólogos, sobre los factores de riesgo identificados en el Análisis de la Situación de Salud, tanto en los individuos, como en la familia, la comunidad y el entorno.
- Cumplir lo establecido en las guías prácticas clínicas.
- Aplicar laca-flúor, según las orientaciones metodológicas que se indican.
- Aplicar enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0,2 %, según las orientaciones metodológicas establecidas.
- Clasificar las personas en riesgo de acuerdo con la tabla de riesgo.
- Aplicar sellantes de fosas y fisuras en bicúspides y molares permanentes a escolares de pre- escolar a sexto grado en escuelas primarias y de séptimo a noveno grado en escuelas secundarias básicas.
- Realizar diagnóstico y control de placa dento-bacteriana al 100 % de la población que asiste a los Servicios Estomatológicos, hasta su conclusión.
- Desarrollar actividades de prevención de hábitos deformantes, higiénicos y nutricionales incorrectos en la población, tanto en los Servicios Estomatológicos, instituciones infantiles, centros sociales y laborales y la propia comunidad.
- Detectar tempranamente las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas y establecer la coordinación correspondiente con el Médico de la Familia.
- Ejecutar con la calidad requerida el examen del aparato masticatorio, para la detección de las lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas, a toda persona que acuda a recibir atención estomatológica.
- Enseñar a toda la población el método del autoexamen bucal para la detección de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas del complejo bucal y otras afecciones estomatológicas.
- Aplicación del Manual de Salud Escolar para la atención de los escolares.

Objetivo No. 4. Realizar acciones de curación en todos los niveles de atención.

- Organizar los servicios estomatológicos para garantizar la cobertura al 100 % de la población que demande y requiera atención, posibilitando la calidad del proceso y la satisfacción de la población y los prestadores.
- Garantizar la continuidad de la atención estomatológica del paciente hasta su total curación.
- Aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y el Manual de Organización y Procedimientos establecido en la unidad para garantizar la atención curativa al paciente.
- Ejecución de interconsultas con especialistas estomatológicos, médicos de la familia, psicólogos y otros especialistas médicos que posibiliten un mejor proceso de atención al paciente, cuando éste lo requiera.
- Crear equipos multidisciplinarios del segundo nivel de atención, integrado por todas o algunas de las especialidades de: Ortodoncia, Periodoncia, Prótesis, Cirugía Maxilofacial, Estomatólogos Generales Básicos o Integrales, Médicos de la Familia, de acuerdo con los requerimientos de los pacientes.
- Crear equipos multidisciplinarios del tercer nivel de atención en Hospitales Clínico Quirúrgicos, Generales y Pediátricos, del nivel Provincial o Nacional, así como en Facultades de Estomatología e Instituciones de la Red de Prótesis Bucomaxilofacial.
- Realizar interconsultas o remitir a los equipos multidisciplinarios del segundo y tercer nivel de atención cuando fue necesario para garantizar la continuidad de la atención curativa del paciente.
- Mantener una actitud conservadora, analizándose las indicaciones de extracciones dentarias tanto por Estomatólogos como por especialistas.
- Aplicación del Manual de Salud Escolar para la atención de los escolares.
- Atención curativa domiciliaria a los pacientes con discapacidad impedidos de acudir a los servicios estomatológicos.

Objetivo No. 5. Desarrollar acciones de rehabilitación estomatológica en todos los niveles de atención.

- Organizar los servicios estomatológicos para garantizar la cobertura al mayor por ciento de la población que requiera ser rehabilitado o a grupos priorizados, cuando los recursos resulten insuficientes, posibilitando la calidad del proceso y la satisfacción de la población.
- Garantizar la continuidad de la atención estomatológica del paciente hasta su total rehabilitación.
- Aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y el Manual de Organización y Procedimientos establecido en la unidad para garantizar la atención rehabilitadora al paciente.
- Aplicar el Subprograma de Prótesis Bucomaxilofacial.
- Realizar por el especialista de Estomatología General Integral, la rehabilitación protésica de los pacientes con solución en el nivel primario de atención, según las Guías Prácticas Clínicas.
- Priorizar la rehabilitación de los pacientes atendidos por periodoncia, oncología, cirugía maxilofacial y los equipos multidisciplinarios de Disfunción Oclusal (ATM), para garantizar su total curación, según criterio de remisión de estas especialidades al nivel primario, ya sea en el segundo o tercer nivel de atención.
- Realizar rehabilitación periodontal a los pacientes que lo requieran.
- Realizar actividades de rehabilitación a pacientes con disfunción de las articulaciones temporomandibulares.
- Realizar rehabilitación ortodóncica, fundamentalmente a la población menor de 19 años.
- Realizar actividades de rehabilitación mediante cirugía ortognática a pacientes que presenten anomalías dentomaxilofaciales tributarias de tratamiento quirúrgico.
- Coordinar la atención rehabilitadora previa en los servicios de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial a todo paciente que vaya a ser intervenido por cáncer bucal.

- Garantizar la rehabilitación de todos los pacientes intervenidos en el mismo acto quirúrgico, siempre que ello sea posible.
- Garantizar el seguimiento y control de pacientes que recibieron tratamiento de rehabilitación, según las indicaciones del especialista.
- Aplicar en la rehabilitación protésica con utilización de la técnica implantológica las indicaciones que se anexan al programa.
- Participar en la rehabilitación psíquica del paciente tratado durante su etapa de adaptación.

Objetivo No. 6. Garantizar la calidad de la atención estomatológica integral que se brinda en los servicios estomatológicos.

- Aplicar lo establecido en el Programa de Calidad, en las Guías Prácticas y en los Manuales de Organización y Procedimientos.
- Evaluar los resultados del trabajo mediante:
 - Incremento del nivel de servicios prestados y cobertura alcanzada.
 - Modificación positiva del estado de salud observado en la transición de los grupos epidemiológicos hacia las categorías superiores.
 - Mayor grado de satisfacción de la población y los prestadores.
- Desarrollar de manera sistemática la interconsulta de los especialistas con el estomatólogo del nivel primario y entre ellos, cumplir todos los aspectos establecidos para esta actividad.
- Establecer como procedimiento habitual en todos los servicios estomatológicos, tanto generales como especializados, docentes y no docentes, la discusión de casos y pases de visitas periódicas por parte de equipos multidisciplinarios.
- Garantizar el correcto funcionamiento del Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE)
- Garantizar el cumplimiento de los principios bioéticos por parte de todo el personal que labora en los servicios estomatológicos.
- Adoptar las medidas requeridas para alcanzar una real disminución del costo en la prestación de los servicios estomatológicos, garantizando su más alta calidad.
- Evaluar periódicamente el grado de satisfacción de la población con los servicios estomatológicos recibidos, utilizando para ello todos los mecanismos y vías posibles (encuestas, entrevistas, opinión del pueblo, despachos con dirigentes y líderes de la comunidad, Médicos de la Familia, entre otros).
- Ejecutar programas de superación y capacitación para el personal profesional y técnico de los servicios estomatológicos, ya sean orientados por los niveles superiores o elaborados en cada una de las unidades, según sus propias necesidades.

Objetivo No. 7. Disminuir la morbimortalidad por Cáncer Bucal.

- Aplicar lo establecido en el Programa de Control Integral del Cáncer y en el Manual de Organización y Procedimientos para el Control del Cáncer Bucal.
- Realizar anualmente a toda la población de 15 y más años de edad el pesquisaje activo para el examen del aparato masticatorio, según la metodología establecida para el diagnóstico precoz de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas.
- Realizar a la totalidad de la población que acuda a los servicios estomatológicos el examen del aparato masticatorio, según la metodología establecida para el diagnóstico precoz de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas.
- Detectar y eliminar hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal, como el tabaquismo, alcoholismo, la ingestión de alimentos excesivamente calientes y otros.
- Detectar y eliminar todo elemento que pueda causar alteración de la mucosa bucal, como prótesis mal ajustadas, obturaciones defectuosas, bordes filosos, entre otros.

- Remitir al servicio de cirugía maxilofacial correspondiente, a la totalidad de la población que en el examen clínico se le detecte alguna lesión maligna, premaligna o potencialmente maligna, según la metodología establecida.
- Dispensar y dar seguimiento por el estomatólogo, los Licenciados en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica, y el Médico de la Familia, a todos los pacientes remitidos según el Manual de Procedimientos para la Organización y Control del Cáncer Bucal, hasta su total recuperación o fallecimiento.
- Brindar tratamiento estomatológico integral y seguimiento evolutivo a los pacientes tratados en las diferentes etapas clínicas del Cáncer Bucal.
- Brindar atención estomatológica priorizada a todo paciente que vaya a recibir tratamiento quirúrgico, quimioterapéutico o radionizante por una lesión maligna.
- Coordinar la atención rehabilitadora en los servicios de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial a todo paciente que vaya a ser intervenido por Cáncer Bucal.
- Garantizar la rehabilitación de todos los pacientes intervenidos en el mismo acto quirúrgico, siempre que ello sea posible por las características del paciente.
- Brindar seguimiento estomatológico a la totalidad de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico, quimioterapéutico radionizante por una lesión maligna.
- Garantizar la rehabilitación protésica de manera priorizada en el servicio estomatológico
 que le corresponde a su área de salud, a todo paciente que tenga alguna lesión maligna,
 premaligna o potencialmente maligna, principalmente a aquellos en que la causa de la
 lesión es la prótesis o la falta de esta.
- Realizar la discusión de los fallecidos por Cáncer Bucal en todos los servicios estomatológicos.
- Controlar el funcionamiento de los Grupos Especiales de Trabajo para el control del cáncer bucal a todas las instancias y la integración de los coordinadores de los servicios estomatológicos a los Grupos Funcionales de Cáncer de las áreas de salud.

Objetivo No. 8. Brindar atención integral a la población con discapacidad física y mental.

- Participar en las actividades del equipo multidisciplinario del área de salud responsabilizado con la atención integral a la población con discapacidad física y mental.
- Realizar examen estomatológico anual a la población con discapacidad física y mental, en instituciones del Ministerio de Educación, instituciones sociales y en sus propios hogares, dispensarizando a estos últimos de conjunto con el médico de familia.
- Adoptar la clasificación de la población con retraso mental realizada por el médico de familia, identificando a partir de ella y de acuerdo a los criterios de diagnóstico y a sus posibilidades de atención estomatológica el método de atención a seguir para su curación y rehabilitación: convencional o no convencional, estableciendo en todos los casos el seguimiento de los pacientes.
- Brindar atención estomatológica integral a la totalidad de los pacientes tributarios de atención por métodos convencionales.
- Remitir al servicio hospitalario que corresponda, a la población con retraso mental que requiere de atención estomatológica por métodos no convencionales.
- Seleccionar al personal con condiciones técnicas y humanas, capaz de enfrentar la atención estomatológica integral a esta población de difícil manejo, en los servicios hospitalarios.
- Brindar seguimiento y control por el área de salud a la totalidad de los pacientes con retraso mental atendidos en los servicios hospitalarios.
- Brindar atención estomatológica curativa y rehabilitadora a los pacientes con discapacidad física en los servicios estomatológicos, garantizando su seguimiento.
- Aplicar las Guías Prácticas Clínicas en el proceso de atención de este grupo de población.
- Ejecutar acciones de promoción y curación a todos los pacientes con discapacidad física y mental en los diferentes espacios del territorio.

Objetivo No. 9. Brindar los servicios de urgencia en Estomatología.

- Garantizar la prestación ininterrumpida del servicio de urgencia estomatológica a la población, mediante guardia física del personal que labora en el subsistema de atención estomatológica.
- Participar en la prestación de los servicios de urgencia estomatológica todos los Estomatólogos, tanto generales como especializados.
- Brindar atención calificada e inmediata a todo paciente que acuda al servicio de urgencia estomatológica.
- Orientar a todo paciente que acuda al servicio de urgencia estomatológica acerca de la continuidad de la atención con el estomatólogo general integral correspondiente a su lugar de residencia.
- Realizar la remisión al segundo nivel de atención de los casos en que se considere necesario, orientando adecuadamente al paciente o sus familiares.
- Cumplir lo establecido en el Reglamento de Servicios Estomatológicos en la atención de urgencia.
- Expedir y controlar la expedición de los certificados médicos en los servicios de urgencia estomatológica, según las reglamentaciones legales vigentes.
- Realizar la entrega diaria de la guardia estomatológica, informándose acerca de las incidencias ocurridas, de forma breve y concreta, por el profesional saliente.
- Realizar las anotaciones diagnósticas y otras en los documentos de registro establecidos, durante la guardia estomatológica, con vistas a su procesamiento a través del Sistema Nacional de Información Estadística en Estomatología.

Objetivo No. 10. Desarrollar investigaciones que respondan a problemas principales de la Estrategia en Estomatología relacionados con el Programa Ramal de Calidad de Vida.

- Evaluar e introducir nuevas técnicas y procedimientos relacionados con la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales.
- Realizar investigaciones que propicien la disminución de la morbilidad de las enfermedades bucales, y que respondan a los problemas de salud y de la organización identificados en el análisis de la situación de salud en el ámbito de los territorios: Consultorio, área de salud, municipio, provincia, produciendo impactos en la población.
- Desarrollar nacionalmente nuevos materiales y medicamentos de uso estomatológico, que
 posibiliten la sustitución de importaciones y al propio tiempo, puedan significar, en algunos
 casos, la introducción de nuevas técnicas o métodos de tratamiento, tanto en la esfera
 preventiva, como en la curativa.
- Realizar ensayos clínicos de equipos, instrumental, medicamentos y materiales de uso estomatológico, orientados por las autoridades correspondientes, a fin de validar su efectividad.
- Desarrollar e introducir métodos de dirección con el propósito de evaluar y mejorar la calidad y la satisfacción con la atención estomatológica.
- Realizar estudios epidemiológicos de las enfermedades bucales, con énfasis en los aspectos orientados por la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a tipos de afección y grupos de población.
- Realizar investigaciones acerca de las principales causas de la mortalidad dentaria y aplicar los resultados en la práctica social.
- Desarrollar actividades de investigación estrechamente vinculadas con el estado de salud bucal de la población y las necesidades y problemas concretos de cada clínica o servicio estomatológico, con independencia de las orientadas y controladas por los niveles superiores.
- Promover la superación científica de los profesionales estimulando el desarrollo de grados científicos.

Objetivo No. 11. Ampliar el perfil y promover el perfeccionamiento de los Estomatólogos, licenciados, técnicos y personal que labora en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, relacionados con el Programa.

- Organizar periódicamente conferencias, seminarios, talleres, cursos, entre otros, sobre aspectos específicos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades estomatológicas, en unidades docentes y asistenciales.
- Realizar mensualmente reuniones científicas clínico-radiológicas, patológicas y
 epidemiológicas con participación de todo el personal profesional y técnico de la institución.
- Coordinar cursos de postgrado para los Estomatólogos y licenciados en las instituciones de mayor desarrollo docente e investigativo del país.
- Actualizar y superar a los licenciados y técnicos de atención estomatológica, prótesis y ortodoncia en instituciones docentes a todos los niveles de la organización de salud.
- Participar en eventos nacionales e internacionales relacionados con la Estomatología general integral y las especialidades.
- Invitar a personalidades científicas nacionales y extranjeras, destacadas en aspectos de interés para el desarrollo de la Estomatología, a impartir conferencias y cursos, lo que propiciará la actualización científico-técnica de los profesionales y técnicos.

Organización y funciones del programa

De la organización

Conceptualización de la Atención Estomatológica

Constituye el conjunto de actividades de organización, funcionamiento y control a seguir por los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud en su red de instituciones estomatológicas encaminadas a mejorar la salud bucal y general de la población y su satisfacción. Se corresponden estas acciones con el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población y tienen como fundamento el Reglamento General de Servicios Estomatológicos y el Modelo de Estomatología General Integral, enfatizando aquellas acciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

En el Modelo de Estomatología General Integral el Estomatólogo atiende a un sector poblacional perteneciente a varios Consultorios, integrando los Grupos Básicos de Trabajo y trabajando de conjunto con el Licenciado en Tecnología de la Salud o Técnico, el que con la Enfermera y el Médico de la Familia conforman el equipo básico de salud, y con la participación de la comunidad.

Su finalidad es la satisfacción de las necesidades de atención estomatológica que demanda el estado de salud de la población de su área de atracción, con la más alta calidad y el empleo racional de los recursos. Para ello el objetivo estratégico de la dirección y los trabajadores es alcanzar la condición de Colectivo Moral.

Sus propósitos

- Mejorar el Estado de Salud Bucal de la población.
- Incrementar la calidad de la atención y la satisfacción de la población y los trabajadores.
- Continuar elevando el nivel de servicios brindados en las instituciones.
- Alcanzar la Excelencia en la atención.

Modelo de Atención Estomatológica Integral en los Servicios Estomatológicos

En sus inicios la actividad del Estomatólogo (Dentista) se circunscribía a la curación de las personas ya afectadas por caries o periodontopatías fundamentalmente, y no es hasta mediados del siglo xx en que se inicia una fuerte tendencia hacia el desarrollo de la promoción y la prevención, fundamentalmente en los Países Escandinavos y Europa sobre todo en los países del

Este, introduciéndose estos conceptos en Cuba a partir de los primeros años del Triunfo de la Revolución, pero se limitaban a la divulgación del cepillado dental, las que se realizaban fundamentalmente en los propios servicios y en algunas instituciones infantiles.

En la década del 60 del siglo pasado se crean las primeras Clínicas Estomatológicas, comienza el servicio médico rural, se incrementan las matrículas en la Facultad de Estomatología de La Habana y se abre una nueva Facultad en Santiago de Cuba. Se comienza la formación de asistentes dentales y se realizan campañas para la atención al daño, teniendo en cuenta las necesidades acumuladas que existían de atención estomatológica.

Ya en el año 1968 se comienzan a realizar los enjuagatorios de flúor, los que se extienden en la década del 70 a todo el país y se conjugan con las aplicaciones de laca flúor, los que eran aplicados en las instituciones infantiles y en los propios hogares por Estomatólogos y técnicos, principalmente estos últimos, todo lo cual se mantiene actualmente.

En esta misma década de los 70 se introdujo un Programa de Atención a Escolares el que incluía ya el examen clínico bucal anual de todos los niños de 2 a 11 años por el Estomatólogo en sus escuelas o en los propios servicios y su atención curativa, extendiéndose más tarde al grupo de 12-14 años y a finales de los años 90 hasta los 18 años mediante el sistema incremental. Este Programa incluía ya no solo el examen y tratamiento sino también las aplicaciones de flúor y la prevención de otros trastornos como las malformaciones de la cara y las maloclusiones.

Se continúan incrementando los servicios y los recursos humanos en la década del 70, se inician las especialidades estomatológicas y la atención en los policlínicos comunitarios donde la atención ya no era dirigida al daño sino a grupos de población. Se inauguran nuevas Facultades y se extiende así la formación de profesionales.

En el año 1984 se comienzan a orientar las acciones hacia la promoción y la prevención, estructurados en los programas de Estomatología y tomando como modelo organizativo el de Estomatología general integral, que conjuntamente con el Médico de la Familia y su enfermera conformaba el equipo de salud responsabilizado con el fomento de la salud de la población y la prevención de las enfermedades, lo cual se realizaba fundamentalmente en sus hogares, centros escolares, centros de trabajo y otras instituciones en que se desarrollaban los individuos y los colectivos. Este modelo planteaba la organización del trabajo asistencial curativo en los propios servicios estomatológicos y otras preventivas en ellos y en los hogares e instituciones, para lo cual se le destinaba un fondo de tiempo a cada profesional en dependencia de los requerimientos de su población, este trabajo se comenzó a llamar trabajo de "terreno". En estos años se fue extendiendo el modelo paulatinamente, primero priorizando a las gestantes, a los niños, a los retrasados mentales e impedidos físicos, enfermos crónicos, u otras personas sometidas a factores de riesgo. Sobre todos ellos se enfatizaba el trabajo de promoción y prevención. Se comienza a trabajar en la confección de un nuevo especialista de Estomatología General Integral cuyo perfil de egresado se sustentaba en la promoción y la prevención así como en otros elementos curativos para solucionar los problemas de salud de la población a él asignado.

Se inicia el nuevo plan de estudios en la carrera de Estomatología en que el componente de promoción y prevención tenía un importante rol y la actividad comunitaria tiene un gran peso y se desarrolla toda una serie de actividades encaminadas a elevar el nivel de educación sanitaria de la población y la prevención de las principales enfermedades.

Ya en la década del 90 se incrementan estos grupos priorizados dando respuesta al estado de salud bucal de la población. Se priorizan entonces para las acciones de promoción y prevención desde muy temprano las Gestantes, la Madre de niños menores de 1 año, la población con retraso mental, la población mayor de 60 años, los jóvenes del Servicio Militar Activo (SMA) y las personas con lesiones premalignas de la cavidad bucal u otras enfermedades crónicas como cardiópatas, nefrópatas entre otras.

A partir de 1997 se extiende a todos los servicios el modelo de Estomatología General Integral (EGI), donde se vincula al menos un Estomatólogo con dos Consultorios del médico de familia, logrando una mejor relación Estomatólogo-habitantes, y en los que las acciones de promoción y

prevención son pilares fundamentales, teniendo en cuenta que la relación Estomatólogo-habitante que se logra es adecuada para satisfacer sus necesidades curativas y tener tiempo para trabajar con las personas en sus propios espacios: hogares, instituciones, etc. En el año 1998 se inicia la especialidad de EGI y se fortalece con ello las posibilidades resolutivas del profesional.

En el año 1992 se unifican los programas de Estomatología existentes desde 1984 en uno solo, el que se revisa y actualiza en el año 2002.

Modelo de Estomatología General Integral

Este modelo se comenzó a aplicar de forma experimental en el año 1986, con el objetivo de promover la salud bucal en la población y prevenir las enfermedades fundamentalmente, respondiendo al llamado que hacía la Federación Dental Internacional de alcanzar Salud para Todos en el año 2000, según lo acordado en Alma Ata, y teniendo en cuenta los resultados de la encuesta de Salud Bucal realizada en nuestro país en el año 1984 y que reflejaba los principales problemas que tenía nuestra población.

El objetivo de este modelo era vincular al Estomatólogo con el Médico de la Familia de manera tal que, integrados en un equipo de salud, disminuyeran la incidencia de Caries y Periodontopatías las que afectaban a una parte importante de nuestra población y son prevenibles, a partir de brindar Atención Primaria de Salud sustentada en la Promoción y Prevención como pilares de nuestro Sistema Nacional de Salud, siendo su finalidad la de mantener al hombre sano.

Como parte de la aplicación del modelo desde su misma concepción se identificó la necesidad de que el Estomatólogo que lo ejecutaba adquiriera conocimientos y habilidades que le posibilitaran incrementar la resolutividad del nivel primario de atención, identificar los problemas de salud y los factores que los estaban determinando, condicionando y modificando, así como poder priorizar y definir estrategias para mejorar continuamente la salud bucal de su población, apropiándose de las posibilidades locales y con la participación de la comunidad, a partir del incremento de su nivel educativo y la autoresponsabilidad por su salud bucal.

Para satisfacer esta necesidad antes descrita se estructuró la especialidad de Estomatología General Integral, que comienza en el año 1998 en la Facultad de Estomatología de La Habana y Santiago de Cuba, extendiéndose en 1999 a Villa Clara y Camagüey, con profesionales de todas las provincias y como parte de un proceso a largo plazo, según las posibilidades del país y garantizando la calidad del proceso docente y por tanto del egresado. En el año 2003 se crea una modalidad semipresencial que permitía que directivos y docentes la realizaran sin abandonar sus actividades y en el 2004 se inicia en todos los servicios estomatológicos la formación de los especialistas de EGI con una modalidad de aprender haciendo.

¿Qué es un Estomatólogo General Integral?

Es un especialista que dispone de los conocimientos y habilidades necesarios para garantizar una atención integral a una población delimitada, a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, de forma continua y sistemática, y de conjunto con el resto del equipo de salud, del cual es integrante, y cuya finalidad es incrementar el estado de salud de su población.

A finales del año 2002 se hace una revisión del modelo y teniendo en cuenta la situación actual de los servicios se plantea la necesidad de limitar las actividades de promoción y prevención que realizaba el Estomatólogo en la comunidad a los servicios estomatológicos, desplazándose estas funciones y actividades hacia un nuevo profesional que se formaría: el Licenciado en Tecnología de la Salud en Atención Estomatológica, así como hacia los médicos y enfermeras de la familia, guardianes de la salud de nuestro pueblo, y de esta forma el Estomatólogo podría dedicar un mayor tiempo a las acciones sobre el individuo, fundamentalmente curativas, en los servicios estomatológicos, para lo cual se establecen de conjunto con las diferentes direcciones de asistencia médica las acciones a ejecutar por cada uno de los profesionales involucrados de manera tal de garantizar que la población, en su hogar, en las escuelas, centros de trabajo y en los propios servicios estomatológicos, continuara

recibiendo acciones para la promoción de su salud bucal y de prevención de las enfermedades, así como de curación y rehabilitación, bajo el concepto de acercar cada vez más los servicios a la población, y que la atención recibida fuera de excelencia.

Hoy, en respuesta a las necesidades de la población, de los propios servicios y del conocimiento científico, se necesita un fortalecimiento de la atención primaria para lo cual se forma un nuevo profesional, el Licenciado en Tecnología de la Salud en Atención Estomatológica, cuyo perfil profesional le posibilita realizar acciones de Promoción de Salud, Prevención de Enfermedades, Curación y Rehabilitación conjuntamente con el Estomatólogo para lograr un mejoramiento de la salud bucal de la población asignada. Además, respondiendo a lo antes expuesto, se decidió incluir en el Plan de Estudio de la Licenciatura de Tecnología de la Salud en Atención Estomatológica, contenidos relacionados con la Disciplina Operatoria Dental según VADI 84 del 2007, entre otros contenidos, lo que le incrementa su perfil de salida.

Teniendo en cuenta que en los Servicios Estomatológicos dispondremos de este nuevo profesional se hace necesario reorganizar el actual modelo de atención y organización, dando respuesta a su perfil de salida, de manera tal que permita que se integre a los Equipos Básicos de Salud en las Áreas de Salud y realice a plenitud todas sus funciones.

Características del nuevo modelo de atención

- 1. El Estomatólogo se vinculará a un número determinado de Consultorios de la familia acorde a la disponibilidad de recursos humanos existentes en cada lugar. Importante la distribución equitativa de Consultorios entre los Estomatólogos que están trabajando en el servicio, la cual se redistribuirá cada vez que sea necesario, ya sea por incremento o disminución del número de Estomatólogos.
- 2. Un Estomatólogo formará equipo con varios Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica y Técnico en Atención Estomatológica (TAE), para la atención de la población perteneciente a un número determinado de Consultorios.
- 3. Se vinculará al Estomatólogo una cantidad de Licenciados o Técnicos en Atención Estomatológica, en número igual al de Consultorios que tenga el Estomatólogo asignado.
- 4. Se le asignará a cada Licenciado o Técnico en Atención Estomatológica un Consultorio, sea Tipo I, II o Reforzado, y de cuya salud bucal será responsable.
- Los Licenciados o Técnicos en Atención Estomatológica integrarán los Equipos Básicos de Salud.
- El equipo básico de salud tendrá en cuenta en su dispensarización el componente bucal, procediendo a la remisión al Estomatólogo cuando lo considere.
- 7. El Estomatólogo integrará los Grupos Básicos de Trabajo.
- 8. El Estomatólogo en su consulta ejecutará todas las acciones que requieren los individuos: promoción, prevención, curación y rehabilitación, sin perder la integralidad al enfocarlas en el concepto de familia, por cuanto conocerá esta información proveída por el Licenciado, la TAE, el Médico, la Enfermera, u otro personal de salud, o la dirección del policlínico, al ejecutar estos el Análisis de la Situación de Salud, y en el cual nuestros Estomatólogos participarán y asesorarán en el diseño y ejecución del plan de acción en lo concerniente a las acciones a realizar en la familia, la comunidad y el ambiente, del componente bucal.
- Los Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica y las TAE realizarán las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en las comunidades y otros espacios de esta.
- 10. El horario asistencial del servicio se adecuará de manera tal que laboren al mismo tiempo el Especialista de Estomatología General Integral (EGI) o Estomatólogo General Básico (EGB) con los Licenciados que atienden sus respectivos Consultorios médicos.
- 11. El Especialista de EGI o EGB indicará a los Licenciados a él vinculado, los tratamientos a realizar en los pacientes pertenecientes al Consultorio, supervisando el trabajo y esclareciendo dudas o solucionando algún proceder que no esté dentro del desempeño de este último.

- 12. El Licenciado en Atención Estomatológica nunca realizará diagnóstico clínico de ninguna entidad.
- 13. Los Tecnólogos realizarán las acciones curativas indicadas por el Estomatólogo y bajo su supervisión, los días y en los horarios que se establezcan en cada servicio.
- 14. En el resto de los horarios los Licenciados realizarán el resto de las actividades establecidas en su perfil ocupacional, tales como:
 - Apoyo al Estomatólogo, tanto general como de las diferentes especialidades, en la atención a los pacientes.
 - Preparación de materiales.
 - Esterilización del instrumental.
 - Rayos X.
 - Limpieza y preparación del equipamiento.
 - Actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, tanto en el propio servicio como en la comunidad.
 - · Capacitación.
 - · Investigaciones.
 - · Otras.
- 15. La Categoría de Licenciado no exonera de realizar todas las funciones como personal técnico que se requieran dentro del servicio estomatológico.
- 16. El Director de la Unidad o Jefe de Departamento dispondrá, según las características del servicio, las funciones a realizar del personal técnico así como de los Licenciados con que cuenta.
- 17. El Estomatólogo, el técnico o tecnólogo participarán conjuntamente con el médico y enfermera de la familia en el chequeo integral a la familia cubana como parte de la pesquisa activa, lo cual proveerá de información para el Análisis de la Situación de Salud (ASS) de la población de un Consultorio.
- 18. El ASS de los Consultorios asignados se realizará por los Licenciados y el resto del Equipo Básico de Salud, con la asesoría del Estomatólogo.
- 19. El ASS es uno solo y lo ejecutará el equipo de salud (Enfermera y Médico de la Familia) o el personal del área de salud en el ámbito del policlínico, proponiéndose que el Estomatólogo conjuntamente con el Tecnólogo de la Salud en Atención Estomatológica, participe y brinde asesoría a la Enfermera y Médico de la Familia, y al personal que se determine, para la identificación del componente bucal, su priorización, así como para el establecimiento de las acciones a ejecutar para la modificación o eliminación de los aspectos negativos identificados. Las acciones del plan de acción que se realicen en la familia, la comunidad y el ambiente serán cumplidas por el médico, la enfermera, el tecnólogo, la TAE, estudiantes y promotores de salud; mientras que el Estomatólogo ejecutará las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación sobre los individuos en los servicios estomatológicos. La información sobre el componente bucal para el ASS se obtendrá por el médico, la enfermera o el personal que se determine, del chequeo integral a la familia cubana, de los exámenes que realicen a la población asignada, así como la que le proveerá el Estomatólogo del vaciamiento que irá realizando él o el personal técnico, de las Historias Clínicas Individuales en las Tablas Resumen de Vaciamiento, las que estarán archivadas por familias en los Servicios Estomatológicos.
- 20. Los Licenciados participarán en todos los procesos docentes, investigativos y administrativos en las unidades asistenciales de Estomatología.

Composición del equipo de Estomatología

Un Estomatólogo formará equipo con varios Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica y TAE, para la atención de la población perteneciente a un número determinado de Consultorios.

Estará integrado por:

- Un Estomatólogo, General o Especialista en Estomatología General Integral.
- Varios Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica, acorde a la disponibilidad y
 necesidad de cada servicio, y que el número no sea tan elevado que no le permita a cada
 profesional cumplir sus funciones específicas dentro del equipo.
- Varios Técnicos de Atención Estomatológica, acorde a la disponibilidad y necesidad de cada servicio.

Servicios estomatológicos

Los servicios estomatológicos, y entre ellos la Clínica Estomatológica como su principal entidad, son instituciones del Sistema Nacional de Salud dotados de recursos humanos y materiales, para brindar atención estomatológica ambulatoria primaria y secundaria, con alto nivel científicotécnico a pacientes, familia y comunidad, con condición de sanos, sanos con riesgo, enfermos, discapacidad o deficientes, y sobre el ambiente, incluyendo acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, curación, rehabilitación y de urgencia, de una población asignada. Además se realizan actividades de docencia e investigación. El modelo de atención es el de atención primaria y se organiza a partir del análisis de la situación de salud, a través de equipos de salud bucal integrados a los Grupos Básicos de Trabajo y al Área de Salud.

Funciones principales

- Brindar atención estomatológica a la población asignada realizando acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, curación, rehabilitación y de urgencias, remitiendo a pacientes a otras instituciones con el propósito de realizar estudios diagnósticos u ofrecer terapéuticas de acuerdo a su enfermedad, de manera tal de garantizar la continuidad de la atención de los pacientes.
- 2. Planificar, organizar, dirigir y controlar la actividad docente educativa y garantizar la ejecución de los planes y programas de estudio que les correspondan para la formación de pregrado, especialización, perfeccionamiento y capacitación de los profesionales, técnicos y trabajadores.
- 3. Realizar actividades de ciencia e innovación tecnológica de acuerdo con las prioridades establecidas en relación con los problemas que afecten la salud de la población que atiende y los problemas propios de la unidad para hacer más eficiente su trabajo y coadyuvar el desarrollo de otras instituciones.
- 4. Contribuir de forma integrada con las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud a la trasformación del Estado de Salud de la población del área de salud que le corresponde.
- Establecer relaciones con los organismos, organizaciones y entidades administrativas, de producción y servicios en interés del cumplimiento de sus funciones.
- 6. Realizar la vigilancia y el control higiénico-epidemiológico de la institución y su entorno, así como alertar a los niveles correspondientes y participar en el enfrentamiento de las situaciones epidemiológicas detectadas.
- 7. Preparar de forma permanente a su personal y a las instalaciones de acuerdo a las medidas previstas en los Planes de Reducción de Desastres y para Tiempo de Guerra.
- 8. Elaborar y cumplir el plan de preparación de los trabajadores para cumplir misiones internacionalistas.

Se denominan de acuerdo a su ubicación y otras características como:

Clínica estomatológica. Institución ubicada en edificación independiente, dotada de recursos humanos y materiales, con al menos cinco conjuntos dentales, para brindar atención estomatológica ambulatoria primaria y secundaria, con alto nivel científico-técnico a pacientes, familia y comunidad, con condición de sanos, sanos con riesgo, enfermos, discapacidad o deficientes, y sobre el ambiente, incluyendo acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, curación, rehabilitación y de urgencia, de una población asignada. Además se realizan actividades

de docencia e investigación. El modelo de atención es el de atención primaria y se organiza a partir del análisis de la situación de salud, a través de equipos de salud bucal integrados a los Grupos Básicos de Trabajo y al Área de Salud.

Servicio de Estomatología. Se encuentra ubicado dentro de un Policlínico u Hospital, como unidad organizativa de la institución, disponiendo de recursos humanos y materiales, con al menos cinco conjuntos dentales, para brindar atención estomatológica ambulatoria primaria y secundaria, con alto nivel científico-técnico a pacientes, familia y comunidad, con condición de sanos, sanos con riesgo, enfermos, discapacidad o deficientes, y sobre el ambiente, incluyendo acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, curación, rehabilitación y de urgencia, de una población asignada. Además se realizan actividades de docencia e investigación. El modelo de atención es el de atención primaria y se organiza a partir del análisis de la situación de salud, a través de equipos de salud bucal integrados a los Grupos Básicos de Trabajo y al Área de Salud. Se regula además por lo establecido en el Reglamento para estas instituciones

Sección de Estomatología. Se encuentra ubicada dentro de un Policlínico, Hospital, otra unidad de salud u organismo, como parte de la institución, disponiendo de recursos humanos y materiales, con un conjunto dental, para brindar atención estomatológica ambulatoria primaria, con alto nivel científico-técnico a pacientes, familia y comunidad, con condición de sanos, sanos con riesgo, enfermos, discapacidad o deficientes, y sobre el ambiente, incluyendo acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, curación, rehabilitación y de urgencia, de una población asignada. Además se realizan actividades de docencia e investigación. El modelo de atención es el de atención primaria y se organiza a partir del análisis de la situación de salud, a través de equipos de salud bucal integrados a los Grupos Básicos de Trabajo y al Área de Salud.

Servicio Cirugía Maxilofacial y Ortognática. Se encuentra ubicado dentro de un hospital, como parte de la institución, disponiendo de recursos humanos y materiales, para brindar atención especializada ambulatoria o estacionaria, secundaria y terciaria, con alto nivel científico-técnico a enfermos y traumatizados, que acudan remitidos del nivel inferior o espontáneamente. Incluye acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de salud. Además se realizan actividades de docencia e investigación. Este se regula por lo establecido en el Reglamento Hospitalario.

De las funciones

Del Nivel Central

Es el área de Asistencia Médica y Social a través de la Dirección de Estomatología la que organiza y ejecuta las acciones relacionadas con la Estomatología.

Misión. La Dirección de Estomatología es la rectora de la Actividad en el Sistema Nacional de Salud encargada de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Ministerio de Salud Pública en lo relacionado a Salud Bucal, mediante un Programa Nacional de Atención Integral.

Visión. Somos el Sub-Sistema de Atención Estomatológica que garantiza la Salud Bucal de la población cubana, mediante acciones de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, asegurando la asistencia Estomatológica y la rehabilitación, en una red de servicios asistenciales de Excelencia con gran resolutividad y accesibilidad a la población.

Funciones principales

- Normativas y metodológicas
- · Planeación
- Regulación y Control
- · Supervisión Nacional
- · Evaluación Nacional

- Fortalecimiento político e ideológico de los trabajadores de la Estomatología
- Coordinación con Docencia la formación del Personal y Educación Continua
- · Coordinación intra e intersectorial
- Coordinación con Ciencia y Técnica para el desarrollo de la Investigación Nacional
- Monitoreo y vigilancia de la salud bucal
- Garantía de la calidad de la atención estomatológica y acreditación de los servicios

Principales actividades para desarrollar estas funciones

- 1. Profundizar en el trabajo político-ideológico con todos los trabajadores de las instituciones estomatológicas.
- 2. Realizar Talleres Metodológicos semestrales con participación de los Jefes de los Departamentos Provinciales de Estomatología, Decanos y Jefes de los Departamentos de Estomatología de las Facultades, Jefes de Grupos y otros que se consideren.
- 3. Supervisar, asesorar e inspeccionar las provincias y sus servicios.
- 4. Controlar el cumplimiento de los planes de lucha contra el delito y la corrupción.
- 5. Estimular el proceso de acreditación de los servicios y ejecutar su evaluación.
- 6. Controlar la implementación del Programa de Mejora Continua de la Calidad y la satisfacción de la población y los trabajadores en las instituciones.
- 7. Incrementar la participación de los grupos asesores y comisiones nacionales de las especialidades estomatológicas en el trabajo de la dirección y en las visitas a los territorios.
- 8. Perfeccionar el proceso de capacitación de los recursos humanos, tanto en los aspectos de dirección como clínicos y la ejecución de investigaciones que den soluciones a los problemas identificados, garantizando la introducción y generalización de sus resultados, así como la evaluación de las tecnologías sanitarias existentes.
- 9. Garantizar que el proceso de fluoración de la sal de consumo humano se concluya y beneficie a toda la población que lo requiere.
- 10. Perfeccionar el sistema para la ejecución del Análisis de la Situación de Salud en todos los niveles como método de gestión, mejorando el proceso de dispensarización y el pesquisaje activo, principalmente a través del chequeo integral a la familia cubana.
- 11. Extender el Sistema de Vigilancia Epidemiológica a todo el país, controlando su ejecución y utilización en todos los niveles del sistema de salud de conjunto con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud que le correspondan.
- 12. Promover el desarrollo del Movimiento de Municipios por la Salud y sus modalidades.
- 13. Controlar la ejecución por el Estomatólogo General Integral de todas las acciones incluidas en su perfil profesional.
- Controlar la implementación del Reglamento General de Servicios Estomatológicos y el Modelo de atención.
- 15. Controlar la aplicación del sistema de turnos en los servicios estomatológicos, con énfasis en la prótesis dental, así como la garantía en la continuidad de la atención de los pacientes.
- 16. Incrementar la participación de las especialidades estomatológicas en las unidades acercando la atención curativa a la población.
- 17. Continuar desarrollando la vinculación de la Estomatología al resto de las Direcciones e Instituciones del Ministerio con énfasis en la Dirección de Docencia, Dirección de Ciencia y Técnica, Direcciones del área de Higiene y Epidemiología, Escuela de Salud Pública.
- 18. Continuar el proceso de descentralización que garantice el fortalecimiento de las estructuras municipales.
- 19. Lograr que la Cátedra de Estomatología se consolide como un espacio de reflexión y análisis de la Dirección, extendiéndose a otros territorios y vinculándose al resto de las Cátedras de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP).
- 20. Controlar permanentemente todo lo relacionado con el abastecimiento técnico material, participando en todo el proceso desde la contratación y distribución, hasta la llegada de los recursos a los servicios, así como el control y uso racional de ellos.

- 21. Evaluar trimestralmente el comportamiento de las normas de consumo a través de la correspondencia con el nivel de servicios propuesto, el realizado y el cumplimiento del plan de abastecimiento.
- 22. Garantizar la introducción continua de nuevas tecnologías y tratamientos de avanzada en los servicios, extendiendo las existentes.
- 23. Continuar fortaleciendo la Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial.
- 24. Controlar la ejecución de los planes de trabajo en las instituciones y su correspondencia con el Análisis de la Situación de Salud y las necesidades de los servicios.
- 25. Estimular la movilización de recursos externos e internos hacia los servicios, enriqueciendo la Carpeta de Proyectos.
- 26. Controlar el cumplimiento de las indicaciones del Programa de Atención Estomatológica Integral a la población y la aplicación del Modelo de Estomatología General Integral.
- Continuar el proceso de rehabilitación de las instituciones en los Programas de la Revolución.
- 28. Controlar y estimular el incremento continuo de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación realizadas en los servicios.
- 29. Estimular y participar en el proceso de perfeccionamiento de los Planes de Estudio de las Especialidades.
- 30. Participar en la planificación de los Recursos Humanos, del pre y postgrado y personal técnico.
- 31. Participar en el proceso de evaluación de la competencia y el desempeño de los profesionales y técnicos.
- 32. Continuar desarrollando la informatización de los servicios estomatológicos y estimular la aplicación de la informática en los procesos de gestión, atención, docencia e investigación.
- 33. Continuar extendiendo el proceso de universalización de la enseñanza.
- 34. Priorizar el desarrollo de la Atención Estomatológica en las Provincias Orientales y en las zonas del Plan Turquino.
- 35. Brindar especial atención, jerarquización y control a los recursos provenientes del financiamiento de la Reserva Estatal.
- 36. Estrechar las relaciones de coordinación y trabajo con los principales aseguradores: ENSUME, MEDICUBA, Servicios, Electromedicina y la Producción Nacional.

Del Nivel Provincial y Municipal

Las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud, a través de las Vicedirecciones de Asistencia Médica y Social son los responsables del Programa, siendo los Jefes de Departamentos Provinciales de Estomatología y los Asesores Municipales de Estomatología los ejecutores principales en estos niveles.

Funciones principales

- Normativas y metodológicas: adecuar a las características de su territorio las indicaciones nacionales y provinciales según corresponda.
- Planeación a partir de las indicaciones nacionales y provinciales según corresponda.
- Control continuo de la implementación del Programa y el cumplimiento de las indicaciones del Ministerio y de la Provincia en el caso de los municipios.
- Supervisión sistemática de los servicios y los procesos.
- Evaluación del Programa y los Planes a su competencia.
- Coordinación de los procesos de perfeccionamiento y formación de los recursos humanos.
- Coordinación intra e intersectorial.
- Coordinación de las Investigaciones territoriales, acorde a su situación de salud.
- Monitoreo y vigilancia de la salud bucal.
- Garantía de la calidad de la atención estomatológica y acreditación de los servicios.

Principales actividades del Nivel Provincial para desarrollar estas funciones

- Realizar Talleres Metodológicos mensuales con la participación de los Asesores Municipales, Directores de las instituciones más importantes, electromedicina, empresa de medicamentos, Decanos y Jefes de los Departamentos de Estomatología de las Facultades según corresponda, Jefes de Grupos y otros que se consideren, con énfasis en el sector educacional, organizaciones de masas y otros representantes de los departamentos de salud.
- 2. Supervisar, asesorar e inspeccionar los municipios y sus servicios, teniendo en cuenta las inspecciones de los niveles superiores y de otros sectores y organismos.
- 3. Continuar profundizando y reforzando el trabajo político ideológico con todos los trabajadores de las instituciones estomatológicas.
- 4. Controlar el cumplimiento de los planes de lucha contra el delito y la corrupción.
- 5. Ejecutar y controlar el proceso de acreditación de los servicios en su territorio.
- 6. Controlar la implementación del Programa de Mejora Continua de la Calidad y la satisfacción de la población y los trabajadores en las instituciones.
- 7. Incrementar la participación de los grupos asesores y comisiones provinciales en el trabajo de los departamentos y en las supervisiones y asesorías a los territorios.
- 8. Capacitar los recursos humanos, tanto en los aspectos gerenciales como clínicos.
- 9. Controlar la ejecución de investigaciones que den soluciones a los problemas identificados en el territorio y en las instituciones, garantizando la introducción y generalización de sus resultados, así como la evaluación de las tecnologías sanitarias existentes.
- Monitorear y controlar el cumplimiento de las indicaciones del Programa de Fluoración de la Sal de consumo humano.
- 11. Evaluar la ejecución del Análisis de la Situación de Salud en todos los municipios e instituciones y el proceso de dispensarización y pesquisaje, principalmente a través del chequeo integral a la familia cubana.
- 12. Controlar la extensión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a toda la provincia, evaluando su ejecución y utilización en el nivel municipal de conjunto con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud.
- 13. Controlar la ejecución de las Reuniones de Discusión de Fallecidos y por Cáncer Bucal y el Registro de Mortalidad.
- 14. Trabajar en el desarrollo del Movimiento de Municipios por la Salud y sus modalidades.
- 15. Lograr la proyección comunitaria de las especialidades estomatológicas acercando la atención curativa a la población.
- 16. Vincular la Estomatología al resto de los departamentos e instituciones de la provincia.
- 17. Controlar permanentemente todo lo relacionado con el abastecimiento técnico material, participando en todo el proceso de distribución hasta su llegada a los servicios.
- 18. Evaluar mensualmente el comportamiento de las normas de consumo a través de la correspondencia con el nivel de servicios propuesto, el realizado y el plan de abastecimiento.
- 19. Controlar la introducción continua de nuevas tecnologías y tratamientos de avanzada en los servicios, extendiendo las existentes.
- Controlar el cumplimiento de las indicaciones para el funcionamiento de la Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial.
- Estimular la movilización de recursos externos e internos hacia los servicios a través de acciones de proyectos.
- 22. Controlar el cumplimiento de las indicaciones del Programa de Atención Estomatológica Integral a la población y la aplicación del Modelo de Estomatología General Integral.
- 23. Controlar la ejecución de los planes de trabajo en las instituciones y su correspondencia con el Análisis de la Situación de Salud y las necesidades de la unidad.
- 24. Continuar el proceso de rehabilitación y mantenimiento de las instituciones dentro de los Programas de la Revolución y de conjunto con el gobierno del territorio.

- 25. Controlar y estimular el incremento continuo de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación realizadas en los servicios.
- 26. Controlar la ejecución por el Estomatólogo General Integral de todas las acciones incluidas en su perfil profesional.
- Controlar la implementación del Reglamento de Servicios Estomatológicos y el Modelo de Atención.
- 28. Controlar la aplicación del sistema de turnos en los servicios estomatológicos, con énfasis en la prótesis dental, así como la garantía en la continuidad de la atención de los pacientes.
- 29. Controlar la organización y ejecución de la atención de urgencia brindada en las instituciones del territorio.
- 30. Priorizar y controlar el desarrollo de la Atención Estomatológica en las zonas del Plan Turquino.
- 31. Brindar especial atención, jerarquización y control a los recursos provenientes del financiamiento de la Reserva Estatal, según corresponda.
- 32. Estrechar las relaciones de coordinación y trabajo con los principales aseguradores: ENSUME, Complejos de Servicios, Electromedicina y Empresas de Medicamentos.

Principales actividades del Nivel Municipal para desarrollar estas funciones

- Realizar Talleres Metodológicos mensuales con la participación de los Directores de las Clínicas y Jefes de Departamentos, electromedicina, Jefe de Medicamentos, Vicedirectores de Asistencia Médica y Docencia, Jefes de Grupos y otros que se consideren, con énfasis en el sector educacional, organizaciones de masas y otros representantes de los departamentos de la Dirección Municipal de Salud.
- 2. Supervisar, asesorar e inspeccionar los servicios, teniendo en cuenta el resultado de las inspecciones de los niveles superiores y otros.
- 3. Continuar profundizando y reforzando el trabajo político-ideológico con todos los trabajadores de las instituciones estomatológicas.
- 4. Controlar el cumplimiento de los planes de lucha contra el delito y la corrupción.
- 5. Ejecutar el proceso de acreditación de los servicios en su territorio.
- 6. Controlar la implementación del Programa de Mejora Continua de la Calidad y la satisfacción de la población y los trabajadores en las instituciones.
- 7. Incrementar la participación a los grupos asesores y comisiones municipales en el desarrollo de la atención y en las supervisiones y visitas a las instituciones.
- 8. Capacitar los recursos humanos, tanto en los aspectos de la dirección como clínicos.
- Controlar las Reuniones de Discusión de Fallecidos por Cáncer Bucal y analizar el comportamiento de la morbilidad de otras enfermedades bucales, así como la mortalidad dentaria.
- 10. Controlar la ejecución de investigaciones que den soluciones a los problemas identificados en el territorio y en las instituciones, garantizando la introducción y generalización de sus resultados, así como la evaluación de las tecnologías sanitarias existentes y el cumplimiento de la programación de actividades científicas de las unidades.
- 11. Controlar la introducción continua de nuevas tecnologías y tratamientos de avanzada en los servicios, extendiendo las existentes siempre que se disponga de ella.
- 12. Evaluar la ejecución del Análisis de la Situación de Salud en todas las instituciones y el proceso de dispensarización y pesquisaje activo, principalmente a través del chequeo integral a la familia cubana.
- 13. Controlar la extensión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a todas las Áreas de Salud, evaluando su ejecución y utilización de conjunto con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud.
- 14. Trabajar en el desarrollo del Movimiento de Municipios por la Salud y sus modalidades.
- 15. Lograr acercar las especialidades estomatológicas a la población.

- 16. Vincular la Estomatología al resto de los departamentos e instituciones del municipio.
- 17. Controlar permanentemente todo lo relacionado con el abastecimiento técnico material, participando en todo el proceso de distribución hasta que los recursos se encuentren en las unidades.
- 18. Evaluar semanalmente el comportamiento de las normas de consumo a través de la correspondencia con el nivel de servicios propuesto, el realizado y el plan de abastecimiento.
- Estimular la movilización de recursos externos e internos hacia los servicios a través de acciones de Proyectos.
- 20. Controlar el cumplimiento de las indicaciones del Programa de Atención Estomatológica Integral a la población y la aplicación del Modelo de Estomatología General Integral.
- 21. Controlar la ejecución del Plan de Trabajo en las instituciones y su correspondencia con el Análisis de la Situación de Salud y las necesidades de los servicios.
- Controlar y estimular el incremento continuo de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación realizadas en los servicios.
- Controlar la organización y ejecución de la atención de urgencia brindada en las instituciones del territorio.
- Priorizar y controlar el desarrollo de la Atención Estomatológica en las zonas del Plan Turquino.
- 25. Brindar especial atención, jerarquización y control a los recursos provenientes del financiamiento de la Reserva Estatal, según corresponda.
- 26. Estrechar las relaciones de coordinación y trabajo con los principales aseguradores: ENSUME, Complejos de Servicios, Electromedicina y Empresas de Medicamentos.

Del Área de Salud

El Área de Salud es el espacio territorial, con límites geográficos definidos, donde reside una población determinada, que recibe atención integral a la salud a través de un Policlínico. Es el espacio más importante dentro del Sistema de Salud, estando jerarquizada por el Policlínico. La atención estomatológica en algunas áreas será garantizada en otras instituciones como Clínicas Estomatológicas y Servicios Estomatológicos de Hospitales, por no disponer el Policlínico de este servicio. El responsable del servicio estomatológico que se determine según el caso, será el responsable y ejecutor del Programa.

Funciones principales

- Planeación a partir de las indicaciones municipales.
- Ejecución de las actividades expuestas en el Programa y en los Planes elaborados para su
 competencia, así como las indicaciones metodológicas de las instancias superiores y de
 gobierno, adecuándolas a las características de su centro y población.
- Brindar atención estomatológica, mediante acciones de promoción de salud y prevención, así como curativas cuando se disponga de los medios para ello.
- Control continuo de la implementación del Programa y el cumplimiento de las indicaciones
- Supervisión sistemática del servicio y los procesos de atención y organización, teniendo en cuenta los Protocolos de Atención de las Guías Prácticas Clínicas.
- Garantía de la calidad de la atención estomatológica y acreditación de los servicios.
- Evaluación del Programa y los Planes a su competencia.
- Coordinación de los procesos de perfeccionamiento y formación de los recursos humanos.
- Coordinación intra e intersectorial para la ejecución del modelo de atención con participación activa de la comunidad y otros sectores.
- Coordinación de las Investigaciones territoriales, acorde a su situación de salud.
- Monitoreo y vigilancia de la salud bucal, reportando la información a los niveles superiores.
- Análisis de la información del nivel de actividades y reporte a los niveles superiores.

Principales actividades del Área de Salud para desarrollar estas funciones

- Realizar mensualmente los Consejos de Dirección o Reuniones Departamentales, según corresponda, con la participación de los responsables de los servicios, Vicedirectores de Asistencia Médica y Docencia del Área de Salud, y otros que se consideren, con énfasis en el sector educacional, organizaciones de masas y otros representantes de los departamentos de la Dirección de Salud del área.
- 2. Supervisar e inspeccionar los servicios o departamentos de la institución y recibir los de los niveles superiores y tenerlos en cuenta.
- 3. Establecer de conjunto con el Director del Área de Salud la vinculación de los Estomatólogos a los Consultorios y realizar la presentación de estos.
- 4. Continuar profundizando y reforzando el trabajo político-ideológico con todos los trabajadores de las instituciones estomatológicas.
- 5. Cumplir los planes de lucha contra el delito y la corrupción.
- 6. Ejecutar y controlar el proceso de acreditación de los servicios de su área.
- 7. Implementar el Programa de Mejora Continua de la Calidad y la satisfacción de la población y los trabajadores en la institución.
- 8. Garantizar la capacitación de los recursos humanos, tanto en los aspectos gerenciales como clínicos.
- 9. Realizar mensualmente actividades científicas en las instituciones (Clínicas Epidemiológicas y Radiológicas) y el resto de las actividades científicas programadas, así como participar en otras organizadas por otras entidades.
- 10. Realizar las Reuniones de Discusión de Fallecidos por Cáncer Bucal y analizar el comportamiento de la morbilidad de otras enfermedades bucales, así como la mortalidad dentaria.
- 11. Garantizar y controlar la ejecución de investigaciones que den soluciones a los problemas identificados en su área, garantizando la introducción y generalización de sus resultados, así como la evaluación de las tecnologías sanitarias existentes.
- 12. Ejecutar y evaluar el Análisis de la Situación de Salud del área y sus Consultorios, así como el proceso de dispensarización y pesquisaje a través del chequeo integral a la familia cubana
- 13. Controlar la aplicación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica por todos los Estomatólogos, evaluando su ejecución y utilización de conjunto con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud.
- 14. Trabajar por lograr que en su área la actividad estomatológica sea incluida en el Movimiento de Municipios por la Salud y sus modalidades.
- 15. Garantizar que se acerquen las especialidades a la población.
- 16. Vincular la Estomatología al resto de los departamentos e instituciones del área de salud.
- 17. Controlar permanentemente todo lo relacionado con el abastecimiento técnico material, participando en todo el proceso de distribución hasta que el recurso esté siendo utilizado por los Estomatólogos; controlando la utilización de equipos, instrumental y materiales, teniendo en cuenta las indicaciones de electromedicina y las normas de consumo.
- 18. Evaluar diariamente el comportamiento de las normas de consumo a través de la correspondencia con el nivel de servicios propuesto, el realizado y el plan de abastecimiento.
- 19. Controlar los activos fijos tangibles y los fondos fijos de la institución.
- 20. Estimular la movilización de recursos externos e internos hacia su institución.
- 21. Cumplir y controlar las indicaciones del Programa de Atención Estomatológica Integral a la población y la aplicación del Modelo de Estomatología General Integral.
- 22. Controlar la ejecución del Plan Director en la institución y su correspondencia con el Análisis de la Situación de Salud y las necesidades de la unidad.

- Continuar el proceso de rehabilitación de las instituciones de conjunto con el gobierno del territorio.
- Ejecutar y controlar las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación realizadas en los servicios.
- Controla el cumplimiento de las indicaciones de los Comité Fármaco Terapéuticos en la prescripción de medicamentos.
- 26. Garantizar la atención de urgencia de forma continua en su institución y en los lugares que se destine a ello.
- 27. Ejecutar y controlar el cumplimiento del Reglamento Interno de la institución.

De los integrantes del Equipo de Salud Bucal

Del estomatólogo en la Atención Primaria

Incluye al Estomatólogo General Básico y al Especialista en Estomatología General Integral.

Funciones principales

- Atender todas las necesidades de la población asignada, responsabilizándose con su salud bucal y salud general de conjunto con el equipo de salud y como parte de este, con un enfoque integrador y mediante la utilización de las tecnologías de avanzada a su disposición y la medicina natural y tradicional.
- Garantizar la mejora continua del estado de salud bucal de su población y su grado de satisfacción con calidad y eficiencia, de acuerdo con las Guías Prácticas Clínicas y las Normas de Consumo establecidas.
- 3. Planificar con efectividad y eficiencia sus acciones para satisfacer las necesidades de su población, a partir del Análisis de la Situación de Salud realizado de conjunto con su equipo y con el Médico y Enfermera de la Familia.
- 4. Organizar su horario de trabajo y sus recursos en función de la atención de la población y la satisfacción de sus necesidades.
- 5. Planificar y supervisar las acciones curativas que realicen los Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica a los pacientes.
- Capacitar y desarrollar acciones docentes para la formación de los profesionales, técnicos y estudiantes que lo requieran.
- Reportar, según la metodología establecida, las actividades realizadas en la Hoja de Cargo, informando además aquellos casos comprendidos en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- 8. Cumplir todos los requisitos en el llenado de los Certificados Médicos.
- 9. Confeccionar a todos los pacientes asignados en su territorio la Historia Clínica, cumpliendo lo establecido para ello, así como la Historia Clínica Familiar.
- Utilizar siempre que se atienda un paciente la Historia Clínica Individual, incluso durante la atención de urgencia.
- 11. Participar en las Reuniones departamentales, científicas y otras realizadas en la institución.
- 12. Participar en las Reuniones de los Grupos Básicos de Trabajo con fines docentes y de análisis de los resultados del trabajo conjunto con el Médico de la Familia, del Análisis de la Situación de Salud, entre otros.
- 13. Analizar de conjunto con su equipo, con la Enfermera y el Médico de la Familia y con participación comunitaria los resultados de las intervenciones realizadas en la población.
- 14. Cumplir lo establecido en cuanto a la referencia y contrarreferencia, realizando interconsultas docentes o remitiendo a los especialistas de Ortodoncia, Prótesis, Cirugía y Periodoncia, y otras especialidades médicas, para garantizar la atención continua de los pacientes que lo requieran.
- 15. Trabajar sobre las personas en los propios servicios para disminuir y eliminar factores de riesgo presentes, asesorando a los Tecnólogos de la Salud y TAE en las acciones a ejecutar en la comunidad y sobre el entorno para crear escenarios saludables, a través de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

- Cumplir las normas de bioseguridad establecidas y los principios de la bioética médica revolucionaria.
- 17. Cumplir las indicaciones de Electromedicina en el cuidado y mantenimiento de sus equipos, responsabilizándose con los activos fijos tangibles y fondos fijos a él asignados.
- Tener en cuenta las indicaciones de los Comité Fármaco Terapéuticos en la prescripción de medicamentos.
- 19. Dispensarizar a la población según clasificación establecida en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población, de conjunto con su equipo las Enfermeras y los Médicos y de la Familia, priorizando dentro de la población la atención de embarazadas, madres con niños menores de un año, población infantil y adolescente hasta los 18 años, población geriátrica, población con discapacidad física y retraso mental, pacientes con lesiones pre o malignas en la cavidad bucal y con enfermedades crónicas que lo requieran.
- 20. Participar en la discusión de los fallecidos por Cáncer Bucal y otras enfermedades bucales, así como el comportamiento de la morbilidad por cáncer bucal y otras.
- 21. Ejecutar investigaciones epidemiológicas, de evaluación de tecnologías, de impacto, sociales, que trascienda e incremente el conocimiento y mejore la atención de la población.
- 22. Brindar la atención de urgencia de forma continua en su institución y en Servicios de Urgencia establecidos, de acuerdo a la organización implantada y cumplir lo establecido para esta en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población.
- 23. Cumplir lo establecido en el Reglamento Disciplinario de la Unidad.

En los procesos de atención curativa a los pacientes

- 1. Confeccionar a todos los pacientes la Historia Clínica, emitiendo el diagnóstico y estableciendo los tratamientos necesarios a ejecutar.
- 2. Indicar a los Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica, que integren su equipo, las acciones curativas a realizar a los pacientes, las que estarán previamente establecidas y que son fundamentalmente:
 - Preparaciones cavitarias y obturaciones a pacientes de 12 y más años de edad.
 - Tartrectomías de sarro supragingival.
 - · Analgesia Acupuntural.
 - Retirada de suturas.
 - Aplicación de sellantes de fosas y fisuras.
 - Aplicación de acupuntura, láser.
 - Otros tratamientos que indique el profesional relacionados con su preparación y formación.
- 3. Supervisar los procesos de atención realizados por los Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica.
- 4. Ejecutar las acciones curativas que requiera el paciente y que no son realizadas por su equipo y dar el alta a los pacientes.
- 5. Interconsultar a otros especialistas estomatológicos o médicos cuando sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de los pacientes.

Del Estomatólogo Especialista en la Atención Secundaria

Excepto el especialista de Estomatología General Integral, el cual pertenece a la atención primaria.

 Atender todas las necesidades de la población asignada, responsabilizándose con su salud bucal y salud general de conjunto con el Estomatólogo General, con un enfoque integrador y mediante la utilización de las tecnologías de avanzada a su disposición y la medicina natural y tradicional.

- Garantizar la mejora continua del estado de salud bucal de su población y su grado de satisfacción con calidad y eficiencia, de acuerdo a las Guías Prácticas Clínicas y las Normas de Consumo establecidas.
- 3. Planificar con efectividad y eficiencia sus acciones para satisfacer las necesidades de su población, a partir del Análisis de la Situación de Salud realizado por el Estomatólogo y con su participación como asesor y receptor de información.
- Organizar su horario de trabajo y sus recursos en función de la atención de la población y la satisfacción de sus necesidades, garantizando el cumplimiento del sistema de turnos.
- Reportar según la metodología establecida las actividades realizadas en la Hoja de Cargo, informando además aquellos casos comprendidos en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- 6. Cumplir todos los requisitos en el llenado de los Certificados Médicos.
- 7. Utilizar en todos los pacientes atendidos la Historia Clínica, cumpliendo lo establecido para ello, incluso durante la atención de urgencia.
- 8. Participar en las Reuniones departamentales, científicas y otras realizadas en la institución.
- 9. Cumplir lo establecido en cuanto a la referencia y contrarreferencia, realizando interconsultas docentes o remitiendo a otras especialidades estomatológicas de este u otro nivel (primario y terciario) y el Médico de la Familia, para garantizar la atención continua de los pacientes que lo requieran.
- 10. Integrar durante el proceso de interconsultas los equipos multidisciplinarios del segundo nivel de atención, con las especialidades que se requieran para la atención del paciente.
- 11. Indicar a los Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica, que integren su equipo, las acciones curativas a realizar a los pacientes, las que estarán previamente establecidas y que son fundamentalmente:
 - Tartrectomías de sarro supragingival.
 - Analgesia Acupuntural
 - Retirada de suturas.
 - Aplicación de acupuntura, láser.
 - Otros tratamientos que indique el profesional relacionados con su preparación y formación.
- Supervisar los procesos de atención realizados por los Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica.
- 13. Trabajar sobre las personas para disminuir y eliminar factores de riesgo presentes, a través de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades realizadas durante el proceso de atención a sus pacientes y durante las interconsultas con los Estomatólogos de la atención primaria.
- 14. Cumplir las normas de bioseguridad establecidas y los principios de la bioética.
- 15. Cumplir las indicaciones de Electromedicina en el cuidado y mantenimiento de sus equipos, responsabilizándose con los activos fijos tangibles, fondos fijos a él asignados.
- Tener en cuenta las indicaciones de los Comité Fármaco Terapéuticos en la prescripción de medicamentos.
- 17. Participar en la discusión de los fallecidos por Cáncer Bucal y otras enfermedades bucales, así como el comportamiento de la morbilidad por Cáncer Bucal y otras.
- 18. Ejecutar investigaciones epidemiológicas, de evaluación de tecnologías, de impacto, sociales, que trascienda e incremente el conocimiento y mejore la atención de la población.
- 19. Brindar la atención de urgencia de forma continua en su institución y en los servicios establecidos, de acuerdo con la organización implantada y cumplir lo establecido para ella en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población.
- 20. Cumplir lo establecido en el Reglamento Disciplinario de la Unidad.

Del Estomatólogo Especialista en la Atención Terciaria

Es aquella que se brinda por los equipos multidisciplinarios creados y acreditados para realizar esta atención en los Hospitales Clínico Quirúrgicos, Generales y Pediátricos, Provinciales y Nacionales; Instituto de Oncología, Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial y Facultades de Estomatología.

- 1. Atender todas las necesidades de la población asignada, responsabilizándose con su salud bucal, con un enfoque integrador y mediante la utilización de las tecnologías de avanzada a su disposición y la medicina natural y tradicional.
- Garantizar la mejora continua del estado de salud bucal de su población y su grado de satisfacción con calidad y eficiencia, de acuerdo a las Guías Prácticas Clínicas y las Normas de Consumo establecidas.
- 3. Planificar con efectividad y eficiencia sus acciones para satisfacer las necesidades de la población.
- 4. Organizar su horario de trabajo y sus recursos en función de la atención de la población y la satisfacción de sus necesidades.
- Reportar según la metodología establecida las actividades realizadas en la Hoja de Cargo, informando además aquellos casos comprendidos en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- 6. Indicar a los Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica, que integren su equipo, las acciones curativas a realizar a los pacientes, las que estarán previamente establecidas y que son fundamentalmente:
 - Tartrectomías de sarro supragingival.
 - Analgesia Acupuntural.
 - Retirada de suturas.
 - Aplicación de acupuntura, láser.
 - Otros tratamientos que indique el profesional relacionados con su preparación y formación.
- 7. Supervisar los procesos de atención realizados por los Tecnólogos de la Salud en Atención Estomatológica.
- 8. Cumplir todos los requisitos en el llenado de los Certificados Médicos.
- 9. Utilizar en todos los pacientes atendidos la Historia Clínica, cumpliendo lo establecido para ello.
- Participar en las Reuniones departamentales, científicas y otras realizadas en la institución.
- 11. Cumplir lo establecido en cuanto a la referencia y contrarreferencia, realizando interconsultas docentes o remitiendo a otras especialidades estomatológicas del mismo u otro nivel (primario y secundario) y especialidades médicas, para garantizar la atención continua de los pacientes que lo requieran.
- 12. Realizar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.
- 13. Cumplir las normas de bioseguridad establecidas y los principios de la bioética.
- 14. Cumplir las indicaciones de Electromedicina en el cuidado y mantenimiento de sus equipos, responsabilizándose con los activos fijos tangibles, fondos fijos a él asignados.
- Tener en cuenta las indicaciones de los Comité Fármaco Terapéuticos en la prescripción de medicamentos.
- 16. Ejecutar investigaciones epidemiológicas, de evaluación de tecnologías, de impacto, sociales, que trascienda e incremente el conocimiento y mejore la atención de la población.
- 17. Brindar la atención de urgencia de forma continua en su institución.
- 18. Cumplir lo establecido en el Reglamento Disciplinario de la Unidad.

Del Tecnólogo de la Salud en Atención Estomatológica

Funciones principales

- Atender las necesidades de la población asignada al Estomatólogo al cual se vincula, responsabilizándose con su salud bucal y salud general de conjunto con el equipo de salud y como parte de este, con un enfoque integrador y mediante la utilización de las tecnologías de avanzada a su disposición y la medicina natural y tradicional.
- 2. Planificar con efectividad y eficiencia sus acciones para satisfacer las necesidades de la población asignada al Estomatólogo al cual se vincula, a partir del Análisis de la Situación de Salud realizado de conjunto con su equipo, con la Enfermera y el Médico de la Familia
- 3. Capacitar y desarrollar acciones docentes para la formación de los técnicos y estudiantes que lo requieran.
- 4. Cumplir las indicaciones del Estomatólogo para la atención curativa de los pacientes asignados, de acuerdo a lo establecido para ello en las Guías Prácticas.
- 5. Utilizar siempre que se atienda un paciente la Historia Clínica Individual.
- Realizar todas las actividades indicadas por su perfil en los servicios estomatológicos, acorde con la organización que se establezca.
- 7. Participar en las Reuniones departamentales, científicas y otras realizadas en la institución.
- 8. Analizar de conjunto con el equipo al cual pertenece, con la Enfermera y el Médico de la Familia y con participación comunitaria los resultados de las intervenciones realizadas en la población.
- 9. Trabajar sobre las personas, la comunidad y el entorno para disminuir y/o eliminar factores de riesgo presentes, creando escenarios saludables, a través de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.
- Cumplir las normas de bioseguridad establecidas y los principios de la bioética médica revolucionaria.
- Cumplir las indicaciones de Electromedicina en el cuidado y mantenimiento del equipamiento, responsabilizándose con los activos fijos tangibles y fondos fijos a él asignados.
- 12. Participar en el seguimiento a la población dispensarizada según clasificación establecida en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población, de conjunto con su equipo y los Médicos y Enfermeras de la Familia, priorizando dentro de la población la atención de embarazadas, madres con niños menores de un año, población infantil y adolescente hasta los 18 años, población geriátrica, población con discapacidad física y retraso mental, pacientes con lesiones pre o malignas en la cavidad bucal y con enfermedades crónicas que lo requieran.
- 13. Participar en la discusión de los fallecidos por Cáncer Bucal y otras enfermedades bucales, así como el comportamiento de la morbilidad por Cáncer Bucal y otras.
- 14. Ejecutar investigaciones epidemiológicas, de evaluación de tecnologías, de impacto, sociales, que trascienda e incremente el conocimiento y mejore la atención de la población.
- 15. Cumplir lo establecido en el Reglamento Disciplinario de la Unidad.

En la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en la comunidad

Las principales acciones a realizar por el Tecnólogo de la Salud en Atención Estomatológica, en los hogares, instituciones infantiles, centros de trabajo, hogares de anciano, hogares de impedidos físicos y mentales, y otras instituciones, para fomentar la salud y prevenir las enfermedades bucodentales, son:

 Integración al equipo de salud conformado por el Médico de la Familia, la Enfermera, el Estomatólogo, Tecnólogo y Técnicos, en la ejecución del Análisis de la Situación de Salud, y como parte de él, en la intervención en la comunidad, participando en el

- seguimiento de la población dispensarizada, por Grupos o patologías, sus factores de riesgo, ejecutando así adecuadamente el trabajo de promoción y prevención.
- Brindar educación para la salud de forma individual a las personas, a las familias y a los grupos, durante cada una de sus visitas, atendiendo a las problemáticas individuales y colectivas.
- 3. Verificar las condiciones para la realización de la higiene bucal.
- 4. Aplicar las actividades con los adolescentes como grupo de mayor riesgo y con el adulto mayor según lo establecido en los Programas de Promoción de Salud Bucal, Adolescentes y Adulto Mayor respectivamente.
- 5. Participar y desarrollar los movimientos de Municipios Saludables y sus modalidades.
- 6. Utilizar las técnicas afectivo participativas, la creatividad y otros medios de educación, comunicación e información, en el proceso de promoción de salud, sustentado en la participación comunitaria, la intersectorialidad y el Análisis de la Situación de Salud.
- 7. Cumplir lo establecido en las guías prácticas clínicas.
- 8. Trabajar sobre los factores de riesgo identificados en el Análisis de la Situación de Salud, tanto en los individuos, como en la familia, la comunidad y el entorno.
- 9. Aplicar laca-flúor, según las orientaciones metodológicas.
- 10. Aplicar enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0,2 %, según las orientaciones metodológicas establecidas.
- 11. Realizar diagnóstico y control de placa dento-bacteriana al 100 % de la población escolar en las propias instituciones escolares.
- 12. Desarrollar actividades de prevención de hábitos deformantes, higiénicos y nutricionales incorrectos en la población, tanto en los hogares como en las instituciones infantiles, centros sociales y laborales y la propia comunidad.
- 13. Enseñar a la población adulta el método del autoexamen bucal para la detección de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas del complejo bucal y otras afecciones estomatológicas, teniendo en cuenta lo establecido en el Subprograma de Detección Precoz del Cáncer Bucal.
- 14. Brindar seguimiento y control por el área de salud a la totalidad de los pacientes con retraso mental atendidos en los servicios hospitalarios.
- 15. Detectar y eliminar hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal, como el tabaquismo, alcoholismo, la ingestión de alimentos excesivamente calientes y otros
- 16. Dar seguimiento de conjunto con el Estomatólogo y el médico de familia, a todos los pacientes remitidos por el Subprograma de Cáncer Bucal hasta su total recuperación o fallecimiento.
- 17. Participación activa en las actividades convocadas por las organizaciones de la comunidad, tales como Audiencias Sanitarias y Asambleas de Rendición de Cuentas.
- 18. Desarrollar las Consejerías de Salud Bucal para la ejecución de Promoción de Salud dentro y fuera de las instituciones, con participación de todos los trabajadores de las mismas y la propia comunidad.
- 19. Desarrollar JUVEDENTI para la atención de los adolescentes, apropiándose de las posibilidades y potencialidades de las comunidades y dando respuesta a las necesidades de estos grupos.

En los procesos de atención curativa a los pacientes

- 1. Ejecutar los tratamientos indicados por el Estomatólogo al cual se vincula y que están reflejados en la Historia Clínica, y que son fundamentalmente:
 - Preparaciones cavitarias y obturaciones a pacientes de 12 y más años de edad.
 - Tartrectomías de sarro supragingival.
 - Analgesia Acupuntural.
 - · Retirada de suturas.

- Aplicación de sellantes de fosas y fisuras.
- Aplicación de acupuntura, laser.
- Otros tratamientos que indique el profesional relacionados con su preparación y formación
- Interconsultar con el Estomatólogo cuando sea necesario para el tratamiento de los pacientes.

Del Técnico de Atención Estomatológica (TAE)

Funciones principales

- Cumplir con todas las funciones establecidas en su perfil y de acuerdo a la organización del servicio en el que trabaja.
- 2. Atender al Estomatólogo al cual se vincula, como parte del equipo de salud.
- 3. Planificar con efectividad y eficiencia sus acciones para satisfacer las necesidades de la población asignada al Estomatólogo al cual se vincula, a partir del Análisis de la Situación de Salud realizado de conjunto con su equipo y con la Enfermera y el Médico de la Familia.
- 4. Capacitar y desarrollar acciones docentes para la formación de los técnicos y estudiantes que lo requieran.
- Realizar todas las actividades indicadas por su perfil en los servicios estomatológicos, acorde a la organización que se establezca.
- 6. Participar en las Reuniones departamentales, científicas y otras realizadas en la institución.
- 7. Analizar de conjunto con el equipo al cual pertenece y con la Enfermera y el Médico de la amilia y con participación comunitaria los resultados de las intervenciones realizadas en la población.
- 8. Trabajar sobre las personas, la comunidad y el entorno para disminuir y/o eliminar factores de riesgo presentes, creando escenarios saludables, a través de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.
- Cumplir las normas de bioseguridad establecidas y los principios de la bioética médica revolucionaria.
- 10. Cumplir las indicaciones de Electromedicina en el cuidado y mantenimiento del equipamiento, responsabilizándose con los activos fijos tangibles y fondos fijos a él asignados.
- 11. Participar en el seguimiento a la población dispensarizada según clasificación establecida en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población, de conjunto con su equipo y las Enfermeras y los Médicos de la Familia, priorizando dentro de la población la atención de embarazadas, madres con niños menores de un año, población infantil y adolescente hasta los 18 años, población geriátrica, población con discapacidad física y retraso mental, pacientes con lesiones pre o malignas en la cavidad bucal y con enfermedades crónicas que lo requieran.
- 12. Ejecutar investigaciones que incrementen el conocimiento y mejore la atención de la población.
- 13. Cumplir lo establecido en el Reglamento Disciplinario de la Unidad.

En la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en la comunidad

Las principales acciones a realizar por la TAE, en los hogares, instituciones infantiles, centros de trabajo, hogares de anciano, hogares de impedidos físicos y mentales, y otras instituciones, para fomentar la salud y prevenir las enfermedades bucodentales, son:

 Integración al equipo de salud conformado por el Médico de la Familia, la Enfermera, el Estomatólogo, Tecnólogo y Técnicos, en la ejecución del Análisis de la Situación de Salud, y como parte de él, en la intervención en la comunidad, participando en el seguimiento de la población dispensarizada, por Grupos o patologías, sus factores de riesgo, ejecutando así adecuadamente el trabajo de promoción y prevención.

- 2. Brindar educación para la salud de forma individual a las personas, a las familias y a los grupos, durante cada una de sus visitas, atendiendo a las problemáticas individuales y colectivas.
- 3. Verificar las condiciones para la realización higiene bucal.
- Aplicar las actividades con los adolescentes como grupo de mayor riesgo y con el adulto mayor según lo establecido en los Programas de Promoción de Salud Bucal, Adolescentes y Adulto Mayor respectivamente.
- 5. Participar en los movimientos de Municipios Saludables y sus modalidades.
 - 6. Cumplir lo establecido en las guías prácticas clínicas.
 - 7. Aplicar laca-flúor, según las orientaciones metodológicas.
 - 8. Aplicar enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0,2 %, según las orientaciones metodológicas establecidas.
- 9. Realizar diagnóstico y control de placa dento-bacteriana al 100 % de la población escolar en las propias instituciones escolares.
- 10. Desarrollar actividades de prevención de hábitos deformantes, higiénicos y nutricionales incorrectos en la población, tanto en los hogares como en las instituciones infantiles, centros sociales y laborales y la propia comunidad.
- 11. Enseñar a la población adulta el método del autoexamen bucal para la detección de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas del complejo bucal y otras afecciones estomatológicas, teniendo en cuenta lo establecido en el Subprograma de Detección Precoz del Cáncer Bucal.
- 12. Brindar seguimiento y control por el área de salud a la totalidad de los pacientes con retraso mental atendidos en los servicios hospitalarios.
- 13. Trabajar en la eliminación de hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal, como el tabaquismo, alcoholismo, la ingestión de alimentos excesivamente calientes y otros.
- 14. Dar seguimiento de conjunto con el Estomatólogo y el médico de familia, a todos los pacientes remitidos por el Subprograma de Cáncer Bucal hasta su total recuperación o fallecimiento.
- 15. Participación activa en las actividades convocadas por las organizaciones de la comunidad, tales como Audiencias Sanitarias y Asambleas de Rendición de Cuentas.
- 16. Desarrollar las Consejerías de Salud Bucal para la ejecución de Promoción de Salud dentro y fuera de las instituciones, con participación de todos los trabajadores de las mismas y la propia comunidad.
- 17. Desarrollar JUVEDENTI para la atención de los adolescentes, apropiándose de las posibilidades y potencialidades de las comunidades y dando respuesta a las necesidades de estos grupos.
- 18. Ejecutar los tratamientos con aplicación de acupuntura y laser indicados por el Estomatólogo al cual se vincula y que están reflejados en la Historia Clínica.

Evaluación y control

De los servicios

Anualmente se realizarán evaluaciones finales a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, tomando en cuenta las metas y objetivos propuestos, lo cual permitirá realizar los ajustes correspondientes para la siguiente etapa.

Las evaluaciones se efectuarán a través de los informes estadísticos de las actividades realizadas, los resultados de los Análisis de la Situación de Salud, la aplicación de los Programas de Calidad, así como por las consideraciones de las visitas recibidas en el período y otras evaluaciones sectoriales y extrasectoriales.

Las evaluaciones pueden ser Internas y Externas, entendiéndose por esta última aquella realizada por personal ajeno a la unidad objeto de evaluación; Retrospectivas (análisis del proceso después de ocurrido) y Concurrentes (análisis del proceso en el momento que está

ocurriendo). Los métodos utilizados para la realización de la evaluación son diversos y entre ellos se encuentra la observación, el análisis, la entrevista, la comparación, la revisión documental, la discusión.

El éxito del programa consiste en alcanzar el 100 % de los objetivos propuestos, lo cual será controlado y evaluado por los especialistas e integrantes de grupos y comisiones a los diferentes niveles con la periodicidad que más adelante se enuncia.

Unidad. Las Direcciones de las instituciones del Sistema Nacional de Salud con atención estomatológica, supervisarán el comportamiento del programa, en cada uno de los servicios, de forma permanente.

Área de Salud. Las Direcciones de las instituciones con atención estomatológica, supervisarán el cumplimiento de las indicaciones de este programa de forma permanente.

Municipio. Las Direcciones Municipales de Salud, a través de sus Asesores de Estomatología, supervisarán el cumplimiento de las indicaciones de este programa en cada uno de los servicios, de forma mensual. Los indicadores referentes al Estado de Salud se evaluarán a este nivel cada dos años, conociendo que su variación en períodos inferiores es mínima.

Provincia. Las Direcciones Provinciales de Salud realizarán la evaluación con carácter mensual y trimestral teniendo en cuenta los aspectos antes señalados y los resultados de su Estado de Salud y las proyecciones establecidas en cada caso.

Los indicadores referentes al estado de salud se evaluarán a este nivel cada cinco años, conociendo que su variación en períodos inferiores es poca.

Nación. La Dirección Nacional de Estomatología del Nivel Central ejecutará inspecciones territoriales con sistematicidad, donde se evaluará el cumplimiento de las acciones y actividades contenidas en este programa en todo el territorio nacional. Semestralmente se evaluarán las provincias atendiendo a los indicadores contenidos en la Emulación por la Sede del 26 de Julio. Mensualmente se evaluarán indicadores seleccionados elaborados con la información recibida por el parte telefónico.

Las evaluaciones se efectuarán a través de los informes estadísticos de las actividades realizadas, los resultados de los Análisis de la Situación de Salud, la aplicación de los Programas de Atención Estomatológica Integral a la Población y el de Calidad y Satisfacción, así como por las consideraciones de las visitas efectuadas por la Dirección y los Grupos y Comisiones Asesoras y otras evaluaciones sectoriales y extrasectoriales.

Los indicadores referentes al Estado de Salud se evaluarán a este nivel cada cinco años, conociendo que su variación en períodos inferiores es poca.

De los Estomatólogos y los Tecnólogos y Técnicos

Se realizará teniendo en cuenta:

- Cumplimiento de la disciplina laboral, con énfasis en el aprovechamiento de la jornada laboral. Periodicidad: Mensual.
- La satisfacción de la población: conocidos a través de Encuestas, opiniones de las organizaciones de masa y miembros de la comunidad. Periodicidad: Mensual.
- Cumplimiento de las indicaciones del Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población. Periodicidad: Mensual.
- La calidad de tratamientos en los procesos de atención según el CACSE y las guías prácticas clínicas. Periodicidad: Mensual.
- La vinculación con el médico de familia y resto de los especialistas. Periodicidad: Mensual
- Los cambios observados en el estado de salud bucal de su población, conocidos a través del análisis de la situación de salud y las modificaciones que se realicen en la clasificación epidemiológica de su población, obteniéndose la información mediante el pesquisaje realizado por el chequeo integral a la familia cubana. Periodicidad: Cada dos años.

Esquema organizativo del modelo de atención. Resumen

El Estomatólogo forma parte del Grupo Básico de Trabajo.

Los Tecnólogos o los Técnicos de Atención Estomatológica, integran los Equipos Básicos de Salud.

Equipo de Salud Bucal (ESB)

- · Estomatólogo.
- Varios Tecnólogos de Salud en Atención Estomatológica.
- Varios Técnicos de Atención Estomatológica.



Organización del Trabajo en un Servicio

Se realizará de acuerdo con las necesidades de la población y a los recursos humanos y materiales disponibles, expresados en:

- Cantidad de Estomatólogos Generales o especialistas en EGI.
- Cantidad de Tecnólogos de la Salud.
- · Cantidad de TAE.
- · Cantidad de Conjuntos Dentales.
- Horario de trabajo necesario en el Servicio, acorde a las necesidades de la población.
- Además se tendrán en cuenta el número de estudiantes de pregrado, tanto de Estomatología como de la Licenciatura.

El Estomatólogo se vinculará con varios Tecnólogos y TAE para la ejecución de las acciones curativas

Los Tecnólogos realizarán las acciones curativas indicadas por el Estomatólogo y bajo su supervisión, los días y en los horarios que se establezcan en cada servicio.

En el resto de los horarios los Licenciados realizarán el resto de las actividades establecidas en su perfil ocupacional, tales como:

- Apoyo al Estomatólogo, tanto general como de las diferentes especialidades, en la atención a los pacientes.
- Preparación de materiales.
- Esterilización del instrumental.
- · Rayos X.
- Limpieza y preparación del equipamiento.
- Actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, tanto en el propio servicio como en la comunidad.
- · Capacitación.
- · Investigaciones.
- · Otras.

ANEXO I

Manual de Organización y Procedimientos para los Servicios Estomatológicos

ANEXO 1

Análisis de la Situación de Salud en las Comunidades. Componente Bucal. Una Guía para su ejecución

Dra. Maritza de la Caridad Sosa Rosales Dra. María de la Caridad Barciela González Longoria Dr. Armando Mojáiber de la Peña

Introducción

En nuestro país se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud y constituye un reto consolidar avances, vencer amenazas, superar debilidades e innovar estrategias para alcanzar un desarrollo integral que fomente una vida saludable.

El fomento de la salud es visto como el proceso social que se orienta hacia una mejoría de la calidad de vida y consecuentemente de la salud, que implica elevar el bienestar, la autosuficiencia de los individuos, familias, organizaciones y comunidades, a reducir los riesgos y tratar enfermedades.

El fomento de la salud bucal en nuestra concepción debe dirigirse hacia dos vertientes fundamentalmente: una dirigida a controlar los factores determinantes y otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerle protección individual.

Desde hace más de tres décadas en el país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad, el incremento del nivel educacional las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyéndose en un reto de la Estomatología su extensión y logro.

Para ello se hace necesario que en primer lugar los Estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar los enfermos sino fomentar la salud de las personas, lo que aunque está dentro de los programas curriculares no es comprendido ni ejecutado cabalmente; que los individuos se sientan responsables de su salud y por último que se creen en las comunidades ambientes saludables que promuevan la salud bucodental.

¿Quién tiene la responsabilidad de la Salud Bucodental?: El individuo, los profesionales y las comunidades



"La salud bucodental es imprescindible para la salud total"

Es nuestro objetivo exponer de forma resumida en este documento los aspectos más importantes que debe conocer y ejecutar los decisores y Estomatólogos en toda la Red de Servicios Estomatológicos, para lograr identificar el Estado de Salud de las poblaciones e intervenir sobre ellas y obtener incremento en sus niveles y grado de satisfacción.

Análisis de la situación de salud

El Análisis de la Situación de Salud es tema imprescindible en la formación de los Estomatólogos y otros profesionales de la salud que tiene a su cargo la salud de un grupo de población y requiere de un instrumento para la identificación y solución de problemas y que debe utilizar parcial o total el personal encargado de mejorar el Estado de Salud de la Población pertenezca o no al sector salud.

El Estado de Salud de la Población es una categoría multicausal, multisectorial e interdisciplinaria que abarca una serie de situaciones afines al proceso histórico que vive el país. Este y los factores que lo condicionan y determinan son factibles de conocer a través de los sistemas estadísticos establecidos, de las Encuestas realizadas en las poblaciones, de investigaciones y por monitoreo del comportamiento de enfermedades, factores de riesgo o manifestaciones. Todo lo cual, en su conjunto constituye el Sistema de Vigilancia de la Salud Oral, incluyendo, los planes de acción para su fomento y mejoramiento sobre la base de la participación popular.

Los fenómenos de salud especialmente considerados desde una perspectiva poblacional, resultan de la más alta complejidad porque en ellos operan e interactúan de manera simultánea, variables correspondientes a distintos órdenes de la realidad, desde los procesos biológicos hasta las complejas estructuras de la cultura y las relaciones sociales.

Para mejorar la calidad de vida y la salud de la comunidad se requiere fomentar en las personas la capacidad de actuar por su propia salud y lograr la concertación de todas las voluntades y recursos, políticos, institucionales, comunitarios y personales en el proceso.

Los gobiernos locales como representantes de la comunidad están en la mejor posición para involucrar a políticos y administradores de otros sectores, de la misma comunidad y liderar proyectos conjuntos con el municipio de salud, partiendo de que la salud es un producto social determinado por la Formación Económico Social en que se desarrolla y es resultado de la gestión colectiva de la sociedad

Antecedentes

El análisis de la situación de salud no es una metodología nueva, su uso ha transitado por diferentes etapas de acuerdo a momentos históricos concretos y al nivel de desarrollo de la Salud Pública en diferentes países.

El concepto de "diagnóstico de salud" aparece en la literatura científica en la década del 50 para referirse al estudio del nivel de salud de una comunidad. La Organización Mundial de la Salud, en 1957, dio a conocer un informe de un estudio sobre la medición del nivel de salud, recomendando el uso de determinados indicadores sanitarios para la comparación entre países. En España su uso comenzó en la década del 70.

Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar de Canadá en 1974 hizo un diagnóstico de la situación de salud de su país, valorando que la principal deficiencia se encontraba en la prevención, haciendo público el documento "Una Nueva Perspectiva de Salud de los Canadienses", con lo cual inició una nueva fase en la evolución de la salud pública en su nación. Este informe recoge el concepto campo de salud, subdividiendo la salud en cuatro determinantes generales para su análisis: Biología Humana; Medio Ambiente; Estilo de Vida; y Organización de los Servicios de Salud.

En Cuba, el análisis de la situación de salud ha tenido una secuencia histórica desde las Actas Capitulares (1520), El Diagnóstico de Salud del Sector (1974) en la medicina comunitaria hasta el diagnóstico de salud con la implantación del Médico de la Familia. En estos momentos

se utiliza el término de Análisis de la Situación de Salud, ya que no solo identifica los problemas de salud sino que va más allá, al establecimiento de prioridades y la adopción del Plan de Intervención.

Esta secuencia histórica está dada por la evolución de la definición de salud y su nivel de análisis.

Solo a través del "Análisis de la Situación de Salud" es que logramos lo anterior, entendiéndose este como "un proceso mediante el cual los servicios de salud junto con la comunidad realiza una descripción y la explicación del perfil socio epidemiológico de un área determinada, del comportamiento del proceso salud-enfermedad y las interrelaciones con el ambiente y entre ellos. Es un diálogo comunidad-sector salud que permite una correcta visión integral de la situación de salud, estableciendo a partir de ella y de forma conjunta planes de acción para su modificación positiva".

Algunas definiciones de Análisis de la Situación de Salud

- Es un instrumento científico metodológico útil, para identificar, priorizar y solucionar problemas de salud comunitarios.
- Es un proceso mediante el cual los servicios de salud junto a la comunidad realiza una descripción y explicación del perfil socio epidemiológico de un área determinada, del comportamiento del proceso salud-enfermedad y las interrelaciones del ambiente y entre ellos.
- Es un diálogo comunidad-sector salud que permite una correcta visión integral de la situación de salud, estableciendo a partir de ella y de forma conjunta planes de acción para su modificación positiva.
- Representa el momento explicativo del enfoque estratégico de la planificación. Incluye un conjunto de procederes y técnicas.
- Básicamente consiste en una descripción detallada de la propia comunidad y del estado de salud de sus habitantes, así como de los factores responsables de dicho estado de salud, de las características de las prestaciones sanitarias que recibe la población y de los problemas y necesidades sentidos por esta.
- Procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis, permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos competencias del sector salud o de otros sectores.

En resumen, es un proceso en que se diagnostican problemas y se explican las causas que los producen conjuntamente con otros sectores y la comunidad, para darle solución a través de estrategias de intervención y programas apropiados.

El análisis de la situación de salud centra su objetivo en el estudio de la comunidad, teniendo en cuenta los tres niveles de acción: el individuo, la población y el ambiente.

Este análisis se realiza en el ambiente de los servicios, la escuela, trabajo, hogar y comunidad y comprende la naturaleza legal, reguladora, educativa y asistencial así como el estudio de la intensidad y periodicidad de la ejecución.

El análisis de la situación de salud de la comunidad identifica los problemas de salud, establece prioridades para adoptar un plan de intervención con medidas específicas y a plazos determinados que permitan mejorar el estado de salud de la comunidad.

Propósitos

- Definición de necesidades o problemas, establecimiento de prioridades y políticas de salud, así como su evaluación.
- 2. Formulación de estrategias de intervención y su evaluación.
- 3. Construcción de escenarios.

Momentos para la ejecución del Análisis de la Situación de Salud

Existen variaciones según autores e investigadores en cuanto a lo que se define como etapas o momentos del ASS. Como *momentos* importantes en esta definición y que regularizan las etapas a seguir en la ejecución del Análisis de la Situación de Salud, tenemos:

- I. Asignación de la Población.
- II. Identificación de las necesidades y problemas de la población.
- III. Determinación de prioridades.
- IV. Elaboración del Plan de Acción.
- V. Ejecución del Plan.
- VI. Evaluación de los procesos e impactos.

A continuación explicaremos cada uno de estos momentos para su comprensión:

- I. Asignación de la Población. El primer paso es delimitar la población que va a ser objeto del proceso para proceder a su caracterización. Es en este momento en el cual se define la población con la que se trabajará y de la que realizaremos el análisis de la situación de salud.
 - Población perteneciente a varios Consultorios (Tipo I, II o Reforzados) generalmente agrupados en un Grupo Básico de Trabajo, y que es atendida por un Estomatólogo y varios tecnólogos o técnicos. Se incluye también a aquellos vinculados a un Centro de Trabajo, Círculo Infantil, Escuela, Hogar de Ancianos.
 - Población perteneciente a toda un Área de Salud, Municipio, Provincia o Nación.

II. Identificación de las necesidades y problemas de la población. Es un momento muy importante en la ejecución del Análisis de la Situación de Salud y la forma en que se abordará está estrechamente vinculada al momento anterior pues condicionará las vías para la obtención de la información necesaria. Es lo que se conoce como Diagnóstico de Salud, pues al buscar y organizar información que nos permita una definición detallada y completa de los problemas y condiciones de salud de una comunidad, estamos realizando una evaluación de tipo diagnóstico. Esto debe abarcar además los aspectos educativos (nivel de conocimientos) y de comportamiento (actitudes, hábitos) y creencias de la población.

A partir del análisis de esta situación, se deben extraer los *problemas de salud* sobre los cuales se deberá intervenir.

Por problemas de salud, entenderemos la *brecha existente* entre lo que un determinado actor social espera encontrar y lo que en realidad existe.

Algunas clasificaciones de problemas son:

que tienen una probabilidad de ocurrencia en el futuro.

- Problemas actuales y potenciales: un problema se considera actual cuando la discrepancia entre lo que desea el actor y lo que existe se manifiesta en el momento del análisis (ES vs DEBE-SER). Cuando la discrepancia surge al evaluar la evolución de determinado hecho en el tiempo, entonces nos encontraremos ante un problema potencial (ES vs PUEDE SER). Un problema actual pudiera ser el deterioro de las condiciones higiénicas (por falta de Cepillos Dentales) en un momento dado, y el incremento de caries y gingivitis que se puede producir en el futuro, un problema potencial.
 Resulta de suma utilidad la evaluación de los problemas potenciales, si queremos que nuestras intervenciones cubran también las necesidades de la Promoción y la Prevención de los problemas de salud, además de permitirnos una mejor preparación para situaciones
- Problemas terminales e intermedios: el problema terminal es aquel que se pone de manifiesto al actor que analiza la situación. El problema intermedio, es aquel que se encuentra inmerso en la cadena explicativa de un problema terminal. Un mismo problema puede ser terminal y a la vez intermedio para otro problema. La enfermedad periodontal, es un problema terminal que puede tener varias causas y explicaciones y, a la vez, un problema intermedio para la mortalidad dentaria.

La información se obtendrá de:

- Diálogo con la comunidad y sus representantes (informantes claves, líderes formales).
- Historias Clínicas Familiares e Individuales que se tienen en los Registros de las Unidades.
- Chequeo integral de la familia cubana.
- Encuesta a una muestra de la población que permita conocer situación de salud bucal y
 educativa, entre otros elementos, según los procedimientos referidos en este Anexo.
- Información estadística y otras disponibles en el sector u otros sectores de la región en estudio.

En resumen, las fuentes de información para realizar el Análisis de la Situación de Salud son:

- Fuentes de información primarias: Recogida directamente de la población a través de entrevistas. Encuestas, etcétera.
- Fuentes de información secundarias: Revisión documental, historias clínicas, registros, actas de reuniones, etcétera.

Es importante recordar que siempre se debe oír los criterios de la población acerca de cuáles son sus necesidades y desarrollar el rol de liderazgo del profesional de la salud que permita demostrarle a la población cuáles son sus principales problemas de salud bucal, es decir inducir a las poblaciones a sentir como *sus necesidades* los aspectos relacionados con su Estado de Salud Bucal, lo cual en muchas ocasiones no sucede por desconocer la misma su propia situación, ejemplo: una comunidad que tiene un índice CPO – D a los 12 años de 3.5, puede pensar que está bien y por tanto no identificarlo como problema y entonces no buscar vías para su disminución. Pero si le explican lo que representa, el índice que tiene el país, la Provincia y tal vez otros lugares cercanos, sientan entonces la necesidad y cooperen en la solución.

El Análisis de la Situación de Salud en las Áreas y Municipios seguirá la Metodología antes expuesta, siendo en cada caso diferente la fuente de información. Para las provincias y nación ya existe una Metodología implementada, similar a las expuestas en este Documento.

En todas las modalidades y niveles se pueden complementar las informaciones disponibles con los resultados de investigaciones realizadas en estos lugares o en otros similares ya sean de tipo descriptivo, observacional o de intervención; por los mismos actores u otros; así como por sistemas de monitoreos establecidos sobre algunas enfermedades, factores de riesgo o manifestaciones de ellos.

En esta fase se realizará:

Caracterización de la población

- 1. Delimitación geográfica.
- 2. Organización político administrativa.
- 3. Tipo de comunidad: urbana, rural; etcétera.
- 4. Principales entidades económicas y sociales, centros laborales, educacionales, etcétera.
- Características demográficas: estructura de la población por edad y sexo, (pirámide poblacional) fecundidad, natalidad, migraciones.
- Grupos más vulnerables: embarazadas, madres con niños menores de un año, discapacitados físicos y mentales, población menor de 19 años, adulto mayor, personas con enfermedades crónicas, personas con VIH, otros grupos

Descripción de la situación salud enfermedad por determinantes

- 1. Modo y estilos de vida
 - Nivel de ingreso: satisfacción de necesidades básicas
 - Hacinamiento
 - Ocupación
 - · Escolaridad

- · Alimentación. Hábitos alimentarios. Dieta cariogénica
- Hábitos nocivos: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción
- Sedentarismo
- · Obesidad
- · Cultura sanitaria
- · Otros hábitos
- · Funcionamiento familiar
- Actitud de la familia ante la salud y la enfermedad
- Desempleo
- Organizaciones comunitarias
- Violencia
- · Personas solas o abandonadas
- · Mendicidad
- Grupos de apovo social
- Respeto a las minorías
- · Instalaciones deportivas
- 2. Biología humana
 - Edad
 - Sexo
 - Enfermedades hereditarias
 - Predisposición a enfermedades
 - Problemas congénitos
 - Índices antropométricos
- 3. Medio ambiente
 - · Condiciones climáticas
 - · Suministro de agua
 - Disposición de residuales líquidos y sólidos
 - · Contaminación atmosférica, suelos, agua
 - Condiciones higiénico sanitarias del entorno
 - · Condiciones urbanísticas
 - · Condiciones de la vivienda
 - Presencia de animales domésticos
 - Presencia de vectores
 - Higiene y seguridad del medio laboral
 - · Higiene y seguridad del medio escolar
 - · Seguridad vial
 - Industrias peligrosas
 - Otras que se consideren
- 4. Organización de los servicios de salud
 - Accesibilidad económica, jurídica, geográfica. Legislación sanitaria
 - Instituciones de salud del área y su interrelación con los servicios estomatológicos
 - · Servicios de atención primaria
 - Servicios de atención especializada
 - Cobertura de la atención estomatológica

Técnicas para la identificación de problemas

Para la identificación de problemas de salud se utilizan diferentes métodos, los más manejados tradicionalmente son los métodos cuantitativos que consisten en recoger información de fuentes secundarias como documentos, registros estadísticos, etc. y calcular indicadores que miden el nivel de salud de las poblaciones. Estos métodos tienen un inconveniente, a pesar de atribuírsele rigor científico, y es que no recogen las necesidades sentidas de la población. Por lo que se recomienda, para realizar el ASS, usar el método de indicadores y

además aplicar otros métodos y técnicas cualitativas que recojan la opinión de las personas conocedoras del tema en cuestión.

Los métodos cualitativos no solo sirven para identificar necesidades y problemas sino también para establecer prioridades, proyectar objetivos o cualquier otra etapa del proceso de planificación.

 Método de Indicadores: Antes de explicar este método es pertinente precisar que un indicador se construye, es un elemento de medición y su diversidad depende de la unidad de estudio, lo que no ofrece restricción para que se hagan propuestas de nuevos indicadores tratando no solo que estén presente los habituales, sino también los que expresen el bienestar de la comunidad.

Generalmente en el sector salud, el método de identificación de problemas más usado en el análisis de la situación de salud es el de indicadores.

Este método, permite que se detecten problemas al comparar estándares, definidos previamente para cada indicador, con los que en realidad se encuentran al realizar el análisis. Este método resulta muy importante, pero no puede ser en modo alguno el único que se utilice, ya que no permite la identificación de los problemas que perciben "otros" que, aunque no pertenezcan al sector salud, son parte de la realidad que se analiza.

Por ello, se han incorporado otros métodos que permiten la participación del resto de los sectores sociales y de la comunidad en el proceso de identificación de problemas.

Pueden ser de diferentes tipos; entre otros de morbilidad, de mortalidad, de servicios, de recursos y usos de recursos.

Dentro de los indicadores deberán definirse:

- Sociodemográficos: Nos indican dónde vive la gente, qué tamaño tienen los distintos grupos de población, menores de 1 año, hasta 18 años, más de 60, etcétera. Las variaciones en el número de habitantes por grupos de edades nos indicarán quiénes son más necesitados de nuestros servicios, si hacen falta servicios adicionales, ¿qué tipo de servicios son necesarios?
- De mortalidad: Independientemente que el Estomatólogo es un profesional de la salud y como tal deben importarle todos los problemas que afecten la salud de su comunidad, con vista a hacer más específico el ASS en Estomatología dentro de los indicadores de mortalidad debemos tener presente la mortalidad por cáncer bucal. Es preciso destacar que en poblaciones pequeñas es recomendable hablar de números absolutos o porcentajes en caso de informar la mortalidad y no calcular tasas ya que para este tipo de población su interpretación carece de valor.
- **De morbilidad:** Debemos utilizar los índices conocidos para medir la incidencia, prevalencia y necesidades de las principales enfermedades bucodentales de acuerdo con los objetivos del estudio, también se debe medir la prevalencia de factores de riesgo.
- **De invalidez:** Se puede utilizar el indicador de promedio de dientes perdidos en población de 35-44 y 60 y más así como la necesidad de prótesis en estos grupos de edades.
- De recursos: Nos permitirán determinar si son suficientes o insuficientes las instalaciones sanitarias así como los recursos humanos. Ejemplo: Estomatólogo/ habitantes, conjuntos dentales /habitantes

Dentro de estos recursos deben comprenderse todos los recursos humanos y materiales que den cobertura sanitaria (en término de salud bucal) a la población objeto de estudio. Cantidad de camas dedicadas en el hospital al servicio de maxilofacial, servicios de urgencias estomatológicas, consejería bucal, etcétera.

- También existen indicadores que miden la utilización de los recursos: por ciento de población atendida, grado de satisfacción de la población.
- De servicios: Estos indicadores pueden construirse de acuerdo a lo que se requiera medir, un indicador clásico de servicio es el de consulta/habitante, así se pudieran especificar el tipo de consulta, también se pueden relacionar dos eventos, ejemplo consulta preventivas/ curativas, examinados/total de población por 100, pacientes remitidos por lesiones

sospechosas de cáncer/total de examinados, número de consultas programadas y realizadas a la población de más de 60 años, actividades de educación para la salud programadas y realizadas, etcétera.

- De cobertura: La cobertura es una medida del grado que una población se beneficia efectivamente con determinado servicio al que tiene derecho, tal como la atención prenatal o la inmunización. En Estomatología se puede definir la atención a la población infantil en determinado rango de edad. Los datos de cobertura deberán obtenerse de cada instalación sanitaria que de servicio a la población comprendida en nuestro estudio. Ejemplos: por ciento de embarazadas con el alta estomatológica, por ciento de niños cubiertos con laca flúor, y todos los que las direcciones administrativas a cada nivel consideren.
- Método de Encuesta: Se pueden diseñar Encuestas encaminadas a reconocer o identificar problemas de salud, este método es útil pero tiene como desventaja que es muy costoso.
- 3. Métodos de búsqueda de consenso o grupales: entre estos encontramos:
 - Técnica de informantes claves
 - · Grupo Nominal
 - · Técnica Delphi
 - Grupo focal
 - · Entrevista a fondo
 - Círculo de estudio

Técnica de Informantes Claves

¿Quiénes son? Son aquellas personas que supuestamente están bien informadas sobre los principales problemas y necesidades relacionadas con la salud y en particular con la salud bucal de la población.

La técnica consiste en seleccionar personas de diferentes tendencias y puntos de vistas, pueden ser personas comunes o líderes formales o informales, si son comunidades pequeñas resulta importante recabar información de líderes de organizaciones a nivel de vecinos, y usuarios, directivos de centros educacionales, recreativos o culturales, otros, y buscar información de ellos a través de una entrevista que puede estar más o menos estructurada pero en ningún caso debe ser improvisada. Se pretende de una parte obtener información válida de la realidad que se estudia y además recoger sus puntos de vista sobre problemas y necesidades sentidas.

Algunos elementos a tener en cuenta son:

- Realizar la entrevista de forma gradual, con cordialidad, tratando de establecer un clima de colaboración. Es conveniente llevar un guión preestablecido y utilizar palabras sencillas y comprensibles.
- Buscar el horario y lugar más adecuado.

Grupo Nominal

El método de grupo nominal consiste en la reunión de un número determinado de personas (entre seis y diez) suficientemente conocedoras del tema a estudiar y heterogéneas, que tiene como objetivo intercambiar información, sin comunicación previa entre ellos, para posteriormente, tras haber discutido y analizado todas las aportaciones individuales, realizar las propuestas más adecuadas en relación al asunto que se les haya planteado. En el procedimiento se pueden distinguir varias etapas o momentos.

Debe seleccionarse un facilitador, moderador o coordinador, como se le quiera llamar y un registrador que es la memoria del grupo.

Primer momento: Consiste fundamentalmente en delimitar el tema, seleccionar y convocar a los participantes y elaborar las preguntas que deben explorar los principales problemas y necesidades de la comunidad en término de salud bucal.

Segundo momento: Se debe comenzar con una reflexión individual que durará alrededor de 15 minutos y cada participante debe redactar o plasmar en un papel sus ideas. Luego cada uno debe exponerlas y una persona designada como registrador deberá irlas escribiendo en una pizarra o un papelógrafo.

Tercer momento: Guiados por el moderador se procede al análisis de las ideas expuestas, agrupándolas, explicándolas, suprimiendo algunas repetitivas o fuera de contexto o quizás añadiendo otras que aparezcan en ese momento.

Cuarto momento o final: Se termina la reunión con las conclusiones y un listado de problemas que deben ser definitivos después de haber buscado el consenso del grupo.

Una variante de esta técnica es guardar el anonimato de las ideas expresadas por escrito y el moderador elaborará conjuntamente con el registrador la lista de problemas que luego se reducirán por consenso.

Técnica de Delphi

A esta técnica se le atribuye este nombre por el oráculo de Delfos lugar donde acudían los griegos para conocer su futuro pues en sus inicios (años 50 en Estados Unidos) se utilizaba con fines prospectivos.

Hoy se utiliza con el fin de recoger y agrupar la opinión de determinados expertos sobre un tema y lograr de forma sistemática un consenso sobre él.

Algunas características de esta técnica:

- La reflexión sobre el tema a tratar se lleva a cabo individualmente sin una reunión previa.
- La opinión se expresa por escrito y se puede utilizar la vía personal, del correo postal o electrónico.
- Se mantiene la confidencialidad de cada uno de los que participan.
- Se utilizan rondas sucesivas como mecanismo de retroalimentación.
- Se llega a consenso sin discusión directa de los participantes entre sí.

Para su utilización en la identificación de problemas de salud los pasos a seguir se pueden resumir:

- 1. Selección del tema y formulación del cuestionario inicial.
- 2. Selección y formación del grupo de expertos (entre 15 ó 20).
- 3. Envío del tema y cuestionario inicial.
- 4. Análisis de los resultados del primer cuestionario.
- 5. A partir de lo que hayan manifestado los participantes se elabora un segundo cuestionario para una segunda ronda, así sucesivamente hasta que se logre un nivel de consenso.
- 6. Redacción de un informe final que también se remite a los expertos que participaron.

Grupo Focal

Es una técnica de evaluación cualitativa. Se utiliza en muchos casos para validar un instrumento, un producto. En nuestro medio se utiliza para buscar criterios relacionados con necesidades o problemas de salud que afectan a la comunidad, estos problemas o necesidades pueden ser de índole de necesidades educativas, pobre cobertura de los servicios, mala calidad de la atención estomatológica, y otros. Se considera una técnica compleja, y el que la utiliza debe tener vasta experiencia en llevar a cabo procesos de comunicación efectivos. Sus características son:

- Se realiza con grupo de personas homogéneas, ejemplo: grupo de adolescentes, de fumadores, personas de la tercera edad, mujeres embarazadas, otros.
- Lleva el diseño previo de un cuestionario que no debe pasar de seis preguntas.
- Se debe utilizar una grabadora y además deben designarse dos registradores y un moderador
- En la selección del moderador se tendrá en cuenta que este debe tener habilidades comunicativas, empatía, debe ser aceptado por el grupo.

- El moderador deberá explicar la razón y objetivos de la reunión y recabará cooperación del grupo.
- Se comienza con la primera pregunta que todos los participantes deberán contestar, luego se pasa a la segunda ronda y así sucesivamente hasta la última.
- Luego el moderador dará las gracias por la participación del grupo y destacará su contribución.
- Luego pone a consideración de un grupo de evaluadores los argumentos, en forma resumida, de los tópicos tratados en la sesión, en términos de la mayoría o más de la mitad o casi todos, etcétera.
- Las grabaciones ofrecen la oportunidad de reconsiderar los silencios, el entusiasmo, y otros indicadores psicológicos.
 - Esta técnica se recomienda para recolectar información exploratoria. Al finalizar se obtiene un conjunto de criterios útiles para completar el análisis de la situación de salud existente y las posibles explicaciones a los problemas que afectan a la comunidad y sus principales necesidades.

Entrevista a fondo

Va dirigida a determinados individuos, no requiere un grupo. Es una entrevista previamente diseñada que busca información sobre temas delicados y sobre los que las personas tienen prejuicios como son el homosexualismo, el SIDA, la tuberculosis, otros.

Círculos de estudio

Los círculos de estudio consisten en grupos de trabajo constituidos por vecinos de la comunidad interesados en participar en el estudio de sus problemas y necesidades de salud, aunque ocasionalmente puede estar formado por especialistas de un ámbito sectorial determinado (educadores, trabajadores sociales, etc.); en este caso se les suele dar el nombre de *panel de expertos*. Son especialmente útiles para el análisis crítico de los problemas, para la búsqueda de soluciones y para la elaboración de estrategias.

Mediante este procedimiento se puede constatar cuáles son los temas que más preocupan a la población: problemas y necesidades sentidas que requieren algún tipo de intervención.

A diferencia del grupo nominal, en el círculo de estudio la interacción entre los miembros se produce desde el primer momento. El animador tiene como objetivo facilitar la participación y encausar el análisis y la búsqueda de soluciones, utilizando para ello las preguntas adecuadas en cada momento, pero sin influir en las opiniones de los participantes.

En todo caso, se espera de los círculos de estudio que los resultados de la reunión, o reuniones, se plasme en un documento final que exprese el punto de vista del grupo sobre el tema debatido.

- 4. Lluvia de Ideas (Tormenta de Ideas): para la aplicación de esta técnica se seleccionan entre 7 y 10 personas, los que pueden ser integrantes del equipo de salud, líderes formales e informales, entre otros. Seguidamente se selecciona un facilitador y un registrador. El facilitador es encargado de mantener el orden en el uso de la palabra y de lograr que se cumplan las reglas de la técnica las cuales son: todas las ideas son válidas, no se permite la discrepancia, y no se dan explicaciones a las ideas expuestas.
 - El registrador, es el responsable de llevar la memoria gráfica del ejercicio, lo que se debe realizar en un lugar visible para todos los participantes, como pizarra o papelógrafo. El ejercicio no debe durar más de 45 minutos pues disminuye la creatividad del grupo.
 - Al final, se toman las ideas y se procede a la reducción del listado al unificar aquellas que posean un sentido similar; con lo cual queda conformado un listado de los principales problemas y necesidades que identifica el grupo.
- 5. *Mapa de Riesgo:* Este método permite identificar problemas, fundamentalmente en Instituciones como Escuelas, Servicios.

Este mapa deber ser elaborado por los actores que trabajan o residen en el espacio (alumnos, trabajadores, etc.) y requiere la confección de una simbología común para representar cada problema, ejemplo: La imagen de un bombillo representa problemas con iluminación. Se confecciona para cada uno de los espacios una representación gráfica del local y en el se representan los riesgos y problemas detectados con la simbología establecida.

Posteriormente se identificarán los recursos y medidas necesarias para la solución de los problemas, y de estos se determinarán los disponibles.

- 6. Árbol de Problemas: Un aspecto muy importante que hay que tener en cuenta en el trabajo para la identificación de los problemas y necesidades de la comunidad al realizar el análisis de la situación de salud, es la construcción del Árbol de Problemas en el que se expondrán las causas de cada uno, transformando este, posteriormente, en el Árbol de Objetivos, los que se alcanzarán mediante proyectos, programas y planes, elaborados y ejecutados con la participación de todos los actores sociales.
- III. Determinación de Prioridades. Una vez realizada la identificación de los problemas, se hace necesaria la priorización de estos pues resulta imposible abordar al mismo tiempo y con igual dedicación todos los problemas o requerimientos de una comunidad y por ello se debe establecer un orden de prioridad para su solución. Para ello debemos tener en cuenta tres aspectos:
 - 1. El valor del problema para el que planifica.
 - 2. La eficacia y eficiencia con que pueden enfrentarse.
 - 3. La posibilidad y oportunidad de enfrentarse con éxito.

En un proyecto de intervención, como expresamos anteriormente, es imposible abordar todos los problemas al mismo tiempo y con igual atención a los que se definieron como más importantes, debemos entonces darle un orden de prioridad. Generalmente, los recursos son limitados, por eso es preciso seleccionar las enfermedades o problemas, necesidades, grupos de población más vulnerables. La fijación de prioridades obedece a diversas causas; pueden ser razones políticas, sociales, económicas y sanitarias. Estas prioridades no deben solo fundamentarse en pruebas científicas válidas, varían según el lugar y han de basarse en un "consenso" razonable y por tanto contar con la participación de la comunidad a través de sus líderes. Hay varios métodos o técnicas que se utilizan para priorizar problemas, dentro de las más utilizadas en nuestro medio están:

- · Método de ranqueo
- Método de Hanlon
- · Sistema de calificación

Los criterios que pueden ser utilizados para la priorización son:

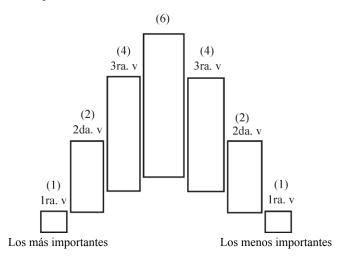
- · Tendencia
- · Frecuencia
- Gravedad
- Disponibilidad de recursos para la solución
- Vulnerabilidad
- Coherencia con la misión del o los que planifican

Este proceso no resulta nada fácil, al disponer en ocasiones de grandes listados como resultante del trabajo en grupo aplicado, siendo necesario entonces, eliminar los menos importantes y que resulta un *paso intermedio* entre la identificación de problemas y la priorización de ellos, para lo cual utilizamos el método de "trillaje", que se aplica cuando el número de problemas es muy grande (más de 20), y contempla las siguientes fases:

• Selección de informantes claves, líderes formales o informales u otros sectores sociales que van a intervenir en el proceso.

- Lectura de todos los problemas a clasificar a los integrantes del grupo. En nuestra experiencia, resulta útil que los problemas se reflejen en pancartas, pizarra o cualquier otro lugar donde resulte visible a los participantes, de modo que les facilite la evaluación y continuación del ejercicio.
- Ubicación por consenso en 3 grupos:
 - Los más importantes.
 - Los menos importantes.
 - Los residuales (son los que resulta imposible clasificar en los 2 anteriores).

Al inicio de la actividad, se debe precisar el número de problemas que se ubicará en cada grupo, por ejemplo, si son 20 problemas se puede solicitar primero el más importante, después los 2 que siguen y posteriormente los 4 siguientes más importantes, haciendo lo mismo con los menos importantes, quedando el resto como residuales.



Como se aprecia en esta figura tomada de *La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias* de R., Pineault, España, 1987; 7 problemas son los más importantes, 7 los menos importantes y los 6 restantes resultan problemas residuales. Este procedimiento se repite para otros criterios como los recursos disponibles.

1. Matriz de Priorización o Método de Ranqueo: Este método se realiza con un grupo de expertos o grupo nominal integrado por diferentes actores sociales a los que debe explicársele el procedimiento. A la hora de operacionalizar los criterios y aplicarlos, debe tenerse en cuenta que esta acción vaya precedida de un razonamiento epidemiológico del problema y que cada puntuación se otorgue después que se haya evaluado el problema en su verdadera dimensión epidemiológica.

La técnica consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle a cada uno un valor entre 0 y 2 para cada uno de los problemas analizados. Se pueden utilizar todos o algunos de los criterios siguientes: Tendencia, frecuencia, gravedad, disponibilidad de recursos, vulnerabilidad, coherencia con la misión del que planifica, repercusión en la población y otros.

La puntuación mayor, es decir, dos puntos, se le otorga a: alta frecuencia, alta gravedad, alta repercusión en la población, recursos disponibles, tendencia ascendente, alta vulnerabilidad con las intervenciones a ese nivel, coherencia con la misión de los planificadores. Los otros valores, es decir, 1 y 0, se le otorgan a los que cumplan los requisitos en parte o no lo cumplan, respectivamente.

Estos valores dados por cada participante, se suman por el moderador y posteriormente se obtiene la puntuación promedio para cada criterio en cada problema, la cual se coloca en la matriz confeccionada:

Problemas	A	В	\mathbf{C}	D	E	F	Total

Donde:

(A) Tendencia (D) Disponibilidad de Recursos

(B) Frecuencia (E) Vulnerabilidad

(C) Gravedad (F) Coherencia con la misión del que planifica

Cuando concluya esta operación con todos los criterios y todos los problemas, se suman los valores obtenidos para cada criterio, con vistas a obtener la puntuación que corresponde a cada problema. Seguidamente los problemas se ubican comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el de menor, quedando organizados así por orden de *prioridad*. Es muy importante tener en cuenta al aplicar esta técnica que se haya realizado un correcto análisis socio-económico, epidemiológico e higiénico-sanitario y que participen representantes de toda la comunidad.

- 2. Método de Hanlon: Este método resulta de utilidad para la priorización de problemas de salud sobre los que exista buena disponibilidad de información estadística sobre su prevalencia, los recursos materiales y financieros necesarios y disponibles, opiniones de todos los actores involucrados, etc. Debe también hacerse con un grupo de personas bien informadas acerca de los problemas a priorizar. Este método se basa en cuatro componentes esenciales:
 - Componente A: Magnitud del Problema
 - · Componente B: Severidad del Problema
 - Componente C: Resolutividad del Problema
 - Componente D: Factibilidad de la Intervención

La priorización de los problemas se obtiene por los resultados del cálculo de la siguiente fórmula y que se aplica a cada problema que se analiza:

Puntuación de prioridad = $(A+B) C \times D$

Para facilitar el trabajo se recomienda utilizar la siguiente matriz:

Problemas	A	В	C	D	Puntuación	Prioridad
-----------	---	---	---	---	------------	-----------

Tendrá mayor prioridad el que mayor puntuación obtenga, debiendo ordenarse de mayor a menor al finalizar el trabajo. Previo al procedimiento, se debe llegar a un acuerdo en el grupo sobre la importancia relativa que se le va a dar a cada elemento, con vistas a reducir al mínimo el sesgo de la subjetividad de cada integrante, por ello se explicará cada componente. Quien toma la decisión debe asignar un valor perteneciente a una escala para cada uno de los componentes de la fórmula.

Descripción de los componentes:

 Magnitud del Problema (Componente A): se define como el número de población afectada por el problema con relación a la población total. Hanlon propone la evaluación de su magnitud a través de una escala, la cual debe adecuarse al tamaño de la población que se analiza.

Unidades por 100 000 de población	Puntuación
50 000 o más	10
49 999 a 5 000	8
4 999 a 500	6
499 a 50	4
49 a 5	2
4,9 a 1,5	0

Para facilitar la comprensión de lo anterior se puede expresar en los siguientes términos:

Unidades %	Puntuación
50 % o más de la población	10
49,9 a 5 %	8
4,9 a 0,5 %	6
0,4 a 0,05 %	4
0,049 a 0,005 %	2
0,004 a 0,001 %	0

 Severidad del problema (Componente B): deben considerarse las tasas de mortalidad, morbilidad, letalidad, invalidez, que presente la enfermedad o problema de salud, respaldados por información estadística que se obtenga al efecto. En el caso de los problemas de salud bucal se tendrán en cuenta los indicadores establecidos para medir los principales problemas bucodentales y en el caso del cáncer bucal sus tasas de mortalidad.

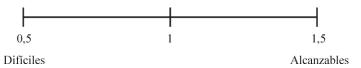
Cada uno de estos aspectos, se valora en una escala de 0 a 10, correspondiendo este último al problema más severo:



• Resolutividad del Problema (Componente C): se debe dar respuesta a la pregunta: ¿Puede este problema resolverse con los medios y conocimientos de que se dispone? El autor propone que se otorguen puntuaciones de acuerdo a la escala siguiente:

De: 0.5 problemas difíciles de solucionar

A: 1.5 problemas con soluciones alcanzables



 Factibilidad de la Intervención (Componente D): para la evaluación de este componente, se deben tener en cuenta una serie de factores que se representan por las siglas PERLA, donde:

P= Pertinencia

E= Factibilidad Económica

R= Recursos Disponibles

L= Legalidad

A= Aceptabilidad

Se evalúa por una escala dicotómica de SÍ o NO, otorgándole 1 punto al SÍ y 0 puntos al NO:

$$Si = 1$$
 $No = 0$

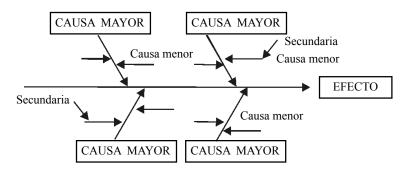
Esta forma de evaluar, hace que si este componente se evalúa con un 0, el problema no se priorice, ya que el resultado de la aplicación de la fórmula sería 0.

3. Sistema de calificación: es otro método de priorización de problemas que consiste en hacer una gráfica de prioridades con los aspectos siguientes: frecuencia, mortalidad, morbilidad costo/beneficio, donde cada parámetro puede calificar según se muestra en la siguiente tabla:

Parámetros	+	++	+++
Frecuencia en la población	Poco común	Común	Muy común
Mortalidad	Baja	Moderada	Alta
Morbilidad	Baja	Moderada	Alta
Costo/beneficio	Muy costoso e ineficaz	Moderadamente costoso Moderadamente eficaz	Nada costoso y muy eficaz

El estudio de la situación de salud no se limita a la identificación y priorización de problemas y necesidades de las comunidades y el listado de recursos de que se disponen para su solución, hay que conocer qué factores condicionan cada situación y buscar distintas explicaciones a ellos que se corresponden con el análisis de las causas que los originan y los efectos que producen, también debemos tomar en consideración las fuerzas, que en cada evento, están a favor o en contra, para ello nos podemos auxiliar de técnicas complementarias a las usadas con anterioridad, siendo las más comunes el diagrama causa efecto o espina de pescado o diagrama de Ishikawa que es el autor del método, el árbol de problemas y el diagrama de Pareto. Estas técnicas se pueden usar completándose unas a otras y a continuación describiremos el diagrama de causa efecto, pues anteriormente expusimos el árbol de problemas, el cual permite no solo identificar el problema sino también sus causas:

Diagrama de causas y efecto de Ishikawa



El método consiste en describir un problema determinado, a partir del cual, mediante la pregunta de ¿por qué sucede?, llegamos a la identificación de una primera serie de causas, grupos de causas o factores determinantes, que denominaremos causas de primer orden.

Las causas primarias o mayores pueden agruparse en procedentes de: actitudes, conocimientos, estructura, sistema, procedimientos. Seguidamente, ante cada una de estas causas, convertida ahora en efecto, formularemos la misma pregunta: ¿por qué sucede? Las correspondientes respuestas nos permitirán conocer otras causas de segundo orden, y así sucesivamente, hasta descender a factores causales de tercer o cuarto orden. El análisis, por este método, de los problemas de salud y las causas potenciales que lo provocan, contribuye, sin duda, a una mejor elección de las posibles soluciones.

La representación gráfica del diagrama de Ishikawa se asemeja a la imagen de un pez cuya cabeza corresponde al problema descrito y sus espinas a cada una de las causas que potencialmente pueden producirlo. Por esta razón se le denomina, en ocasiones, diagrama de espina de pescado.

Se recomienda establecer estas prioridades de forma colegiadas con todos los actores sociales (representantes de la Comunidad y otros sectores) pues de establecerlas nosotros únicamente, no contaremos con el apoyo del resto, y es sobre la base de estas prioridades que se elaborará, también de conjunto, el Plan de Acción. La priorización permite utilizar los recursos con el mayor grado de impacto, tanto en el estado de salud bucal como en el grado de satisfacción de la población y los trabajadores al ejecutarse por concertación.

Para poder tomar decisiones en cuanto a alternativas de solución de los problemas identificados, priorizados y analizados es necesario identificar qué fuerzas favorecen o entorpecen la solución del problema, para ello podemos utilizar otra técnica complementaria que es la Matriz DOFA, FODA o DAFO.

Matriz DOFA, FODA o DAFO: En nuestra práctica, nos ha resultado de utilidad al realizar el análisis de la situación de salud para confeccionar un proyecto o plan de intervención que posibilite la solución de los problemas o necesidades detectadas en él; analizar las fuerzas actuantes dentro y fuera del sector y que tienen influencia en el logro de la misión que nos hemos propuesto alcanzar. Para ello utilizamos la Matriz DOFA, FODA o DAFO.

El análisis FODA o DOFA es una herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual de la organización, permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permita en función de ello tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formulados. El término FODA es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (en inglés SWOT: Strenghts, Weaknesses, Oportunities, Threats). De entre estas cuatro variables, tanto fortalezas como debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy dificil poder modificarlas.

Este método, permite, utilizando las técnicas de análisis de campo de fuerza, sistematizar la búsqueda de alternativas de solución a problemas que consideran todas las variantes de combinación de las fuerzas, tanto externas como internas.

A continuación expondremos algunos conceptos necesarios para su aplicación, donde:

 $\mathbf{D} = Debilidades$

A = Amenazas

 $\mathbf{F} = Fortaleza$

O = Oportunidad

• Fortaleza: Condición existente en el interior del sistema de salud que favorece el logro de los objetivos trazados. Son las capacidades especiales con que cuenta la institución que pueden ser sus recursos humanos, una cultura de la calidad, sentido de pertenencia al

- sector, alta vocación de servicio, trabajo en equipo, liderazgo, otras que favorecen el logro de las metas, objetivos de la organización.
- Debilidad: Condición existente en el interior del sistema de salud, que de no controlarse, pueden actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados. Son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente al logro de determinados objetivos o de la Misión de la organización: recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, entre otros.
- Oportunidad: Condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema de salud (fuerza de él) y que de utilizarse, puede favorecer el logro de los objetivos trazados. Son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la organización para su conveniencia, ventaja o beneficio. Ejemplo: políticas públicas saludables, apoyo de organizaciones no gubernamentales a la salud, voluntad de participación social de la comunidad referente a cuestiones de salud, otras que se identifiquen.
- Amenaza: Condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema de salud y que
 de no enfrentarse, puede actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados. Son aquellas
 situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la
 permanencia de la organización. Ejemplos: Nivel de pobreza de grupos y comunidades,
 falta de voluntad política, malas condiciones de vida, inequidades, guerras y conflictos
 entre etnias, grupos, pobre intersectorialidad, entre otros.
- Alternativa FO: Alternativa de solución a un problema determinado, que aprovecha a la vez las fuerzas positivas del sistema (fortaleza) y del medio (oportunidades).
- Alternativa FA: Alternativa de solución a un problema determinado, que aprovecha las fuerzas positivas del sistema (fortalezas), para neutralizar las fuerzas negativas del medio (amenazas).
- Alternativa DO: Alternativa de solución a un problema determinado, que trata de neutralizar fuerzas negativas pertenecientes al sistema (debilidades) aprovechando las fuerzas favorables del medio exterior (oportunidades).
- Alternativa DA: Alternativa de solución a un problema determinado, que trata, con una acción determinada, neutralizar las fuerzas negativas que actúan tanto dentro como fuera del sistema.
- Alternativa DOFA: Alternativa de solución a un problema determinado donde se combinan más de 2 fuerzas positivas o negativas, internas o externas.

Procedimiento para la aplicación de la técnica:

- 1. Selección del grupo o equipo de trabajo que debe ser conocedor de las características tanto internas como externas de la organización.
- 2. Identificación de las fuerzas y listado de ellas: fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades a través de una técnica grupal de las descritas anteriormente.
- 3. Determinación de las fuerzas actuantes: se hace mediante la aplicación de la lluvia de ideas. Como resultado del ejercicio se obtiene el primer listado de fuerzas actuantes en relación con el problema al que se le busca solución.
- 4. Clasificación de las fuerzas determinadas: en este paso se procede a determinar, por el mismo grupo anterior, si las fuerzas son internas o externas, positivas o negativas; a través de la técnica de Lluvia de ideas.

Al concluir se obtienen cuatro grupos de fuerzas:

Positivas – internas (Fortalezas).

Negativas – internas (Debilidades).

Positivas – externas (Oportunidades).

Negativas – externas (Amenazas).

 Construcción del Modelo: este paso consiste en la colocación de las fuerzas en el modelo conocido como matriz DOFA, FODA o DAFO, de la forma como se ilustra en la figura:

м	Matriz DAFO		INTERNO			
191			ortalezas	De bilida de s		
E X T	Oportunida des	Alternativas FO		Alternativas DO		
E R	Amenazas		Alternativa DAFO			
N O		Alte	rnativa FA	Alternativa DA		

Este modelo nos permite combinar las fuerzas actuantes, dentro o fuera del sistema, con vistas a buscar diferentes alternativas de solución al problema, que aprovechen las fuerzas positivas y traten de contrarrestar las negativas.

No es indispensable encontrar todas las propuestas de alternativas que aparecen en el modelo, por lo que es posible que algunas casillas queden vacías.

Ejemplo:

Problema: Alta prevalencia de Caries Dental en adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 15 años.

Fortalezas:

F1: Se cuenta con profesionales con un alto nivel científico.

F2: Se cuenta con suficiente personal técnico calificado para ejecutar acciones de Educación para la Salud y preventivas.

F3: Existencia de la consejería bucal en la institución.

F4: Existencia de convenios de colaboración entre la institución y los centros escolares del área de salud.

Debilidades:

D1: Alta demanda de tratamientos curativos por la población que hace que los Estomatólogos se dediquen fundamentalmente a esta actividad.

D2: No se aprovecha al máximo la fuerza técnica en actividades de promoción de salud y preventivas.

D3: Pobre aprovechamiento de las consultas de consejería bucal y esquematismo en su funcionamiento.

D4: No exigencia de la dirección de la institución por el cumplimiento del programa al menor de 19 años.

Oportunidades:

O1: Existencia del médico de familia y la enfermera.

O2: Existencia de la Resolución conjunta de los Ministerios de Educación y el de Salud Pública

O3: Existencia de los consejos de Salud.

Amenazas:

A1: Características de las conductas de los adolescentes en cuanto al cuidado de su salud bucal y de su salud en general donde se incrementa la ingestión de golosinas y se descuida el cepillado dental.

A2: Alta concentración de niños entre 12 y 15 años en escuelas secundarias en el campo de dificil acceso geográfico.

A3: Bloqueo económico que hace que en ocasiones el suministro de medicamentos y materiales dentales se vea afectado.

Alternativas:

Alternativa FO: (F2, O3)

Colocar entre las prioridades de la institución el desarrollo de acciones de Educación para la Salud para adolescentes, padres y maestros apoyándose en los consejos de Salud utilizando el personal técnico calificado para el desarrollo de estas acciones.

Alternativa FA: (F3, A1)

Trabajar con la dirección de las escuelas del área de salud en el marco de los convenios de colaboración establecidos, para disponer, en los horarios de vida de los estudiantes, un tiempo para la higiene bucal.

Alternativa DO: (D2, O2)

Aprovechar lo establecido en la resolución conjunta MINED-MINSAP para que las consultas de consejería bucal rebasen los marcos de la institución y se trasladen a las escuelas realizando las actividades de educación para la salud y de prevención de la carie dental.

Así, de esta manera, se pueden realizar múltiples combinaciones de las fuerzas que tengan alta relación y establecer alternativas de solución a los problemas siempre y cuando tengan coherencia con la Misión.

Una vez terminado el proceso de la construcción del modelo anteriormente descrito se procederá a establecer el Plan o Proyecto de Intervención donde se detallarán los objetivos, actividades, resultados esperados, recursos y evaluación y se complementa con un plan de acción operativo.

IV. Elaboración del Plan de Acción: Es uno de los momentos más importantes pues es a través de él que se articulan las actividades que solucionarán o variarán los problemas y necesidades detectadas y priorizadas, identificando y asignando los recursos necesarios para ello. El resultado es un instrumento de referencia que guiará la ejecución de la acción. Entonces podemos definirlo como "una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en plazos de tiempo específicos, utilizando determinados recursos, con el fin de lograr un objetivo dado".

Los planes elaborados por los Estomatólogos y la Comunidad para pequeñas poblaciones se caracterizan por ser muy detallados y deben responder a un objetivo previamente establecido. Hay que tener en cuenta que cada problema identificado se corresponde con un objetivo. A medida que el nivel jerárquico asciende los planes se hacen más generales.

Una forma fácil de elaborar un Plan es ir contestando las siguientes preguntas:

- ¿Para qué? cuál es el objetivo que se propone, qué resultados espera obtener.
- ¿A quién? cuál es el destinatario o receptor de la acción. Es muy importante en Estomatología tener en cuenta esto, ya sea para una acción de promoción, como de curación.
- ¿Qué? es importante saber qué se va a realizar, es decir, las diferentes tareas, y en el orden en que se van a ejecutar para alcanzar el objetivo propuesto.
- ¿Cuándo? nos establece el tiempo límite de cada tarea y la periodicidad, en caso de existir, de esta.
- ¿Dónde? aquí se considera el lugar donde se realizará la actividad, pudiendo ser más de uno.
- ¿Cómo? nos define el método más adecuado a utilizar para lograr el resultado esperado.

- ¿Con qué? nos muestra los recursos necesarios para ejecutar la tarea.
- ¿Quién? responde a dos aspectos, el primero será los ejecutores propios de la tarea y el segundo el responsable de ella.

Las respuestas, o parte de ellas, a estas preguntas las puede presentar en un cuadro o diagrama con varias columnas para anotar los diversos componentes de su Plan de Acción.

PLAN DE ACCIÓN

Actividad	Fecha	Lugar	Recurso	Participante	Ejecutor	Responsable	Resultado
							Esperado

Pueden incluirse otras columnas que expresen el método (¿cómo?), o el cumplimiento de las tareas. Es importante conocer que el Plan no es algo que se realiza por una única vez, sino que deberá ser constantemente revisado y reelaborado acorde con las características y modificaciones de las poblaciones, las que variarán con la propia intervención.

V. Ejecución del Plan: este momento es el que concreta todos los anteriores, pues es, en definitiva, donde se operacionaliza todo nuestro plan, ya sea a nivel de Consultorio, Área de Salud o Municipio.

Se pueden cumplir algunas de las tareas del Plan o dar respuesta a alguno de los problemas identificados y establecido como objetivo del Plan a través de Proyectos de Intervención. El formato de un Proyecto es el siguiente:

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Su diseño: El proyecto de intervención va dirigido a solucionar los problemas que han sido identificados y priorizados en uno de los momentos del Análisis de la Situación de Salud.

Título: Debe expresar a qué va dirigido.

Ejemplo:

Proyecto para la reducción de la incidencia de caries dental en niños de 12 a 15 años en la región, escuela, etc. en el período comprendido entre...

Objetivos: Se debe declarar el general y los específicos

Eiemplo:

General: Disminuir la incidencia de caries en niños de 12 a 15 años en un % (el que se estime conveniente para el período que se establezca).

Específicos:

- Mejorar los hábitos higiénicos, relacionados con la salud bucal de los niños incluidos en el proyecto.
- Capacitar a maestros y padres en temas relacionados con la salud bucodental de los adolescentes.
- 3. Formar promotores de salud dentro del propio grupo de adolescentes.
- 4. Aplicar soluciones de fluoruro de sodio al 0.2 %.

Resultados esperados

Ejemplos:

- 1. El 60 % de los niños de 12 a 15 años se cepillen los dientes correctamente.
- El 100 % de los maestros de las escuelas correspondientes al área de salud han sido capacitados en temas de salud bucal.
- 3. El 70 % de los padres de los niños de 12 a 15 años han sido capacitados en temas de salud bucal
- 4. En cada grupo de clases, al menos, hay un niño formado como promotor de salud bucal.

Actividades: Se deben detallar todas y cada una de las actividades que se realizarán en función de lograr los objetivos del proyecto.

Ejemplos:

- 1. Realizar el control de placa dentobacteriana a los niños comprendidos en el estudio.
- 2. Aplicar técnicas educativas diversas para enseñar el cepillado correcto.
- 3. Realizar actividades capacitantes a maestros y padres en relación con la salud bucal.

Recursos: Se deben relacionar todos los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención, de ellos, con cuáles contamos y cuáles debemos buscar y resolver.

VI. Evaluación: Es un momento necesario, pues nos permite conocer si todo nuestro trabajo se está realizando acorde con lo esperado y si ascendemos en el logro de nuestro objetivo. Está implícita en todos los momentos, no es algo que solo se realiza al final en forma independiente de las demás etapas. Será de dos tipos: de seguimiento o proceso y de resultados e impacto.

A. Evaluación de seguimiento o proceso: También se le denomina de monitoreo y responde a la pregunta ¿cómo lo estamos haciendo? La evaluación de proceso indica el análisis del desempeño real y actual, comparado con lo planeado. Un monitoreo oportuno le ayudará a detectar de forma temprana los problemas existentes o potenciales que podrían estar impidiendo el progreso de su tarea.

La evaluación del proceso contempla información diagnóstica sobre la calidad y operación de métodos, actividades o programas. El fin es vigilar y asegurar calidad en la práctica de los servicios. Entre sus propósitos está considerar lo adecuado del Plan para cumplir con los objetivos, el avance a corto plazo, cómo mejorar el impacto, cómo aumentar la aceptación en la población beneficiaria, plantea también, *establecer, consolidar y mejorar,* en términos globales, la calidad del Plan.

Los mecanismos para hacer una evaluación de proceso o monitoreo incluyen:

- Reuniones del Equipo de Salud y Comunidad.
- Observación de las actividades.
- Informes.
- · Estadísticas.
- Revisión de Registro de Actividades.
- Visitas de supervisión.
- · Entrevistas.
- Discusión en Grupos Focales.
- · Rendiciones de cuenta.

Y por último la "Retroalimentación Rápida", la cual es una expresión que indica el empleo de información de resultados en muy corto plazo (de días a 1 ó 2 semanas) que se utiliza para mejorar el Plan, sus componentes y *ajustar* la marcha de él.

Es importante establecer algunos indicadores de seguimiento que permitan de forma rápida conocer su ejecución, expresados de forma concreta, ejemplo: % de niños de 5 años que realizan un cepillado adecuado superior al 80 % al finalizar el primer trimestre.

B. Evaluación de Resultados e Impacto: Esta evaluación es la que utilizamos para medir los logros de nuestra intervención. Ella nos ayuda a responder la pregunta ¿cuán bien lo hemos hecho? Y por lo general se realiza hacia el final de la intervención o de una etapa predeterminada de ella. La unidad de tiempo a utilizar será la que hemos definido en nuestros objetivos. La medición del éxito de nuestro Plan se realiza comparando lo que se ha hecho, con un estándar (patrón o medida) de excelencia previamente establecido y que está dado por los objetivos, así como comparando la situación al terminar la intervención con la existente antes de comenzarla. De ahí la importancia de realizar el diagnóstico inicial de la situación. Si la comparación de ambas situaciones muestra un mejoramiento, habría razón para asumir que nuestro Plan ha tenido éxito.

La Evaluación del impacto se realiza analizando los resultados obtenidos, no solo a largo plazo, sino durante el corto y mediano plazo; por ejemplo, analizando qué está sucediendo con variables como: conocimientos, habilidades, creencias, actitudes, hábitos, prácticas y conductas de la población, así como también cuestiones en relación con las condiciones sociales, económicas y ambientales.

Algunas variables a más largo plazo serán: disminuir frecuencia de enfermedad, disminución de riesgos a la salud, mejora en general de los indicadores de morbi-mortalidad.

Tiene en cuenta también la satisfacción de la población y los trabajadores del sector como variables importantes a evaluar.

Hasta aquí hemos abordado los momentos que integran el Análisis de la situación de Salud de una población determinada, y que por ser un proceso se realizan de forma simultánea, pues al estar realizando una intervención se puede detectar una situación que genere un nuevo accionar o la readecuación del que estamos ejecutando y así siempre en el tiempo, como un ciclo, un gran proceso.

Periodicidad en la ejecución del análisis de la situación de salud

Otro aspecto fundamental a considerar en la realización del Análisis de la Situación de Salud se refiere a su periodicidad. Como decíamos anteriormente, es un proceso, en el que sus momentos se superponen continuamente, pero no obstante ello es importante establecer cada qué tiempo se realizará por cada nivel para lograr sus objetivos.

Estos intervalos de tiempo van a estar condicionados por varios elementos, entre los que se destacan el Objeto del Análisis, pues no se podrá tener la misma periodicidad de análisis en la situación de un Consultorio, que la de un Municipio o la Nación.

Es por ello que se establece:

- Para los Consultorios agrupados en los Grupos Básicos de trabajo, se realizará conjuntamente con el resto del equipo de salud a partir del chequeo integral a la familia cubana.
- 2. Para las Áreas de Salud y Municipios: se establece una periodicidad de 2 años.
- 3. Para Provincias y Nación: la periodicidad establecida es cada 5 años, no obstante se puede hacer cada 3 años, cuando se requiera.

Debemos destacar, que a pesar de los intervalos de tiempo propuestos para la ejecución del Análisis de la Situación de Salud, en cada uno de los casos, se debe tener en cuenta que el aspecto de la Salud Bucal deberá estar presente en todos los Análisis realizados por el Médico de la Familia, Áreas de Salud, Municipios, en el momento que lo ejecuten, aunque la información que aportemos no sea de ese mismo momento, pues deben recordar que las variaciones en nuestro campo no se aprecian rápidamente.

Es importante que el Estomatólogo General y el especialista, comprendan la necesidad de realizar este análisis de la situación de salud, pues es sobre la base de él que podrá orientar adecuadamente su trabajo y obtener los mejores resultados lo cual incrementará su satisfacción y la de la población a él asignada, mejorando además el estado de salud de esta población.

METODOLOGÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN AL REALIZAR EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Un paso muy importante cuando se realiza el Análisis de la Situación de Salud es sistematizar la información obtenida lo que nos permite presentarla al resto del equipo, a la Comunidad y a los Jefes del Servicio y además una mejor comprensión y evaluación.

I. Título: Análisis de la Situación de Salud de (poner aquí el lugar que se está analizando, puede ser un Consultorio, una Escuela, un Círculo Infantil, un Centro de Trabajo, un Hogar de Ancianos, un Área de Salud, un Consejo Popular, un Municipio). (Mes y Año en que se realiza).

II. Autor (es): Todos los participantes directamente en el análisis.

III. Unidad: (nombre del Policlínico, Clínica, a la que pertenece o que hace el análisis). De ser el Municipio, no se pone.

IV. Universo: Debe especificarse en este aspecto la población o Área comprendida en nuestro análisis de forma general.

V. Análisis de los resultados y discusión: Aquí se exponen los hallazgos obtenidos en el Análisis de la Situación de Salud, relacionándolos entre sí, comparándolos con resultados anteriores y de otras poblaciones como Comunidades y Consultorios próximos, Municipio, Provincia y Nación. Es importante enunciar los problemas detectados, destacando las prioridades asignadas a cada uno de ellos, así como analizar en este momento los Recursos de que disponen los servicios, comprendidos en el Área estudiada, relacionándolo con otras variables en estudio que se considere. Es útil presentar tablas, gráficos y mapas que ilustren y resuman la información. En el Anexo se muestran los principales elementos a tener en cuenta en este análisis.

VI. Objetivos

Generales: Debe expresar claramente lo que se desea obtener.

Específicos: Se diseñan para ir logrando las soluciones al objetivo general. Recuerde que el objetivo es la expresión en términos positivos del problema y sus causas.

VII. Resultados Esperados: En este aspecto se debe reflejar lo que se espera obtener cuando se realice la intervención (recuerden que esto es parte del análisis), responde a la pregunta ¿qué esperamos lograr? Se diseñan a partir de los objetivos específicos, los que a su vez se construyen a partir de los problemas identificados.

Es a partir de ellos que se establecen los indicadores de seguimiento o proceso y los indicadores de resultados e impacto necesarios para la evaluación.

- · Indicadores de Seguimiento.
- Indicadores de impacto.

VIII. Actividades y estrategias de intervención: Una vez que se conoce la situación y se tienen identificados los problemas y jerarquizados por consenso, definidos los objetivos y determinados los resultados esperados entonces se establecen las acciones a realizar y su interrelación para alcanzar así el objetivo general. Es importante en este aspecto considerar los recursos necesarios para cada tarea y el sistema de evaluación para su control a partir de los indicadores expresados. Es aquí donde se ubica el Plan de Acción, ya elaborado, como concreción de todo lo anterior y que constituye nuestro Cronograma de trabajo e instrumento de evaluación.

Glosario de términos

Actitud: Posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación.

Análisis: Estudio desde diferentes ámbitos de las condiciones, situación y problemas de salud. **Beneficio:** Logros o mejoras en la calidad de vida con un valor para la salud que evidencia su relación causal con el proceso de cuidados de la salud.

Bienestar social: Que el ser humano tenga satisfecha todas sus necesidades para vivir decorosamente: alimentación, trabajo, vivienda, vestido, educación, asistencia médica.

Características: Apreciaciones importantes de algún fenómeno o problema. Rasgos que describen constantes de algún objeto, persona, documento, lugar, etcétera.

Capacitar: Transmitir los conocimientos necesarios para el mejor desarrollo del trabajo en forma sistemática con objetivos y actividades.

Comunidad: Colectivo de personas que comparten ciertos valores, intereses, condiciones, problemas y características comunes. Es un grupo de personas que interactúan con un relativo

grado de armonía, que tienen intereses y objetivos comunes, que comparten características sociales, culturales y económicas, que están sometidas a los mismos factores ambientales y a las mismas reglas de convivencia y que tiene similares aspiraciones y problemas, entre ellos, los problemas de salud. Si vamos a trabajar con grupos de personas que comparten un espacio geográfico común, características sociales, económicas, entre otras, tenemos que saber qué factores influyen en la percepción, de la realidad, tengan los distintos actores sociales que van a intervenir en el proceso. Estos factores son: posición que ocupe dentro del sistema; experiencias anteriores y creencias e ideología.

Conducta: Manera de conducirse ante una situación; una acción que tiene frecuencia, duración y propósitos específicos, ya sea consciente o inconsciente. Una forma de actuar adquirida, aprendida.

Costumbres: Lo que se hace comúnmente, formas de actuar, hacer, celebrar, etc., aprendidas y transmitidas de generación en generación.

Comunicación: Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es un componente importante de todos los servicios y actividades de Promoción y Educación para la Salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales.

Creatividad: Proceso de descubrimiento o producción de algo nuevo, valioso, original y adecuado que cumpla las exigencias de una determinada situación social en la cual se expresa el vínculo de los aspectos cognoscitivos y afectivos de la personalidad.

Creencia: Una posición, sentido o significado, declarada o insinuada, aceptada emocional o intelectualmente como verdadera por una persona o grupo.

Criterio: Elemento de juicio, parámetro preestablecido ya sea numérico o subjetivo con fines de analizar comparativamente una situación dada o bien los resultados de una acción o programa.

Cultura: La suma de conocimientos, destrezas y valores que se trasmiten de generación en generación.

Destreza: Habilidad, el saber hacer un procedimiento de manera adecuada.

Determinantes de salud: Existen distintos modelos que explican el comportamiento de las diferentes condiciones que determinan la situación de salud de determinado grupo social, comunidad, población. Uno de los más usados en el ámbito de la Salud Pública es el modelo explicativo de Lalonde que identifica elementos del campo de la salud: biología humana, ambiente, estilos de vida y organización de los servicios de salud.

Diagnóstico Conductual: Delimitación de una acción específica que puede tener un efecto sobre la salud. Análisis de los hábitos, así como las causas que puedan modificarse, costumbres y prácticas que inciden en la salud.

Diagnóstico de Salud: Descripción y análisis de las condiciones sociales, económicas, culturales, demográficas y de salud de una comunidad o población en un momento determinado. El diagnóstico o evaluación implica estimar la magnitud y trascendencia de los problemas detectados, así como la factibilidad de solución.

Diagnóstico Educativo: La valoración de causas de una o varias conductas o prácticas y los factores que puedan modificarla a través de una acción de enseñanza-aprendizaje.

Educación: Consiste en el proceso de facilitar el aprendizaje para permitir a las audiencias tomar decisiones racionales e informadas e influir en su comportamiento. Se puede realizar mediante el sector formal, es decir, incluyendo los contenidos de salud en el curriculum de estudio de los distintos niveles de enseñanza o empleando canales no formales como

organizaciones sociales y de masa, cooperativas campesinas, sindicatos, clubes de adolescentes, redes de apoyo social entre otros.

Efectividad: La habilidad de una intervención para lograr el efecto deseado en términos de reducir o solucionar un problema o responder a una necesidad de la población. En general también es el resultado final o producto alcanzado con relación a los objetivos establecidos.

Eficacia: La habilidad de una intervención para lograr el efecto intencionado en las personas con exposición a ello. El beneficio o impacto que se obtiene de una medida preventiva o acción educativa.

Eficiencia: La calidad y cantidad de los efectos o resultados finales alcanzados con relación al esfuerzo invertido en términos de dinero, recursos y tiempo. Es una medida de los recursos consumidos con relación al número de personas beneficiadas y calidad de los resultados producidos.

Evaluación Educativa: Valoración de los conocimientos obtenidos a través del programa. El análisis comparativo de un conjunto de aspectos cognoscitivos, los factores que los predisponen, facilitan y refuerzan con relación a ciertos hábitos y prácticas, así como los objetivos, criterios y normas para modificarlos a través del proceso de enseñanza-aprendizaje. Implica pruebas objetivas, observación. Así como aspectos de la investigación evaluativa.

Hábitos: Es la repetición de una práctica determinada.

Información: Incluye la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos y temas para *concientizar* a los decisores, docentes y población en general acerca de acontecimientos importantes.

Informante Clave: Aquella persona que vive o trabaja en una comunidad y que es reconocida como "buena conocedora" de la problemática existente, en función del contacto que tiene con los que allí residen y de la experiencia de vida o de trabajo en esa comunidad.

Lactancia: Período de alimentación del recién nacido con la leche materna.

Líder Formal: Aquella persona perteneciente a una comunidad, que tiene asignada determinada posición que le confiere poder en ello.

Líder Informal: Aquella persona perteneciente a una comunidad y que ejerce sobre ella una influencia reconocida por la mayoría, la que le confiere un determinado poder que no le ha sido asignado por ningún cargo.

Metas: Fines a que se dirigen los objetivos del programa o proyecto. Son cuantitativas.

Necesidad: Falta de cosas necesarias para vivir. Aquel factor cuya presencia o ausencia impide o limita el funcionamiento normal de algo. En términos de salud necesidad se entiende como aquellos factores, estados o situaciones en la comunidad cuya ausencia impide que un individuo alcance un bienestar físico, mental y social óptimo.

Objetivo: Es el enunciado de un resultado a obtener mediante ciertas acciones. Debe expresarse en términos claros, precisos, medibles y fundamentalmente factibles conforme a los recursos que se dispongan.

Participación Social: Proceso participativo, dinámico, integral e intersectorial dirigido a todos los diferentes ámbitos y poblaciones de la vida social. Unir voluntad, capacidad y esfuerzo de los ciudadanos para mejorar la salud y calidad de vida en su comunidad.

Problema: Brecha existente entre lo que un determinado actor social espera encontrar y lo que en realidad existe. Algo que provoca preocupación, una situación difícil, malestar, conflicto, inconveniente. Cuando lo esperado no se corresponde con lo observado. Cuando hay una desviación o situación deficiente con relación a lo que se considere conveniente u óptimo. Supera el ámbito clínico y debe entenderse como cualquier problema que se produce en la comunidad como consecuencia tanto para la salud como sociales y económicos.

Propósito: Fines.

Situación: Realidad descrita y explicada desde la óptica de un actor social que pertenece a ello. Situación de salud: La situación de salud representa el conjunto de problemas de salud de colectividades humanas y formaciones sociales que expresan sus formas de vida cotidiana,

en sus dimensiones: general, modo de vida; particular, condiciones de vida y singular, estilos de vida.

Visión: Es una imagen creíble, alcanzable y atractiva, en la que se persigue transformar la realidad, y que debe construirse teniendo en cuenta los criterios, no solo del sector salud, sino de los otros actores que también pertenecen a esa realidad.

Selección de la muestra

Para seleccionar la muestra en la cual se aplicará la Encuesta se hace necesario:

- 1. Listado de todas las personas residentes en el lugar *objeto del análisis* (Consultorios, escuelas, etcétera.) pertenecientes a las edades de 5-6 años, 12 años, 15 años, 18 años, 35-44 años y 65 y más años (hasta 74). La selección de estas edades, llamadas indicadores, se realiza según *Encuesta de Salud Bucodental. Métodos Básicos*, 4ta. ed. OMS, Ginebra, 1997.
 - 5-6 años: Esta edad interesa en relación con los niveles de caries de la dentición temporal
 o primaria, que pueden presentar cambios en un intervalo de tiempo más breve que la
 dentición permanente en otras edades indicadoras.
 - 12 años: Esta edad tiene especial importancia, pues es en general la edad en que los niños salen de la escuela primaria. Es también la edad en la que todos los dientes permanentes, excepto los terceros molares, han brotado ya. Además, ya el primer molar permanente lleva 6 años en boca y se pueden establecer comparaciones con la dentición primaria a los 6 años. Por estos motivos se ha elegido los 12 años como la edad global o índice de vigilancia de la Caries en las comparaciones internacionales y en la vigilancia de las tendencias de las enfermedades.
 - 15 años: En esta edad, los dientes permanentes han estado expuestos al medio bucal durante
 3-9 años. Por consiguiente, la evaluación de la prevalencia de la Caries es a menudo más significativa que a los 12 años. Es una edad también importante para evaluar los indicadores de las periodontopatías en los adolescentes.
 - 18 años: Se utiliza fundamentalmente para conocer el grado de conservación de los dientes en boca y poder estimar tendencias, tanto para Caries como para Periodontopatías.
 - 35-44 años: este grupo de edad es el grupo estándar de vigilancia del estado de salud de los adultos. El empleo de los datos correspondientes a este grupo de edad permite vigilar el efecto total de la Caries Dental, el nivel de Periodontopatías graves y los efectos generales de la asistencia proporcionada.
 - 65 y más años de edad (65-74): Este grupo de edad ha adquirido más importancia al producirse actualmente en todos los países cambios en la distribución demográfica e incrementos de la longevidad. Los datos de este grupo se necesitan para planificar la asistencia apropiada y para vigilar los efectos generales de los Servicios de Estomatología en una población. Al tomar la muestra es necesario considerar los adultos mayores que están en sus casas y los que se encuentran en instituciones, así como de todos los activos, pues las características entre ellos difieren.
- 2. Número de sujetos: En cada grupo de edad indicador que se ha de examinar, el número de sujetos varía desde un mínimo de 25 hasta 50, en función de la prevalencia y la gravedad previstas de las enfermedades orales. Sin embargo un total de 25 sujetos, en el que sea aproximadamente igual el número de mujeres que el de hombres, basta solo en las poblaciones en donde se estime que son altos o muy altos los niveles de Caries y Periodontopatías. En las poblaciones donde se sabe que esos niveles son moderados o bajos; por Ejemplo: el porcentaje de niños de 12 años sin caries es del 5-10 % o menos), el tamaño estándar de cada muestra debe ser de 40-50 sujetos.

Si se desconoce el nivel de la caries dental en las poblaciones, habrá que calcularlo antes de iniciar una Encuesta. Un medio rápido y eficaz de estimar la prevalencia de caries en una

población consiste en clasificar a un grupo de sujetos como afectados por la caries o exentos. Por ejemplo: será posible examinar 2 ó 3 clases de niños de 12 años de edad, en 2 ó 3 escuelas, en donde pueda preverse que existan las mayores diferencias posibles de la enfermedad. Si *más del 20 %* de los niños están exentos de caries, la prevalencia de la caries es *baja*; si están exentos de caries el *5-20 %*, la prevalencia es *moderada*; y si *menos del 5 %* están exentos de caries, la prevalencia es *alta*.

- 3. Selección de las personas para la muestra del Universo:
 - a. Para Consultorios Tipo I y Reforzado.
 - b. Para un Área de Salud.
 - c. Para un Municipio.
 - a. Para la selección de las personas en estos casos se tomará el listado o las HCF de los Consultorios del Médico de la Familia tipo I y Reforzado, y se comenzará por un número tomado al azar, por ejemplo: el 5to. de la lista que tenga 5-6 años de edad, el 5to. que tenga 12 años y así sucesivamente hasta completar el número de sujetos para cada grupo de edad. Si no se completara con el primer pase a la lista, se iniciará nuevamente con otro número tomado al azar. Es importante tener en cuenta que entre uno y otro sujeto de la misma edad se debe mantener el mismo intervalo seleccionado al inicio.

Ejemplo: para niños de 5-6 años de edad y con el No. 5 como elemento al azar:

Pedro
 María
 Luis
 Alejandro
 Enrique
 Carlos
 Armando
 José
 Ariel
 Arturo

6. Fernando

En este caso se seleccionará el No. 5 (Enrique) y el No. 10 (Ariel) y así sucesivamente. Si no completáramos y tomáramos entonces el No. 3 (Luis), No. 6 (Fernando), No. 9 (José). Y así para cada edad o grupo de edad hasta completar. Después esas personas se registran en el Modelo que se anexa.

- b. Para la selección de las personas en Áreas de Salud el procedimiento a seguir es el siguiente:
 - Se seleccionarán X Consultorios del Médico de la Familia en la Comunidad Tipo I y Reforzado, de la misma forma que seleccionamos las personas en el caso anterior hasta completar un número de ellos que multiplicado por 5 dé el total de personas que yo determine y que se debían examinar en mi muestra, ejemplo: determiné que eran 25, selecciona 5 Consultorios del Médico de la Familia; determiné que eran 40, selecciona 8 Consultorios del Médico de la Familia, pues de cada Consultorio seleccionado, examinaremos 5 personas de cada edad o grupo.
 - Una vez seleccionados los Consultorios, procedo igual que en el caso anterior, es decir, solicito los listados o Historias Clínicas Familiares a los Consultorios y con un núm ero seleccionado al azar comienzo a seleccionar las personas hasta completar.
 - Posteriormente se lleva el registro.
- c. Para la selección de las personas en el Municipio se procede de la siguiente forma:
 - Selección de los Consultorios del Médico de la Familia.
 - En cada Municipio se seleccionarán 5 Consultorios del Médico de la Familia tipo I o Reforzado, en la Comunidad de la siguiente manera:
 - Se confeccionará un listado de las Áreas de Salud del Municipio en un Modelo como el que se muestra a continuación. El Número Final debe coincidir con la totalidad de Consultorios en la Comunidad del Municipio.

Modelo de Sel	ección de Consultorio	Municipio: Centro Habana
Área de Salud No. Consultorios tipo I o Reforzado		Intervalo de Selección
Van Troi	40	1-40
Mario Manduley	50	41-90
Reina	53	91-143
Joaquín Albarrán	45	144-188
Luis Galván	41	189-229 *

^{*} Nota: El número de Consultorios es hipotético para este ejemplo.

- A continuación se divide el total de Consultorios tipo I y Reforzados del Municipio entre 5 (en el ejemplo: 299/5 = 45 x 80) y el resultado se expresa con un decimal.
- De la Tabla de Números Aleatorios se escoge un número entre 100 y el resultado de la división anterior multiplicado por 1 000 (45 800 en el ejemplo). Supongamos que el número aleatorio seleccionado fue 23 157 (entre los 100 de la tabla de números aleatorios este fue el que se seleccionó). Partiendo de este número y sumando cada vez el resultado de la división y posterior multiplicación por 1 000, generamos 5 valores.

```
23 157
23 157 + 45 800 = 68 957
8 957 + 45 800 = 114 757
114 757 + 45 800 = 160 557
160 557 + 45 800 = 206 357
```

- Finalmente desechamos los tres últimos dígitos de cada número generado, quedándonos entonces con los números: 23, 68, 114, 160 y 206.
- Con estos números buscamos a qué intervalo de selección pertenecen en el Modelo. Por ejemplo el número 68 corresponde al Área de Salud Mario Manduley. Como 68 es el número 28 dentro del intervalo 41-90, eso indica que el Consultorio 28 del listado de todos los Consultorios del Área Manduley queda seleccionado para la Encuesta. Si por ejemplo, el número 114 perteneciente al intervalo 91-143 del Área de Salud Reina quedará seleccionado, eso implicaría que el Consultorio 24 = 114 91 + 1 del listado del Área Reina debe ser incluido en el estudio. Es decir, que para determinar qué Consultorio debemos incluir al número generado (114 en el ejemplo) al que se le resta el primer valor del intervalo de selección a que pertenece (91-143) y se le suma 1.

Con este procedimiento quedarán determinados los 5 Consultorios que se incluirán en la Encuesta.

- Selección de las personas dentro de los Consultorios incluidos:
 - Una vez en el Consultorio seleccionado se procederá a la selección de 5 personas en cada grupo de edad de interés para la Encuesta: 5 años, 12 años, 15 años, 18 años, 35-44 años y 65-74 años.
 - Se confeccionará el Modelo que se anexa para el registro de las personas. A partir de las Historias Clínicas Familiares, empezando por una al azar se comenzará a anotar a las personas cuya fecha de nacimiento indica que tienen la edad requerida. No se debe seleccionar a más de una persona por vivienda. De esta manera se seguirá con las siguientes Historias Clínicas Familiares hasta seleccionar a todos los necesarios para el estudio. Al llegar a la última se comenzará nuevamente, hasta completar. Se pondrán tantas filas como personas se vayan a Encuestar en cada edad.

Modelo de Registro de Personas			Municipio:		
Área	de Salud:		Consultorio	s:	
		5 Años			
No.	Nombres y Apellidos	Fecha de Na	cimiento	Dirección	Observaciones
1					
N=5					
		12 A ños	S		
1					
N=5					
		15 A ños	S		
1					
N=5					
		18 A ños	S		
1					
N=5					
		35-44 Añ	os		
1					
N=5					
		65-74 Añ	os		
1					
N=5					

Encuesta de Salud Bucodental. Formularios OMS de Evaluación de la Salud Bucodental. 1997 (Modificado)

No. de Encuesta:	Fecha:
	
Información General:	
Nombres y Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:	Edad en Años: Sexo: (M=1, F=2)
Ubicación Geográfica:	1. Urbana 2. Rural 3. Plan Turquino
Municipio:	Área de Salud:
CMF No CDR	Circunscripción
Consejo Popular:	
Nivel Educacional:	Universitario
Primaria sin terminar	7. Incapacitado mental
Primaria terminada	8. Círculo Infantil
Secundaria terminada	
2. Primaria terminada	

Clasificación Epidemiológica:		
 Sano Sano con riesgo 	Enfermo Enfermo con disc	apacidad
Factores de Riesgo: (Anotar Código) (Igua	al a HCF)	
Biológico: Hábitos: Otros:		
Enfermedades Sistémicas: (Anotar las 3 r	más importantes en caso	de existir)
Evaluación Clínica:		DI DI
Examen Extra oral:	Examen de la ATM	\square A \square B
Anomalías en piel y mucosas en cabeza y cuello. Nódulos linfáticos agrandados	Síntomas (A) 5. No 6. Chasquido articular 7. Dolor a la palpación 7. Dificultad movimiento de apertura y cierre	Signos (B) 0. No 1. Chasquido, sonido audible 2. Contractura maseteriana 3. Reducida apertura oral, menor de 30 mm
Mucosa Oral:		
Condición: 0 – Normal 1 – Tumor maligno (cáncer oral) 2 – Leocoplasia 3 – Liquen plano 4 – Úlceras (aftosa, herpética, traumática) 5 – Gingivitis necrotizante aguda 6 – Candidiasis 7 – Abcesos 8 – Otras Condiciones: 9 – No se registra		Ubicación: 0 – Borde bermellón 1 – Comisuras 2 – Labios 3 – Surcos 4 – Mucosa bucal 5 – Suelos de la boca 6 – Lengua 7 – Paladar duro y blando 8 – Reborde/gingiva iveolar 9 – No se registra
Oclusión: (solo para menores de 18 años	s)	
0 – Sin alteración S 1 – Ligera 2 – Moderada o Severa I 9 – No se registra		
Índice Periodontal de la Comunidad (IP 0 – Sano 17/16 1 – Sangramiento 2 – Cálculos 3 – (*) Bolsa 4 ó 5 mm 4 – (*) Bolsa de 6 mm o más 47/46 5 – Sextante excluido 9 – No se registra * No se registra en menores de 15 años	,	
Opacidades del esmalte/Hipoplasia (Dientes permanentes) 14 13 0 – Normal 1 – Opacidad demarcada 2 – Opacidad difusa 46	12 11 21 22 23	Fluorosis dental 3 24 0 – Normal 1 – Dudosa 36 2 – Muy leve

- 3 Hipoplasia
- 4 Otros defectos
- 8 Las 3 condiciones
- 9 No se registra

3 - Leve

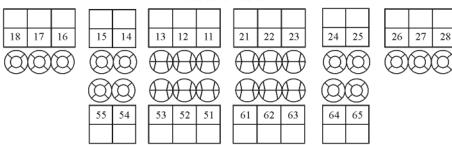
- 4 Moderada
- 5 Severa
- 8 Excluida
- 9 No se registra

Estado de la Dentición:

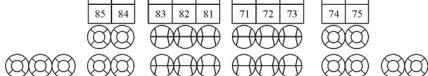
Temporal	Total de dientes	Permanente To	otal de dientes
A – Sano		0 – Sano	
B – Cariado		1 – Cariado	
C – Obturado con recidiva		2 – Obturado con recidiva	
D – Obturado		3 – Obturado	
E – Extraído por caries		4 – Extraído por caries	
		5 – Extraído por otra razón	
F – Extracción indicada		6 – Extracción Indicada	
G - Puente, corona o implante		7 - Puente, corona o implai	nte
T – Trauma		T – Trauma	
9 – No se registra		9 – No se registra	

DENTIGRAMA

Vestibular-labial



derecho Palatal-lingual izquierdo



Vestibular-labial

Γ	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Estado de la Prótesis:

Necesidades de Prótesis

- 0 No necesita
- 1 Necesita y no tiene
- 2 Tiene adecuada
- 3 Tiene inadecuada
- 9 No se registra

S	

Tipo de Prótesis

- 0 No requiere
- 1 Prótesis parcial
- 2 Prótesis total
- 3 Prótesis fija
- 9 No se registra



69

Encuesta para determinar actitudes, conocimientos, expectativas y creencias

- Se le aplicará a las personas antes de realizar la Encuesta de Salud Bucal, complementándola.
 En aquellos casos que esta no se realice se llenarán los datos referentes a información general.
- En todos los casos se pondrán en el espacio en blanco el número de la clave que coincida con la respuesta, nunca se deberá dejar en blanco, por ello se dan las opciones (11) No sabe y (12) No responde.
- Siempre que se pregunte "Otras", se debe escribir en el espacio en blanco cuál es la variante que da el informante.
- Se debe tener en cuenta las especificaciones que aparecen en las preguntas, por su particularidad.
- Es importante que nunca le lea las opciones que aparecen como respuesta a las personas.
- La Encuesta solo se aplicará a las personas de 12 y más años de edad y que estén en sus plenas facultades mentales.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCODENTAL

Encu	estador: Fecha:
Calif	icación: Consultorio No
	cipio: Área de Salud:
	s Generales:
Nom	bre:
	ción:
1.	Edad:
2.	Sexo: Masculino (1) Femenino (2)
3.	Escolaridad: (1) Ninguna (2) Primaria Incompleta (3) Primaria
	(4) Secundaria (5) Media (6) Universitaria (11) No sabe (12) No responde
4.	Trabaja actualmente: (1) Si (2) No (3) Jubilado (11) No sabe
	(12) No responde
5.	Cuál es o era su ocupación: (1) Ama de Casa (2) Obrero (3) Servicios
	(4) Técnico (5) Profesional (11) No sabe (12) No responde
	udes, Conocimientos, Expectativas y Creencias:
(1.)	Acostumbra usted a Cepillarse los Dientes:
	(1) Sí (2) No (11) No sabe (12) No responde
(2.)	Cuántas veces al día:
	(1) Ninguna (2) 1 vez (3) 2 veces (4) 3 veces (5) 4 veces (12) No responde
(3.)	Lo hace después de comer algún alimento:
_	(1) Si (2) No (12) No responde
4.	Para limpiar sus dientes, usa usted algo diferente al Cepillado:
	(1) Sí (2) No En caso de responder afirmativamente. Cuál:

5. Usa usted algún tipo de Prótesis:
(1) Si (2) No (12) No responde
6. Duerme usted con la Prótesis:
(1) Si (2) No (12) No responde
7. En caso de usar Prótesis con qué las limpia: (una sola respuesta)
(1) Con un Cepillo Dental (2) Solo con Agua Corriente (3) Los remoja en Agua Corriente durante la Noche (4) Con Agua y Jabón (5) Otra. Cuál:
9.) Cree usted que las personas deben visitar al Estomatólogo:
(1) Sí (2) No (11) No sabe (12) No responde
(10.) Cada qué tiempo usted lo visitaría:
(1) Una vez al año
(2) Cada 2 años
(3) Cuando me duele algo
(4) Otra. Cuál:
(11) No sabe (12) No responde
(12) No responde (11.) Cuándo usted fue por última vez al Estomatólogo ¿Por qué lo visitó? (No lea la lista de
opciones, marque con una X la respuesta que dé el encuestado).
(1) Revisión—
(2) Limpieza Dental————————————————————————————————————
(3) Le lastimaba algo
(4) Tenía Dolor—
(5) Para reparar la Prótesis ———————————————————————————————————
(7) Para realizarse una Extracción —
(8) Por tener mal aliento
(9) Otra Cuál:
(11) No Sabe
(12) No responde
12. Ha visitado usted al Estomatólogo en los últimos 12 meses: (1) Sí (2) No
(Si la respuesta es sí, pase a la pregunta 14. Si la respuesta es no pase a la 13).
13. Si usted no ha visitado al Estomatólogo en el último año, por qué no lo ha hecho. (No lea
la Lista de Opciones, marque con una X la respuesta que dé el Encuestado).
(1) No ha sido necesario, en su opinión —
(2) No tiene dientes———————————————————————————————————
(4) Ha tenido dificultad para obtener turnos —
(5) No ha tenido tiempo
(6) No hay Servicio Estomatológico cerca de su casa —

	(7) Tiene miedo al dolor —
	(8) Tiene miedo al Estomatólogo ———————————————————————————————————
	(9) Porque estoy sano
	(10) Otra. Cuál:
	(11) No sahe
	(12) No responde —
14.)	Por qué cree usted que se le caen los dientes a las personas. (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que dé el Encuestado).
	(1) Porque los dientes se cariaron
	(2) Porque los dientes se aflojaron y se cayeron—
	(3) Porque no los cuidaron bien —
	(4)
	(5) Por no visitar al dentista
	(6) Por la edad — (7) Otra. Cuál: — (8)
	(7) Otra. Cuál:
	(11) No sabe — (12) No responde — —
	(12) No responde —
15.	Qué cree usted que pueda haber hecho una persona para evitar perder los dientes. (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que dé el Encuestado).
	(1) Conocer cómo cuidar sus dientes —
	(2) Revisarse periódicamente para detectar enfermedad —
	(3) Cepillarse bien los dientes
	(4) Usar hilo dental
	(5) Usar pastas con fluoruro
	(6) No comer demasiados dulces————————————————————————————————————
	(7) Cepillarse después de cada comida —
	(8) Usar Flúor —
	(9) Otra. Cuál
	(11) No sabe————————————————————————————————————
	(12) No responde —
16.	Cómo cree usted que estén sus dientes y su boca en comparación con las de sus amistades.
	(1) Igual que todos
	(2) En peores condiciones
	(3) En mejores condiciones
	(11) No sabe
	(12) No responde
17.	Por qué cree usted que a una persona le sangran las encías. (No lea la lista de opciones,
	marque con una X las respuestas que dé el Encuestado).
	(1) Porque no se cepilla —
	(2) Porque se le movían los dientes
	(3) Porque tenía enfermos los dientes—
	(4) Porque come cosas muy duras —
	(5) Porque no visita al dentista —
	(6) Por la edad
	(7) Otra. Cuál: —
	(11) No sabe —
	(12) No responde —
18	Cómo usted cree que una persona que le sangran las encías pueda evitarlo. (No lea la
٠.	lista de opciones, marque con una X las respuestas que dé el Encuestado).

	(1) Conocer como cuidarse
	(2) Revisarse periódicamente para detectar enfermedades —
	(3) Cepillarse bien los dientes
	(4) Usar hilo dental ————————————————————————————————————
	(5) Usando medicamentos —
	(6) Comiando alimentos blandos
	(7) Cepillarse después de cada comida —
	(8) Otra. Cuál:
	(11) No sabe —
	(12) No responde —
19.	Para usted qué significa que una persona pierda sus dientes. (No lea la lista de opciones, marque con una X las respuestas que dé el Encuestado).
	(1) Que se vea feo
	(2) Que no pueda hablar bien
	(3) Oue no pueda masticar bien
	(4) Otra. Cuál:
	(11) No sabe —
	(12) No responde —
20.	Le gusta comer dulces u otros alimentos entre las comidas:
	(1) Sí (2) No (3) A veces (11) No sabe (12) No responde
21.	Toma usted café o té: (1) Sí (2) No
	(Si responde Sí pasar a la 22 y 23, si responde no pasar a la 24).
22.	Cuándo.
	(1) Continuamente
	(1) Continuamente———————————————————————————————————
	(3) Solo en las mañanas
	(4) Una vez al día —
	(5) Otra. Cuál: ————————————————————————————————————
	(11) No sabe ————————————————————————————————————
23.	Cómo lo toma.
	(1) Muy caliente —
	(2) Caliente ———————————————————————————————————
	(3) Tibio ———————————————————————————————————
	(4) Frio————————————————————————————————————
	(11) No sabe ————————————————————————————————————
24.	Usted fuma: (1) Si (2) No
	(Si responde Sí pasar a la 25, si responde No pasar a la 26.)
25.	Cuántos cigarrillos se fuma usted al día.
	(1) Menos de 10 —
	(2) De 10 a 20 —
	(3) De 21 a 30
	(4) Más de 20 —
26.	Cree usted que una persona de su edad sería capaz de cambiar la forma de cepillarse los dientes:
	(1) Sí (2) No (11) No sabe (12) No responde

27.	Podría una persona como usted tener los dientes más limpios:(1) Sí (2) No (11) No sabe (12) No responde								
28.	Cómo usted cree que esa persona podría llegar a tener los dientes más limpios. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el Encuestado).								
	(1) Cepillándolos———————————————————————————————————								
	(2) Usando nilo dental ————————————————————————————————————								
	(4) Usando palillos — — — — — — — — — — — — — — — — — — —								
	(6) Haciéndose profilaxis en el Estomatólogo —								
	(7) Otra. Cuál:								
	(11) No sabe—								
	(12) No responde —								
20									
29.	Qué cree usted que le pasaría a esa persona si logra mantener sus dientes más limpios. (No lea la lista de opciones, marque con una X las respuestas que dé el Encuestado). (1) No sentiría dolor———————————————————————————————————								
	(2) No tendría caries————————————————————————————————————								
	(3) No le sangrarían las encías								
	(4) No tendría mal aliento								
	(5) Se vería mejor—								
	(6) No perdería los dientes —								
	(7) Hablaría meior ————————————————————————————————————								
	(8) Otra. Cuál:								
	(11) No sabe—								
	(12) No responde —								
30.	Usted cree que una persona de su edad, que no visita al Estomatólogo frecuentemente, lograría ir a revisarse la boca: (1) Sí (2) No (11) No sabe (12) No responde								
31.	Cree usted que es importante aprender a revisarse la boca para detectar algo "diferente"(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde								
32)	Considera usted, que entonces esta persona debe visitar al Estomatólogo:(1) Sí (2) No (11) No sabe (12) No responde								
33.	Una persona que tiene pocos dientes o ninguno, y no tiene prótesis, cree usted que pueda comer cualquier tipo de alimento: (1) Sí (2) No (11) No sabe (12) No responde								
34.)	Cuándo usted cree que una persona deba comenzar a cepillarse los dientes. No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que dé el encuestado. (1) Desde que nace————————————————————————————————————								
	(2) Cuando brotan los primeros dientes —								
	(2) Cuando brotan los primeros dientes ————————————————————————————————————								
	(4) Otra. Cuál:								
	(11) No sabe—								
	(12) No responde —								
(25)									
(33)	Si una persona se hace una extracción dentaria, qué usted cree que suceda. (No lea la lista de opciones, marque con una X las respuestas que dé el Encuestado).								
	(1) Nada ——————————————————————————————————								
	(2) Se mueven los dientes —								
	(3) No se puede comer bien ————————————————————————————————————								
	LTL DV VOIL DAIS								

	(5) Se soluciona el problema fácilmente—
	(11) No sabe —
	(12) No responde —
36.	Qué hábitos cree usted que afectan los dientes y los tejidos bucales. (No lea la lista de opciones, marque con una X las respuestas que dé el Encuestado). (1) Onicofagia———————————————————————————————————
	(2) Queilofagia—
	(3) Succión Digital
	(4) Respiración Bucal —
	(5) Comer alimentos blandos y batidos —
	(6) Chupeteo del tete
	(7) Biberón —
	(8) Otros. Cuál:
37.	En qué usted cree que beneficie a un niño el que su madre lo lacte. (No lea la lista de opciones, marque con una X las respuestas que dé el Encuestado).
	(1) Nada —
	(2) Mejor desarrollo de su organismo
	(3) Mejor desarrollo de su boca y dientes —
	(4) Dientes más sanos
	(5) Más económica
	(6) Más sano el niño
	(7) Otra. Cuál:
	(11) No sabe —

Evaluación:

(12) No responde –

Las Preguntas encerradas en un círculo se clasificarán en correctas o incorrectas, según responda el Encuestado.

Las Preguntas subrayadas, que son de respuesta múltiple se clasificarán de correctas si responde acertadamente más de la mitad de las opciones.

Las preguntas resaltadas en negritas no se tendrán en cuenta para la evaluación, pues el objetivo de ellas es proporcionar información sobre costumbres, creencias y conductas de los Encuestados, lo que complementará la información necesaria para el Análisis de la Situación de Salud.

Si responde de:

16 a 23 correctamente
 8 a 15 correctamente
 0 a 7 correctamente
 Evaluación Regular
 Evaluación Mal
 M

ANEXO 2 Modelo 241-406-04. Actividades de Estomatología

Objetivo

Obtener información que permita evaluar las actividades de promoción de salud, prevención, atención curativa y rehabilitación estomatológica.

Flujo del modelo

Original, Dirección Nacional de Estadística, primera copia, Dirección Provincial de Salud, segunda copia, Dirección Municipal de Salud y tercera copia Centro Informante.

Caracterización de los centros informantes

Será informado por todos los servicios de Estomatología tanto los ubicados en instituciones de salud como en escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, etcétera.

Instrucciones para el llenado y revisión

Cabeza y pie del modelo

Ver Instrucción General No. 1 de la Oficina Nacional de Estadísticas.

Anverso

Cuerpo del modelo

Conceptos (Columna A)

Prevención (Filas 1 a la 6)

Laca flúor (Fila 1)

Se refiere a las aplicaciones preventivas de laca flúor, en toda la arcada dentaria (norma una aplicación en cada semestre).

Enjuagatorio de flúor (Fila 2)

Se refiere a los enjuagatorios de flúor que se realicen a niños y adolescentes desde 5 hasta los 18 años de edad (norma 10 y 6 aplicaciones de la solución en el primero y segundo semestre respectivamente).

Control de placas dento bacteriana (Fila 3)

Se refiere a las personas a las que se les concluye el control de placa dento bacteriana con el objeto de lograr un grado superior de higiene bucal, independientemente de que sea realizada por un técnico, licenciado o Estomatólogo.

Actividades educativas en consejería (Fila 4)

Se refiere a las actividades educativas realizadas en área física constituida como Consejería de Salud, se anotarán actividades y no cantidad de personas que participaron.

Actividades educativas en la comunidad (Fila 5)

Son aquellas actividades educativas que se realizan en la comunidad, o sea fuera del ámbito de la institución de servicio, se anotarán actividades y no cantidad de personas que participaron.

Sellantes fosas y fisuras (Fila 6)

Se refiere a la aplicación de sellantes de fosas y físuras que se utilicen como medio de tratamiento preventivo de la carie dental.

Consultas (Fila 7 a la 14)

Total de consultas, Estomatología General Integral, Periodoncia, Ortodoncia, Prótesis, Implantología, Cirugía Maxilofacial, realizadas en el terreno.

Total de consultas (Fila 7)

Se refiere a las consultas ofrecidas según las especialidades que se solicitan en las filas siguientes: en la fila 8 las correspondientes a Estomatología General Integral, en la fila 9 las de Periodoncia, en la fila 10 Ortodoncia, fila 11 Prótesis, la fila 12 las de Implantología, la fila 13 Cirugía Maxilofacial y en la fila 14 las Realizadas en el Terreno (independientemente del tipo de especialidad que las realice).

Implantología (Fila 12)

Son las consultas realizadas a un paciente a partir de que es remitido a implantología desde un servicio de prótesis, es evaluado por el equipo multidisciplinario y la continuación de su atención, hasta concluir.

Realizadas en el terreno (Fila 14)

Consultas realizadas fuera del ámbito institucional por Estomatólogos o los licenciados en atención estomatológica.

Consultas en la que se aplicó tratamiento de medicina natural y tradicional (Fila 15)

Se refiere a aquellas consultas en las que se aplicó o indicó cualquier tipo de tratamiento de medicina natural y tradicional, descritas en el codificador de dicha actividad. Independientemente del tipo de especialidad en que se aplique.

Examinados (Filas 16 y 17)

Total de pacientes examinados (Fila 16)

Se refiere a las personas a las cuales se le realiza el examen del complejo bucal el que se realizará en la primera consulta y exige la confección de la Historia Clínica de la persona esté enferma o sana.

De ello: no requieren tratamiento (Fila 17)

Del total de pacientes examinados, desglosar aquellos que al realizarle el examen del complejo bucal no requieren ningún tratamiento de los realizados en la atención primaria.

Ingresos (Fila 18 a la 22)

Considerar como ingresos a todos aquellos pacientes que al realizarle el examen del complejo bucal requieren de atención y le ha sido confeccionada su Historia Clínica para su atención en Estomatología General Integral (fila 18), en la fila 19 Periodoncia, fila 20 Ortodoncia y en la fila 21 para Prótesis.

De ello: con implante (Fila 22)

Se corresponde a aquellos pacientes que ingresan en la especialidad de prótesis y que han sido implantados, para confeccionársele una prótesis o a los que se les adaptara una prótesis que poseen.

Atención concluida (Fila 23 a la 27)

Considerar como atención concluida a todo paciente que después de haberse confeccionado la historia clínica para su ingreso se le concluyó el tratamiento o atención estomatológica motivo de dicho ingreso según las especialidades descritas en las filas 23 a la 26.

De ello: con implante (Fila 27)

Se corresponde con aquellos pacientes que concluyen su tratamiento y a los que se les confeccionó una prótesis o se le adaptó una que poseen y que fueron implantados y que además fueron reportados como ingresos de ellos con implantología.

Números de implantes (Fila 28)

Cantidad de implantes utilizados.

Otras actividades realizadas (Filas 29 a la 35)

Extracciones dentarias (Fila 29)

Se refiere a las extracciones realizadas de dientes permanentes, incluye extracciones múltiples en el área quirúrgica y las realizadas por la especialidad de Ortodoncia y Prótesis. No incluye extracciones a dientes temporales exfoliados.

Total de obturaciones (Fila 30)

Se refiere al total de obturaciones realizadas independientemente del tipo de material obturante permanente que sea utilizado para dicha obturación.

De ello: con resinas (Fila 31)

Se refiere a del total de obturaciones consignadas en la fila 30 aquellas que fueron realizadas con resinas, o sea, con obturantes plásticos.

Tratamientos de endodoncia concluídos (Fila 32)

Se refiere al total de tratamientos de endodoncia concluídos durante el período de información, incluye tratamiento pulpo radicular y pulpotomías.

De ello: pulpotomía concluída (Fila 33)

Se refiere a del total de tratamientos de endodoncia concluídos los que correspondan a pulpotomías específicamente.

Tratamiento quirúrgico de periodoncia (Fila 34)

Se refiere a los tratamientos quirúrgicos en la especialidad de periodoncia que sean realizados durante el período de información.

Tratamiento quirúrgico maxilofacial (Fila 35)

Se refiere a los tratamientos quirúrgicos realizados en el servicio de maxilofacial durante el período de información.

Programa P.D.C.B. (Filas 36 a la 38)

Pacientes examinados (Fila 36)

Se refiere a aquellos pacientes que fueron pesquisados cuando se les realizó el examen del complejo bucal con vista a la localización de afecciones pre-malignas o malignas en cumplimiento de lo establecido en dicho programa.

Remitidos (Fila 37)

Se refiere a del total de pacientes examinados aquellos que el Estomatólogo especificó como *remitidos* en su hoja de trabajo del día al encontrar alguna lesión o afección que requería el examen del especialista para verificar el diagnóstico presuntivo y le fue confeccionado su modelo de remisión.

De ello: positivos confirmados (Fila 38)

Se informarán el número de personas remitidas a los que se les confirma que son portadores de una patología cancerígena.

Actividades en grupos priorizados seleccionados (Filas 39 a la 45)

Prevención (Fila 39, 40 y 41)

Laca flúor (Fila 39)

Se refiere a de las aplicaciones de Laca Flúor informadas en la fila 1 columnas 1 a la 3, aquellas que fueron realizadas a: niños con atención en el hogar (NAHO), discapacitados, de ellos: retrasados mentales, hayan sido en su domicilio o institucional, a escolares de primaria y a escolares de secundaria.

Enjuagatorio de flúor (Fila 40)

Se refiere a de los enjuagatorios de flúor informados en la fila 2 columnas 2, 3 y 4 aquellos que se realicen en las escuelas a escolares de primaria y a escolares de secundaria (norma 10 y 6 aplicaciones de la solución en el primero y segundo semestre respectivamente).

Control placa dento bacteriana (Fila 41)

Se refiere a de los controles de placa dento bacteriana informadas en la fila 3 columnas 1 a la 6, aquellas que se hayan realizado a: embarazadas, madres con niños menores de un año, escolares de primaria y a escolares de secundaria.

Examinados (Filas 42 y 43)

Total pacientes (Fila 42)

Se refiere a del total de pacientes examinados informados en la fila 16, aquellos que correspondan a las solicitudes realizadas en las columnas 9 a la 15.

De ello: no requieren tratamiento (Fila 43)

Se refiere a de los pacientes examinados que no requieren tratamientos informados en la fila 17 columnas 1 a la 6, aquellos que correspondan a las solicitudes realizadas en las columnas 9 a la 15.

Ingresos estomatología general integral (Fila 44)

Se refiere a del total de ingresos informados en la fila 18 columnas 1 a la 6, aquellos que correspondan a las solicitudes de las columnas 9 a la 15.

Atención concluída (Fila 45)

Se refiere a del total de atención concluida en Estomatología general integral informada en la fila 23 columnas 1 a la 6, aquellas que correspondan a las solicitudes de las columnas 9 a la 15.

Laboratorio (Filas 46 a la 60)

Aparatos terminados de: (Filas 46 a la 48)

Se refiere a los aparatos protésicos removibles terminados en los que se utilizó cromo cobalto en la fila 46, los aparatos protésicos totales realizados con acrílico en la fila 47 y en la 48 todas las prótesis parciales de acrílico.

Unidad fija terminada de: (Filas 49 a la 51)

Se refiere en la fila 49 a todas las unidades de prótesis fijas terminadas y confeccionadas con acrílicos, en la fila 50 las confeccionadas con resina no acrílica y en la 51 todas las confeccionadas en porcelana.

Aparato de: (filas 52 y 53)

Se refiere en la fila 52 todos los aparatos de ortodoncia removibles y en la fila 53 los fijos, que hayan sido confeccionados en el laboratorio o la consulta.

Reparaciones de (Filas 54 y 55)

Se refiere en la fila 54 todas las reparaciones que se hayan realizado a aparatos de prótesis sean totales o parciales y en la fila 55 las realizadas a aparatos removibles de ortodoncia.

Aparatos sobre implantes (fila 56 a la 60)

En este concepto se incluirán todos aquellos aparatos protésicos que se confeccionan para ser colocados sobre implantes, clasificándolos según esta clasificación: Sobre-dentadura barras (fila 56), Sobre-dentadura rótula (fila 57), Unitario de resina acrílica (fila 58), Unitario de cerámica (fila 59), Unitario de metal cerámica (fila 60).

Fila (Columna B, D v F)

Aparece impreso el número de cada una de las filas que contempla el modelo.

Grupos de edad (Columnas 1 a la 6)

Anotar las cifras correspondientes en cada una de estas columnas según el grupo de edad del cual se requiere obtener información de acuerdo a los conceptos solicitados en la columna A.

Total (Columna 7)

Será la suma de las cifras informadas en cada una de las columnas de la 1 a la 6.

De ello: femenino (Columna 8)

Serán del total informado en la columna 7 aquellos que sean del sexo femenino según los conceptos solicitados en la columna A, fila 7 a la 14.

Embarazadas (Columna 9), Madres con niños menores de 1 año (Columna 10), Niños con atención en el hogar (NAHO) (Columna 11), Discapacitados (Columna 12), De ello: Retrasados mentales (Columna 13), Escolares de primaria (Columna 14), Escolares de secundaria (Columna 15)

Anotar las cifras correspondientes a los conceptos solicitados en la columna C de Actividades en Grupos Priorizados.

Número (Columna 16)

Anotar las cifras correspondientes a los conceptos solicitados en la columna E del Laboratorio.

Aclaraciones específicas

• Debe entenderse como **ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**, la acción de salud realizada sobre un paciente que puede ser, educativa, preventiva, curativa o de rehabilitación.

Ejemplo:	Cepillado correcto de los dientes	. Educativa
	Control de placa dento bacteriana	Preventiva
	Obturación de un diente	Curativa

- Debe entenderse como CONSULTA DE TERRENO EN ESTOMATOLOGÍA los casos vistos en el domicilio, escuela, círculo infantil u otro lugar fuera del servicio estomatológico brindado por un Estomatólogo o Licenciado en Atención estomatológica, con el objetivo de ejecutar en una persona, familia o grupos de población en la comunidad, acciones de promoción de salud, tratamientos preventivos, realizar diagnósticos y dar continuidad a tratamientos que no requieran de equipamiento.
- Las actividades de maxilofacial realizadas en hospitales se informarán por el modelo 241-416-02 (Consultas externas) y 241-487-02 (Cirugía) Las actividades de maxilofacial realizadas en servicio de Estomatología serán informadas por el modelo 241-406-04.
- Para obtener el total de esta actividad tanto de consulta como de cirugía maxilofacial a nivel municipal y provincial deberá incluirse las consultas en la fila 13 columna 7 y las operaciones en la fila 35 columna 7.
- · Las curas temporales no son obturaciones.
- En las filas 49 a la 51 se registran las unidades de prótesis fija por el material de terminación aunque lleven base metálica.

Revisión Lógica y Aritmética

- La suma de las columnas 1 a la 6 será igual al dato consignado en la columna 7 en las filas 1 a la 38.
- La suma de las filas 8 a la 14 será igual al dato consignado en la fila 7 en las columnas 1 a la 8.
- El dato de las filas 7 a la 14 en la columna 8 siempre será menor o igual al dato consignado en la columna 7 para estas mismas filas.
- La diferencia entre la fila 16 y 17 será igual al total de pacientes examinados que requieren tratamiento, por lo tanto será igual o mayor y nunca menor que la fila 18.
- El dato de la fila 17 en las columnas 1 a la 7 siempre será menor o igual al de la fila 16.
- La suma de las filas 18 a la 21 en las columnas 1 a la 7 será igual al total de ingresos realizados.
- La suma de las filas 23 a la 26 será igual al total de atención concluida (alta) en las columnas 1 a la 7.
- El dato de la fila 31 con respecto a la 30 así como la fila 33 relacionada con la 32 será menor o igual.
- La diferencia entre la fila 31 con respecto a la 30 nos permite conocer el total de obturaciones realizadas con otros materiales que no sean resinas.
- La diferencia entre la fila 33 con respecto a la 32 nos permite conocer la cantidad de tratamientos pulpo radicular realizados.
- El dato de la fila 37 será menor al dato de la fila 36.
- Al ser un desglose de los datos de prevención anotados en las filas 1, 2 y 3 así como los examinados de las filas 16 y 17 los datos de las filas 39, 40, 41 y 42-43 siempre serán menores o igual que los señalados en el frente del modelo.
- Los datos de las filas 44 y 45 al ser también un desglose de los anotados en las filas 18 y 23 siempre serán menores.
- La suma de las filas 46 a la 48 será igual al total de aparatos de prótesis terminados.
- La suma de las filas 49 a la 51 será igual al total de unidades fijas de prótesis terminadas.
- La suma de las filas 54 y 55 nos dará el total de reparaciones realizadas.
- La suma de las filas 56 a la 60 será igual o menor que la fila 28.

Codificador

0 Género

- 0.1 Masculino
- 0.2 Femenino

1. Grupos De Edades

- 1.1 1-4 Años
- 1.2 5-9 Años
- 1 3 10-14 Años
- 1.4 15-19 Años
- 1.5 20-59 Años
- 1.6 60 y más Años

2. Grupos Priorizados

- 2.1 Embarazadas
- 2.2 Madres con Hijos 1 Año
- 2.3 Discapacitados
- 2.4 Retrasados Mentales
- 2.5 Niños de Atención en el Hogar (NAHO)

- 2.6 Escolares de Primaria
- 2.7 Escolares de Secundaria
- 2.8 15 a 19 años
- 2.9 Nuevos soldados

3. Actividades de Prevención

- 3.1 Aplicación de Laca Flúor
- 3.2 Enjuagatorio de Flúor
- 3.3 Control de Placa Dento Bacteriana (CPDB)
- 3.4 Sellante de Fosas y Fisuras
- 3.5 Actividades educativas en Conseiería
- 3.6 Actividades educativas en Comunidad

4. Consultas

- 4.1 Estomatología General Integral
- 4.2 Periodoncia

- 4.3 Ortodoncia
- 4.4 Prótesis
- 4.5 Cirugía Maxilofacial
- 4.6 Con Tto. de Med. Natural y Tradicional
- 4.7 En el Terreno
- 4.8 Implantología

5. Examinados e Ingresos

- 5.1 Examinados
- 5.2 No Requieren Tratamiento
- 5.3 Ingresos en E.G.I.
- 5.4 Ingresos en Periodoncia
- 5.5 Ingresos en Ortodoncia
- 5.6 Ingresos en Prótesis
- 5.7 De ellos con implante

6. Otras Actividades Realizadas

- 6.1 Extracciones Dentarias
- 6.2 Obturaciones de Amalgama
- 6.3 Obturaciones de Resina
- 6.4 Obturación temporal
- 6.5 Tartrectomia
- 6.6 TPR Concluído
- 6.7 Pulpotomía Concluida
- 6.8 Tto. Quirúrgico Periodoncia
- 6.9 Tto. Quirúrgico Maxilofacial
- 6.10 Impresión Alginato Prótesis
- 6.11 Impresión Alginato Ortodoncia
- 6.12 Número de implantes

7. Tratamientos de Medicina Natural v Tradicional

- 7.1 Acupuntura
- 7.2 Hipnosis
- 7.3 Fitoterapia
- 7.4 Apiterapia y Propóleos
- 7.5 Homeoterapia
- 7.6 Técnicas Eléctricas (Electromagnetoterapia, Tens, Electroestímulo)
- 7.7 Técnicas de Relajación
- 7.8 Otros Tratamientos
- 7.9 Dígitopuntura
- 7.10 Exodoncia por Acupuntura
- 7.11 Exodoncia por Homeopatía
- 7.12 Exodoncia por Hipnosis
- 7.13 Láserterapia

8. Atención Curativa Concluida

- 8.1 Estomatología General Integral
- 8.2 Periodoncia
- 8.3 Ortodoncia

- 8 4 1 Prótesis Total
- 8.4.2 Prótesis Parcial
- 8.4.3 Prótesis Fija
- 8.4.4 Prótesis Implante

9. Programa Detección Precoz del Cáncer Bucal

- 9.1 Examinados por el PDCB
- 9.2 Remitidos por el PDCB
- 9.3 Positivo confirmado
- 10.1 Aparato de Cromo-Cobalto Terminado
- 10.2 Aparato Acrílico de Total Terminado
- 10.3 Aparato Acrílico de Parcial Terminado
- 10.4 Unidad Fija Terminada de Acrílico
- 10.5 Unidad Fija Terminada de Resina
- 10.6 Unidad Fija Terminada de Porcelana
- 11.1 Aparato de Ortodoncia Removible
- 11.2 Aparato de Ortodoncia Fijo
- 12.1 Reparaciones de Prótesis
- 12.2 Reparaciones de Ortodoncia
- 13 Aparatos sobre implantes
- 13.1 Sobre dentadura c/ Barra
- 13.2 Sobre dentadura c/ Rótula
- 13.3 Implante Unitario Resina acrílica
- 13.4 Implante Unitario cerámica
- 13.5 Implante Unitario Metal Cerámica

Complementaria Resolución No. de Fecha:	mación de Estadís aprobado por del MINSAP		ACTIVIDADES DE ESTOMATOLOGÍA						Trime		Modelo: 241-406-04 Página 1 de 2 Periodicidad: Trimestral Acumulado Unidad de Medida		
SALUD PÚBLICA Y A ORGANISMO:	BLECIMIENTO:					Año ORG-CE	Uno ENT. INFESTAB.:						
ordania.		CLIVI	NO II W ON HAIRIE O LOTAL	JEE-CIII.	acivio.				C	Orta, or	VI. INF. ESTAB		
ACTIVIDAD FUNDAMENTAL: PROVINCIA:						MUNICIPIO:			0	CAE:	PRO	OV-MUN:	
				FILA		G			OS DE EC	DAD			
CONCEPTOS					1-4	5-9	10-14	15-19	20-59	60 años y más	TOTAL	De ello: Femenino	
	A			В	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Laca flúor			1									
	Enjuagatorio de f	flúor		2									
PREVENCIÓN	Control placas de	ento b	acteriana	3									
TREVENOION	Actividades Educ	ativas	en Consejería	4									
	Actividades Educ	ativas	en la Comunidad	5									
	Sellantes fosas y	fisura	as	6									
	Total de consultas			7									
	Estomatología General Integral			8									
	Periodoncia			9									
CONSULTAS	Ortodoncia			10									
CONSOLIAS	Prótesis			11									
	Implantología			12									
	Cirugía Maxilofad	cial		13									
	Realizadas en el terreno			14									
Consultas en las Tradicional	que se aplicó trat	amier	nto de Medicina Natural y	15									
	Total de Paciente	es exa	minados	16									
EXAMINADOS	De ello: No requieren tratamiento			17									
	Estomatología General Integral												
	Periodoncia												
INGRESOS	Ortodoncia												
	Prótesis			20									
	De ello: Con Implante			22									
	Estomatología General Integral			23									
	Periodoncia			24									
ATENCIÓN	Ortodoncia			25									
CONCLUÍDA	Prótesis			26									
	De ello: Con In	nplant	ne e	27									
Implantología	Número de Impla			28									
	Extracciones den			29			_						
				30					+				
OTRAS	Total de Obturaciones De ello: Con resinas			31									
ACTIVIDADES		De eilo: Con resinas Ttos, de Endodoncia concluídos											
REALIZADAS	De ello: Pulpotomía concluída			32 33					1				
				34					+				
	Tto. Quirúrgico de Periodoncia Tto. Quirúrgico de Maxilofacial								1				
	Pacientes examinados			35 36				_	+	_			
PDCB	Remitidos	iduus		37					_				
. 505	De ello: Positivos Confirmados							_	+	_			

										Mod		241-406-04 Pág. 2 de 2		
ACTIVIDADES EN GRUPOS PRIORIZADOS SELECCIONADOS				FILA	Embarazadas	Madres con niños menores de 1 año	Niños con atención en el Hogar (NAHO)	Discapacitados	De ello: Retrasados mentales	Escolare Prima	es de			
		С		D	9	10	11	12	13	14		15		
	Laca flúo	r		39										
PREVEN- CIÓN	Enjuagati	uagatorio de flúor												
CION			to-bacteriana	41										
EXAMINA-	Total de			42							_			
DOS			equieren tratamiento	43										
Ingresos Est				44		$\overline{}$					_			
Atención cor				45						$\overline{}$	_			
				LABO	DRATORIO					FIL	A	NÚMERO		
					E					F	\pm	16		
ADADATO	o TEDAM	14000	Cromo-Cobalto							4	_			
APARATO:	S TERMIN DE:	IADOS I	Acrílico total							4	7			
	DE:		Acrílico parcial							4	8			
UNIDAD FI	IIA TEDMI	INIADA	Acrílicos							4	9			
ONLOAD	DE:		Resina							5	_			
	DE.	$\overline{}$	Porcelana							5 5	_			
APA	RATO DE:		Ortodoncia removible											
		_	Ortodoncia fijo			5	_							
REPARA	ACIONES I		Prótesis											
			Ortodoncia											
		- 1	Sobre- dentadura barras											
	TOS SOB	RE	Sobre- dentadura rótula 57 Unitario de resina acrílica 58											
IMF	PLANTES	- 1	Unitario de resina acrílica Unitario de cerámica											
			Unitario de ceramica Unitario de metal cera	ámica	mica									
con los anot	s que los d ados en n	uestros r	itenidos en este model registros primarios de l'elaboración.			Jefe D	pto. de E	stadística		Direc	etor			
		Día	Moo	Año.]	Non	nbre y A		Nom	bre y		llidos		
Día Mes Año Firma I										Firn	Firma			

ANEXO 3 El Plan Director Institucional (PDI)

El Plan Director Institucional debe ser la evolución del Plan de Trabajo de cada una de nuestras instituciones hacia una fase superior de calidad conceptual, operacional y de resultados, en función de los preceptos jurídicos que sustentan a nuestra Salud Pública Socialista y de lo que merece nuestro pueblo con el objetivo de alcanzar la excelencia en los servicios a través de los colectivos morales, al lograr las proyecciones de la Salud Pública para el 2015.

Se elaborará semestralmente y su expresión mensual lo constituye el Plan de Trabajo, teniendo como características ser: Sintético; Objetivo; Actualizado; sin Fraseología; Integral; Estratificado por problemas. Debe ser actualizado periódicamente expresando los aspectos resueltos y las nuevas necesidades.

Componentes del PDI

Programación Funcional

- Misión y Visión del centro.
- Objetivos estratégicos en correspondencia con los territoriales y el análisis de la situación de salud para lograr las proyecciones de la salud pública para el 2015.
- Estructura organizacional.
- Reglamento Interno.

Análisis Estructural

- Diagnóstico de la situación del centro.
 - Planta Física.
 - Equipos Médicos.
 - Sistemas Ingenieros.
 - Mobiliario médico y no médico.
 - Otros equipos e instrumental.
- Soluciones en inversiones, reparaciones y mantenimiento.
 - Para cada componente del análisis estructural.
 - Estudiando criterios de priorización.
 - Definiendo prioridades.

Análisis del funcionamiento

- Diagnóstico del comportamiento de la calidad en la institución (CACSE).
- Disciplina laboral y cumplimiento del Reglamento Interno.
- Comportamiento de los siete aspectos del funcionamiento.
- Indicadores de servicios y de salud.
- Opiniones, planteamientos y quejas de la población sobre el servicio.
- Resultados de supervisiones e inspecciones de otros niveles y propias.

Análisis de la satisfacción de la población

- Estudio de las deficiencias señaladas.
- Identificación de las causas.
- Estrategia de intervención.

Plan de Trabajo: Se elaborará mensualmente teniendo en cuenta los problemas identificados y el resultado de los análisis anteriores para:

- La institución.
- · Los directivos.
- Los profesionales, considerando en estos los procesos docentes que desarrollan, su superación e investigación.

Evaluación: Debe realizarse mensualmente y acorde con lo expuesto en el presente Programa para cada uno.

ANEXO 4

Organización de los sistemas de turnos en los Servicios Estomatológicos*

Del Director de la Clínica o Servicio

- Garantizar una adecuada Organización de la Consulta Externa, de la Distribución de Turnos de todo tipo y en general de los servicios ambulatorios que se le brindan a los pacientes con la finalidad de evitarles molestias innecesarias y de facilitarles los trámites referidos a las áreas de trabajo de la Unidad.
- 2. Establecer el Horario de Atención por el Área de Información y Turnos en base a: Primero: Indicaciones emitidas por los niveles superiores.

Segundo: Demanda de servicio.

- Tercero: Posibilidades reales en relación a la disponibilidad de los recursos humanos y materiales con los que se disponga.
- Discutir con otras unidades la demanda de turnos de consultas de especialidades y de exámenes complementarios que no se realizan en la unidad, basados en el estudio de oferta/demanda realizado y la oferta que le brindan.
- 4. Garantizar la realización de un estudio de oferta/demanda basado en:
 - Análisis de los principales problemas de salud identificados.
 - Análisis de tendencias con el fin de identificar los meses en que la demanda de consulta y de exámenes complementarios es mayor.
- 5. Entregar mensualmente al Departamento de Estadísticas y Registros Médicos la información necesaria para la realización por parte de este de la entrega de turnos y la Información a pacientes y familiares.
- 6. Garantizar la presencia de Estomatólogos, Especialistas y Técnicos en la Consulta en el día y hora señalado para la realización de esta actividad.
- Supervisar periódica y sistemáticamente la realización de la actividad de consulta, monitoreando que:
 - Las consultas comiencen a la hora programada.
 - El llamado de los pacientes a la consulta sea según lo establecido.
 - No se suspenda ninguna consulta.
 - No se manifiesten desviaciones a los procedimientos establecidos.
- 8. Controlará la lista de espera de prótesis.

^{*}Tomado del "Manual de Procedimientos para la inscripción y distribución de turnos en clínicas estomatológicas y servicios de Estomatología".

De los Jefes de Servicios y Departamentos de Medios Diagnósticos

- Controlar continuamente el Sistema de Turnos, alertando al Director de las situaciones detectadas, verificando que:
 - Los pacientes acudan a las citas.
 - Se le aprovecha la consulta al paciente según lo establecido en las guías prácticas.
 - No se suspenden consultas sin autorización del director, ni tratamientos planificados sin explicación técnica que lo justifiquen.
 - Tiempos dedicados a cada paciente en la libreta de citaciones y el aprovechamiento de la jornada.
 - Existencia de mecanismos creados para la atención de pacientes en caso de no asistencia de otros.
 - El paciente sea llamado por el orden de su turno.
- 2. Debe compararse semanalmente el parte diario, con las Historias Clínicas y las libretas de citaciones.
- 3. Control de la lista de espera de prótesis, analizándose si esta se mueve, es decir, si los pacientes son citados a partir de ella y si está actualizada.
- 4. Entregar mensualmente al Departamento de Estadísticas y Registros Médicos la información necesaria para la realización por parte de este de la inscripción de los pacientes, la entrega de los turnos y la información a pacientes y familiares.
- Garantizar la presencia del Estomatólogo, Especialista y Técnico en la consulta o área de atención según sea el caso en el día y hora señalado para la realización de esta actividad.

Del Estomatólogo, Especialista y Técnico

- Realizar el llamado a los pacientes a la consulta atendiendo al orden de éste en la hoja de consulta del día.
- Anotar en el volante el tiempo requerido para las atenciones en la próxima consulta y especialidad a la cual se remite.
- 3. Entregar al paciente modelo de remisión a otras especialidades y o medios diagnósticos.

Del Jefe de Estadística y Registros Médicos

- 1. Organizar la actividad de Distribución de Turnos e Información sobre la base de lo que en este documento se establece.
- Supervisar periódica y sistemáticamente la realización de la actividad de Distribución de Turnos e Información, monitoreando que se cumpla lo establecido para esta actividad.
- 3. Recibir del Director de la Clínica o Servicio la Programación de turnos para las consultas de las especialidades y de los exámenes complementarios a realizar fuera de la unidad.

Del Área de Información

- 1. Ofrecer información al público sobre los servicios que se brindan dentro y fuera de la unidad, así como sobre otros aspectos que se le solicite por la población que acude a la unidad.
- Controlar y tramitar certificados médicos y otras certificaciones, previa aprobación por el Jefe de la Unidad Funcional.
- 3. Brindar un trato rápido y respetuoso a la población usuaria del servicio.

Del Área de Inscripciones

- 1. Inscribir los casos nuevos.
- 2. Confeccionar, custodiar y mantener actualizado en forma sistemática los libros registros organizados por Consultorios, familias y personas.

- Confeccionar todos los documentos que se deriven del procedimiento de inscripción.
- 4. Brindar información al paciente sobre la custodia y conservación de los documentos que lo identifican como inscripto en la institución.
- 5. Ofrecer información de las inscripciones realizadas en forma sistemática y oportuna a los departamentos, secciones o servicios que necesiten conocer la misma.

Del Área de Turnos

- Distribuir los turnos por día y hora para las consultas de Estomatología general y especialidades que se ofertan dentro de la unidad.
- Distribuir y controlar los turnos de consulta que ofertan otras unidades del territorio, provincia y país, coordinando con ellas para garantizar la continuidad de la atención, para lo cual se cuenta con la programación brindada por el Director de la Clínica o Servicio.
- Distribuir turnos a los pacientes para exámenes complementarios que se realizan en la unidad.
- 4. Distribuir turnos a los pacientes para exámenes complementarios que se realizan fuera de la institución, ya sea del mismo municipio o fuera de este, incluso provincial o nacional, previa coordinación y para los cuales se cuenta con una programación brindada por la Dirección de la Clínica.
- Coordinar con los Jefes de Servicio y Departamentos, todo lo inherente a la organización y control del sistema de turnos.
- 6. Inscribir los pacientes remitidos por los Estomatólogos en la lista de espera de prótesis según tipo.

Procedimientos de Información

- 1. Atiende las solicitudes del público, manteniendo para ello un trato respetuoso y adecuado.
- La persona encargada de dar información deberá orientar al usuario en el momento en que lo solicite, sobre los servicios que se ofrecen dentro y fuera de la institución, tales como:
 - · Sistema de turnos.
 - Especialidades que se ofrecen.
 - Nombre y apellidos de los Estomatólogos, especialistas y técnicos.
 - Horario de trabajo de la institución.
 - Servicio de urgencia, tanto dentro de la unidad como en otros lugares del municipio o provincia.
 - Ubicación de los servicios de Ortodoncia, Paradoncia, Cirugía, Laboratorio de Prótesis, Rayos X, Administrativos y otros.
 - Sistema de Certificación de documentos (Certificados Médicos, Resúmenes de Historias Clínicas).
 - Ubicación y teléfono de las instituciones relacionadas con el área de salud.
 - Servicios que se están ofreciendo en la clínica, y de no estar brindándose alguno por rotura de equipos, falta de materiales u otra causa, donde se están realizando.
 - Ubicar en carteles, pizarras informativas y otros medios que se disponga, sistema de turnos, horarios del servicio y de los Estomatólogos generales y de las especialidades y otras informaciones de interés, que permitan una información inmediata a los pacientes y familiares.
- Recibir del departamento correspondiente, los certificados médicos y otras certificaciones, anotándose en el registro correspondiente y entregándose al usuario a solicitud de éste.

Procedimientos de Inscripciones

- 1. Para la inscripción de los pacientes guíese por el siguiente procedimiento general:
 - Solicitar el carné de identidad a todo usuario a fin de identificar si reside en el área.
 - En el caso afirmativo consultar el mapa para identificar el Consultorio médico que corresponde al usuario.
 - Revisar el libro registro de población del área a que corresponde el usuario y anotar el código compuesto por Consultorio-manzana-vivienda o familia-persona, anotando en la casilla correspondiente la fecha en que se realiza la inscripción y el número del carné de identidad (11 dígitos) en la columna de observaciones.
 - Iniciar el expediente clínico, llenando los datos de identificación y administrativos que esta solicita y coloque el código confeccionado y el número de identidad en el expediente clínico y formulario que esta contenga.
 - Entregar al paciente documentos que lo acrediten como inscripto en la Unidad.
 - En caso de que el usuario haya sido inscripto anteriormente y se hubieran extraviado los documentos que acrediten su inscripción, iniciar un nuevo documento siguiendo los pasos descriptos anteriormente.
 - Una vez terminado el proceso de inscripción se orientará a los pacientes hacia los locales de consulta.
- 2. Cuando se trate de un traslado procedente de otra área de salud procédase de la siguiente forma:
 - Solicitar el carné de identidad para comprobar que el usuario pertenece al área.
 - A través del interrogatorio realizado al paciente se conocerá, verificándose si el expediente clínico ha sido enviado, de lo contrario se efectuará su reclamación al área que procede.
 - De encontrarse el expediente clínico en el área realícese la inscripción siguiendo los pasos relacionados en el procedimiento general.
 - De no encontrarse el expediente clínico en el área iniciase uno nuevo y reclamase el otro.

Procedimientos de Turnos

Procedimientos Generales:

- 1. Solicitar el paciente documento que acredite su inscripción en la Unidad.
- 2. Conceder y registrar el turno en el modelo de control de turnos establecidos.
- 3. Entregar al paciente notificación de la cita, detallando día, hora, local y especialidad, donde se realizará la consulta. Para la fijación de la hora deberá tenerse en cuenta la hora de inicio de la consulta y el número del turno escalonado que le corresponde.
- 4. Anotar día, hora, servicio y Estomatólogo asignado, en el listado control de turnos y en el volante de los pacientes remitidos de un servicio a otro, o para la próxima consulta con el mismo Estomatólogo.
- 5. Notificar al archivo el número y el nombre de los pacientes para el envío de los expedientes clínicos a los locales de consulta el día antes.

Procedimientos Específicos:

- Para caso sin turno previo la distribución de turnos se realizará durante todo el tiempo que esté funcionando la institución. De existir posibilidad y desearlo el paciente se le dará para ese mismo día, o para otro, procediendo previamente a su inscripción según lo establecido para ello.
- 2. Para reconsulta e interconsulta:
 - El paciente con su volante de reconsulta o interconsulta entregado por el Estomatólogo y en el que se anotará el tiempo requerido para los próximas consultas se dirigirá al área de Turnos del Departamento de Registros y Estadísticas, donde se le seguirán los pasos detallados en los procedimientos generales.

- 3. Para pacientes referidos a otro servicio dentro de la misma institución:
 - Solicitar el modelo de turno referido a otra especialidad entregado al paciente por el Estomatólogo, especialista ó técnico y actuar de acuerdo con los pasos descriptos en el procedimiento general.
- 4. Para paciente remitido a especialidades o medios diagnósticos que se brindan en otras instituciones, deben tenerse en cuenta algunas premisas como son:

Premisas:

Cuando se requiera un turno adicional a la capacidad establecida y la urgencia del paciente lo requiera, esta área lo gestionará directamente con la institución que ofrecerá el servicio. NUNCA SE LE DEBE PEDIR AL PACIENTE QUE SOLUCIONE SU TURNO, ES UNA OBLIGACIÓN INSTITUCIONAL.

- Solicitar al paciente el modelo de Remisión de caso, así como el documento que lo acredite como inscrito en la Unidad.
- Registrar en el modelo de programación de turnos de acuerdo con la especialidad o medio diagnóstico a que ha sido remitido el paciente, el número del expediente clínico y el nombre de este.
- Entregar al paciente documentación que lo oriente sobre fecha, hora, especialidad e institución, donde debe concurrir a la consulta o a realizarse la prueba diagnóstica.
- Retener los modelos Remisión de Caso, los cuales se remitirán oportunamente a la Unidad donde se efectuará la consulta o prueba diagnóstica. Cuando por situaciones excepcionales de distancia o de Recursos Humanos, no pueda ser enviada la remisión a la Unidad, se entregará esta al paciente para que el mismo lo lleve.
- Cuando no se pueda brindar turnos para la especialidad por dificultades con recursos humanos
 o por rotura de equipos u otra causa, y aún no se realicen coordinaciones con otra institución
 para que los asuma, previa comunicación de esta indicación por el Director de la Clínica y
 hasta tanto no se oriente otra conducta a seguir, actúe de la siguiente forma:
 - Comuníquese al paciente la situación y la fecha probable de solución (comunicada por la Dirección de la Institución), explicándole que se le comunicará en este plazo de tiempo la solución a su problema.
 - Archivar el modelo Remisión de caso por Especialidades o Medio Diagnóstico y ún orden establecido.
 - Cerciórese de que la dirección expresada en el modelo referido está correcta, así como el teléfono informándole al paciente que se le avisará a su domicilio la fecha en que debe pasar a recoger el turno.
 - El aviso al paciente se hará mediante teléfono, telegrama, personal de terreno u otro procedimiento.
 - Al presentarse el paciente se entregará la notificación señalando día y hora del turno otorgado. En este momento se remitirá a la unidad correspondiente el modelo Remisión de Caso.
- 5. Para turnos de visitas estomatológicas a domicilio para pacientes con alguna situación que le impida el traslado a la unidad:
 - Recepcionar y registrar en el modelo establecido las solicitudes recibidas para las consultas estomatológicas a domicilio, haciéndole entrega este al Estomatólogo de acuerdo con su especialidad, para que proceda a efectuar dicha consulta.
- 6. Para los turnos de la especialidad de *prótesis*:
 - El Director de la Unidad conjuntamente con el Jefe de Servicio de Prótesis confeccionará el Registro Centralizado de Turnos de los pacientes a partir de la lista de espera y a través del ejercicio de la socialización para aquellos casos que su prioridad lo requiera.
 - Los turnos a los pacientes los entregará el área de Turnos a partir del listado confeccionado por el Director de la Unidad y el Jefe de Servicio de Prótesis.

ANEXO 5

Indicaciones generales a cumplimentar en los Servicios de Urgencia de Estomatología

Sobre la organización de la atención de urgencia de acuerdo con el tipo de servicio estomatológico y a los horarios de prestación:

1. Si es en horario diurno

- En Policlínicos que tienen servicios de urgencia habilitados para esta atención, ver artículo 130 del Reglamento.
- Para el resto de los servicios.

En los servicios u horarios con poca demanda de atención de urgencia, esta se distribuirá entre los Estomatólogos que les corresponde a la población si fuese del área y sin que ello implique ocupar un espacio de tiempo en la programación horaria de la agenda de turnos, explicándole siempre al resto de los pacientes previamente citados las causas de producirse las demoras, y teniendo en cuenta que esto no puede ser justificación para el no aprovechamiento de la visita al paciente.

En aquellos servicios estomatológicos en los que históricamente existe una gran demanda de atención de urgencia, sea por su ubicación geográfica o por costumbre popular se estudiará el comportamiento de la afluencia de la población para determinar cuáles son los días y los horarios de la semana de mayor demanda de atención de urgencia y proceder a designar un Estomatólogo dedicado a la atención de urgencia, teniendo en cuenta que si no hay mucha demanda se le asignarán:

- Pacientes que lleguen buscando atención por primera vez y deseen ser atendidos ese mismo día.
- Pacientes citados para otros Estomatólogos y que por complicaciones de este lleven esperando mucho tiempo.
- De requerir atención especializada de urgencia: remitir al servicio especializado que corresponda, coordinando previamente la atención.

2. Si es en horario nocturno o fin de semana

- En Policlínicos: en los servicios de urgencia habilitados para esta atención.
- En Clínicas: si existe el servicio de urgencia.
- De requerir atención especializada de urgencia:
 - En Cirugía Maxilofacial: remitir al servicio, coordinando previamente la atención.
 - En Prótesis, Ortodoncia o Periodoncia: tratar y remitir para visita al día siguiente al servicio que le corresponda.

ARTÍCULO 136 DEL REGLAMENTO: Indicaciones generales a cumplimentar en los Servicios de Urgencia de Estomatología.

 El Estomatólogo durante la realización de la guardia está subordinado al Jefe de la Guardia, debiendo cumplimentar las indicaciones de este y comunicarle cualquier dificultad.

- Presentarse en el lugar designado para la guardia 15 minutos antes de la hora señalada, recibiendo de la persona a la que sustituye la entrega de la guardia, conociendo las incidencias y el estado de la documentación.
- 3. Verificar la entrega de la guardia de los Técnicos de Atención Estomatológica.
- Revisar el equipamiento y su estado técnico, el instrumental, así como las existencias de medicamentos, materiales y productos de Medicina Natural y Tradicional.
- Revisar listado de medicamentos existentes en la Farmacia asociada al policlínico, incluyendo los fitofármacos.
- 6. Presentarse al Jefe del Cuerpo de Guardia del Policlínico, conjuntamente con el Estomatólogo saliente, el que lo presentará, comunicándole su asistencia e informándose de las incidencias del día, así como reportándole todas las dificultades detectadas al recibir la guardia.
- 7. Deberá acudir a la guardia correctamente vestido y con la bata sanitaria, llevando además el cuño que lo acredita como profesional para su utilización en los casos necesarios.
- 8. No deberá permitir el acceso ni la permanencia de personas ajenas al Servicio.
- 9. No se debe fumar, ni ingerir alimentos, ni parquear ciclos en el Servicio, manteniendo una adecuada higiene y organización.
- 10. Deberá atender adecuadamente a todos los pacientes que soliciten tratamiento de urgencia en el sillón dental, realizándole las indicaciones pertinentes para que continúen su tratamiento en el área de salud que les pertenece.
- 11. En caso de ser necesaria la remisión a un Hospital, se coordinará con el Jefe de la Guardia su traslado, acompañándolo de la correspondiente remisión de caso, la cual aportará la mayor cantidad de datos e información posible sobre la enfermedad del paciente.
- 12. Llenará todas las recetas enviadas a Farmacia, con letra clara y legible, cumpliendo todas las indicaciones establecidas al efecto. Así mismo le orientará y anotará claramente al paciente el método para la ejecución del tratamiento.
- 13. En caso de que el paciente necesite Certificado Médico, se tendrá en cuenta lo establecido por el MINSAP para ello y lo asentará en el parte de trabajo.
- 14. Es responsabilidad del Estomatólogo el reporte oficial de actividades realizadas, registrando en el parte de trabajo todos los datos necesarios del paciente: nombre y apellidos, edad, sexo, dirección, además se registrará el tratamiento realizado de acuerdo con el codificador oficial de Estomatología. Esta Hoja de Cargo llevará la fecha, horario de guardia, nombre del Estomatólogo de guardia y su firma.
- 15. Terminado el turno de guardia, se informará al Jefe de la Guardia, comunicándole las actividades realizadas y las incidencias ocurridas, presentará a su relevo y dejará el Servicio debidamente organizado.
- 16. En caso de roturas e impedimentos para brindar atención a la población, se le comunicará al Jefe de la Guardia del Policlínico y además se le informará a los Cuerpos de Guardia cercanos para que conozcan la derivación de algunos casos. Se continuará prestando atención a los pacientes que sea posible, de acuerdo con las limitaciones existentes en ese momento y a las necesidades del tratamiento que requiera el paciente. En todos los casos el Estomatólogo y su técnico permanecerán en el Servicio, ya sea para atender los pacientes o para informarles debidamente a dónde pueden acudir a recibir atención y explicarles el por qué no se les puede brindar esta.
- 17. Los cambios internos de personal de guardia deberán ser informados a la dirección del centro en que se efectúa la guardia con no menos de 24 horas de antelación, haciéndose constar en el listado de guardia del Policlínico.
- 18. En caso de enfermedad o imposibilidad de acudir a la guardia por causas sumamente justificadas, deberán ser de conocimiento de la dirección del centro que efectúa la guardia, con no menos de 72 horas de anticipación para poder localizar al sustituto.

- 19. En caso de no presentarse el relevo de la guardia, el Estomatólogo que está de guardia se lo comunicará al Jefe del Policlínico y continuará su labor hasta que se determine quién será su relevo y este llegue, de acuerdo con los mecanismos establecidos en cada lugar para estos casos. LA GUARDIA NO SE PUEDE ABANDONAR, DEBE CONSIDERARSE SAGRADA.
- 20. Las Clínicas y Servicios Estomatológicos deberán tener implementado el mecanismo de sustitución y aviso, para los casos de ausencias a la guardia, evitando que ocurra afectación al Servicio de Urgencia.
- 21. El horario de alimentación del Estomatólogo y el técnico se ajustará a las normas establecidas en el Policlínico, debiendo comunicárselo a los pacientes que se encuentren en la sala de espera, no quedando ninguno dentro del servicio y garantizando la seguridad de este durante su ausencia.

ARTÍCULO 137: Se considera que la rotura de una prótesis constituye una urgencia estomatológica, por lo cual se debe priorizar sin limitaciones y durante el horario de trabajo del servicio

ARTÍCULO 138: No se establecerá una plantilla fija de Estomatólogos y técnicos para los Servicios de Urgencias.

ANEXO 6

Documento para la referencia y contrarreferencia de los pacientes en los Servicios Estomatológicos

Objetivos

Utilizar el modelo único para asegurar la transferencia adecuada de los pacientes a través de los diferentes centros del SNS.

Establecer la comunicación horizontal entre los diferentes centros de salud del nivel primario: Consultorio en la Comunidad, Hogares Maternos, Clínicas o Servicios Estomatológicos, Policlínicos, Círculos Infantiles, Escuelas y Centros Laborales. También será utilizado para realizar la comunicación vertical entre los centros de los diferentes niveles de atención: Primario, Secundario, Terciario.

Universo

Para su uso en todas las Unidades del SNS.

Generalidades

- El documento se llenará con letra clara y legible.
- Se utilizará un modelo por cada referencia, contrarreferencia o notificación de acciones de salud realizadas a un paciente.
- El modelo podrá ser portado por el paciente durante la transferencia o transportado a través del SNS, donde estén creados los mecanismos para ello.
- Quedará archivado en la Historia Clínica del paciente en el Centro que lo recibe y en el
 caso de la atención en Cuerpos de Guardia será conservado para su posterior utilización
 por el nivel primario como mecanismo de control de calidad.

Cabeza del modelo: Se reflejará si es una referencia, contrarreferencia o notificación.

Referencia: Es el proceso mediante el cual se refieren pacientes desde una unidad de salud a otra. Esta referencia puede ser: Urgente o No urgente.

Contrarreferencia: Es la comunicación que se efectúa desde un centro de salud a otro como respuesta a una consulta o comunicación efectuada.

Notificación de evaluación de salud: Es la notificación del resultado de la evaluación realizada a un paciente en cualquiera de las unidades del SNS hacia otro centro.

A: (Datos referidos a la persona a la cual va dirigido el modelo).

Dr. (a): Consignar el nombre del profesional de la salud al cual va dirigido el modelo. Especialidad: especialidad que ostenta el profesional de la salud al cual va dirigido el modelo. Servicio: se consignará el nombre del servicio donde labora el profesional de la salud al cual va dirigido el modelo.

Centro: se consignará el nombre del centro de salud al cual va dirigido el modelo.

De: (Datos del profesional que emite el modelo).

Dr. (a): Consignar el nombre del profesional de la salud que emite el modelo.

Especialidad: Especialidad que ostenta el profesional de la salud que emite el modelo.

Servicio: Se consignará el nombre del servicio donde labora el profesional de la salud que emite el modelo.

Centro: Se consignará el nombre del centro de salud que emite el modelo.

- Datos del paciente: Se consignará el nombre(s) y los dos apellidos del paciente evaluado, su edad y el sexo.
- APP: Consignar los antecedentes patológicos personales conocidos del paciente evaluado.
- APF: Consignar los antecedentes patológicos familiares conocidos del paciente evaluado.
- Motivo de referencia: Anotar la causa que motiva la referencia, contrarreferencia o notificación de la evaluación de la salud del paciente.
- Anamnesis: reflejar los datos más significativos relacionados con la Historia de la Enfermedad actual o los resultados del interrogatorio realizado durante la evaluación al paciente y que están relacionados con el motivo de referencia.
- Examen Físico: consignar los datos positivos al examen físico en el momento de emitir el documento y que están relacionados con el motivo de referencia y la anamnesis.
- Exámenes complementarios realizados: se reflejarán el (los) resultados del (los) exámenes complementarios realizados y que están relacionados con el motivo de referencia.
- Riesgos identificados: se reflejarán los factores de riesgo que se considere que están presentes en este paciente.
- Impresión diagnóstica: se reflejará la impresión diagnóstica del profesional en relación con la situación de salud del paciente, la cual debe corresponderse con el motivo de referencia, la anamnesis y los resultados del examen físico practicado.
- Conducta y tratamiento: se reflejará la conducta que se siguió con el paciente o el tratamiento
 impuesto previo a la emisión del modelo y que están relacionadas con el motivo de
 referencia
- Fecha: consignar el día, mes y año en que se emite el documento.
- Firma y cuño del profesional: se consignará la firma del profesional que emite el documento y su cuño, donde se recogen su nombre completo y número profesional.

Nota: En caso de no existir el modelo se utilizará una hoja en blanco, donde se recogerán todos los elementos expuestos anteriormente.

ANEXO 7 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral

Dr. Nabil Rassi Hammani Dra. Maritza Sosa Rosales

Introducción

La Vigilancia Epidemiológica es el seguimiento y recolección sistemática, análisis e interpretación de los datos de salud en el proceso de descripción y monitoreo de un evento de salud. Esta información resulta provechosa para planificar, aplicar y evaluar las intervenciones y los programas de salud pública. Los datos de vigilancia se utilizan tanto para determinar la necesidad para la acción de salud pública como para evaluar la efectividad de los programas.

La evaluación de los sistemas de vigilancia debe promover el mejor uso de los recursos disponibles, asegurando que estén bajo vigilancia solo los eventos importantes y que los sistemas funcionen eficientemente. En la medida de lo posible, la evaluación de los sistemas de vigilancia debe incluir recomendaciones para mejorar la calidad y la eficiencia, por ejemplo, eliminando la duplicidad innecesaria. Aún más importante, la evaluación debe valorar si el sistema está desempeñando una función útil para la salud pública y si está cumpliendo sus objetivos.

El Sistema de Vigilancia se sustenta en la información obtenida a través de:

- El subsistema de información estadística el que informa las actividades realizadas en los servicios estomatológicos y permite evaluar la gestión del sistema.
- II. Las investigaciones para conocer, mediante Encuestas aplicadas a grupos de población, el Estado de Salud Bucodental. Estas se realizan siguiendo las indicaciones de la OMS cada cinco años en todo el país.
- III. El monitoreo epidemiológico de algunos eventos que posibiliten conocer el comportamiento de la morbilidad oral, mediante la información brindada mensualmente por sitios centinelas.

Objetivo general

Garantizar la vigilancia epidemiológica de la Salud Oral para evaluar las variaciones en su Estado de Salud y la eficiencia, efectividad y eficacia de la red de servicios odontológicos, en los diferentes niveles de gestión.

Objetivos específicos

- Identificar las variaciones en el comportamiento de la morbilidad bucodental y los principales factores asociados a ella.
- Determinar las acciones a ejecutar por la red de servicios odontológicos y otras unidades del sector ante las alarmas emitidas por el sistema de vigilancia.
- Evaluar la utilización de los recursos por los servicios de acuerdo a las actividades ejecutadas en ellos.

Organización del sistema de vigilancia

El Sistema de Vigilancia se sustentará, como expresamos en la introducción de este documento, en tres pilares fundamentales que en forma piramidal permitirán el conocimiento de la situación de salud de la población para su mejoramiento constante al disponer el sistema de la información necesaria, oportuna y adecuada para la toma de decisiones correctas y una mejor planificación, utilización y evaluación de los recursos disponibles. La pirámide del sistema está conformada por:

- Una base ancha, en la que se ubican los Estomatólogos vinculados a los Consultorios de los Médicos de la Familia, en una red que constituye las Áreas de Salud, las que a su vez se integran en la red municipal. Como estructura novedosa se incluyen los Consejos Populares.
- Una parte intermedia, en la que se encuentran los municipios, los que conforman las redes provinciales.
- El vértice de la pirámide lo constituye la red nacional, integrada por las provincias.

La información se origina en la base de la pirámide y va fluyendo de forma resumida hacia su vértice, de donde se emiten las acciones metodológicas para la conducción del sistema y donde se distribuyen los principales recursos para su dirección.

- Vigilancia de la Salud Bucal en Consultorios: Se ejecuta a través del examen clínico del 100 % de las personas asignadas como parte del Chequeo Integral a la Familia Cubana, conociendo las condiciones en que viven y se desarrollan cada uno, lo que posibilita su clasificación epidemiológica y la determinación de las acciones individuales y colectivas a desarrollar para mantener la salud, prevenir las enfermedades y recuperar y rehabilitar a los que lo requieran. La efectividad del sistema se establece a partir del incremento de las personas sanas y la disminución de los riesgos en el medio, así como la recuperación y disminución de las secuelas. Se conoce por el Análisis de la Situación de Salud, la información estadística y el monitoreo de los principales eventos de morbilidad bucal.
- Vigilancia de la Salud Bucal en las Áreas de Salud: Se realiza mediante el Análisis de la Situación de Salud de la población, según la metodología elaborada al efecto. Igualmente la información estadística y el monitoreo de los principales eventos de morbilidad le permiten conocer el comportamiento de la salud de su población. La efectividad se determina a partir de la mejora de los indicadores de salud, la satisfacción de la población y la eficiencia en la utilización de los recursos.
- Vigilancia de la Salud Bucal en los Municipios: En dependencia del tamaño del territorio, el número de unidades ubicadas en él, y su complejidad, se realizará la vigilancia. Parte del Análisis de la Situación de Salud, la información estadística y el monitoreo de los eventos de morbilidad; todo lo cual le posibilitará conocer las variaciones en el Estado de Salud de la población, la satisfacción de esta y la eficiencia en el uso de los recursos.
- Vigilancia de la Salud Bucal en las Provincias: Se realiza a partir del conocimiento del Análisis de la Situación de Salud de la población, la información estadística y el monitoreo de los eventos de morbilidad. Se retroalimenta con la información enviada desde el nivel central para su comparación con el resto del país.
- Vigilancia de la Salud Bucal en el País: Al igual que en los niveles anteriores y como ya se ha expresado en el documento, se sustenta en los tres pilares referidos, y cuya organización describimos para cada uno seguidamente.

I. Información obtenida por el sistema estadístico

La información se genera y registra por los Estomatólogos en los servicios que conforman la red estomatológica del país. Cada una de las acciones ejecutadas por estos profesionales se registra en la hoja de cargo y es procesada diariamente por las técnicas de estadística de los propios servicios. Mensualmente la información se resume y es enviada a las direcciones

municipales de salud, la cual es nuevamente consolidada y enviada trimestralmente a las Direcciones Provinciales de Salud, las que la envían semestralmente a la Dirección Nacional de Estadística para ser entregada a la Dirección Nacional de Estomatología.

En cada nivel la información es analizada conjuntamente con la obtenida de las otras fuentes para la toma oportuna y adecuada de decisiones.

A través de la red de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) fluye, desde las unidades donde se ejecutan las actividades hasta el nivel central, la información estadística resumida. Esta permite evaluar la gestión y planificar los recursos necesarios.

Para la evaluación de la atención estomatológica se han utilizado diferentes indicadores, tasas y proporciones que posibilitan la comparación entre los territorios, conocer la utilización de los recursos y disponer de un elemento para la planificación. Algunos de estos indicadores son:

- Consulta estomatológica por habitante.
- Estomatólogo por habitante.
- Obturaciones por extracciones.
- · Extracciones por habitante.
- Tratamiento de endodoncia por extracciones.
- Tratamiento concluído de prótesis.
- Otros.

Esta información será utilizada en cada uno de los niveles de dirección del sistema de acuerdo con sus necesidades y a la periodicidad establecida para ellos. A nivel de área de salud y municipio la información a analizar será mayor y con una periodicidad mensual, fluyendo a la provincia una menor cantidad y con una periodicidad trimestral para su análisis. Al nivel central el envío de la información será semestral y solo fluirá aquella que se determine. En algunos casos se pueden identificar algunos ítems que se informen mensualmente de forma telefónica para el monitoreo del sistema. Este método debe ser utilizado con mesura por lo costoso que resulta y porque puede recargar el sistema de información no útil ni todo lo confiable que se necesita.

II. Investigaciones para determinar el estado de salud oral de la población

Estas investigaciones se realizan para determinar el Estado de Salud Bucodental de la población y se ejecutan en todos los niveles del sistema. Se denomina Análisis de la Situación de Salud y se ha elaborado una metodología para su realización teniendo en cuenta las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su cuarta edición de 1997. En el país la periodicidad es cada cinco años. Los resultados se presentan de forma resumida comparándolos con anteriores resultados, y ello posibilitará la evaluación y comparación con los realizados por otros países. Estos resultados no fluirán por el sistema sino que serán objeto de análisis en el nivel de ejecución, conjuntamente con la obtenida por las otras fuentes antes descritas.

Los resultados de investigaciones puntuales que se realicen permitirán dar explicaciones a determinados problemas o hipótesis planteados o identificar nuevos problemas, todo lo cual enriquecerá el conocimiento y apoyará las decisiones y acciones a ejecutar.

Las variables e indicadores del estado de salud se relacionarán con variables socioeconómicas, culturales y ambientales que posibilitarán diagnosticar la situación de salud de una comunidad en un momento determinado para establecer las acciones oportunas a ejecutar para su modificación oportuna, partiendo de que todo ello se realizará con la participación activa de la comunidad y aprovechando los recursos locales.

A través de estas investigaciones se determinará el comportamiento del estado de salud lo que posibilitará evaluar las proyecciones de la salud pública cubana para el año 2015.

Actualmente el sistema de salud ha establecido como método de trabajo el de pesquisa activa en la población para la detección oportuna de las afecciones y la solución a ellas, utilizando

como vía el Chequeo Integral a la familia cubana, lo cual nos permitirá agrupar a la población en los grupos dispensariales acorde a su clasificación epidemiológica en:

- Personas sanas: son aquellas personas que después de haber sido examinadas clínicamente
 y conocer el medio en que viven y se desarrollan, no son portadoras crónicas orgánica y
 psíquica, ni están sometidas a factores de riesgo biológicos, psíquicos y sociales que puedan
 alterar su estado de salud.
- Personas sanas con riesgo: son aquellas personas que clínicamente no son portadoras de ninguna enfermedad crónica en el momento actual, pero están sometidas a la influencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, que pueden alterar su estado de salud.
- Personas enfermas: son aquellas personas que después de haber sido examinadas clínicamente, son portadoras de una enfermedad crónica o aguda debidamente diagnosticada.
- Personas deficiente discapacitadas: son aquellas personas portadoras de una afección crónica con invalidez temporal o definitiva lesionando la actividad motora o funcional.

Sobre cada una de ellos se ejecutarán las acciones necesarias para el mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades, y su recuperación, según lo establecido en las Guías Prácticas Clínicas.

Ejemplos de elementos a tener en cuenta para la aplicación de la clasificación epidemiológica

- Persona sana: debe ser considerada aquella que aunque en un momento anterior e inclusive presente, tenga una desviación con respecto a la normalidad, esta no constituya un factor de riesgo para su salud. Ejemplo:
 - Persona con oligodoncia o dientes supernumerarios en los que no se ha comprometido la oclusión dentaria
- Persona sana pero con presencia de riesgos: aquí se incluirán todos aquellos casos que han sido saneados y rehabilitados adecuadamente. Ejemplos:
 - Persona que presentaba una lesión premaligna, se eliminó y los factores que la causaron, pero existen otros factores de riesgo.
 - Persona con obturaciones realizadas correctamente, que no presentan ningún diente perdido y su examen clínico bucal se encuentre sin alteraciones. En este caso la Caries Dental se eliminó, pero puede tener el riesgo de fracturarse o caerse la obturación y volver a contraer la enfermedad ya que tiene antecedentes.
 - Persona que presentó una maloclusión y por indicaciones del tratamiento se le realicen extracciones, teniendo al final una oclusión compensada.
 - Persona con diente fracturado que involucra solo el esmalte y el resto del examen bucal clínico se encuentra normal.
 - Persona que fue rehabilitado protésicamente, parcial o totalmente y no presenta ninguna otra lesión al examen clínico.
 - Persona que fue intervenida quirúrgicamente por un prognatismo o fractura de macizo cráneo facial, no perdiendo ningún diente en este accidente y su oclusión quedó compensada.
- Persona enferma: aquí se incluyen todos aquellos en los que se diagnostique alguna de las enfermedades bucales o relacionadas con el aparato estomatognático.
- Persona deficiente discapacitada: este grupo considera a pacientes con secuelas de su enfermedad aunque ya no esté presente. Ejemplos:
 - Persona intervenida por Cáncer Bucal.
 - Personas intervenidas de labio y paladar fisurado.
 - Personas rehabilitadas protésicamente pero que muestran inadaptación a la misma.

III. Eventos de salud a monitorear a través de sitios centinelas

Diseño del sistema de vigilancia

De acuerdo con un enfoque sistémico la vigilancia tiene tres etapas: entrada, procesamiento y salida, lo que determina sus tres elementos principales: entrada de datos; análisis e interpretación de los resultados y finalmente comunicación de esos resultados.

A. ENTRADA DE DATOS

Incluye todas las etapas de recolección de datos, desde la definición de los eventos hasta la periodicidad de los reportes.

Eventos a vigilar

Los eventos de salud propuestos a ser sometidos a vigilancia por la Dirección Nacional de Estomatología en coordinación con la Unidad de Análisis y Tendencias de Salud (UATS) y la Dirección de Estadística del MINSAP, a través de sitios centinelas y con una periodicidad de reporte mensual, son:

1. Enfermedades Bucodentales

Teniendo en cuenta los principales problemas de salud bucodentales de acuerdo a parámetros que definen su comportamiento por su:

- Magnitud: expresado en indicadores de morbilidad (incidencia, prevalencia), mortalidad, letalidad
- Trascendencia: discapacidad y años de Vida Potencialmente Perdidos
- Vulnerabilidad: posibilidades de prevención y tratamiento exitoso al alcance de los servicios de salud.

Se vigilarán los siguientes eventos referidos a enfermedades bucodentales:

- Alveolitis: es el proceso inflamatorio que se produce en el hueso maxilar después de realizada una extracción dentaria debido a diferentes causas. No se conoce la incidencia en la población pero es de importancia su vigilancia al evidenciar procesos de esterilización y maniobras inadecuadas, lo que posibilita su identificación y por tanto la toma de medidas respecto a ello. Es importante definir al reportarla cuáles son casos nuevos y cuáles son casos de seguimiento para evitar sobre registros en la información.
- Absceso pulpar: es la inflamación de los tejidos alrededor del diente a partir de un proceso degenerativo pulpar y cuyas secreciones fluyen hacia el exterior del diente, caracterizándose por pérdida o disminución de la vitalidad pulpar, movilidad dentaria, dolor agudo, aumento de volumen y en ocasiones, por no tratarse, procesos fistulosos intra y extrabucales. Es causa importante de pérdida dentaria si no se sigue una conducta conservadora y se le realiza un tratamiento pulpo radicular al diente. Debe diferenciarse este absceso de aquellos originados por otras causas. El incremento de su incidencia en las poblaciones evidencia varios aspectos como son: falta de educación para la salud en la población, la que no demanda periódica atención estomatológica; cobertura insuficiente; dificultades con los recursos materiales, tales como Rayos X, instrumental de endodoncia; inadecuados diagnósticos y tratamientos dentales y conservadores. Todo ello permite evaluar la eficiencia y efectividad del sistema y tomar las decisiones necesarias para su mejoramiento. Es así que lograríamos prevenir esta entidad y disminuir la pérdida dentaria por esta causa.
- Absceso periodontal: es la tumefacción de los tejidos que sostienen y rodean el diente a
 partir de un proceso degenerativo inflamatorio de estos, caracterizándose por movilidad
 dentaria, dolor agudo, aumento de volumen y en ocasiones, por no tratarse, procesos
 fistulosos intra y extrabucales. Es causa importante de pérdidas dentarias sino se sigue una
 conducta conservadora y se atienden las enfermedades gingivales y periodontales

adecuadamente. Debe diferenciarse este absceso de aquellos originados por otras causas. El incremento de su incidencia en las poblaciones evidencia varios aspectos como son: falta de educación para la salud en la población la que no demanda periódica atención estomatológica; cobertura insuficiente; inadecuados diagnósticos y tratamientos periodontales. Todo ello permite evaluar la eficiencia y efectividad del sistema y tomar las decisiones necesarias para su mejoramiento. Es así que lograríamos prevenir esta entidad y disminuir la pérdida dentaria por esta causa.

- Leucoplasia: mancha o placa blanquecina y que clínica o histológicamente no puede ser atribuida a una categoría diagnóstica definida, que aparece en la mucosa bucal por diferentes causas y que se considera premaligna pues de no atenderse puede degenerar en una neoplasia. Es de alta incidencia en la población y de fácil detección por lo que se recomienda su búsqueda activa por Estomatólogos y médicos para su rápido tratamiento y eliminación de los factores de riesgo. Es una entidad que evidencia presencia de factores de riesgo para el cáncer bucal, así como falta de educación para la salud. Su detección oportuna expresa efectividad del sistema.
- Candidiasis: También conocida como Moniliasis (Muguet), es una infección producida por un hongo, Candida (monilia) albicans. Se caracteriza por la aparición de placas blancas, blandas, ligeramente elevadas, adheridas a la mucosa bucal, preferentemente en la región vestibular y lengua, pero también en paladar, encías y piso de boca. En casos graves puede involucrar toda la boca. Es frecuente su aparición en individuos con Diabetes mellitus, deficiencia nutricional y disturbios en la flora normal a causa principalmente de la administración prolongada de agentes antimicrobianos. Su incidencia es mayor en las edades pediátricas y en pacientes portadores de prótesis con mala higiene bucal y expresa la efectividad del sistema entre otros aspectos. No se conoce la incidencia en población pero precede a enfermedades de mayor gravedad por lo que es un buen elemento para alertar a las autoridades sanitarias de problemas de mayor gravedad. Es prevenible con medios educativos y conductas terapéuticas adecuadas. Solo se deben reportar los casos nuevos.
- Mortalidad dentaria por periodontopatías: en este evento se reportan todos los dientes permanentes que sean extraídos por enfermedades periodontales. La enfermedad periodontal es de una gran prevalencia, siendo superada solo por la Caries Dental. En los adultos es el principal problema de salud bucal. Es prevenible con educación para la salud que enseñe formas adecuadas de cepillado dental y de visitar periódicamente el Estomatólogo. Expresa el fracaso de la atención estomatológica en la conservación de la salud bucal de la población al no prevenir formas más graves de la enfermedad periodontal. Es un indicador de efectividad del sistema, posibilitando además conocer variaciones en el estado de salud bucal y la severidad de la enfermedad.
- Mortalidad dentaria por Caries Dental: este evento recogerá todas las extracciones realizadas en dentición permanente por presencia de Caries Dental, enfermedad que afecta al 98 % de la población y que en edades tempranas es la principal causa de la pérdida dentaria. Es prevenible evitando la aparición de la caries y en caso de presentarse atendiéndola tempranamente. Expresa el fracaso de la atención estomatológica en la conservación de la salud bucal de la población al no prevenir formas más graves de la enfermedad. Es un indicador de efectividad del sistema, posibilitando además conocer variaciones en el estado de salud bucal y la severidad de la enfermedad.
- Estomatitis Subprótesis: identificada por la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la Odontología y Estomatología en su tercera edición de 1996, como las lesiones producidas por el uso de una prótesis no ajustada que lesiona la mucosa bucal, pero que no incluye a las estomatitis protésicas debida a infección por Candida albicans o las úlceras traumáticas debida a prótesis. Es un indicador de necesidad no satisfecha, la que solo se conoce por investigaciones realizadas cada cinco años. Expresa necesidad de recursos y de educación para la salud en la población. Solo se debe reportar el caso nuevo y no los casos en seguimiento.

- Gingivo estomatitis herpética aguda (GEHA): es una enfermedad causada por la infección primaria con el virus del herpes y se presenta más frecuentemente en lactantes y en niños pequeños (de 6 meses a 3 años de edad). Es una enfermedad febril severa; además de la erupción vesicular de la boca hay una linfadenitis regional, afectando también las encías. Esta asociada su transmisión a la falta de higiene por lo cual es prevenible. Su vigilancia permite controlar la diseminación de la enfermedad entre los grupos de población. Solo se deben reportar los casos nuevos.
- Gingivitis Úlcero Necrotizante Aguda (GUNA): se manifiesta en fases agudas y subagudas, aunque también se han descrito sus fases crónicas. Este estado inflamatorio involucra primordialmente el margen gingival libre, la cresta gingival y las papilas interdentales. En raras ocasiones se extiende al paladar blando. Se caracteriza por la generación de una encía hiperémica, dolorosa, con erosiones de las papilas interdentales como efectuados con sacabocados de corte nítido. Los restos ulcerados de las papilas y de la encía libre sangran al tocarlos y por lo general se cubren con una pseudomembrana gris necrótica. Puede extenderse por todos los márgenes gingivales y presentar un olor fétido típico sumamente desagradable. Afecta grupos de personas que viven en estrecho contacto y en condiciones similares, no por ser contagiosa sino por tener factores predisponentes similares. Es más común en los jóvenes y en los adultos de edad media, entre los 15 y los 35 años. Es rara en los niños. Solo se deben reportar los casos nuevos no los que se encuentren en seguimiento.
- Accidentes (Traumatismos Dentarios): en este evento se registrarán todos los casos que presenten secuelas como resultado de un traumatismo, tales como: falta de una parte de la superficie de la corona y no exista presencia de caries, líneas de fractura, cambio de posición de la corona por desplazamiento, discromia. Igualmente se recogerán los casos en que se produzca pérdida del diente por traumatismo. Este evento es de suma importancia tenerlo en cuenta en la vigilancia de la salud bucal al incrementarse cada día más la incidencia de accidentes en la población, fundamentalmente en edades tempranas, las que son causa de algún grado de lesión a los tejidos dentarios o de soporte, no conociéndose por ninguna otra vía esta información. Esto posibilitará la planificación de los recursos y la orientación de la educación para la salud y la capacitación del personal profesional.
- Caries Dental: es la enfermedad más prevalente en los humanos, se estima que alrededor del 98 % de la población la presenta, siendo la principal causa de pérdida dentaria y trastornos de la oclusión, y con ello afectaciones a los procesos masticatorios, estéticos, fonación entre otros. Es prevenible con una adecuada Higiene Bucal, con patrones dietarios correctos y con la utilización de sustancias que incrementen la resistencia del diente, principalmente los fluoruros en sus diversas presentaciones. Su tratamiento es cubierto por diversos sistemas de atención y no es muy costoso. La Caries Dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos por un período determinado de tiempo produciendo un desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.
- Enfermedades gingivales y periodontales: después de la Caries Dental es la enfermedad más prevalente, constituyendo la segunda causa de pérdida dentaria. En los últimos años numerosos estudios realizados han aportado información que sustenta la relación de esta enfermedad con otras de origen sistémico tales como cardiovasculares, cerebrovasculares, pérdida del embarazo, bajo peso al nacer. Es prevenible con una adecuada Higiene Bucal. Aunque su tratamiento en los primeros estadios de la enfermedad no es costoso, generalmente los servicios públicos no cubren su tratamiento en los países de la región, limitándose a las acciones educativas principalmente. Las gingivitis son manifestaciones inflamatorias en la gingiva marginal, desencadenadas por el acumulo de Placa

Dentobacteriana supragingival. Las *periodontitis* se caracterizan por la inflamación de los tejidos de sostén del diente, acompañado de perdida de inserción del tejido cojuntivo, a partir de la agresión de la Placa Dentobacteriana infragingival.

- Fluorosis dental: es causada por consumo excesivo de fluoruros, ya sea por estar presente en las fuentes de abasto de agua de manera natural, o por programas de fluoración inadecuados que lo suministran por diversas vías o a poblaciones que no lo requieren, lo cual implica su severidad y la afectación estética de las personas e inclusive a la pérdida de los dientes. En estadios severos produce fluorosis esqueletal. Es prevenible con la implementación de programas de vigilancia. Es muy importante su conocimiento pues permite el monitoreo de los programas de fluoración, implantados en casi todos los países de la región. Se define como una alteración de la coloración del esmalte en niveles más bajos y de la estructura dentaria de las personas en mayores concentraciones.
- Cáncer Bucal: es la única enfermedad bucodental conocida que incide en la mortalidad de las poblaciones. Es prevenible con la modificación de los estilos de vida. Su detección precoz incrementa la supervivencia y disminuye las secuelas y afectaciones a la salud y calidad de vida de las personas. Es importante su conocimiento para evaluar el impacto de los programas que se han implementado y conocer su comportamiento en los diferentes territorios para la implementación de estrategias conducentes a su disminución y detección temprana.

Códigos de las Afecciones Vigiladas a través de Centros Centinelas

U01- Alveolitis

U02- Absceso Pulpar

U03- Absceso Periodontal

U04- Leucoplasia

U05- Candidiasis

U06- Mortalidad Dentaria por Periodontopatías

U07- Mortalidad Dentaria por Caries

U08- Estomatitis subprótesis

U09- Gingivo Estomatitis Herpética Aguda

U10- Gingivitis Úlcero Necrotizante Aguda

U11- Accidentes (Fracturas Dentarias y Pérdida Ddentarias por esta causa)

U12- Caries Dental

U13- Enfermedades Gingivales y Periodontales

U14- Fluorosis dental

U15- Cáncer Bucal

2. Actividades estomatológicas y recursos

- Consultas estomatológicas, expresada en valores absolutos y en tasas por 100 habitantes.
- Acciones preventivas: aplicaciones de fluoruros (en sus diferentes formas), en valores absolutos y en tasas por 100 habitantes menores de 19 años.
- Extracciones dentarias: en número absoluto y en tasa por 100 habitantes.
- Obturaciones: en valores absolutos y en tasa por 100 habitantes.
- Acciones educativas, en valores absolutos y en tasa por 100 habitantes.
- Personas examinadas para detectar Cáncer Bucal: en valores absolutos y en tasa por 100 habitantes.
- Conjuntos dentales: en valores absolutos y en tasa por 100 habitantes.
- Estomatólogos: en valores absolutos y en tasa por 1 000 habitantes.
- Licenciados y Técnicos: en valores absolutos y en tasa por 1 000 habitantes.

Se relacionarán los eventos entre sí teniendo en cuenta que unos condicionan el comportamiento de otros, tales como: la falta de acciones educativas y preventivas conlleva al incremento de las enfermedades bucodentales seleccionadas, el exceso de suministro de flúor o su utilización en poblaciones no necesitadas produce fluorosis dental.

3. Otros eventos a monitorear

- Situaciones críticas que pueden paralizar los servicios de atención general como medicamentos y materiales fundamentales, así como con equipos (autoclaves, pieza de mano de airotor, compresores y bombas de agua.
- Brotes de afecciones estomatológicas con síntomas y signos no habituales o que no respondan al tratamiento establecido.

Selección de la unidad centinela

La unidad centinela es un micro campo de información de sensibilidad suficiente para monitorear los eventos que serán vigilados, que posibilita la extracción de información con una gran frecuencia sobre ellos y producir conocimiento de utilidad para los programas.

Una unidad centinela es un Centro de Salud o Unidad Médica (Primer Nivel de atención) que cuente con servicio de Estomatología, ubicados en las provincias de acuerdo con las características socioeconómicas, estado de salud y organización del sistema de salud de los territorios en que se encuentren divididos, de manera tal de garantizar la representación de todos en el sistema de vigilancia.

Relación de sitios centinelas y códigos a utilizar

16. Baracoa 24. Cárdenas 17. Palma Soriano 25. San José de las Lajas 18. Sagua de Tánamo 26. Güira de Melena 19. Jesús Menéndez 27. Consolación del Sur 20. Trinidad 28. Wilfredo Pérez 21. Santa Clara 29. 19 de Abril 22. Caibarién 30. Juan M. Márquez 23. Cruces 31. H y 21

Selección del personal informante

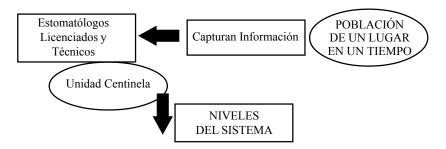
La información sobre los eventos seleccionados es aportada por los diferentes actores del sistema que trabajan en las Unidades Centinelas y son: *Estomatólogos, Licenciados y Técnicos:* que trabajan en los servicios estomatológicos. Son seleccionados y responsabilizados con la recogida de la información según se propone en el sistema de vigilancia. El sistema por su parte les aporta los resultados de la vigilancia para su conocimiento y utilización como elemento de su retroalimentación.

Esta información es obtenida durante los procesos de atención brindados, reportados en las Hojas de Cargo, y que son procesadas por las estadísticas de estos servicios y enviadas por correo electrónico o en formato impreso a los niveles superiores, fluyendo por todos los niveles del sistema, donde en cada uno de ellos se compilan, procesan y analizan. Los responsables de la actividad en cada nivel establecen las estrategias particulares que posibilitan el cumplimiento del sistema y las acciones en respuesta a la información obtenida.

Los resultados del sistema de vigilancia son articulables con los que producen los otros sistemas de información establecidos y resultados de investigaciones epidemiológicas realizadas, lo cual permite una interacción complementaria entre unos y otros.

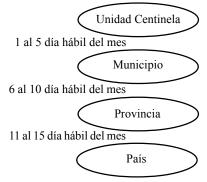
Los jefes provinciales de Estomatología deben valorar la factibilidad de la implementación de la vigilancia de salud bucal de forma representativa para su provincia, lo cual permitirá mejorar el conocimiento de la morbilidad oral facilitando la toma de decisiones oportunas, una mejor organización de los recursos y un incremento de la calidad de la atención estomatológica.

En resumen las fuentes de Información son: Estomatólogos, licenciados y técnicos que trabajan en las Unidades centinelas del nivel primario, capturan la información y la reflejan diariamente en hojas de cargo, y que se resumen mensualmente para su utilización en los diferentes niveles del sistema.



Vías de información

La información recogida en hojas de cargo y resúmenes mensuales es enviada por correo electrónico o en formato impreso a los distintos niveles de análisis, como se muestra en el siguiente diagrama.



Frecuencia de notificaciones

La periodicidad de notificación establecida para cada uno de los niveles, para su captura, envío y posterior análisis y reporte a los niveles superiores se muestra en el diagrama anterior y la fecha de corte es el último día del mes.

Esta periodicidad según la fuente es:

Unidad centinela: 1 al 5 día hábil del mes Nivel municipal: 6 al 10 día hábil del mes Nivel provincial: 11 al 15 día hábil del mes

Nivel nacional: retroalimentará al resto de las fuentes

Responsabilidad en la Entrada del Sistema

Según los niveles del sistema la responsabilidad de cada uno de los actores involucrados es:

A nivel operativo (Unidad Centinela):

Estomatólogo:

- · Realiza actividades de detección.
- Llena el formato de caso (Hoja de Cargo).
 Estadística
- Revisa, concentra y envía información recopilada de manera mensual al municipio.

A nivel municipal: Responsables de Estadística y Estomatología

 Recopila, concentra y valida la información de las unidades centinela dentro de su área de influencia.

A nivel provincial: Responsables de los Departamentos de Estadística y Estomatología

• Recopilar, concentrar y validar la información de los territorios de su estado.

A nivel nacional: Directores Nacionales de Estadística y Estomatología

 Recopilar, consolidar, procesar, analizar y difundir en forma continua la información remitida por las provincias.

B. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

En cada uno de los niveles la información obtenida será agrupada, ordenada y analizada teniendo en cuenta no solo los datos aportados por el sistema, sino otras informaciones disponibles por otros sistemas del sector y de otros sectores de la sociedad, que posibiliten una mejor interpretación de ellos y en correspondencia una mejor toma de decisiones con respecto a los procesos asistenciales, docentes e investigativos en cada uno de ellos.

El resumen mensual de la información se realizará en el formato elaborado para ello y expuesto en los anexos, lo que facilita el procesamiento e interpretación de los datos recogidos en la etapa anterior.

Se podrán elaborar programas informáticos para ser utilizados en los lugares que dispongan de medios para ello, lo que facilitará aún más el procesamiento de los datos aportados, su análisis e interpretación.

Esta información procesada y analizada fluirá por el sistema, según se expresó en la etapa anterior, siendo responsabilidad en cada uno de los niveles de la persona que se determine.

Responsabilidad en el Procesamiento de la información en el Sistema

Según los niveles del sistema la responsabilidad de cada uno de los actores involucrados es:

A nivel operativo (Unidad Centinela):

Estadística

 Revisa, concentra y envía información recopilada de manera mensual al responsable de Estomatología del municipio.

Director de la unidad centinela

• Analiza los datos generados para conocer la situación epidemiológica de su unidad.

A nivel municipal: Responsables de Estadística y Estomatología

- Recopila, concentra y valida la información de las unidades centinela dentro de su área de influencia.
- Analiza y evalúa la información generada y propone acciones de intervención o de investigación epidemiológica.

A nivel provincial: Responsables de los Departamentos de Estadística y Estomatología

- Recopilar, concentrar y validar la información de los territorios de su estado.
- Analiza y evalúa la información generada y propone acciones de intervención o investigación epidemiológica.

A nivel nacional: Directores Nacionales de Estadística y Estomatología

- Recopilar, consolidar, procesar, analizar y difundir en forma continua la información remitida por los estados o provincias.
- Realizar análisis e investigaciones epidemiológicas en el ámbito nacional sobre la base de la información suministrada por las unidades centinela.

Periodicidad del análisis para garantizar la oportunidad de la información

- A nivel de área de salud y municipio debe ser diario.
- A nivel provincial debe ser semanal.
- A nivel nacional debe ser mensual.

C. SALIDA

Se considera dentro de esta etapa del Sistema de Vigilancia diseñado la información aportada por las fuentes, procesada y analizada, útil para la toma de decisiones en los diferentes niveles y a partir de la cual se realizarán las propuestas de las acciones más adecuadas a las situaciones vigiladas como resultado del análisis de los datos.

Los resultados del sistema de vigilancia, producidos como salidas, son articulables con los que producen los otros sistemas de información establecidos e investigaciones epidemiológicas realizadas, así como la aportada por otros sectores de la sociedad, permitiendo una interacción complementaria entre unos y otros.

Entre las principales salidas del sistema se encuentran:

- Boletines epidemiológicos territoriales y nacionales con los indicadores mínimos sectoriales, informes y otros instrumentos para garantizar la retroalimentación al resto de los niveles a ellos subordinados y a todo el sistema.
- Información para la evaluación del funcionamiento del sistema de vigilancia.
- Información para la cooperación científica y técnica entre los distintos niveles sobre la adopción de medidas de control, derivadas de las recomendaciones que surjan del análisis de los resultados de la vigilancia epidemiológica.
- Información epidemiológica para proveer a diferentes entidades y organismos nacionales e internacionales.
- Información para la elaboración o modificación de planes de estudio que permitan la capacitación continua del personal y de los recursos humanos.

Responsabilidad en las Salidas del Sistema

Según los niveles del sistema la responsabilidad de cada uno de los actores involucrados es:

A nivel operativo (Unidad Centinela): Director de la unidad

- Participar en las actividades de capacitación relacionadas con la Vigilancia Epidemiológica.
- Elaborar informes sobre la situación de salud de su unidad.
- Enviar la información al nivel inmediato superior.

A nivel municipal: Responsables de Estadística y Estomatología

- Proponer acciones de intervención o de investigación epidemiológica.
- Programar, coordinar y supervisar actividades de vigilancia epidemiológica en su área de responsabilidad.
- Participar en actividades de capacitación relacionadas a la vigilancia epidemiológica.
- · Coordinar actividades con las instituciones.
- Elaborar los informes de resultados.
- Enviar la información al nivel inmediato superior.

A nivel provincial: Responsables de los Departamentos de Estadística y Estomatología

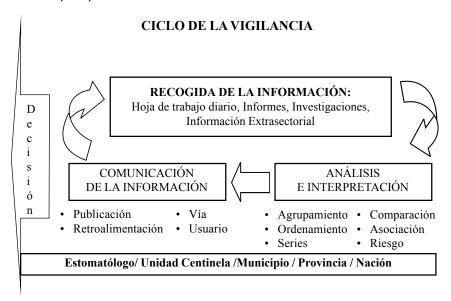
- Analizar y evaluar la información generada y proponer acciones de intervención o investigación epidemiológica.
- Programar, coordinar y supervisar actividades de vigilancia epidemiológica en su área de responsabilidad.
- Participar en actividades de capacitación relacionadas a la vigilancia epidemiológica.
- Coordinar actividades con las instituciones al nivel estatal y zonal.
- · Elaborar los informes de resultados.
- Enviar la información validada al nivel inmediato superior.

A nivel nacional: Directores Nacionales de Estadística y Estomatología

- Elaborar y divulgar boletines epidemiológicos nacionales con los indicadores mínimos sectoriales, informes y otros instrumentos para garantizar la retroalimentación del sistema.
- Evaluar el funcionamiento del sistema de vigilancia.
- Cooperar científica y técnicamente con los distintos niveles sobre la adopción de medidas de control, derivadas de las recomendaciones que surjan del análisis de los resultados de la vigilancia epidemiológica.
- Proveer a organismos internacionales la información epidemiológica, según normas internacionales.
- Supervisar la operación del sistema de vigilancia.
- Promover la participación en la elaboración de estrategias de comunicación social.
- Asesorar, evaluar y actuar sobre los problemas de salud considerados de relevancia nacional
 o de aquellos imposibles de controlar en forma aislada por las provincias.
- Capacitar al personal que participa en la vigilancia epidemiológica.

D RETROALIMENTACIÓN

Esta etapa del Sistema de Vigilancia garantiza la diseminación y comunicación de la información hacia las personas o centros que reportarán los datos con el fin de que tengan un conocimiento de la situación, lo que se realizará mensualmente a través de boletines impresos o electrónicos principalmente.



Resumen Mensual de la información

Provincia:	
Municipio:	
Unidad Centinela:	

Mes:

E	Grupos de edad Sexo					exo	Emb			
Eventos	Eventos	Menor de 1	1 - 4	5 -10	11 - 19	20 - 59	60 y más	M	F	Emb
			·							

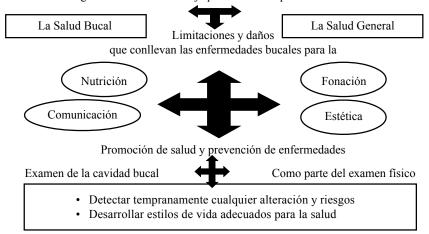
Se expresará en el Resumen Mensual:

- 1. Cantidad de conjuntos dentales trabajando en el período, destacando interrupciones por roturas y horas pérdidas por esta causa.
- 2. Cantidad de Estomatólogos trabajando en el período.
- 3. Cantidad de Técnicos trabajando en el período.
- 4. Otros eventos de interés.

ANEXO 8

Organización de la atención a la población de 0 a 19 años, embarazadas y madres con niños menores de 1 año, para garantizar la salud bucal de la población infantil y adolescente

La salud bucodental es un componente de la salud general de las personas, es vital para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño y adolescente pues se asocia a la nutrición, a la comunicación, a la fonación, a su estética y con ello a su autoestima, entre otros aspectos. La mejor forma de lograrla es con un correcto cepillado y la prevención de hábitos nocivos tales como uso de biberón, alimentos molidos, chupeteo de dedos y tetes, respiración bucal, entre otros. Así mismo se ha asociado que las mujeres que durante su embarazo tienen enfermedad gingival o periodontal tienen 7.5 veces más riesgo de tener niños con bajo peso al nacer o prematuros.



Las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, realizadas desde el mismo nacimiento, por el equipo de salud y el Estomatólogo, son las que garantizan mantener la salud bucal a través de toda la vida de la población infantil y adolescente.

Fundamental es el examen de la cavidad bucal como parte del examen físico y del chequeo integral a la familia cubana, para detectar tempranamente cualquier alteración y riesgos, así como para desarrollar estilos de vida adecuados para la salud.

La atención estomatológica a la población infantil y adolescente se garantiza en Cuba a través del Estomatólogo responsabilizado con su familia por el área de salud donde reside y mediante la atención en las instituciones escolares de todos los niveles de enseñanza que de manera conjunta con el MINED se realizan en los servicios estomatológicos.

Todas estas acciones se ejecutan de conjunto con el equipo de salud y el grupo básico de trabajo, del cual forman parte los Estomatólogos y licenciados.

La organización de la atención estomatológica a la población infantil y adolescente hasta los 19 años se ejecuta principalmente en los servicios estomatológicos y las instituciones escolares mediante el cumplimiento de las indicaciones MINSAP – MINED, y el PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DEL ESCOLAR Y LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN, pues no solo se incluye la atención de los menores sino también del personal de educación a cargo de ellos.

Pasos para la atención

- 1. Elaboración y firma de los convenios con las direcciones de las instituciones escolares de todos los niveles de enseñanza, incluidos los círculos infantiles, pertenecientes al área de salud, acorde a las indicaciones MINSAP MINED y al PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DEL ESCOLAR Y LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN. Definir proceso organizativo de atención, acorde con la cobertura real priorizándose a los grupos de años iniciales y terminales cuando fuera muy desfavorable, así como a los más afectados.
- 2. Identificación del universo de población infantil y adolescente pertenecientes al área de salud, para conjuntamente con el equipo de salud organizar su atención.
- 3. Coordinación con el equipo de salud y responsables del programa materno infantil la atención de las gestantes y madres con niños menores de un año.
- 4. Examen físico bucodental anual: a todo el universo de las instituciones escolares pertenecientes al área de salud en los servicios estomatológicos de acuerdo a la organización establecida. NUNCA MASIVOS.
- 5. Clasificación epidemiológica del universo total de la población de 0 a 19 años de todas las instituciones escolares y del área de salud para determinar acciones a ejecutar en cada uno.
- 6. Ejecutar las actividades educativas y preventivas por el equipo de salud, principalmente los tecnólogos en atención estomatológica y los estudiantes, en la comunidad y por el Estomatólogo en los propios servicios. Utilizar la Consejería de Salud Bucal y los conceptos de JUVEDENTI como principales espacios para ello. Aplicar los programas que vienen en este Manual. Formar promotores de salud dentro de la misma población escolar.
- 7. Organizar mediante el sistema de turnos establecidos y los convenios firmados la atención curativa de todos los afectados, con criterios de conservación de los dientes y solo realizándose las extracciones dentarias cuando no fuese posible por las características del paciente y la severidad de la lesión cariosa que no admite tratamientos pulpo radiculares. Utilizar los conjuntos dentales simplificados móviles siempre que sea posible para garantizar la atención curativa en las propias instituciones escolares principalmente en las internas.
- 8. Garantizar la rehabilitación protésica de los escolares siempre que lo requieran y de los trabajadores de educación, de manera priorizada y escalonada, acorde a las características de cada área de salud.
- 9. Utilizar el sistema incremental como método de atención a la población escolar.
- 10. Garantizar el alta estomatológica a todas las gestantes y el mantenimiento de su salud durante el primer año de vida de su hijo, sistematizando durante este período las acciones educativas en el mantenimiento de la salud bucal del bebé.

Acciones estomatológicas a realizar por el estomatólogo y el equipo de salud en los niños y adolescentes sanos y sanos con riesgo

Edad: 0-12 meses

- Examen bucal y facial del lactante antes de los 3 meses de edad. Si el examen es por el médico, remitir al Estomatólogo si se detecta alguna alteración.
- Interrogatorio a la madre sobre hábitos, costumbres y conocimientos referentes a la salud bucal de su hijo, orientadas específicamente hacia la alimentación, higiene y hábitos no adecuados: tete, biberón, posturales, respiratorios, entre otros.

- Examen bucal a la madre para detectar lesiones: Caries, Periodontopatías, y remitir al Estomatólogo cuando fuese necesario.
- Examinar el complejo estomatognático del lactante en todas las visitas y remitir al Estomatólogo ante cualquier evidencia de alteración.
- Actuar sobre los riesgos asociados a estilos de vida negativos para la salud del lactante y de su entorno.
- Prevenir los accidentes y ante cualquier trauma que involucre la región bucal o facial remitir al Estomatólogo para su evaluación.
- Tener en cuenta secuencia de los brotes dentarios.

Algunos elementos a tener en cuenta por el equipo de salud para garantizar la salud de los lactantes de su población en lo referente a Estomatología.

- Recomendar la práctica de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda los cuatro primeros meses de vida del bebé, pues ella:
 - Suministra calcio, flúor y otros oligoelementos al organismo con la consiguiente constitución favorable de huesos y dientes más resistentes, de vital importancia en la prevención de caries.
 - Favorece la inmunidad del niño y evitar estados alérgicos.
 - Evita la instalación de hábitos bucales incorrectos que conlleven a maloclusiones.
 - Satisface el instinto de succión y favorecer la estabilidad psicológica del niño.
 - Ejercita los grupos musculares que influyen en el desarrollo del maxilar y la mandíbula, evitando anomalías de la oclusión.
- Divulgar las desventajas del uso de biberones para la alimentación del niño durante los primeros meses de vida, por entorpecer el desarrollo de la lactancia. Además con el uso de estos y del tete, se establece un patrón de succión que difiere del que fisiológicamente existe con la succión del pecho, entorpeciendo el desarrollo bucal. Indicar la no utilización de biberones, si no el jarrito, posterior a la lactancia materna.
- Orientar sobre la nutrición a las madres:
 - Calidad y modos adecuados de alimentación, tales como: Alimentación balanceada, constitución de alimentos (evitar papillas), e introducción de dieta fibrosa, evitando la pereza masticatoria, para la ejercitación adecuada de la musculatura de la cara desde edades tempranas.
 - No endulzar los alimentos de los lactantes ni suministrar golosinas entre comidas, solo como postres y garantizar limpieza bucal posterior a ella.

Hábitos alimentarios

- Promover desde edades tempranas, e inclusive desde el embarazo, una nutrición adecuada para la formación de los dientes.
- Disminuir la ingestión de azúcar y carbohidratos en las comidas y entre ellas.
- Promover la ingestión de alimentos con leche, fosfatos y flúor en las comidas.
- Ingerir los alimentos lo más natural posible y ricos en fibras.

No solo es importante tener en cuenta la composición de los alimentos que conforman la dieta, sino también:

- Frecuencia con que son ingeridos.
- Forma en que están preparados, lo que condicionan el tiempo de su presencia en la boca.

Dulces y golosinas.

- No comerlas indiscriminadamente, sino como postre, después de las comidas, de hacerlo fuera de ellas, cepillarse después o al menos enjuagarse la boca con agua.
- Educar sobre las anomalías bucomaxilofaciales y factores que favorecen su instalación y
 desarrollo, tales como: Hábitos bucales incorrectos, deficiente higiene bucal, caries dentales
 y disfunciones del aparato estomatognático en la población infantil y adolescente
 fundamentalmente.

- Divulgar la importancia de erradicar hábitos bucales incorrectos o deformantes, como succión digital, respiración bucal, deglución infantil, otros hábitos de succión a objetos, biberones, etc., queilofagia, glosofagia, bruxismo y posturales. Dar a conocer el origen y hasta dónde pueden llegar las consecuencias de ellos para la salud bucal y en general de los individuos.
- Dar a conocer la importancia de las funciones fisiológicas del aparato estomatognático (Masticación, respiración, fonación, deglución) por el desarrollo de oclusopatías cuando existen alteraciones en estas y evaluar a los respiradores bucales para descartar enfermedades de vías aéreas.
- Orientar sobre la importancia del cuidado de la dentición temporal, por dar lugar a
 maloclusiones, tanto por la presencia de caries, en la preservación del perímetro del arco
 como por las modificaciones en la forma de las arcadas y posiciones anómalas de los
 dientes, que producen interferencias de la oclusión en edades tempranas.
- Divulgar las características fisiológicas de la oclusión en la dentición temporal, y así poder detectar tempranamente anomalías en ellas.

LOS DIENTES TEMPORALES INICIAN SU BROTE APROXIMADAMENTE A LOS SEIS MESES DE EDAD

- La dentición temporal está formada por veinte dientes, los cuales deben estar brotados aproximadamente a los dos años y medio de edad.
- Algún pequeño adelanto o retraso en la aparición de los dientes temporales, (dentición primaria o "de leche") no debe preocupar a madres, padres y demás familiares. El orden de brote es de mayor importancia.

Esquema de la cronología de brote de los dientes temporales:

Orden de Brote	Diente	Edad aproximada de brote
1ro.	Incisivo Central	6 meses
2do.	Incisivo Lateral	12 meses
3ro.	1er. Molar	18 meses
4to.	Canino	24 meses
5to.	2do. Molar	30 meses

- Ante la aparición de fiebre, diarreas u otro malestar durante la etapa de erupción dentaria, no se debe confiar en que estos sean provocados por el brote.
- Los dientes temporales deben comenzar a cepillarse en cuanto aparezcan en la boca.
- La principal función de los dientes es masticar por lo que después que broten es importante entrenar al pequeño o la pequeña en la masticación evitando moler o licuar los alimentos.
- Los dientes temporales son fundamentales en la conservación del espacio para el brote de los dientes permanentes.
- Considerar al evaluar el brote dentario que el intervalo de normalidad es de más menos 6 meses en la erupción dentaria temporal.

EN LA BOCA EXISTE UN LUGAR PARA CADA DIENTE Y CADA DIENTE DEBE OCUPAR SU LUGAR

 Con acciones sencillas podemos mantener a niñas y niños libres de hábitos deformantes, contribuyendo así a evitar maloclusiones al ocupar cada diente el lugar que le corresponde en la boca Algunas de estas acciones de salud son:

- No poner a disposición de las bebitas y bebitos tetes ni biberones.
- Practicar la lactancia materna exclusiva y a libre demanda durante los primeros cuatro meses de vida. Después, pasar al uso del jarrito.
- Si la nena o el nene respira por la boca, evaluar.
- Estar atentos a que los dedos permanezcan alejados de la boca.
- Al dormir, la cara de niños y niñas no debe apoyarse en las manos, almohadas u otros objetos, pues esto puede provocar deformaciones.
- Observar si al contactar los dientes superiores con los inferiores hay estabilidad y no existan desviaciones de la línea media o desplazamientos.

Edad 1 a 4 años

Muchas de las acciones a ejecutar por el equipo de salud en esta etapa es una continuación de la anterior, adicionándole acciones de tipo preventivas y teniendo en cuenta que los escenarios donde se desarrollan los niños no solo son sus hogares si no que se incluyen los Círculos Infantiles y modalidades de las Vías No Formales.

- Examen bucal y facial del niño en todas las visitas. Sí el examen es por el médico, remitir al Estomatólogo si se detecta alguna alteración.
- Interrogatorio a la madre sobre hábitos, costumbres y conocimientos referentes a la salud bucal de su hijo, orientadas específicamente hacia la alimentación, higiene y hábitos no adecuados: tete, biberón, posturales, respiratorios, entre otros. Examen bucal a la madre para detectar lesiones: Caries, Periodontopatías, y remitir al Estomatólogo cuando fuese necesario.
- Actuar sobre los riesgos asociados a estilos de vida negativos para la salud del niño y de su entorno
- Prevenir los accidentes y ante cualquier trauma que involucre la región bucal o facial remitir inmediatamente al servicio más cercano para su evaluación por el Estomatólogo.
- Durante los procesos de formación de promotores de salud en Círculos Infantiles y personal de las Vías No Formales, tener en cuenta los aspectos educativos asociados a la salud bucal, fundamentalmente los relacionados con los patrones dietarios y la higiene bucal.
- Durante el examen físico de Educadoras de círculos Infantiles y personal de las Vías No Formales tener en cuenta el componente bucal y remitir al Estomatólogo ante cualquier signo de alteración.
- Controlar suministros adecuados de suplementos de flúor acorde a los riesgos a que está expuesto y ejecución de controles de placa dentobacteriana para lograr cepillados dentales correctos y efectivos.
- Tener en cuenta secuencia de los brotes dentarios.

Algunos elementos a tener en cuenta por el equipo de salud para garantizar la salud de los niños de su población en lo referente a Estomatología.

- Mantener las acciones expuestas en la etapa anterior.
- Controlar el cepillado del niño durante las visitas al hogar y a los Círculos Infantiles, teniendo en cuenta la calidad del cepillo dental.
- Extremar la educación, precaución y prevención ante situaciones que puedan ser causas de traumatismos dentales y faciales.
- Orientar el incremento de la higiene bucal, ante enfermedades sistémicas crónicas (diabetes mellitus, epilepsia, etc.), alteraciones congénitas o traumáticas del complejo bucomaxilofacial, así como en niños que recibirán o hayan recibido radiaciones
- Observar si al contactar los dientes superiores con los inferiores hay estabilidad y no existan desviaciones de la línea media o desplazamientos.
- Educar en la importancia del cepillado dental para la eliminación de la placa dentobacteriana como medio para dar más salud a los tejidos gingivales y periodontales.

EL CEPILLO DENTAL ES UN GRAN AMIGO DE LA SALUD BUCAL

- La placa dental bacteriana constituye la principal causa de las caries y las enfermedades de las encías. Se forma a partir de restos de alimentos y bacterias, la mejor forma de eliminarla es mediante el cepillado de dientes y encías.
- Los principales responsables de este cuidado son, las madres y padres, los demás miembros de la familia y educadores en las primeras etapas, los que deben inducir y educar a niñas y niños en la responsabilidad de su auto cuidado.
- El cepillado debe realizarse siempre de la encía al diente y en las caras masticatorias en forma circular o rotatoria. Debiendo higienizarse también la lengua.

Frecuencia óptima del cepillado:

- 1. Después del desayuno.
- 2. Después de las comidas.
- 3. Antes de acostarse, el más importante.
- La crema dental debe dosificarse en cantidades moderadas. En los niños del tamaño de una alverja.
- El cepillo debe ser de uso personal, guardarse bien limpio en un lugar ventilado y sustituirse cuando las cerdas estén deterioradas, cada tres meses.
- Las niñas y niños pueden disfrutar en salud de dulces y golosinas atendiendo a estos cuidados:
 - Tratar de ingerirlos después de las comidas, como postre. De hacerlo entre ellas, cepillar posteriormente dientes y encías. Si no es posible, al menos enjuagarse la boca.

EL FLÚOR HACE MÁS RESISTENTE EL ESMALTE DE LOS DIENTES

 La presencia de fluoruros en el medio bucal es importante, para que el esmalte de los dientes sea más resistente.

Algunas formas de incorporar flúor al organismo:

- Enjuagatorios de fluoruro de sodio.
- Aplicación de laca flúor.
- Ingestión (a través del agua, la sal, los alimentos).
- Cremas dentales con flúor.
- En Cuba la aplicación de flúor en esta etapa es a través de laca principalmente, aunque debe tenerse en cuenta que algunas personas utilizan cremas dentales con flúor, debiendo alertarse a la familia que en los niños la indicada es con concentraciones de 500 ppm o menos, así como que en algunos territorios hay flúor en el agua, y además se está adicionando flúor a la sal, por lo tanto hay que alertar a los padres para que el consumo no sea en exceso y evitar la Fluorosis Dental. Ante cualquier duda remitir al Estomatólogo.

Edad de 5 a 9 años

Aunque las acciones a ejecutar por el equipo de salud son similares a las etapas anteriores, debe tener en cuenta que durante ésta se está produciendo el brote de los dientes permanentes y por lo tanto la higiene bucal debe ser muy constante al estar estos inmaduros y ser más propensos a Caries Dental, además de incrementarse la frecuencia de ingestión de golosinas, disminuir el cepillado dental en los horarios de la escuela. Por otra parte el propio proceso de erupción puede alterar los tejidos blandos y duros y asociarse a procesos patológicos.

Es importante la sensibilización de los padres y maestros en el cuidado de los dientes en estas edades y de extremar las medidas de higiene bucal, así como las visitas al Estomatólogo cada seis meses y el suministro de flúor y otras medidas preventivas cuando fuese necesario.

• Examen bucal y facial del niño en todas las visitas. Remitir al Estomatólogo si se detecta alguna alteración.

- Interrogatorio a la madre y al niño sobre hábitos, costumbres y conocimientos referentes a la salud bucal, orientadas específicamente hacia la alimentación, higiene y hábitos no adecuados.
- Actuar sobre los riesgos asociados a estilos de vida negativos para la salud del niño y de su entorno.
- Prevenir los accidentes y ante cualquier trauma que involucre la región bucal o facial remitir al Estomatólogo para su evaluación. De producirse un trauma en un diente, remitir inmediatamente al servicio de Estomatología más cercano, si el diente fuera permanente y se le cae tratar de colocarlo en su lugar o protegerlo para su traslado colocándolo debajo de la lengua (si el afectado no es muy pequeña o pequeño). De no hacerse así puede introducirse en un recipiente que contenga agua o leche. Una gasa o paño húmedo puede servir también. Tener en cuenta que los dientes temporales no se reimplantan.
- Durante los procesos de formación de promotores de salud en las Escuelas, tener en cuenta los aspectos educativos asociados a la salud bucal, fundamentalmente los relacionados con los patrones dietarios y la higiene bucal.
- Durante el examen físico de los maestros tener en cuenta el componente bucal y remitir al Estomatólogo ante cualquier signo de alteración.
- Controlar suministros adecuados de suplementos de flúor acorde a los riesgos a que está expuesto y ejecución de controles de placa dentobacteriana para lograr cepillados dentales correctos y efectivos. En esta etapa el suministro de flúor es fundamentalmente mediante los enjuagatorios quincenales que se realizan en las escuelas y en las edades de brote (6 y 9 años) se aplica laca flúor. Además en los niños clasificados por el Estomatólogo como de alto riesgo para la Caries Dental se realizan otras acciones preventivas.
- Tener en cuenta secuencia de los brotes dentarios.

Algunos elementos a tener en cuenta por el equipo de salud para garantizar la salud de los niños de su población en lo referente a Estomatología.

- Mantener las acciones expuestas en la etapa anterior.
- Controlar el cepillado del niño durante las visitas al hogar e instituciones escolares, teniendo en cuenta la calidad del cepillo dental.
- Extremar la educación, precaución y prevención ante situaciones que puedan ser causas de traumatismos dentales y faciales.
- Orientar el incremento de la higiene bucal, ante enfermedades sistémicas crónicas (diabetes mellitus, epilepsia, etc.), alteraciones congénitas o traumáticas del complejo bucomaxilofacial, así como en niños que recibirán o hayan recibido radiaciones.
- Educar en la importancia del cepillado dental para la eliminación de la placa dentobacteriana como medio para dar más salud a los tejidos gingivales y periodontales.
- Divulgar las características fisiológicas de la oclusión en la dentición temporal y mixta, y así poder detectar tempranamente anomalías en las mismas.
- Destacar la importancia y características del diente 6 (primer molar permanente) tanto en niños como en familiares y personal que rodea al niño.
 - Que no sustituye a ningún diente temporal.
 - Que es "la llave de la oclusión" por lo que su pérdida afectará todo su aparato masticatorio

EL PRIMER MOLAR PERMANENTE NO SUSTITUYE A NINGÚN DIENTE TEMPORAL

 De los 32 dientes que forman la dentadura permanente, el primer molar es el primero que aparece en la boca (aproximadamente entre los 5 y 6 años de edad), no sustituye a ningún diente temporal, brota detrás del último molar temporal y es determinante en el desarrollo del aparato masticatorio.

- El primer molar permanente es conocido también como "llave de la oclusión" o "diente 6".
- En esta edad, es inmaduro, lo que lo hace más susceptible a la caries dental, ya que acaba de brotar y sus tejidos están todavía en fase de mineralización.
- Es importante identificarlo, para extremar los cuidados, pues debe acompañar al ser humano durante toda la vida. Generalmente los padres no conocen del brote de este diente, no lo detectan y no extreman su cuidado.
- Considerar al evaluar el brote dentario que el intervalo de normalidad en él es de más menos 1 año en la erupción dentaria permanente.

Esquema de la cronología de brote de los dientes permanentes

Orden de brote	Edad aproximada de brote	Dientes superiores	Dientes inferiores
1ro.	6 años	1er. molar	1er. molar
2do.	7 años	incisivo central	incisivo central
3ro.	8 años	Incisivo lateral	Incisivo lateral
4to.	9 años	1ra. bicúspide	Canino
5to.	10 años	2da. bicúspide	1ra. bicúspide
6to.	11 años	Canino	2da. bicúspide
7mo.	12 años	2do. molar	2do. molar
8vo.	16 años	3er. molar*	3er. molar*

^{*}Generalmente el tercer molar (diente 8), conocido como "cordal o muela del juicio", no brota y en muchas ocasiones lo hace inadecuadamente, por lo que se indica su extracción.

Edad 10 a 19 años

Aunque las acciones a ejecutar por el equipo de salud son similares a las etapas anteriores, debe tener en cuenta que durante ésta se completa el brote de los dientes permanentes y por lo tanto la higiene bucal debe ser muy constante al estar estos inmaduros y ser más propensos a Caries Dental, además de incrementarse la frecuencia de ingestión de golosinas, disminuir el cepillado dental en los horarios de la escuela. Por otra parte el propio proceso de erupción puede alterar los tejidos blandos y duros y asociarse a procesos patológicos.

En esta etapa de la vida es donde se comienza a evidenciar un incremento mayor de las enfermedades bucodentales, principalmente Caries y Periodontopatías, causas de pérdidas prematuras de los dientes, con la consiguiente afectación a las funciones y a la estética de los adolescentes.

Es importante la sensibilización de los adolescentes, padres y maestros en el cuidado de los dientes en estas edades y de extremar las medidas de higiene bucal, así como las visitas al Estomatólogo cada seis meses y el suministro de flúor y otras medidas preventivas cuando fuese necesario.

- Examen bucal y facial del adolescente en todas las visitas. Realizar examen para prevenir Cáncer Bucal. Remitir al Estomatólogo si se detecta alguna alteración.
- Interrogatorio a la madre y al adolescente sobre hábitos, costumbres y conocimientos referentes a la salud bucal, orientadas específicamente hacia la alimentación, higiene y hábitos no adecuados.
- Actuar sobre los riesgos asociados a estilos de vida negativos para la salud del adolescente y de su entorno.

- Prevenir los accidentes y ante cualquier trauma que involucre la región bucal o facial remitir al Estomatólogo para su evaluación. De producirse un trauma en un diente, remitir inmediatamente al servicio de Estomatología más cercano, si el diente se le cae tratar de colocarlo en su lugar o protegerlo para su traslado colocándolo debajo de la lengua.
- Durante los procesos de formación de promotores de salud en las Escuelas, tener en cuenta los aspectos educativos asociados a la salud bucal, fundamentalmente los relacionados con los patrones dietarios y la higiene bucal.
- Durante el examen físico de los Maestros tener en cuenta el componente bucal y remitir al Estomatólogo ante cualquier signo de alteración.
- Controlar suministros adecuados de suplementos de flúor acorde a los riesgos a que está
 expuesto y ejecución de controles de placa dentobacteriana para lograr cepillados dentales
 correctos y efectivos. En esta etapa el suministro de flúor es fundamentalmente mediante
 los enjuagatorios quincenales que se realizan en las escuelas. Además en los adolescentes
 clasificados por el Estomatólogo como de alto riesgo para la Caries Dental se realizan
 otras acciones preventivas.
- Tener en cuenta secuencia de los brotes dentarios.

Algunos elementos a tener en cuenta por el equipo de salud para garantizar la salud de los adolescentes de su población en lo referente a Estomatología.

- Mantener las acciones expuestas en la etapa anterior.
- Controlar el cepillado del adolescente durante las visitas al hogar y a las instituciones escolares, teniendo en cuenta la calidad del cepillo dental.
- Extremar la educación, precaución y prevención ante situaciones que puedan ser causas de traumatismos dentales y faciales.
- Orientar el incremento de la higiene bucal, ante enfermedades sistémicas crónicas (diabetes mellitus, epilepsia, etc.), alteraciones congénitas o traumáticas del complejo bucomaxilofacial, así como en niños que recibirán o hayan recibido radiaciones.
- Educar en la importancia del cepillado dental para la eliminación de la placa dentobacteriana como medio para dar más salud a los tejidos gingivales y periodontales.
- Divulgar las características fisiológicas de la oclusión en la dentición temporal y mixta, y así poder detectar tempranamente anomalías en las mismas.
- Educar sobre hábitos nocivos para la salud como tabaquismo y alcoholismo y su relación con el Cáncer Bucal.
- Enseñar la realización del Autoexamen de la cavidad bucal a los adolescentes de 15 y más años de edad, para detectar precozmente lesiones y prevenir el Cáncer Bucal.

Resumen mensajes educativos

- La dentición temporal está formada por veinte dientes, los cuales deben estar brotados aproximadamente a los dos años y medio de edad. Son fundamentales en la conservación del espacio para el brote de los dientes permanentes.
- Los dientes temporales deben comenzar a cepillarse en cuanto aparezcan en la boca.
- Considerar al evaluar el brote dentario que el intervalo de normalidad en el mismo es de más menos 6 meses en la erupción dentaria temporal.
- No poner a disposición de las bebitas y bebitos tetes ni biberones.
- Practicar la lactancia materna exclusiva y a libre demanda durante los primeros cuatro meses de vida. Después, pasar al uso del jarrito.
- Si la nena o el nene respira por la boca, evaluar.
- Estar atentos a que los dedos permanezcan alejados de la boca.
- Al dormir, la cara de niños y niñas no debe apoyarse en las manos, almohadas u otros objetos, pues esto puede provocar deformaciones.

- La placa dental bacteriana constituye la principal causa de las caries y las enfermedades de las encías. Se forma a partir de restos de alimentos y bacterias, la mejor forma de eliminarla es mediante el cepillado de dientes y encías.
- El cepillado debe realizarse siempre de la encía al diente y en las caras masticatorias en forma circular o rotatoria. Debiendo higienizarse también la lengua.
 Frecuencia óptima del cepillado:
 - 1. Después del desayuno.
 - 2. Después de las comidas.
 - 3. Antes de acostarse, el más importante.
- La crema dental no es lo más importante y debe dosificarse en cantidades moderadas. En los niños del tamaño de una alverja.
- El cepillo debe ser de uso personal, guardarse bien limpio en un lugar ventilado y sustituirse cuando las cerdas estén deterioradas, cada tres meses.
- Las niñas y niños pueden disfrutar de dulces y golosinas, pero ingiriéndolos después de las comidas, como postre. De hacerlo entre ellas, cepillar posteriormente dientes y encías o al menos enjuagarse la boca.
- De los 32 dientes que forman la dentadura permanente, el primer molar es el primero que aparece en la boca (aproximadamente entre los 5 y 6 años de edad), no sustituye a ningún diente temporal, brota detrás del último molar temporal y es determinante en el desarrollo del aparato masticatorio.
- El primer molar permanente es conocido también como "llave de la oclusión" o "diente 6".
- En esta edad, es inmaduro, lo que lo hace más susceptible a la caries dental, ya que acaba de brotar y sus tejidos están todavía en fase de mineralización.
- Considerar al evaluar el brote dentario que el intervalo de normalidad en el mismo es de más menos 1 año en la erupción dentaria permanente.

Acciones por la salud bucal de las embarazadas

- Indicar en la visita de captación de la gestación, la remisión a la consulta estomatológica.
- Atención hasta el alta (en caso de estar afectada) y después que para cada 6 meses hasta que el bebé cumpla 1 año de edad.
- Vinculación a la consulta de Puericultura Prenatal:
 - Guías Anticipatorias y Consejos.
- Actividades educativas en las Consejerías de Salud Bucal y cara a cara en el sillón estomatológico. Ejemplo:
 - Beneficios de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta 6 meses de vida del bebé.
- Controles de placa dentobacteriana en las Consejerías de Salud Bucal.
- Promoción de Salud: Intersectorialidad y participación comunitaria.
- Educación para la Salud: Según riesgos. Autocuidado y Autorresponsabilidad.
- · Prevención:
 - a) Examen estomatológico para prevenir el cáncer bucal.
 - b) Auto examen bucal cada 6 meses.
 - c) Higiene Bucal: Cepillado 4 veces al día, de la encía al diente: después del desayuno, después del almuerzo, después de comida, antes de acostarse (el más importante). No olvidar higienizar la lengua.
 - d) Eliminación de hábitos incorrectos. Ejemplos: Tabaquismo (fumar), bruxismo (rechinar o apretar los dientes), Onicofagia (comerse las uñas).
- Protección contra la violencia.
- No convertirse en fumadora pasiva.
- Prevención de accidentes.
- Remisión a los distintos niveles de atención o a otras especialidades médicas si fuera necesario.

Grupo etario	Indicaciones
0 a 11 meses	Lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta 6 meses. Examen clínico antes de 3 meses. Atención estomatológica a las madres. Brote de incisivos superiores e inferiores centrales y laterales. (Aproximado).
12 a 23 meses	Examen clínico 1 vez al año. Lactancia complementaria hasta 2 años. Tratamiento curativo a los afectados. Brote de primeros molares temporales y caninos temporales. (Aproximado). Educación para la Salud a educadoras de las Vías no Formales.
2-4 años	Examen clínico 1 vez al año en el servicio estomatológico. Control de placa dentobacteriana. Aplicación de laca flúor a los niños. (Semestral). Tratamiento curativo a los afectados. Educación para la Salud a las personas en contacto con los menores y a los niños. Atención estomatológica a las educadoras de Círculos Infantiles y personal de las vías no formales y educación para la salud. Brote de segundos molares temporales.
5-9 años	Examen clínico 1 vez al año en el servicio estomatológico. Control de placa dentobacteriana. Acciones de Promoción de Salud sobre los niños y el personal de educación. Enjuagatorios bucales de fluoruro de sodio al 0,02 % quincenales. Aplicaciones de Laca Flúor a los niños de 1ro. y 5to. Grado (edades de brote). Tratamiento curativo a los afectados. Brote del primer molar permanente. (Diente 6). Caída de los dientes anteriores. (El niño tiene tanto la dentición temporal como la permanente). Estar atentos a la permanencia de una encía sana. Atención estomatológica a los maestros.
10-19 años	Examen clínico 1 vez al año en el servicio estomatológico. Control de placa dentobacteriana. Acciones de Promoción de Salud a los adolescentes y maestros. Enjuagatorios bucales de fluoruro de sodio al 0,02 % quincenales. Tratamiento curativo a los afectados. Atención estomatológica a los maestros.
Indicaciones Generales	 Educación para la Salud a niños y adolescentes, así como a los educadores y a las personas en contacto con ellos. Examen bucal y facial anual. Vigilar la no instalación de hábitos incorrectos. Si están ya instalados, trabajar para eliminarlos. Alejarlos de manifestaciones de violencia y hábitos tóxicos. (Por ejemplo, evitar que se conviertan en fumadores pasivos). Higiene Bucal cuando ya no se alimente de manera exclusiva con leche materna. Consejerías de Salud Bucal. Prevención de accidentes. Tener en cuenta secuencia y tiempo de bote dentario. Vinculación a la consulta de Puericultura.

Acciones estomatológicas a realizar en los niños y adolescentes afectados: por el estomatólogo y el equipo de salud. Sistema Incremental de Atención a la población de 0 a 19 años

Resulta imprescindible el conocimiento anualmente de la composición poblacional, tanto urbana como rural, según grupos de edades en cada área de salud, así como la matrícula por grado de cada institución del MINED.

Una vez que se ha realizado el análisis de la situación de salud de cada institución, de conjunto con el EBS, y se han determinado los recursos humanos y materiales disponibles incluida la capacidad de los servicios, cada unidad, municipio y provincia, establecerá las estrategias de conjunto con el Sector Educación que posibiliten una cobertura para la atención integral de los educandos y sus profesores.

Como los recursos en algunas Áreas de Salud son insuficientes para la atención curativa del total de la población infantil y adolescente afectada, se hace necesario la realización de un sistema incremental que permita, año tras año, al ir reduciéndose la prevalencia de caries y otras enfermedades bucodentales, abarcar progresivamente una mayor cantidad de niños y adolescentes, hasta llegar a tener controlada la totalidad de la población.

La variante que se empleará para cumplimentar el tratamiento estomatológico curativo comienza por la priorización de los niños de instituciones infantiles y de los preescolares de todas las escuelas, lo cual propicia que los niños puedan recibir el tratamiento en los estadios iniciales de las enfermedades bucales.

Al recibir todos los tratamientos el total de niños del primer grado escolar y una vez concluído el tratamiento de estos, se avanza en el sistema incrementar hacia los niños afectados del 2do. grado escolar hasta cumplimentar los tratamientos a los mismos.

En cada año del sistema incremental se atenderán priorizadamente los niños hipercariados, los cuales deben ser controlados semestralmente.

Al año próximo (2do. del sistema incremental) se comenzará de nuevo por los niños de instituciones infantiles y preescolares.

Al terminar la atención curativa se procede a la atención de los niños de primer grado de todas las escuelas, los cuales recibieron atención curativa el año anterior y que al no tener grandes necesidades acumuladas, van a requerir por tanto mucho menos tiempo (fase de mantenimiento).

Al terminar el primer grado se prosigue horizontalmente hacia el segundo grado escolar, que también fue atendido el año anterior y que por tanto, no requiere muchos recursos ni tiempo para recibir la atención curativa de los afectados y así sucesivamente se abarcará hasta el tercer grado escolar en la fase de mantenimiento y además se atenderán los niños hipercariados, hasta completar todos los niveles de enseñanza.

Incluir los grupos de años terminales de cada nivel de enseñanza en los priorizados para la atención curativa, de manera tal que al pasar al siguiente nivel o egresar del último esté saneado.

En aquellas unidades asistenciales en que por su alto grado de desarrollo hayan alcanzado la total cobertura de la atención a escolares, puede procederse a la alternativa de atención por escuelas. (Sistema Vertical).

Este sistema incremental de atención curativa a los niños afectados no excluye la atención preventiva y educativa que al propio tiempo, hay que desarrollar cada año con los niños sanos y sanos con riesgo.

ANEXO 9

Programa de intervención "Mi amigo el Estomatólogo" para la población preescolar

Dr. Michel Rojo Toledano

Especialista de 1er. Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor Facultad de Tecnología de la Salud. ISCM-CH. Diplomado en Educación Médica Superior.

LIC. DANIA RODRÍGUEZ ELIAS (ASESORA)
Licenciada en Psicología. Profesora Asistente Facultad Ciencias Médicas Granma.

Introducción

La atención estomatológica en nuestro país es de vital importancia para el mantenimiento de la salud general del individuo. Dentro de los grupos etáreos priorizados en la atención estomatológica se encuentra el de 5 a 11 años correspondiéndose a la enseñanza primaria de nuestro sistema de educación.

El manejo del niño en la clínica estomatológica podemos definirlo como "la aplicación de aquellos procedimientos psicológicos que nos permiten en forma individual o masiva condicionar los niños adecuadamente para que acepten los procedimientos estomatológicos preventivos y curativos".

Existen varios métodos psicoterapéuticos para lograr esta adaptabilidad, el más utilizado en nuestra especialidad es el denominado método de Reeducación. Con este programa pretendemos lograr la inserción de otras técnicas que favorezcan lo anteriormente expresado y transformar dentro del interior de la incipiente personalidad infantil, el miedo en alegría; el primero como respuesta psicofisiológica al peligro que le sirve para ponerse en estado de alerta y preservar su integridad física mediante la huida y la segunda como respuesta a la satisfacción que impulsa a abrirse y a un mayor crecimiento mediante la explosión.

Objetivo general

Aplicar técnicas psicoterapéuticas previas al tratamiento estomatológico en preescolares para lograr su mejor adaptación al mismo.

Primera sesión

- Conformación del grupo.
- Establecimiento de normas.

Objetivos

- 1. Lograr un clima de *rapport*, confianza, seguridad con los niños.
- 2. Conocer al grupo personalmente.

Recursos a emplear

Recursos Humanos: Estomatólogo, Licenciado en Atención Estomatológica o Técnico en Atención Estomatológica.

Método

- Se realiza la selección del grupo que estará compuesta aproximadamente por 15 ó 20. Esta actividad la realizamos con la ayuda de la maestra y auxiliar pedagógica.
- Luego de haber seleccionado el grupo nos sentamos con él en un círculo o semicírculo para lograr una amena conversación y nos presentamos.
- Preguntaremos sus nombres así como las actividades que estén realizando y qué más les interese en la escuela.

Tiempo aproximado: 15 minutos.

Segunda sesión

- · Exploración Psicológica.
- Aplicación de las técnicas de los tres miedos, tres roñas y tres deseos.
- Aplicación de la Encuesta sobre fuente de información.
- Aplicación de la técnica del dibujo libre.

Objetivos

- 1. Conocer mediante la aplicación de estas técnicas cuáles son las conductas de aversión para poder actuar y que estas no influyan en la aplicación del resto de las sesiones.
- 2. Que los niños sean capaces de mostrar en sus dibujos la imagen que poseen de la clínica y la especialidad.

Recursos a emplear

- 1. Recursos humanos: Estomatólogo, Licenciado en Atención Estomatológica o Técnico en Atención Estomatológica, maestra o auxiliar pedagógica.
- 2. Recursos materiales (Se podrán obtener a través de la escuela).
 - Hojas de papel.
 - · Lápices de colores.

Método

- La técnica de los tres miedos, tres roñas y tres deseos se realiza en conjunto con la exploración psicológica de información que nos servirán para el trabajo con el grupo.
- Se le realiza la entrevista personal al niño en un local donde no debe permanecer nadie ajeno, ni ninguna imagen que pueda desviar la atención de él.
- Se concentrarán en un área donde no coincidan los que sean entrevistados con los que esperan, de esta forma evitaremos que no intercambien ideas para así poder explorar las verdaderas emociones y conocimientos que posee cada uno.
- De la fase de entrevista reuniremos a grupos en un local, entregaremos el material y con la ayuda de la maestra o auxiliar pedagógica se orientará un dibujo libre relacionado con nuestra especialidad.

Tiempo aproximado: 1 hora.

Tercera sesión

- Musicoterapia: Canción Patrón.
- Ejercicios de Relajación I y II parte combinándolos con música instrumental.
- Educación para la Salud: "Cepillado Dental".
- · Musicoterapia: Canciones escogidas.

Objetivos

 Lograr una identificación de los infantes con una canción de manera tal que cada vez que comiencen las sesiones restantes ellos la puedan identificar.

- 2. Que las técnicas de relajación que a partir de aquí se aplicarán induzcan al descanso, al reposo, producto de una inhibición muscular y cortical.
- Que los niños sean capaces de conocer la importancia del cepillado dental en su forma, frecuencia y tiempo.
- Familiarización con varias canciones infantiles relacionados o no con el tema de la Estomatología.

Recursos a emplear

- Recursos humanos: Estomatólogo, Licenciado en Atención Estomatológica o Técnico en Atención Estomatológica, Maestra o Auxiliar Pedagógica.
- Recursos materiales:
 - Grabadora, reproductora, VHS y Televisor (Se podrán utilizar los medios que se encuentran en las escuelas).
 - Material grabado con canciones infantiles (Pistas musicales en sus diferentes formas).
 - Cepillo dental y type-odont.
 - Medios de enseñanza.
 - Manual de procedimientos de Ejercicios de Relajación en niños.

Método

- Nos sentaremos con el grupo de niños en un semicírculo o círculo donde pueda existir una confianza con ellos que nos permita dialogar.
- Se realizarán la audición e identificación con la canción que a partir de ese momento comenzará cada una de las sesiones y que llamaremos a partir de aquí "canción patrón".
- La letra se le facilitará a la maestra y auxiliar pedagógica para repasarla en el aula frecuentemente hasta llegar a aprenderla.
- En la misma forma de círculo los infantes se quitarán los zapatos y aflojarán sus uniformes para acostarse y realizar con ayuda de musicoterapia (con música instrumental previamente escogida) las partes anteriormente expresadas según el manual.
- Luego pasamos a la posición anterior para con ayuda de medios de enseñanza, el cepillo dental y un type-odont demostraremos la forma correcta del cepillado dental enfatizando en la forma, frecuencia y tiempo.
- Los niños también demostrarán los conocimientos adquiridos.
- Posteriormente el grupo escogerá que canciones quieren escuchar para así concluir las sesiones.

Tiempo Aproximado: 1 hora.

Cuarta sesión:

- Musicoterapia: Canción Patrón.
- Musicoterapia: Canciones escogidas por los niños.
- Ejercicios de relajación I, II, III y IV parte combinados con musicoterapia.
- Educación para la salud: "Alimentos que producen caries dentales".
- Musicoterapia: Canciones escogidas para los niños.

Objetivos

- 1. Continuar la identificación con canciones infantiles.
- Que los métodos de relajación utilizados traten de obtener en el individuo una descontracción muscular y psíquica con ayuda de estos ejercicios.
- 3. Que los preescolares aprendan qué alimentos pueden producir la caries dental si no existe una buena higiene después de ingerirlos.

Recursos a emplear

 Recursos Humanos: Estomatólogo Licenciado en Atención Estomatológica o Técnico en Atención Estomatológica, Maestra o Auxiliar Pedagógica.

2. Recursos Materiales:

- Grabadora, reproductora, VHS y Televisor (Se podrán utilizar los medios que se encuentran en las escuelas).
- Material grabado con canciones infantiles (Pistas musicales en sus diferentes formas).
- Cepillo Dental y type-odont.
- Medios de enseñanzas.
- Manual de procedimientos de Ejercicios de Relajación en niños.

Método

- En esta sesión se aplicarán los mismos procedimientos de la anterior desde la realización de los ejercicios de relajación hasta la IV parte.
- Apoyados en los medios de enseñanza (dibujos de caramelos, dulces, títeres entre otros)
 además de cepillo y type-odont, se les enseñan qué alimentos son criogénicos de los que
 más se consumen por ellos y qué ocurre cuando el amigo cepillo no nos acompaña (mediante
 lo que le gustaría hacer, juegos, dibujo o cuento) previamente preparado.

Tiempo aproximado: 1 hora.

Quinta sesión

- Musicoterapia: Canción Patrón.
- Musicoterapia: Canciones escogidas.
- Ejercicios de Relajación I, II, III, IV y V parte, combinados con música instrumental.
- Familiarización de los niños con el instrumental estomatológico.
- Musicoterapia: Canciones escogidas por los niños.

Objetivos

- 1. Que los métodos de relajación sean también técnicas psicoterapéuticas que tienden a restaurar el equilibrio, disminuir las tensiones conflictuales y liberar las fuerzas profundas del sujeto reorganizándolas en una dimensión psicosomática.
- 2. Lograr alcanzar una plena familiarización del niño con el instrumental estomatológico y que se interrelacionen mediante el juego.

Recursos a emplear

- Recursos Humanos: Estomatólogo Licenciado en Atención Estomatológica o Técnico en Atención Estomatológica, Maestra o Auxiliar Pedagógica.
- 2. Recursos materiales:
 - Grabadora, reproductora, VHS y Televisor (Se podrán utilizar los medios que se encuentran en las escuelas).
 - Material grabado con canciones infantiles (Pistas musicales en sus diferentes formas).
 - Manual de procedimientos de Ejercicios de Relajación en niños.
 - Instrumental y material estomatológico previamente seleccionado.

Método

- Se aplican los mismos procedimientos que en la sesión anterior hasta la aplicación de los ejercicios de relajación hasta la V parte.
- Previamente se habrá seleccionado cierto instrumental, preferentemente aquellas que refirieron en la exploración psicológica a los que les tenían más miedo (nasobuco, explorador, espejos, protectores de agujas desechables, etc.), con ellos se pondrán por parejas o tríos mediante juegos de roles podrán intercambiar y jugar con los instrumentos, de esta forma existe una plena compenetración de los educandos con los medios estomatológicos con los que luego serán atendidos.

Tiempo aproximado: 1 hora.

Sexta sesión

- Musicoterapia: Canción Patrón.
- · Musicoterapia: canciones escogidas.
- Ejercicios de relajación I, II, III, IV, V y VI parte combinándolos con música instrumental.
- Visita a la consulta de Estomatología.
- Musicoterapia en la consulta.

Objetivos

- 1. Demostrar la importancia de las técnicas de relajación y la profunda y compleja interrelación de lo físico y lo psíquico en el diálogo corporal del sujeto en su entorno.
- Lograr una interrelación del niño con la consulta estomatológica, lugar donde será atendido en la próxima sesión.

Recursos a emplear

- Recursos Humanos: Estomatólogo, Licenciado en Atención Estomatológica o Técnico en Atención Estomatológica, Maestra o Auxiliar Pedagógica.
- 2. Recursos materiales:
 - Grabadora, reproductora, VHS y Televisor (Se podrán utilizar los medios que se encuentran en las escuelas).
 - Material grabado con canciones infantiles (Pistas musicales en sus diferentes formas).
 - Manual de procedimientos de ejercicios de relajación en niños.
 - Equipamiento, instrumental y material en la consulta.

Método

- Se aplicarán los mismos procedimientos de las sesión anterior hasta completar los ejercicios de relajación (VI parte).
- Luego se realizará una visita a la consulta de Estomatología donde serán atendidos en la séptima sesión para lograr un mayor rapport entre el equipamiento, instrumental y materiales con el niño.
- La última parte será la musicoterapia en la consulta donde los niños escogerán canciones preferidas.

Tiempo aproximado: 1 hora.

Séptima sesión

- Musicoterapia en consulta: Canción Patrón.
- Ejercicios breves de relajación en el sillón dental.
- Tratamiento estomatológico.
- Evaluación de Conducta.
- Exploración por entrevista sobre estado emocional mantenida en toda la consulta.

Objetivos

- 1. Comprobar la efectividad del programa luego de la aplicación de las sesiones anteriores.
- 2. Evaluar conductas de aversión de los preescolares.

Recursos a emplear

- Recursos humanos: Estomatólogo, Licenciado en Atención Estomatológica o Técnico en Atención Estomatológica, Maestra o Auxiliar Pedagógica.
- 2. Recursos materiales:
 - Reproductora con audífonos.
 - Material grabado con canciones infantiles (Pistas musicales en sus diferentes formas).
 - Material Didáctico.
 - · Conjunto Dental.
 - Instrumental y materiales propios de la consulta estomatológica.

Método

- Los niños son llevados a la consulta estomatológica que deberá estar preparada con anterioridad con todos los medios de enseñanza y material didáctico, así como ambientada con música infantil.
- Estando el niño sentado en el sillón dental le orientamos que por sus propios medios realice parte de los ejercicios de relajación, en ese momento tendrán puesto unos audífonos con música instrumental, esto se realiza hasta que él decida y se encuentre listo para comenzar a ser atendido estomatológicamente.
- Luego evaluaremos su conducta según los siguientes parámetros establecidos:
 - Niños con conductas de adaptación al tratamiento estomatológico: Se manifiestan tranquilos, cooperadores y conversadores durante este proceso.
 - Niños con conductas de inadaptación al tratamiento estomatológico: Se manifiestan irritables, se niegan al tratamiento, experimentan miedo, se aíslan y lloran durante este proceso.

Tiempo aproximado: 1 hora.

Ejercicios de relajación para niños

(Tomado de Elementary Central Guidance and Rouse Ling)

Instrucciones

- 1. No debe durar más de quince minutos la aplicación de los ejercicios.
- Cuando se está aplicando la enseñanza a los niños por primera vez no se debe enseñar más de dos ejercicios a la vez.
- 3. Es importante que al final de cada sesión se le ayude a salir del estado de relajación con suavidad.
- 4. Antes de comenzar cada sesión se debe empezar con las instrucciones generales.
- 5. Es conveniente que lo hagan una vez por semana para practicarlo.
- 6. Antes de enseñarlos es necesario que usted los practique.

Instrucciones generales para los niños

Hoy vamos a hacer unos ejercicios especiales, se le llaman ejercicios de relajación, estos ejercicios les van a ayudar a tranquilizarse cuando tengan miedo o estén cansados, además les ayudará a estar tranquilos antes de iniciar alguna actividad que les cueste o les canse pero hay ciertas reglas que tenemos que cumplir:

- Deben hacer exactamente lo que les digo, aunque les parezca loco o tonto.
- Deben hacerlo lo mejor posible que puedan. ¿Están listos?

Procedimientos

Pónganse cómodos en el suelo, acostaditos, bien relajaditos, sin que ninguna partecita del cuerpo esté apretadita. Perfecto. Ahora cierren los ojitos y no los abran hasta que yo les diga.

1. CARAY NARIZ

Aquí viene una mosca. Se ha posado en la nariz, trata de quitártela sin usar tus manos. Hagan la nariz para arriba, arrúguenla tanto como puedan... ¡Muy bien!... La han espantado.

Ahora pueden dejar que su nariz descanse. Ahí viene otra vez la mosca y se para en el centro de tu nariz, hagan la nariz para arriba otra vez, arruguen fuerte... Ya se fue... Dejen que la cara descanse.

Fíjense que cuando ustedes arrugan la nariz para arriba hasta la cara también se les aprieta, cuando ustedes dejan descansar la nariz, la cara también descansa y se siente muy rico, muy bien. PAUSA.

Ahí viene la mosca otra vez, se para en la frente. ¡Arruguen la frente! Traten de cazar la mosca entre las arrugas. PAUSA. Muy bien, suelten, se ha ido, pueden descansar, dejen que la cara se sienta suave y descansada.

2. MANDÍBULA

Ustedes tienen en la boca un gran chicle bomba .PAUSA.

Está muy duro, hay que suavizarlo. Muérdanlo duro, más duro. PAUSA. Ahora tírenlo.... notan que rico se siente, dejen la mandíbula abierta, suelta... muy bien... PAUSA.

Vamos a tratar de suavizar otro chicle. Ahora sí lo vamos a despedazar, muerdan duro. PAUSA. Ahora tírenlo. PAUSA...

Bueno descansen. Dejen la mandíbula suelta en la cara... ¡Que rico se siente!

Traten de que todo el cuerpo descanse. Siéntanse suaves y tranquilos.

3. HOMBROS Y CUELLO

Imaginen que son una tortuga. PAUSA. Están acostados en una piedra descansando. PAUSA. Se siente uno bien, calientito y tranquilo.... de pronto siente un gran peligro... metan la cabeza dentro de su concha. Traten de subir sus hombros hasta la orejas, metan la cabeza dentro de sus hombros.

Quédense así haciendo fuerza. ¿No sé siente cómodo ser una tortuga encerrada dentro de su concha?... PAUSA. El peligro ha pasado. Pueden volver a sacar sus cabecitas de sus conchas y volver a sentir el calor del sol calientito y rico. PAUSA.

Ven que rico es descansar en vez de estar encogidos... ¡Peligro otra vez! ¡Metan la cabeza! Suban los hombros hasta los oídos ténganlos bien apretados. No dejen que ningún pedacito de cabeza quede fuera de la concha, encójanla bien. PAUSA.

El peligro ha pasado. Pueden salir. Descansen. No hay que preocuparse más. No hay peligro. No hay nada a que tener miedo. Se sienten tranquilos y muy bien... PAUSA...

4. BRAZOS Y HOMBROS

Imaginen que ustedes son un gato muy pero muy haragán y perezoso... por eso es que ustedes quieren estirarse... Estiren sus brazos adelante, ahora levántenlos hacia arriba, bien estirados. ¿Sienten cómo se halan? Estiren más alto. PAUSA. Ahora suelten sus brazos y déjenlos caer a los lados del cuerpo... Sientan como sus hombros descansan... PAUSA.

Ahora vamos a hacer un gran estirazo. PAUSA. Estiren sus brazos al frente de ustedes. Ahora levántenlos hacia arriba bien estirados. Traten de estirarse tanto que puedan tocar el techo con las manos, pero sin moverse de donde están y sin abrir los ojos. PAUSA. Noten la fuerza que sienten en sus brazos y sientan lo rico que se descansa, se sienten tranquilos y descansados. PAUSA.

5. MANOS Y BRAZOS

Imaginen que tienen un limón en la mano izquierda. Exprímanlo fuerte con la mano. Traten de sacarle el jugo. PAUSA. Ahora tiren el limón al suelo. Noten cómo se siente mejor la mano y el brazo cuando descansan. PAUSA.

Tomen otro limón. Vuélvanlo a exprimir más fuerte que antes. PAUSA. ¡Eso! Háganlo más fuerte que antes. PAUSA... No hay que dejar en el limón ni una gota de jugo, ¡Exprímanlo duro!... ¡Perfecto! Ahora descansen y suelten el limón.

HAGA QUE EL NIÑO REPITA EL EJERCICIO PERO CON LA MANO DERECHA. RECORDARLE SIEMPRE QUE NO SE DEBE ABRIR LOS OJITOS. PAUSA.

Ahí viene un lindo elefantico que no se fija por donde camina. No los ve a ustedes que están acostados y les va a poner sus patas en el estómago ¡No se muevan! No tienen tiempo para quitarse... simplemente prepárense. Pongan su estómago muy duro. Pónganlo bien apretado. PAUSA. Si él se para encima del estómago cuando está duro no les hará daño y no les dolerá.

Pongan el estómago como si fuera de piedra, ya se va. PAUSA. Pueden descansar, pónganse cómodos y descansen. Vean la diferencia entre un estómago apretado y uno que está descansado. PAUSA.

Ahora vuelve el elefante aunque no lo crean parece que esta vez viene directamente hacia ustedes. Aprieten duro, ahí viene, muy duro, se está parando encima del estómago. Más duro... PAUSA. Bueno ya se va, pueden descansar, están a salvo que rico...

Ahora imagínense que tienen que pasar a través de una cerca muy estrecha y a los lados hay alambres que pinchan tiene que hacerse lo más flaco posible, lo más que puedan pasar. Métanlo lo más que puedan. Como si quisiera tocarse la espalda. Tiene que pasar... PAUSA... Ahora descansen. No tiene que ser tan delgados, sientan el estómago suave y tibio... PAUSA... Volvamos a intentar pasar la cerca ¡Metan el estómago que toque casi la espaldita! Pónganlo pequeño y apretado lo más flaco que puedan, manténgalo apretado! tienen que pasar por el centro de la cerca sin pincharse. PAUSA. Pasaron. Ahora descansen. PAUSA. Hagan que el estómago vuelva a su lugar. Se sienten muy bien.Lo han hecho muy bien.

6. PIERNAS Y PIES

Ahora están parados con los pies descalzos en un charco de barro y fango, aprieten la planta del pie haciéndola en el fango y el barro, traten de hundir el pie hasta el fondo del fango. Quizás necesiten empujarse con sus piernas ¡Húndanlo más! Abran los dedos de los pies como si fueran abanicos.

Sientan el fango y el barro entre los dedos de los pies. PAUSA. Dejen los dedos aflojarse y noten lo rico que se sienten, se siente bien, está relajado. PAUSA... De nuevo vuelvan al charco de fango y barro, hundan la punta del pie hacia abajo... empujen los pies duros traten de apretar el fango. Ahora vuelvan los pies a su posición normal. Relajen los pies y las piernas y la punta de los pies. No sientan apretados ninguna partecita. Ahora se sienten tranquilos y relajados.

Para finalizar

Manténganse tan tranquilos como puedan y siéntanse descansados. PAUSA.

En pocos minutos les pediré que abran los ojitos y será el final del ejercicio. A medida que pasa el día recuerden lo rico que es estar relajado. Practiquen el ejercicio todos los días para poder descansar. Una buena hora para practicar es de noche antes de dormir con la luz apagada. Simplemente recuerden la mosca... la tortuga... el chicle... los limones... el elefante... la cerca, el fango del charco y podrán hacer los ejercicios incluso en la escuela y nadie se dará cuenta... Ahora muy despacito abran sus ojitos y muévanse un poquito... Muy bien... han hecho un buen trabajo, llegarán a ser campeones del descansar.

ANEXO 10

Programa Educativo "Aprendo a cuidar mis dientes" para los niños de preescolar

Dra. Delsa Elena Morgado Marrero. M. Sc. Especialista de 2do. Grado en EGI.

Introducción

En nuestro país los aspectos relacionados con la promoción, educación y prevención de la salud tienen prioridad y constituyen objetivos esenciales del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población.

La promoción de salud infantil a través de la escuela ha sido una importante meta de la OMS; de la UNESCO y de la UNICEF desde los decenios de 1950. Es conocido que aplicando los conocimientos de Educación para la Salud, componente fundamental para la Promoción de salud, se pueden mantener logros en cuanto a conductas saludables en determinada población. La mayoría de los factores de riesgo que atentan contra la salud bucal dependen de los conocimientos, actitudes y comportamiento aprendidos adecuadamente desde edades tempranas.

Los sistemas de Educación Formal constituyen un escenario ideal para la realización de acciones educativas en la población de edad escolar. Hay evidencias científicas que los programas educativos que se centran principalmente en la transmisión de información son pocos efectivos, es por ello que las intervenciones educativas que se realicen en el ámbito escolar deben tener en cuenta la gran diversidad de factores que influyen en el comportamiento humano.

Justificación

En la edad escolar (5-11 años) los niños adquieren la base de su comportamiento y conocimiento, su sentido de responsabilidad y la capacidad de observar, pensar y actuar. Es a partir de este periodo cuando el niño adopta hábitos higiénicos que muchas veces durarán toda la vida, descubre las potencialidades de su cuerpo y desarrolla habilidades y destrezas para cuidar de su salud y colaborar con la de su familia y comunidad.

Enseñar no es una actividad del patrimonio exclusivo de los educadores profesionales, por el contrario, son muchos los profesionales que incluyen considerablemente el componente educativo.

Los profesionales de la salud son claros ejemplos que deben asumir un importante rol educativo como parte de sus funciones.

La educación en salud de niños y niñas tiene ventajas adicionales, ya que además de desarrollar en ellos desde edades tempranas actitudes y prácticas favorables para el mantenimiento de su salud, constituyen un buen camino para la educación familiar.

Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre la higiene bucal y el estado de la salud bucal. Es por ellos que la prevención de las enfermedades bucales debe estar encaminada al mantenimiento de una correcta higiene bucal.

Es de gran importancia y relevancia el trabajo con los niños y las niñas en la educación sobre aspectos que le permitan cuidar de su salud, lo cual se considera una prioridad que contribuirá al desarrollo humano.

Objetivo general

Modificar favorablemente los conocimientos actitudes y práctica con respecto a la higiene bucal en los niños de preescolar.

Objetivos específicos

- 1. Identificar los conocimientos y práctica en relación a la prevención de la caries dental.
- 2. Fortalecer la integración salud-educación.
- 3. Crear una atmósfera positiva de participación.
- Elevar la efectividad de la comunicación interpersonal entre el personal de la salud y los niños y las niñas.
- 5. Valorar la efectividad del programa.

Límites

Geografía: Ámbito escolar.

Tiempo: 2 meses.

Población: Niños de Preescolar.

Sesiones

Primera sesión	¿Quiénes somos?
Segunda sesión	¿Qué es la caries dental?
Tercera sesión	Mi mejor amigo, el cepillo.
Cuarta sesión	Cuidado con los alimentos dulces.
Quinta sesión	¡Cantando, aprendemos más!
Sexta sesión	Dientes siempre sanos ¿Por qué no

Primera sesión. ¿Quiénes somos?

Objetivos

- 1. Reconocer los objetivos del Programa.
- 2. Crear una atmósfera positiva de participación.
- 3. Identificar los conocimientos y práctica de los niños respecto a la prevención de la caries dental

Métodos y procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo 1 y 2.

Se realiza la técnica de presentación: Pelota Caliente.

La coordinadora expresa: Esta pelota está caliente, tan caliente que quema la persona que capture la pelota, tiene que presentarse rápido y lanzarla a otro para no quemarse; el niño o la niña que atrapa la pelota debe decir su nombre, después lanza la pelota a otro participante y por último se presenta la coordinadora y le explica el objetivo general del Programa.

Para el cumplimiento del objetivo 3 se realiza la entrevista estructurada y se determina la higiene bucal, a través del índice de Love.

Recursos materiales

- Pelota
- Espejos Bucales
- Papel

- Hojas
- Impresora
- · Plac-Dent

Lápiz

Segunda sesión. ¿Qué es la caries dental?

Objetivos

- 1. Definir la caries dental.
- 2. Explicar brevemente las principales causas y medidas de prevención.

Métodos y procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo 1 y 2 se realiza una charla educativa con diversos medios de enseñanza que muestran los principales factores de riesgo.

- La dieta (frecuencia, calidad, tiempo de permanencia en la boca).
- · Placa: dento bacteriana.
- Higiene bucal (frecuencia y oportunidad).

Seguidamente se invita a los niños a dramatizar la poesía: "Los valientes mosquedientes"

Eran los tres mosquedientes

Cepillo, flúor y pasta y su amigo Dartadieta que defendían valientes todo el castillo y su gente.

El cepillo con sus cerdas y unido a su amigo pasta limpio todito lo deja y a los bichos dice basta.

El flúor da fuerza a los dientes y a las muelitas también en buchito o en pastica con él, siempre les va bien.

Y el amigo Dartadieta con su firmeza sin parar controla lo que se come y a que hora se debe dar.

A fibras deja pasar, legumbres y vegetales leche y además minerales que necesita este reino.

Poca sal, y muy soberbio con dulces y golosinas él se afana y no camina quien daño quiere causar.

Recursos materiales

- Pancartas
- Tiza
- Pizarra

- · Afiches
- Papel

Retroalimentación

 Se utiliza el rompecabezas de Coco Denti y se le explica que una vez armado, es la mascota la que realiza las preguntas sobre el tema. Tercera sesión: Mi mejor amigo, el cepillo.

Objetivo

• Lograr el cepillado bucodental correcto.

Para la motivación inicial la coordinadora expresa una poesía:

Cepillo rima con brillo Y diente con resistente Si usamos bien el cepillo En los dientes diariamente Quedarán con mucho brillo Y serán más resistentes.

Para el cumplimiento del objetivo se procede a realizar el control de la placa dentobacteriana (PDB) y con un espejo se indica a los niños y las niñas las dificultades que presentan en el cepillado dental.

De forma individual los niños y las niñas se sientan en semicírculo y la coordinadora explica auxiliándose de diferentes medios de enseñanza el cepillado de forma pausada con un lenguaje claro y sencillo para que los niños comprendan. Posteriormente frente a un espejo cada niño procede a practicarlo, por lo que de forma individual se corrigen los errores y refuerza la acción, si la realizaron correctamente.

Los demás niños esperan su turno, practicando el cepillado en el Type-odont.

Recursos materiales

Type-odont Cepillo

Espejo

• Lámina

• Plac-Dent

Retroalimentación

Observación del cepillado bucodental

Cuarta sesión: ¡Cuidado con los alimentos dulces!

Objetivos

- 1. Identificar los alimentos cariogénicos.
- 2. Valorar la importancia de una higiene adecuada para la prevención de la caries dental.

Métodos y procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo 1.

Se realiza la técnica que se nombra: Frutitren.

En forma de trencito los niños y las niñas giran en un círculo, al compás de una música. En el centro se encuentran diferentes alimentos.

Al parar la música, tienen que seleccionar un alimento que no sea cariogénico.

Mediante los errores y aciertos de los niños y las niñas durante la técnica, la coordinadora le explica los principales alimentos que favorecen la formación de la caries dental.

Para el objetivo 2.

Se invita a la dramatización del cuento original de: Cucarachita Martina.

Cucarachita Martina

Pues, señor, esta era una cucarachita muy trabajadora y limpia, que se llamaba Martina. Un día, barriendo en la puerta de su casa se encontró un centavo y pensó:

—¿Qué me compraré? ¿Qué me compraré? Me compraré caramelos. ¡Ay, no, no porque se me picarán los dientes! Me compraré galleticas. ¡Ay, no, no, porque se me ensuciará la boca! Ya sé, me compraré un cepillo de dientes.

Y la cucarachita se compró un cepillo de dientes, se bañó, se lavó la boca y se sentó en la puerta de su casa. Y pasó por allí un torito:

- —Cucarachita Martina, que linda estás.
- —Como no soy bonita te lo agradezco más.
- —¿Te quieres casar conmigo?
- —A ver, enséñame tus dientecitos... ¡Ay, no, no, que tienes tu boca sucia de comer hierba!

Y pasó por allí un perrito:

- —Cucarachita Martina, que linda estás.
- -Como no soy bonita te lo agradezco más.
- —¿Te quieres casar conmigo?
- —¡Ay, no, no, que tienes la carita hinchada y no vas al dentista para que te la curen!

Y pasó por allí un gatito:

- —Cucarachita Martina, que linda estás.
- —Como no soy bonita te lo agradezco más.
- —¿Te quieres casar conmigo?
- —¡Ay, no, no, que tienes olor a pescado porque comes y no te cepillas los dientes!

Y pasó por allí un conejito:

- —Cucarachita Martina, que linda estás.
- -Como no soy bonita te lo agradezco más.
- —¿Te quieres casar conmigo?
- —¡Ay, no, no, que tienes los dientes grandes y feos y no vas al dentista para que se te pongan bonitos!

Ya era muy tarde cuando pasó el Ratoncito Pérez:

- -Cucarachita Martina, que linda estás.
- —Como no soy bonita te lo agradezco más.
- —i, Te quieres casar conmigo?
- -A ver, enséñame tus dientecitos.

Y el Ratoncito Pérez le enseñó la boquita, la tenía muy limpia y bonita, porque el Ratoncito Pérez se lavaba sus dientecitos cuatro veces al día y visitaba al Estomatólogo dos veces al año. Y así, la Cucarachita Martina y el Ratoncito Pérez se casaron y vivieron muy felices y saludables.

Recursos materiales

- · Cartulina
- Tempera
- Tela
- · Plumones
- Cepillo dental
- · Type-odont

Retroalimentación: Se realizan preguntas del cuento. Ejemplo: ¿Por qué la Cucarachita escogió al Ratoncito Pérez?

Quinta sesión. ¡Cantando Aprendemos más!

- 1. Consolidar los conocimientos generales en relación al cepillado bucodental.
- 2. Enfatizar en la realización del cepillado para una correcta higiene bucal.

Métodos y procedimientos

Los objetivos se cumplen a través de las canciones Alánimo, Alánimo y Un día de paseo.

Alánimo, Alánimo

(Canción)

Alánimo, Alánimo el cepillo va a pasar alánimo, Alánimo los dientes va a limpiar uri, uri, urá de adelante hacia atrás de arriba hacia abajo limpiecitos quedarán alánimo, Alánimo sonrisas tu tendrás alánimo, Alánimo feliz te sentirás.

Un día de paseo

(Canción)

Un día de paseo una boquita olvidó de cepillarse sus muelitas la caries apareció y todo feo quedó y los pobres dientecitos empezaron a llorar porque el cepillo no volvió a pasar en ese momento llamaron al doctor quien con mucho amor el problema resolvió tomó el cepillo en la mano y los dientes cepilló dejó boca sana para siempre sonreír yo.

Recursos materiales

- Type-odont.
- Carteles.
- Plumones.
- · Cepillo dental.

Retroalimentación

Preguntas

- 1. ¿Cuántas veces al día hay que cepillarse?
- 2. ¿En qué momentos durante el día?
- 3. Si te cepillas los dientes después de comida, ¿Tienes que hacerlo antes de acostarte?

Se orientó la realización de un dibujo relacionado con el tema.

Sexta sesión. Dientes siempre sanos ¿Por qué no?

Objetivos

- 1. Valorar la importancia de una boca sana para toda la vida.
- 2. Valorar la efectividad del programa.

Primeramente se realiza un análisis de los dibujos y se expresa que todos los niños y las niñas han ganado una *temprana sonrisa feliz*.

Para el cumplimiento del objetivo 2, se realiza la entrevista estructurada y la determinación del índice de Love.

Recursos materiales

- Espejo bucal.
- Papel.
- Lapicero.
- Colores.
- Plac-Dent.

ANEXO 11

Programa Educativo de Salud Bucodental "Cuida tu sonrisa y la de los tuyos" para niños y niñas de 6 a 10 años de edad

Dra. Delsa Elena Morgado Marrero. M.Sc. Especialista de 2do. Grado en EGI.

Introducción

Las enfermedades bucales, la caries dental y parodontopatías figuran entre las más comunes del género humano. Una vez establecidas son persistentes y no tienen curación espontánea.

En el conocimiento y manejo de estas enfermedades está la base fundamental para que la población conserve todos sus dientes durante toda la vida, de ahí la importancia que esta adquiera conciencia de sus problemas y encuentre soluciones adecuadas que ayuden a resolverlos, haciendo énfasis en la higiene bucal, dieta adecuada, visitas periódicas al Estomatólogo y la eliminación de hábitos perjudiciales.

Es conocido que aplicando los conocimientos de Educación para la Salud, componente esencial de la Promoción de Salud, se pueden obtener logros en cuanto a conductas saludables en determinada población. La mayoría de los factores de riesgos que atentan contra la salud bucal depende de los conocimientos, actitudes y comportamientos aprendidos adecuadamente desde edades tempranas.

En la Estomatología actual cada vez más preventiva y educativa, es necesario emplear diversas técnicas educativas haciendo uso de la creatividad y una efectiva comunicación bidireccional, por lo que surge un abanico de posibilidades para desarrollar el trabajo educativo en los niños

La boca está estrechamente relacionada con cuatro de los cinco sentidos: gusto, tacto, olfato y oído. Es la puerta de entrada de todos los alimentos corporales, sin los cuales no se podría funcionar. Sirve de vehículo para la comunicación, que es fundamental para las relaciones humanas, para expresar cariño a los seres queridos y para saludar con un beso, da confianza a la persona. Por lo que para los Estomatólogos ejercer las acciones de educación para la salud constituye una de las experiencias más desafiantes y recompensantes en el ejercicio de su profesión.

El Programa Educativo diseñado está basado en un diagnóstico educativo previo seguido de la organización, planificación y control de un conjunto de técnicas afectivas participativas en los niños con el propósito fundamental de fomentar actitudes, comportamientos a favor de la salud bucal y que estas puedan perdurar toda la vida e influyan positivamente en la familia.

Justificación

Los factores de riesgo pueden estar presentes en todas las etapas de la vida, pero en las edades de 6-10 años son de gran importancia ya que es preocupante las condiciones biológicas, psicológicas, sociales que se asocian con un incremento de la susceptibilidad para desarrollar determinadas enfermedades.

La mayoría de esta población tiene grandes vacíos en materia de salud bucal y es donde más frecuente se encuentran problemas de salud resultando pacientes difíciles de tratar, de prevenir y curar.

En la edad escolar los niños adquieren la base de su comportamiento y conocimiento, su sentido de responsabilidad y la capacidad de observar, pensar y actuar. Es a partir de este período cuando el niño adopta hábitos higiénicos que muchas veces durarán toda la vida, descubre potencialidades de su cuerpo y desarrolla habilidades y destreza, para cuidar de su salud y colaborar con la de su familia y comunidad.

Por lo anterior expuesto se considera conveniente la necesidad de elaborar Programas Educativos que comprendan estas edades basados fundamentalmente en técnicas educativas capaces de incentivar una participación ordenada del grupo, que permita arribar luego de un proceso colectivo de reflexión, a conclusiones claras sobre el tema que se está tratando, en definitiva de generar un proceso de apropiación de los conocimientos, a través de un esfuerzo activo de interpretación, análisis y síntesis.

La necesidad de educar a la niñez en aspectos que permitan cuidar de su salud bucal y general se considera una prioridad que contribuirá al desarrollo humano.

Objetivo general

 Modificar favorablemente los conocimientos, actitudes, prácticas sobre salud bucal y la higiene bucal en los niños de 6-10 años de edad.

Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos, actitudes, prácticas sobre salud bucal y la higiene bucal en los niños de los grados escolares que comprenden estas edades.
- Fortalecer la integración intersectorial Salud-Educación.
- Elevar la efectividad de la comunicación interpersonal entre el personal de salud y los niños
- Crear una atmósfera positiva de participación.
- Estimular a los niños para que se conviertan en agentes comunicadores en su ámbito familiar y comunitario.

1 ímites

Geográfico: Ámbito escolar

Tiempo: 5 años

Población: Niños de 6-10 años

Sesiones

- Primera sesión: ¡A conocernos! Nosotros.
- Segunda sesión: ¡A conocer! nuestros dientes.
- Tercera sesión: ¡Comer dulces con salud bucal!
- Cuarta sesión: Con una higiene bucal adecuada, una salud bucal asegurada.
- Quinta sesión: Diviértete y aprende.
- Sexta sesión: Consejos útiles para ti y tu familia.
- Séptima sesión: ¡Vivir siempre con nuestros dientes sanos!
- Octava sesión: Sonrisa sana y feliz para ti y tu familia.

Cada sesión del programa dura aproximadamente 1 hora.

Primera sesión: ¡A conocernos! Nosotros

Objetivos

- 1. Mencionar los objetivos del programa.
- Reconocer cualidades personales y estimular los integrantes del grupo a participar en el programa.
- 3. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal.
- 4. Determinar la higiene bucal.

Métodos y procedimientos

Se provoca un diálogo con los alumnos explicándoles brevemente el Programa, tratando de que con la bienvenida y la información prenda la chispa y la motivación.

Se aplica la técnica: ¿Quién es?

A cada miembro del grupo se le entrega una pequeña tarjeta con una cualidad positiva y deben identificar quién es el compañero que reúne esta.

Tan pronto todos los niños hayan terminado la identificación harán entrega de la tarjeta a la persona que ellos consideran que posee esa cualidad. Aquel compañero que ha recibido más tarjetas será decorado con la medalla del "Más integral" y se le obsequiará un cepillo dental para continuar con la motivación del programa.

Para el cumplimiento del objetivo 3 y 4.

Se aplica la encuesta. Se determina la higiene bucal a través de Índice de Love.

Recursos materiales

- Tarjetas
- · Hojas
- · Plumones
- · Espejos bucales
- · Cepillo Dental

Segunda sesión: ¡A conocer! Nuestros dientes

Objetivos

- 1. Identificar los diferentes dientes presentes.
- 2. Valorar la importancia que tiene la conservación de los dientes.

Métodos y procedimientos

Técnica para motivación y análisis: Denticorreo

Se invita a un niño a convertirse en cartero, él que expresa: Llegó un telegrama para este grupo y dice:

¡AUXILIO! Nosotros somos para toda la vida, por favor cuídanos Dientes permanentes

La coordinadora lanza la pregunta ¿De qué diente salió este telegrama? Inmediatamente se orienta a revisar las bocas de los niños unos a otros, tratando de crear un ambiente detectivesco y de una forma amena el coordinador describe los diferentes dientes presentes en la dentición mixta (dientes temporales y permanentes) que tienen los participantes y los dientes que brotarán en el futuro, se hace una breve explicación sobre la importancia de mantenerlos sanos para toda la vida.

En dependencia de la comprensión de los niños se podrá realizar la técnica afectiva participativa: Sonó *el teléfono y se oyó*.

Previamente se elaborarán tarjetas con los textos del diálogo, estas se darán con las pancartas que se colocarán por delante del cuerpo, a una niña que será el Incisivo Central y a un niño el Primer Molar, ambos escogidos al azar.

Se oye el timbre de un teléfono, la coordinadora simulando hace que se descuelga este y dice:

Diga, ¡Ay! se escucha una conversación, se expresa, con asombro a los participantes, inmediatamente comienza el diálogo entre el Primer Molar Permanente y el Incisivo Central Permanente

Primer Molar: Tú si eres dichoso Incisivo Central, todos te quieren conservar y mantener en su lugar.

Incisivo Central: Todos me quieren porque inspiro belleza, pero lo que no saben es la importancia que tú tienes, tú eres digno de admirar, eres el primero en brotar a los 6 años de edad, sin tu guía nuestros dientes no se acomodarían.

Primer Molar: Sí pero muchos piensan que soy de leche todavía y sin pensar no me cuidan de la caries que tan aprovechada está y a mi tanto que me gusta masticar.

Incisivo Central: Pero no te aflijas amigo mío que tu problema se solucionará y verás que estos niños y niñas mucho te van a cuidar.

Recursos materiales

- · Type-odont
- · Pancartas
- Pizarra
- Hojas
- Tiza

Retroalimentación.

Técnica Educativa: La Carta.

Cada niño escribe una carta dirigida a un amigo o amiga y le cuenta:

- Lo que más les gustó de la actividad que ha realizado.
- Lo que menos le gustó.
- · Las cosas nuevas que aprendió.

Al final algunos participantes se intercambian y se leen las cartas en voz alta. Se recogen todas las cartas.

Tercera sesión: ¡Comer dulces con salud bucal!

Objetivos

- 1. Definir la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal.
- 2. Explicar las principales causas y medidas de prevención.
- 3. Identificar los principales alimentos cariogénicos.
- 4. Describir la técnica correcta del cepillado bucodental.

Métodos y procedimientos

Para la motivación inicial la coordinadora expresa una adivinanza.

Tengo corona, y no soy rey, Tengo cuello sin ser jirafa. Tengo raíz y no soy árbol.

Se realiza una charla educativa con diversos medios de enseñanzas que muestran los principales factores de riesgo:

- Dieta (Frecuencia, calidad, tiempo de permanencia en la boca).
- · Placa dentobacteriana.
- Higiene bucal (Frecuencia y momento oportuno del cepillado bucodental).

Se procede a realizar el control de placa dentobacteriana y se aplica **la técnica del espejo**, la cual consiste en que un niño es el espejo, la coordinadora se coloca frente a este y realiza correctamente el cepillado por lo que el niño que es el espejo tiene que repetir lo mismo que la coordinadora.

Seguidamente se forman parejas entre los participantes para efectuar la técnica de espejo, el papel de la coordinadora es visitar las parejas para corregir los errores con referencia al correcto cepillado bucodental que se puedan presentar.

Al final de la sesión la coordinadora expresa: Llegó *Denticorreo* de nuevo ¿Vamos a ver que trae hoy? y reparte poesías que se leen en voz alta. De forma amena y contagiosa estas reafirman los temas tratados

AMIGO CEPILLO

Yo tengo un cepillo que es muy pillo v todos los días el me da brillo Saca, saca brillo mi amigo cepillo. Después de desayuno ahí está el muy pillo diciendo despacito échame pasta para darte brillo. Después de almuerzo y de la comida hace lo mismo. Saca, saca brillo mi amigo cepillo. Y aunque esté cansado antes de acostarme ahí está él, diciéndome bajito al oído ¡No te olvides de mi, amiguito! Oue cuatro veces al día te saco brillo, para que tus dientes estén sanos y limpios.

LO QUE DEBES SABER

Al levantarse temprano los niñitos han de saber que lavarse la boquita es lo primero que hay que hacer.

Hecha pasta en el cepillo y después a comenzar haciendo rica espumita tus dientes vas a limpiar.

Pero si pasta no hubiera no es importante además lo importante es que el cepillo barra y barra así no más. Cepilla de la encía al diente por delante y por detrás dando masaje y limpiando barre y barre así no más.

Después de almuerzo y comida también hay que cepillar y antes de acostarse siempre no se te vaya a olvidar.

Recursos materiales

- Cepillo dental
- Type-odont
- Láminas
- Pizarra

- Tiza
- Espejo
- Plac-Dent

Retroalimentación

- · Preguntas relacionadas con los temas.
- Observación de la técnica del cepillado bucodental.

Cuarta sesión: Con higiene bucal adecuada una salud asegurada

Objetivos

- 1. Valorar la importancia de una dieta adecuada.
- 2. Valorar la importancia del correcto cepillado bucodental.

Métodos y procedimientos

Se proyecta un video titulado: Dentín de 20 minutos de duración. Se invita a la discusión del video.

Recursos materiales

- Video
- Película
- Papel
- Lápiz

Retroalimentación

Técnica Educativa: Tesoro escondido, la cual se ejecuta de la siguiente forma:

Antes de entrar en el local, se colocan debajo de los asientos papeles con preguntas relacionadas con los mensajes educativos que se muestran en la película, que envió Dentín. Los papeles se pegarán débilmente de tal forma que cuando la coordinadora indique, buscar tesoro escondido debajo de sus asientos lo puedan encontrar rápidamente, después irán respondiendo uno por uno las preguntas.

Quinta sesión: Diviértete y aprende

Objetivos

- 1. Explicar la importancia del flúor.
- 2. Consolidar los conocimientos adquiridos hasta la actualidad.

Métodos y procedimientos

Se procede a dramatizar una obra de teatro donde los niños se convierten en diversos personajes. Estos son los siguientes:

- Chambelona
- · Muela débil

- · Muela fuerte
- Placa dentobacteriana (Estreptococcus Mutans)
- Cepillo Dental
- Flúor
- · Estomatólogo y Técnica

Cada niño se coloca la pancarta que identifica su personaje.

Guión de la obra de teatro

ESTOMATÓLOGO: Arriba niños vamos a enjuagarnos bien la boca con el buchito de flúor.

Muela débil: ¡Oh! Qué débil estoy, no tengo ni resistencia, ¡me caigo! (hace como que se desmaya). No tengo deseos de nada y ni loca me enjuago la boca con ese buchito amargo.

Chambelona: ¿No tienes deseos de nada, ni de comerme? Mira que sabrosa estoy (mueve la cintura bailando).

MUELA DÉBIL: ¡Ah! Si, si..., pero la chambelona me gusta mucho. Ven para sentirme mejor.

La Chambelona se abraza a la muela débil y llega el estreptococcus (bacteria que se pega al diente a través de la placa dentobacteriana).

ESTREPTOCOCCUS: Aquí llego yo y aprovecho, acabo con esta muela que es fácil de penetrar (burlándose).

El niño que representa al estreptococcus tiene una capa con la que cubre la muela débil y a la chambelona, después se retira junto con la chambelona y aparece la muela débil con un pañuelo rojo en la cara simulando un absceso (flemón).

MUELA DÉBIL: ¡Ay! ¡Ay! Qué dolor, al Estomatólogo voy a curarme yo.

ESTOMATÓLOGO: Pero si tú eres la muelita que no quiere enjuagarse la boca con el buchito. Si después de comer dulces que tanto te gustan te cepillaras como te voy a enseñar (demuestra la técnica correcta de cepillado) y te enjuagaras la boca con el buchito de flúor la historia sería diferente. Ahora has el buchito que no hiciste en la escuela (le dan un vasito y se enjuaga la boca un minuto).

En el momento en que el Estomatólogo le da el buchito aparece el flúor y abraza a la muela débil.

Flúor: En ese buchito estoy yo, que vengo a ayudarte, a protegerte, y mediante reacciones de intercambio físico y químico ya verás como el esmalte de tus dientes cambiará (realizará un movimiento con las manos y la cintura y sustituye a la muela débil por la fuerte.

Queda en escena la muela fuerte abrazada con el flúor. Seguidamente aparece el estreptococcus.

ESTREPTOCOCCUS: Aquí llego yo (burlándose). ¿Y qué pasa que no puedo penetrar? ¡Ah! pero si esta muela está gorda, más fuerte.

¿No es mi muela débil? (mostrando asombro) ¿Qué pasó?

Muela fuerte: Es que ahora mi composición cambió y estoy más fuerte, más resistente a tu ataque estreptococcus. El estreptococcus se va.

FLÚOR. Yo hice que el diente fuera más duro, menos permeable, menos soluble y me pude incorporar con el buchito de flúor que les dan en la escuela, por eso tienen que realizarlo de forma correcta.

Salen todos los personajes y lanzan una pregunta a los demás niños.

¿Se van a cepillar correctamente la boca y a enjuagarse bien con el buchito de flúor, verdad? Sí, Sí, Sí.

Recursos materiales

- Pancartas
- Colores
- · Pinceles

- · Cepillo dental
- · Type-odont

Retroalimentación

Se invita a los niños a que expresen sus criterios con relación a los diferentes personajes de la dramatización:

- ¿Quiénes son los personajes positivos? ¿Por qué?
- ¿Quiénes son los personajes negativos? ¿Por qué?

Al final se distribuye un volante titulado: "Consejos útiles para la salud bucal de la familia" para su discusión en el hogar.

Sexta sesión: ¡Consejos útiles para ti y tu familia!

Objetivos

- Influir positivamente en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionado con la salud bucal en la familia.
- 2. Integrar los conocimientos generales para la prevención de las enfermedades bucales.

Métodos y procedimientos

Para motivar la actividad la coordinadora expresa: Llegó Denticorreo de nuevo y nos trae otra poesía, en esta ocasión es dedicada a la familia.

Se lee por la coordinadora y se reparte a todos los niños para que se la lleven a su hogar y sea objeto de discusión.

¡A TODA LA FAMILIA!

Para toda la familia es esta alerta de amigos. que les da con simpatía, su gran amigo: cepillo. Llega, siempre reluciente, después de cada comida. buscando al hermano, el diente, que es la razón de su vida. Trabaja de arriba abajo cuatro veces cada día, con las pastas de sabor, del olor de la alegría. Escucha bien, mi consejo porque sin duda lo harás. cepillando bien los dientes, ay qué lindo se verán! y sus puestos en el dentista a otra familia ofrecerás.

No te dejes sorprender, por las caries enemigas, como pequeñas hormigas, llegan a todo correr. Sonríes cada mañana. con tu gracia, con placer, mostrando tus dientes sanos de familia siempre fiel. Dale gracias al cepillo, que te ayuda a ser feliz, sacando siempre buen brillo, él te invita a sonreír. Como miembro familiar tenlo limpio y en lugar fresco, necesita de tus manos para estar contigo atento. Y que llegue este mensaje a todos los del hogar: "¡La guerra contra las caries es del núcleo familiar!"

Aplicación de juegos de mesa por subgrupos de 5 este se titula: *Juega y Aprende*. Para formar grupos de niños se realiza la técnica nombrada *Frutitren*.

Los participantes hacen un trencito, colocando las manos sobre los hombros del que tienen delante. Se dan vuelta bailando mientras suena la música de los fruti, al parar la música se recoge un alimento (frutas, vegetales, proteínas), los que tienen iguales alimentos se agrupan.

La actividad propiciará una reafirmación, ya que en la tercera sesión se hizo referencia a la importancia de la ingestión de una dieta saludable para la salud bucal y general.

La coordinadora de forma individual y colectiva explica las posibles dudas que puedan surgir en el transcurso de los juegos.

Recursos materiales

Cartulinas

· Tarietas

Dados

Alimentos

· Fichas

· Juegos de mesa

Retroalimentación

Juegos de mesa.

Al final se convoca a los niños a buscar testimonios con sus abuelos u otros familiares y preguntan: ¿Por qué han perdido los dientes? o ¿Por qué lo han mantenido?

Se le pide que inviten a sus familiares a la próxima sesión.

Séptima sesión: ¡Vivir siempre con nuestros dientes!

Objetivos

- 1. Explicar brevemente las causas más frecuentes que provocan la pérdida de los dientes.
- 2. Desmentir los mitos relacionados con la pérdida de los dientes en la vejez.
- 3. Mostrar la necesidad de la práctica de conductas saludables desde edades tempranas.

Métodos y procedimientos

La coordinadora orienta a los niños a leer los testimonios de sus abuelos u otros familiares. Se invita a un encuentro intergeneracional que lleve a la reflexión y aumento de la autoestima de los adultos mayores al sentirse útil, estos manifiestan sus experiencias a los infantes, y valoran así las grandes oportunidades que tienen los niños de hoy. Se emplea una comunicación interactiva y diferentes medios de enseñanza.

Recursos materiales

- Pancartas
- Pizarra
- Tiza
- · Papelógrafos
- Papel

Retroalimentación

Convocar a un concurso titulado: "Cuida tu sonrisa y la de los tuyos", podrá presentarse en diferentes manifestaciones artísticas.

Octava sesión: Sonrisa sana y feliz para ti y tu familia

Objetivos

- 1. Consolidar conocimientos aprendidos.
- 2. Demostrar la importancia de una boca sana en nuestra vida.
- 3. Valorar la efectividad del Programa Educativo.

Métodos y procedimientos

Técnica para la motivación y análisis: *El beso*.

La coordinadora pregunta ¿Cuál es el regalo más sencillo y amoroso que ustedes pueden ofrecer a sus padres, abuelos, amigos?, al responder: el beso se dice ¿Y con qué se besa?, al contestar, con la boca se pregunta ¿Y cómo tiene que estar la boca?, todos deben decir, sana.

- Se aplica la Encuesta y entrevista estructurada para la valoración de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal.
- Se determina la higiene bucal a través del Índice de Love.

Posteriormente se orienta a los niños mostrar y ejemplificar los diversos trabajos del concurso. Se premian a todos y se expresa que todos son ganadores YA QUE GANARON UNA SONRISA SANA Y FELIZ PARA USTEDES Y SU FAMILIA.

Recursos materiales

- Pancartas
- Papelógrafos
- Plumones
- Type-odont

- Cepillo dental
- Espejo bucal
- Exploradores

ANEXO 12

Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes

Dra. María Rosa Sala Adam Dra. Maritza Sosa Rosales Dr. Orlando de Cárdenas Sotelo (Asesor)

Introducción

La motivación por la Educación para la Salud como Estrategia en la Promoción de Salud es ya una realidad entre Estomatólogos y Técnicos de Atención Estomatológica (TAE).

Medios de enseñanza, muchos creados por este personal de salud, vienen en ayuda del educador en esta bella tarea de enviar mensajes que refuercen actitudes, si estas son correctas, o lleven al individuo, la familia y la comunidad a recorrer ellos mismos lo orientado por los educadores: el camino del cambio hacia una actitud positiva y la detección de sus necesidades, buscando juntos soluciones.

Apreciar la Estomatología como una fuente de bienestar y felicidad nos ha impulsado al estudio de la comunicación, técnicas afectivas-participativas, creatividad y otros temas que aparentemente pudieran verse como ajenos al trabajo estomatológico, pero que en realidad son herramientas fundamentales en esta tarea que muchos ya abrazamos: mantener al hombre sano.

En esta Estomatología cada vez más preventiva y educacional, es frecuente el empleo de técnicas y medios de enseñanza dirigidos a nuestra población infantil, siendo esta privilegiada con respecto a otros grupos etéreos, dada esta situación, surge ante nosotros un abanico de posibilidades para desarrollar el trabajo educativo con otras edades, también con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud, individuales y comunitarias.

Y aparece ante nosotros el adolescente: con una risa y alegría contagiosa, su espíritu aventurero, los primeros en escoger ideas, sin olvidar su valoración del grupo, del amor.

Adoptan una idea, reducen las incertidumbres y luego la trasmiten a sus homólogos (pares) por medio de redes interpersonales y grupales que están tejidas con los matices siempre imprevistos, frescos y traviesos de la adolescencia.

Para este grupo maravilloso no debemos emplear un lenguaje infantil, aunque sin perder de vista la fantasía y la creatividad. Tampoco la total madurez del adulto es parte de ellos, debemos reflexionar y seleccionar de manera cuidadosa el "quién", el "cómo" y el "con qué", hacerles llegar nuestros mensajes.

Algo fundamental que debemos enfatizar es el auto cuidado, el cual se define como "el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de las enfermedades".

El equipo de salud debe estimular esta práctica y proveer a los adolescentes de un arsenal de medidas teóricas y prácticas que le permitan desarrollar el auto cuidado eficazmente.

Ante nosotros un reto: ¿Cómo llegar a ellos?

¿Será capaz el adolescente de captar los *beneficios* que ofrecemos en nuestros mensajes mediante el diálogo? Sabemos que sí.

Algo muy importante, clave en el cumplimiento de nuestros objetivos es lo que mencionaremos a continuación: involucrar de manera activa y respetuosa al personal de la escuela (todo el personal) donde pretendemos trabajar.

Buscar la motivación en ellos, mostrando los beneficios, hacerles ver que es posible vivir en salud, convertidos en actores de nuestro programa educativo y no solo espectadores, aprender a comunicarnos con ellos, son factores que, bien empleados, nos impulsarán al éxito.

Solicite autorización y apoyo a la Dirección de Educación, explíquele de forma clara y detallada el programa, resaltando que representa bienestar para los alumnos y prestigio para la Escuela. Entréguele una copia del Plan, invítelos a la apertura y trate de que se "enamoren" del "nuevo ímpetu" de la actividad, con el propósito que ese "romper la rutina" no actúe como barrera en el logro de los objetivos.

Así los incorporamos a nuestro Programa Educacional de Salud Bucal en Adolescentes: "Una Buena Compañía: Mi Salud", con frecuencia de una hora semanal durante 2 meses.

Presentación

Es conocido que aplicando los conocimientos de Educación para la Salud, herramienta fundamental de la Promoción de Salud, se pueden obtener logros en cuanto a conductas saludables, en este caso, en la población adolescente.

Es por esto que se elabora el presente Programa Educativo, con temas de interés y el cual se aplicó previamente a los alumnos de una Secundaria Básica con resultados satisfactorios.

Pretendemos brindar una guía facilitadora de las actividades, compartiéndolas con ustedes para obtener una mayor eficacia en nuestro trabajo educativo.

Sesiones

Primera sesión. Conociéndonos Mejor.

Segunda sesión. ¿Qué salud tiene nuestra Salud Bucal?

Tercera sesión. Mis dientes no tienen por qué enfermar.

Cuarta sesión. Mis Encías Sanas, ¿por qué no?

Quinta sesión. Soy Responsable de mi Salud.

Sexta sesión. Sin Humo... por la vida.

Séptima sesión. Bienestar Bucal: parte importante de mi Felicidad.

Octava sesión. Reflexión y Diálogo.

Partes del Programa: Para una mejor comprensión este Manual se ha dividido en 3 partes:

- Se explican brevemente las técnicas empleadas en el Programa de Educación para la Salud Bucal.
- 2. Se divide en 8 sesiones que conforman el programa, se plantean:
 - · Objetivos
 - · Procedimientos
 - · Tiempo
 - Materiales
- Recomendaciones para el trabajo con adolescentes, basados en nuestras experiencias personales de trabajo, en resultados de investigaciones y en bibliografía consultada.

Estimado Educador: ¿Se dispone a emprender este camino de Salud? Cuide su equipaje: conocimientos, amor, fantasía, motivación, presencia, comprensión diálogo, creatividad... y otras cosas indispensables que te invito a enumerar; búsquelas en sus vivencias, así será mejor. Este programa es transparente, para que usted lo coloree con tantos matices como desee, tenga su propio arcoiris y lo comparta con los demás. Recuerde que ha sido una de nuestras intenciones que este programa le sirva de guía en su trabajo, no es algo rígido. ¡Enriquézcalo con su iluminación! Huya de los aplastaideas, desaprenda lo caduco, busque nuevas iniciativas: ¡CAMBIE!

Entrenarse en las técnicas afectivas-participativas es todo un reto: derrumbe temores, barreras y encuentre la *real participación* con sus palabras claves: *Compromiso y decisión*. El estado deseado bien merece el empeño: salud y felicidad para los adolescentes. ¡Éxitos!

Primera parte

Breve descripción de las técnicas y herramientas del pensar aplicadas en las 8 sesiones que conforman el Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal.

- 1. Charla: Es una Técnica Educativa oral colectiva, que consiste en una clase ligera corta que se expone ante un grupo. Debe estar preparada con una guía (no debe leerse ni aprenderse de memoria), emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extraverbal, y de ser posible, utilizar medios de enseñanza. La retroalimentación nos permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido.
- 2. Demostración: También es una técnica educativa oral (colectiva o individual) cuyo objetivo es enseñar sencilla y prácticamente procedimientos para desarrollar una acción.
- 3. Sociodramas: Técnica educativa oral colectiva que consiste en la actuación, en este caso de los adolescentes, representando situaciones reales, espontáneas. Se ofrece el tema, se distribuyen los personajes (no más de 5), y comienza la acción, cuidando hablar con voz clara y fuerte, actuando en correspondencia con las necesidades reales y sentidas de acuerdo al rol que les correspondió a cada uno. Se destacarán al final las actitudes positivas y sus beneficios. Se estimulará el diálogo.
- 4. Técnicas afectivo-participativas (TAP).
 - Se usa para que las personas participen o para animar, desinhibir o integrar el grupo. Hacer más sencillos o comprensibles los temas que se quieran tratar.
 - Deben usarse como herramientas dentro de un proceso que ayude a fortalecer la organización de la población.
 - Recogen lo objetivo y subjetivo de la práctica o realidad, permitiendo la reflexión educativa.
 - Es el instrumento, el estímulo que propicia la participación para la generación de conocimientos.
 - Son herramientas para hacer viables nuestros métodos.

Al finalizar cada sesión es muy provechosa la Recuperación Metodológica.

- ¿Oué TAP usamos?
- ¿Para qué?
- ¿Con qué recursos?
- ¿Oué procedimientos?
- · Clasificación.

No. ¿Qué TAP	¿Para	¿Con qué	¿Qué	Clasificación
utilizamos?	qué?	recursos?	procedimientos?	

Las TAP deben llevarse a la cúspide del objetivo propuesto. Cuidar no dejarlas en el plano de recursos, ya que las desvalorizamos.

Hasta ahora todo va bien, pero...

¡CUIDADO!, Si aplicamos técnicas afectivo-participativas sin tomar en cuenta las perspectivas transformadoras del proceso educativo podemos correr el riesgo de que los coordinadores se conviertan en "dinamiqueros".

Lo importante no es el uso de la técnica, sino la concepción metodológica, en la que interese hacer un proceso educativo basado en una permanente recreación del conocimiento.

- 5. Herramientas del pensar: Preparar el terreno para la generación de ideas eliminando barreras del pensamiento que bloquean la mente. El individuo puede así pensar en situaciones no convencionales o fuera de lo esperado. Permiten ver el problema con mayor amplitud y profundidad; propician esquemas de pensamiento con apertura, flexibilidad, equilibrio y autorregulación.
- 6. Reflexión y Diálogo: El día del primer encuentro se preguntará al grupo, después de explicarles el contenido del Programa de Educación para la Salud, que tema estomatológico les gustaría tratar en forma de debate abierto, franco, en la última sesión, o sea se determinarán las necesidades de aprendizaje, paso obligatorio en el proceso de enseñanza actual. Esto se hace con el fin de que los facilitadores se preparen especialmente en las funciones de las necesidades determinadas por los propios adolescentes y las complementen con aquello que ellos como expertos consideren que no pueden dejar de introducir.
- 7. Apoyos Didácticos. Audiovisual: Medios de Enseñanza: para la ejecución de este Programa se necesita de estos recursos, que sirven de apoyo al educador, con vistas a desarrollar con más eficacia su labor, pero que nunca lo sustituyen. Según las posibilidades pueden emplearse los que sugerimos u otros validados previamente con la población blanco del educador.

Los medios de enseñanza deben estar en correspondencia con los objetivos, temas, auditorio, lugar y situación donde se desarrollará la actividad educativa.

Compartiremos con ustedes algunos de los medios de enseñanza que nos han brindado sus bondades:

- · Plegables.
- Marcadores con mensajes de salud.
- · Pizarra.
- · Láminas.
- · Rotafolios.
- · Papelográfos.
- · Proyector y Diapositivas.
- Vídeo casetera y casete.
- · Modelo dental v cepillo.
- Y otros que dejamos abiertos a sus posibilidades y creatividad.

Segunda parte

Explicaremos cada una de las sesiones que conforman el Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal para Adolescentes.

Medio necesario: Nosotros.

Declaramos no gratos

- Rutina
- Rigidez
- Esquematismo
- · Desamor y otras "malas hierbas"

Y cuando necesite renovar fuerzas, lo invitamos a nuestra exquisita "Caldosa de la Educación para la Salud", y cuyos ingredientes son:

- Cantidades industriales de deseos de hacer.
- Partes iguales de Educación y Salud.

- Agréguele todas las personas que amen la vida (especialmente colaboradores).
- Cocínese en el fuego lento del amor y la amistad.
- Una pizca de picardía, creatividad, mucha motivación y también comunicación.

Los adolescentes la probarán, y... ¡Qué sabrosa la encontrarán!

Primera sesión: Conociéndonos Mejor

Presentación del Programa y conocimiento del Grupo.

Objetivo general

Dar a conocer el contenido del Programa de Promoción y Educación de Salud Bucal para Adolescentes "Una buena Compañía: Mi Salud"

Objetivo específico

- Lograr que los integrantes del grupo:
 - Se conozcan e integren de manera óptima
 - Conozcan el propósito del Programa
 - Recoger expectativas del Grupo.

Procedimientos

- Apertura del programa: Debe ser presentado por nuestros invitados especiales, pertenecientes a la esfera de la escuela donde desarrollaremos nuestro trabajo.
 - Se provocará un diálogo con los adolescentes, explicando brevemente el Programa, tratando de que con la bienvenida y la información, prenda la chispa de la motivación. Al finalizar, los adolescentes se convertirán en "multiplicadores de salud", lo cual beneficiará a la familia, sus compañeros de escuela y la comunidad. Se aplicará una técnica de presentación para romper la tensión inicial y propiciar un mejor conocimiento de los integrantes del grupo.
- Propuesta de las Expectativas del grupo: Como su nombre lo indica: lo que esperamos o no del Programa. Se nombra un registrador, recogeremos en pancartas o en la pizarra todas las expectativas (en una sola palabra o frase corta), no para que permanezcan inerte, sino para que "vivan", que "trabajen" con nosotros en estas sesiones.
- A continuación, explicaremos bien en qué consistirá la sesión "Reflexión y Diálogo".
 El Grupo llega a un consenso de un tema de Educación para la Salud en Estomatología que no se trae planificado en el Programa y en la 8va. sesión se tratará con profundidad.
- Recuperación Metodológica.
- Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Antes de la Sesión:

Adecuación Inicial: 10 minutos Técnica de presentación: 15 minutos

Sesión:

Apertura: 10 minutos

Explicación Inicial: 10 minutos Técnica de presentación: 15 minutos

Expectativas: 5 minutos

Recuperación Metodológica: 10 minutos.

Personal:

1 coordinador

1 facilitador

Ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente

· Materiales:

Papelográfo o pizarra Plumones o tizas

Segunda sesión: ¿Qué Salud tiene nuestra Salud Bucal?

Justificación

Si no conocemos cuáles son los verdaderos problemas, poco podremos trabajar para eliminarlos. Es importante reconocer los síntomas o efectos, y que estos responden a una causa que debemos identificar, concientizar las necesidades de eliminar o cambiar y entonces actuar: muchas veces la solución está al alcance de nuestras manos.

Objetivo general

Conocer los problemas o situaciones que el grupo entiende como su problema de Salud Bucal.

Objetivos específicos

- Detallar síntomas o efectos en cuanto a problema de salud bucal.
- Determinar las causas que provocan esos síntomas, valorando posibles soluciones.

Procedimientos

- Sentados en semicírculo tratar sobre:
 - Curiosidades relacionadas con Estomatología.
 - Se recoge el tema seleccionado por los Adolescentes para la sesión de "Reflexión y Diálogo".
 - Aplicar la técnica de la "Palma Real" la cual consiste en representar, sobre un gráfico de nuestra palma, en sus hojas los efectos o síntomas del problema y en sus raíces las causas y subcausas que los ocasionan. Posteriormente se debatirán las posibles soluciones.
- Retroalimentación: aplicar la técnica de "Palabras Calientes", la cual consiste en solicitarle
 a cada participante que escriba en tres papelitos igual número de palabras, y que son las
 que le hayan resultado más significativas durante la sesión. Se recogen los papeles y se
 hacen grupos de palabras afines las que se anotarán en una pizarra o pancarta, con la ayuda
 de los propios adolescentes. Las palabras más coincidentes se seleccionarán y se extraerán
 las conclusiones.
- Tiempo de duración de la sesión aproximadamente: 1hora.

Antes de la Sesión

Adecuación del espacio físico: 5 minutos.

Sesión:

Motivación: 10 minutos Recogida de tema: 5 minutos

Técnica de la Palma Real: 30 minutos

Retroalimentación: 10 minutos

· Personal:

1 coordinador

1 facilitador

Ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente

· Materiales:

Papelográfo o pizarra Plumones o tizas Hojas de papel Lápices Tercera sesión: Mis dientes no tienen por qué enfermarse

Justificación

Vivir siempre con nuestros dientes sanos es la meta que deseamos alcanzar. Esto es posible, siempre que practiquemos conductas de salud. ¡Te invitamos a conocerla!

Objetivo general

Hacer comprender a los adolescentes que los dientes deben y pueden estar siempre sanos.

Objetivos específicos

- · Lograr que los adolescentes conozcan el concepto de salud
- Mostrar como prevenir la enfermedad caries
- Motivar a los adolescentes en conductas de salud y autorresponsabilidad.

Procedimiento

- Motivación: utilizar adivinanzas u otras técnicas.
- Para satisfacer los objetivos propuestos en esta sesión se realizará una actividad con diapositivas o láminas, las que se referirán en sentido general a:
 - Concepto de Salud
 - Placa Dento Bacteriana
 - Flúor: su importancia
 - Cepillado: su importancia.
- Retroalimentación: aplicar la técnica del Tesoro Escondido.
- Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 5 minutos

Sesión:

Motivación: 10 minutos

Proyección Diapositivas: 30 minutos Tesoro Escondido: 15 minutos

- · Materiales:
 - Diapositivas o Láminas
 - Obsequios del Tesoro Escondido: pueden ser afiches, plegables, marcadores, entre otros.

Cuarta sesión: Mis encías sanas. ¿Por qué no?

Justificación

Pretendemos promover salud; favorecer hábitos y actitudes que nos lleven siempre hacia una mejor calidad de vida, partimos de que la salud es una sola, y es fundamental que aprendamos a conocernos, sanos, para poder valorar cuando existe algo que no está bien. En el caso, de la Gingitivis, que es reversible, tomar medidas rápidas si aparece, para volver a disfrutar de salud.

Objetivo general

Motivar a los integrantes del grupo que es posible tener nuestras encías sanas

Objetivos específicos

- Conocer las funciones de la placa dentobacteriana.
- Identificar los elementos que favorecen la salud de las encías.

Procedimientos

- Mostrar el video: "Cuide sus Dientes y Encías", el que se solicitará al Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud para su reproducción, llevando usted el casete.
- Se invitará a la discusión del vídeo.
- Retroalimentación: Trabajo en Grupo "Dibujo encía sana y enferma".
- Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 5 minutos

Sesión:

Motivación: 10 minutos Vídeo: 15 minutos Discusión: 15 minutos

Retroalimentación: 15 minutos

- Material Didáctico:
 - Vídeo casetera
 - Casete "Cuide usted sus Dientes y Encías"
 - Televisor
 - Hojas de papel
 - Plumones, lápices
 - Colores o cravolas

Quinta sesión: Soy Responsable de mi Salud

Justificación

Ni los padres, ni profesores, ni los Estomatólogos o TAE, entre otro personal, pueden estar constantemente indicando las acciones a realizar para conservar nuestra salud. Esta es una muy buena compañía, y somos nosotros los llamados a conservarla con ayuda de ellos.

Objetivo general

· Hacer conocer la importancia de la autorresponsabilidad.

Objetivos específicos

- Motivar y conocer la práctica del auto examen de la cavidad bucal.
- Practicar y demostrar la forma correcta de cepillado de dientes y encías.

Procedimientos

- Motivación: Solicitar que los adolescentes desarrollen ideas para el próximo encuentro.
- Aplicar el Poema "La Sonrisa" de Chaplin.
- Se proyectarán los vídeos "Auto examen de la cavidad bucal" y "Cepillado Bucal" donde se dan salida a los objetivos.
- Se procederá después, ante un espejo, a la práctica del auto examen, también se practicarán demostraciones con modelo y cepillo, constituyendo esto la retroalimentación.
- Tiempo aproximado de duración: 1 hora.

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 5 minutos

Sesión:

Motivación: 5 minutos Proyección vídeo: 20 minutos Retroalimentación: 30 minutos

Material Didáctico:

Vídeo casetera
 Casetes con los vídeos
 Televisor
 Espejo
 Modelo
 Cepillo dental

Sexta sesión: Sin Humo... por la vida

Justificación

El tabaquismo acecha a nuestros adolescentes desde muy diversas trincheras. Es importante que ellos sepan decir NO ante las invitaciones, y tener convicción del por qué.

Objetivo general

• Elevar el nivel de conocimiento acerca de los daños que ocasiona el Tabaquismo.

Objetivos específicos

- Dar a conocer argumentos que alejen de los adolescentes el peligro de comenzar a practicar el hábito de fumar.
- Enseñar a disfrutar de una vida sin humo.

Procedimientos

- Motivación: A cargo de los adolescentes se impartirá una charla acerca del tabaquismo.
- Retroalimentación: Aplicar la Técnica del "Jurado 13", donde el Acusado es el Cigarro.
- · Recuperación Metodológica.
- Tiempo aproximado de duración.

Antes de la sesión

Adecuación de espacio físico: 5 minutos

Sesión

Motivación: 15 minutos Charla: 15 minutos TAP: 20 minutos

Recuperación Metodológica: 10 minutos

· Materiales:

Papelográfo o pizarra Plumones o tizas Hojas de papel Lápices

Séptima sesión: "Bienestar Bucodental". Parte importante de mi felicidad

Justificación

Tratamos en esta sesión la importancia de la boca, tanto en lo biológico como en lo psicosocial. En ella comienza la digestión: masticar bien, saborear los alimentos, influye en la nutrición. Para ello es, biológicamente, muy necesario tener una boca sana.

Pero el hombre vive interactuando con su entorno: desde que nace, el primer contacto con el seno materno lo hace a través de su boca, recibiendo así alimentación y cariño.

Reír, hablar, relacionarnos, así hasta ser un adolescente, donde la boca cobra especial importancia para el amor.

Objetivo general

• Valorar la importancia de una boca sana en nuestra vida.

Objetivos específicos

- Determinar el valor de una boca sana para el buen funcionamiento de nuestro organismo.
- Detectar la importancia de una boca sana en el terreno psicosocial.

Procedimiento

- Aplicar un Juego de Roles: se formarán 2 equipos de 5 integrantes cada uno, distribuyéndose los siguientes roles:
 - Maestro
 - Adolescente
 - Amigo
 - Novio
 - Estomatólogo

Por escrito se entregarán las diferentes situaciones para que sean desarrolladas por los estudiantes.

- Retroalimentación: Los adolescentes debatirán cada problemática y se seleccionará la mejor representación.
- Recuperación metodológica.
- Tiempo aproximado de duración: 1 hora.

Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 5 minutos

Sesión:

Formación de equipos y distribución de roles: 10 minutos

Representación: 25 minutos Discusión: 10 minutos

Recuperación Metodológica: 5 minutos

Materiales:

Papelográfo o pizarra Plumones o tizas Hojas de papel Lápices

Octava sesión: Reflexión y Diálogo (Tema solicitado por los adolescentes)

Procedimientos

- · Análisis de las expectativas.
- Retroalimentación del Programa aplicando la herramienta del pensar PNI (Positivo-Negativo-Interesante).
- Clausura: Invitados: personal de la escuela, padres, miembros de la Comunidad.
- Graduación de los adolescentes como "multiplicadores de salud" listos para acciones de promoción y educación para la salud bucal.

ANEXO 13

Programa Educacional para un Grupo de la Tercera Edad. Campaña de Educación para la Salud Dental (CESD)

Dra. Aida Borges Yánez
Facultad de Odontología de la UNAM, México
Dra. Maritza Sosa Rosales
Dirección Nacional de Estomatología

Introducción

En la actualidad, algunos factores —como el descenso de la natalidad, la disminución de las tasas de mortalidad infantil y el aumento en la esperanza de vida— han modificado la estructura demográfica, por ende la población mayor de 60 años, ha aumentado considerablemente. Esto nos lleva a reconsiderar la atención que se está brindando a esta, en cuestión de salud. Lo lógico sería que ante esta situación, los servicios de salud se incrementaran proporcionalmente, para poder ofrecer mayor atención y así mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos. Por tanto establecer medidas preventivas, para atender la salud, puede redundar en grandes beneficios para la población anciana, de no ser así, la demanda de los servicios de atención a tercer nivel, puede constituir un grave problema de salud pública a enfrentar.

A pesar de que los ancianos, probablemente sufrirán de una o más enfermedades crónicas, también es posible que se pueda demorar la aparición de estas o aliviar su sintomatología, reduciendo al máximo las limitaciones y la dependencia, al emplear estrategias que les permitan valerse por sí mismos. Esto requiere cambios en el estilo de vida, lo cual se constituye en el eje esencial de la promoción de salud. Al planear este tipo de intervenciones es necesario tomar en cuenta acciones en el campo biológico y psicosocial.

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La práctica del autocuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud, quienes deben proveer a los ancianos con medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente. Mediante esto, se logrará una participación más activa de los ancianos y una optimización de los recursos destinados a ellos.

La Educación para la Salud, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

Presentación

Ante la necesidad de implementar medidas profilácticas para el bienestar bucodental de los ancianos, un grupo de profesionales (Estomatólogos, psicólogos, médicos y pedagogos) se impuso como tarea la elaboración de un programa de salud bucodental, el cual abarca temas de interés y relevancia para promover la salud, abordándose de manera sencilla y divertida.

A continuación se presentan los temas que se consideran importantes promover en los ancianos, para el mejoramiento de su salud bucodental:

- · Caries Dental.
- · Enfermedad periodontal.
- Bienestar bucodental como componente de la salud integral.
- Limpieza de la boca.
- Cuidados relacionados con la adaptación, uso y mantenimiento de dentaduras y puentes removibles
- Examen de la boca.

Con el propósito de facilitar el uso del presente manual, se ha dividido en 3 partes, en la primera se mencionan las técnicas empleadas en la puesta en práctica del Programa de Educación para la Salud Bucodental.

La segunda parte está dividida en 9 sesiones que conforman el programa, en las cuales se plantean los objetivos perseguidos y el procedimiento para cada una de las sesiones, también se describen los materiales a emplear así como el personal de apoyo que se requiere y las funciones que deben desempeñar. Asimismo, se especifican los tiempos requeridos por sesión para el mejor desarrollo de ellas.

Al final se presenta una serie de recomendaciones para el trabajo con población anciana, producto de la discusión del personal experimentado y de la experiencia obtenida en la aplicación del programa de Educación para la Salud Bucodental en Personas de la Tercera Edad.

Primera parte

En esta sesión condensamos las técnicas aplicadas en las nueve sesiones que conformaron el programa de educación para la salud bucodental. Se presenta una breve conformación de ellas.

Charla

Es una técnica que nos permite hacer una presentación hablada de uno o más temas, la cual es muy fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información.

Pares y Cuartetos

Esta dinámica permite lograr un mayor conocimiento del grupo a través de la ruptura de tensión inicial.

Árbol de la Salud - Enfermedad

Este ejercicio permite hacer una reflexión crítica sobre los elementos que puedan intervenir en los problemas de salud, buscando analizar las causas que lo generan, a fin de poder instrumentar las estrategias idóneas que preserven y eleven las condiciones de salud de la población.

Lluvias de ideas

Mediante esta técnica los participantes deben proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión excesiva ni disgregaciones del tema principal. Asimismo estimula la participación de los tímidos y retraídos. Otra ventaja es que se ejecuta en poco tiempo.

Integración y reconocimiento de actitudes o conocimientos

En la Educación para la Salud, no solo se necesita instruir o dar conocimientos, sino es necesario comunicarse para lograr la motivación del individuo como vía de alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos, la comunicación requiere de la retroalimentación como un medio para reconocer, si se están presentando dichos cambios.

Teatro Popular

Es una técnica educativa que se basa en la actuación de situaciones simuladas. Consiste en la preparación de una verdadera obra de teatro. Es utilizada para audiencias numerosas. Atrae y retiene la atención con la vista y el oído. Presenta los mensajes en forma atractiva y enseña de

manera integral a través de la voz, movimiento, ambientación, etc. Combina la enseñanza con la diversión. Puede producirse a bajo costo. Propicia amplia participación y es pertinente a la cultura local.

Discusión en Grupos

Esta técnica permite la presentación y análisis de ideas, la expresión de dudas, la búsqueda de respuestas e interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de los participantes, quienes mediante esta técnica tienen la oportunidad de analizar en forma inmediata la información recibida.

Demostración

La técnica de Demostración muestra en forma práctica cómo hacer cosas, haciendo evidente las habilidades del demostrador y promoviendo la confianza de la comunidad. Permite una amplia participación a través de " aprender haciendo".

Juego

Esta Técnica tiene un papel muy importante en el proceso de conocimiento del ser humano, porque le permite:

- Relacionarse espontáneamente con su realidad para conocerla y transformarla.
- Relacionarse con otras personas sin temor a equivocarse, transformar simbólicamente la realidad y entrenarse para transformarla en la práctica, hacer más agradable el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Apovos Didácticos

Audiovisual: En la ejecución de este apoyo se requiere de un trabajo elaborado previamente, el que por lo general no es producto de la reflexión o análisis que el grupo mismo ha realizado.

Está basada en una investigación, análisis y ordenamiento de los que lo produjo. Esta Técnica aporta elementos de importancia adicional, lo que permite una mayor reflexión y análisis sobre algún tema, posibilitando profundizar en él. Debe hacerse una discusión para analizar los contenidos.

Segunda parte

En esta sección se describe detalladamente el procedimiento que se realiza en cada una de las nueve sesiones que conforman el programa de Educación para la Salud Bucodental.

Primera sesión

Objetivo general

- Presentar en que consiste la Campaña de Educación para la Salud Dental (CESD).
- Promover la presentación de cada uno de los integrantes del Grupo.

Objetivos específicos

Que los integrantes del Grupo:

- · Se conozcan entre sí.
- Identifiquen el propósito de la CESD.

Procedimiento

Para cumplir con los objetivos propuestos se dará una breve introducción acerca del Programa de Higiene Dental en personas de la tercera edad. Asimismo se solicitará a los participantes que expresen sus dudas al respecto.

Posteriormente se realizará la dinámica de grupo *Pares y Cuartetos*, la cual nos permite lograr un mayor conocimiento del grupo a través de la ruptura de tensión inicial. Para desarrollar esta dinámica, la presentación debe hacerse sin formalismos. El instructor no debe mencionar con anterioridad el que posteriormente se presenta.

Esta técnica se desarrollará dándole a los integrantes del grupo las siguientes indicaciones:

- Cada persona busca a un compañero, que debe ser aquél con el que se sienta más distante en ese momento.
- El que decida tomar primero la palabra se denominará A, a la otra persona se le denominará B.
- Durante 5 minutos A conversa de sí mismo tanto como pueda, B no puede contestar ni preguntar nada, solamente debe escuchar.
- Se sigue el mismo paso, pero ahora A escucha y B habla.
- Cada pareja debe seleccionar otra que en ese momento la sienta distante.
- Ambas parejas comparten su experiencia anterior durante 10 minutos.
- Se analizan las sensaciones y sentimientos del grupo.

Espacio físico

Para toda esta sesión se requiere colocar las sillas en semicírculo, de tal manera que todos puedan observarse entre sí.

Personal

1 coordinador y 2 auxiliares.

Para esta conversación se requiere un coordinador entrenado en la aplicación de la dinámica, que pueda motivar a los ancianos a que hablen entre ellos. Se requiere también de 2 auxiliares que ayuden a detectar si la actividad se está llevando a cabo en las parejas.

Así mismo se requiere que tengan un total conocimiento de los temas a tratar, para poder resolver cualquier duda que se presente en el grupo, con respecto a las actividades a desarrollar en el programa.

Material didáctico

Para esta sesión no se requiere ningún tipo de material.

Tiempo de aplicación

• Antes de la Sesión:

Adecuación del espacio físico: 10 minutos

Durante la Sesión:

Charla introductoria: 10 minutos Pares y Cuartetos: 30 minutos Dudas y aclaraciones: 10 minutos Total de la sesión: 50 minutos

Segunda sesión

Introducción

Partiendo desde la perspectiva de que la Educación para la Salud es la combinación de acciones sociales planificadas y experiencias docentes concebidas para enseñar a la gente a controlar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos de salud, así como las condiciones que afectan a su estado de salud y al de los demás, es requisito indispensable considerar en el proceso de planeación, la participación de la comunidad, debido a que esta constituye el elemento base para lograr un trabajo de equipo. En este contexto, el intercambio educativo podría definirse como trabajar "con" más que "para" los demás.

Así en esta sesión, se pretende que tanto el equipo de salud, como la población a quienes se va a dirigir el programa, identifiquen los problemas de salud bucodental que se presentan con más frecuencia en el grupo. Esto permitirá de manera conjunta, seleccionar los temas de mayor interés que se requieren sean abordados en el transcurso del programa.

Objetivo general

Lograr que los integrantes del grupo identifiquen los problemas de salud bucodental que se presentan con mayor frecuencia.

Objetivos específicos

Que los integrantes del grupo

- Detecten cuáles son las necesidades de salud bucal de cada integrante del grupo.
- Identifiquen sus expectativas al participar en la CESD.

Procedimientos

Se realizará la dinámica del árbol de la salud-enfermedad, con el propósito de identificar los problemas de salud bucodental que están afectando al grupo.

Este ejercicio permite hacer una reflexión crítica sobre los elementos que pueden intervenir en los problemas de salud, buscando analizar las causas que lo generan, a fin de poder instrumentar las estrategias idóneas que preserven y eleven las condiciones de salud de la población.

Para llevar a cabo esta actividad se tapizará una pared con cartulinas sobre el cual se dibujará un árbol, entre más problemas de salud bucodental reconozca el grupo, más frondoso será. El procedimiento del trabajo será el siguiente:

- 1. Se distribuirán 2 tarjetas de diferentes colores numeradas progresivamente de tal manera que cada participante tenga 2 tarjetas de diferentes colores, con el mismo número, para que en el momento en que se coloquen las tarjetas en el árbol, queden juntos los problemas y las causas, escritas por cada uno de los participantes.
- Se solicitará a los participantes que en la primera tarjeta escriban los problemas de salud bucodental más frecuentes, y los coloquen como si fueran las hojas del árbol de la saludenfermedad
- 3. Se pedirá a los participantes que lean su papelito y el coordinador hará un resumen de los problemas más comunes del grupo.
- 4. En la segunda tarjeta deberán anotar las causas aparentes o inmediatas de los problemas antes señalados, los cuales estarán ubicados en las ramas que soportan a las hojas en el árbol de la salud-enfermedad. Así se procurará formar ramas por tipos de problemas. Todos deberán ir pegando papeles sobre el dibujo e ir dando su opinión, recordando que lo importante es que el grupo vaya discutiendo y participando al mismo tiempo que analiza todo aquello que se relacione con su proceso salud enfermedad. En caso de que los participantes no puedan por sí mismos colocar sus tarjetas serán ayudados por los auxiliares.
- 5. Sobre el tronco se pondrán las causas básicas, es decir, las causas de los problemas mencionados anteriormente. Esta actividad la realizará el coordinador, escribiendo las causas que los participantes le vayan indicando.
- Una vez completado el árbol de la salud enfermedad, los participantes opinarán sobre como la relación entre salud y la enfermedad es producto de todo un conjunto articulado de factores.

Posteriormente a la dinámica del árbol de la salud – enfermedad, a través de una lluvia de ideas se identificarán las expectativas del grupo y se establecerá el propósito final de la CESD. En el torbellino de ideas los participantes deben proporcionarlas en forma rápida y sin discusión sobre un tema dado. Se seleccionó esta técnica porque ayuda a eliminar discusión excesiva y disgresiones del tema principal, así como estimula la participación de los tímidos y retraídos.

Espacio físico

Para esta sesión se distribuirá a los pacientes alrededor de mesas de trabajo para facilitarles las dos primeras actividades del árbol de la salud-enfermedad. Posteriormente se colocarán las sillas en semicírculo, de tal manera que todos los participantes puedan observarse entre sí, así como la parte del salón donde se colocará el árbol de la salud-enfermedad.

Personal

Para esta técnica se requiere un coordinador y algunos auxiliares. El primero se encargará de dirigir la dinámica y de motivar a los participantes a expresar sus opiniones. El personal de apoyo se encargará de ayudar a los ancianos a escribir sus opiniones y a colocar sus tarjetas en el árbol, en caso de que se encuentren imposibilitados para hacerlo.

Se requiere que el personal tenga un total conocimiento del programa para el desarrollo de esta técnica.

Material didáctico

Pizarra y Tiza.

Dibujo del árbol de la salud – enfermedad

Tarjetas de 2 colores diferentes. Se entregarán 2 hojas de colores diferentes a cada participante, previamente numeradas con los números 1 y 2.

Tiempo de aplicación

· Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 10 minutos

• Durante la Sesión:

Charla introductoria: 5 minutos

El árbol de la salud – enfermedad: 35 minutos

Lluvia de ideas: 20 minutos Total de la sesión: 60 minutos

Tercera sesión: Caries Dental

Una de las enfermedades bucales que se presentan con mayor frecuencia tanto en edades jóvenes como en adultos, es la Caries Dental.

Esta enfermedad va destruyendo el tejido de los dientes, formando cavidades en ellos. Estas cavidades pueden ser profundas y llegar hasta el nervio provocando severos dolores, formación de pus y abscesos, y en la mayoría de los casos, se pierde ese diente. Esta enfermedad ataca fácilmente el cuello de los dientes cuando está al descubierto o cuando el gancho de los puentes los va desgastando.

La Caries Dental, además de ser un foco de infección dental, favorece el desarrollo de otras enfermedades tan severas como ella. Las alteraciones del corazón, del riñón y en ocasiones de las articulaciones son las que se presentan generalmente asociadas a las bacterias que se encuentran en las lesiones cariosas y que además viajan a otros órganos a través de la sangre o de la saliva.

La Caries Dental es fácil de prevenir con el uso de fluoruros aplicados por el Estomatólogo o a través de pastas dentales ya que vuelven más resistente el esmalte que cubre el diente, también el cepillado dental por lo menos 2 veces al día y la disminución de alimentos ricos en azúcares evitan la aparición de lesiones cariosas.

Justificación

Conservar los dientes sanos por un tiempo mayor es la preocupación de todas las personas. Cuando se habla de dientes sanos se piensa en dientes libres de Caries y que sean funcionales.

Las personas de la tercera edad generalmente creen que con la edad es normal perder los dientes y hacen poco por conservarlos. Una buena limpieza, libre de azúcares aunado a una buena técnica de limpieza bucal, permite que se cuente con más dientes sanos para tener una mejor calidad de vida y conservar la estética.

Objetivo general

Explicar la enfermedad Caries Dental y las consecuencias de la falta de atención.

Objetivos Específicos

Que los integrantes del grupo identifiquen:

- El origen y manifestaciones de la Caries como enfermedad por su aspecto y síntomas.
- Las consecuencias originadas por el descuido de la Caries.
- Las formas de prevención de la Caries.

Procedimiento

Para cumplir con los objetivos propuestos en esta sesión se iniciará con una charla en donde se seguirá la siguiente secuencia:

- 1. Presentación del expositor y mención del tema a tratar.
- 2. Evaluación diagnóstica de lo que saben y han sentido Caries Dental, mediante las siguientes preguntas.
 - ¿Han tenido caries?
 - ¿Qué es la Caries Dental?
 - ¿Qué provoca la Caries Dental?
 - ¿Qué es el edentualismo?
 - ¿Cómo podemos prevenir la Caries Dental?
- 3. Se procederá posteriormente a abordar el tema de la Caries Dental.
- 4. La exposición será apoyada con transparencias, láminas o diapositivas.
- Se hablará de las consecuencias de la Caries Dental. Se mencionarán los factores de riesgo para Caries como: placa dentobacteriana, presencia de sarro, ingesta de azúcares, entre otros
- 6. Posteriormente se abordará lo referente a la manifestación clínica de la enfermedad propiamente dicha con: diferentes zonas de ataque de Caries, Caries avanzadas y edentualismo, consecuencias de la enfermedad Caries a escala sistémica, entre otros.
- A continuación se mencionarán los diferentes métodos preventivos como: cepillado dental, crema dental con fluoruro. fluoruros, alimentación sana.

Después de la charla se distribuirá a los participantes en 5 grupos con 6 integrantes por cada mesa de trabajo, estos se colocarán sentados alrededor de la mesa para facilitar la visión y participación de los integrantes del grupo. A cada equipo de trabajo se le repartirá un juego de 22 tarjetas impresas con la información completa sobre: Caries Dental, Higiene Bucal, Caries Dental Profundas, Prótesis mal adaptadas y Edentualismo. Los participantes deberán formar cinco oraciones articuladas coherentemente con los cinco temas antes mencionados, el inicio de cada oración está escrito con la primera letra en mayúscula, subrayada y además enmarcada dentro de una línea verde. Cabe mencionar que se ha controlado de tal forma el diseño estructural de cada oración que ninguna tarjeta sobra, se repite o se articula de 2 o más maneras diferentes.

La organización coherente y articulada de las oraciones por parte de los participantes, permitirá en primera instancia detectar si el contenido del tema ha sido comprendido. Para concluir esta actividad en una plenaria se observarán los trabajos finales de cada mesa de trabajo y se harán las correcciones pertinentes, de tal manera que quede claramente detectado el mensaje a transmitir. Posteriormente se destinarán 10 minutos para que el grupo exteriorice sus experiencias respecto a la dinámica.

Estado físico

Durante la charla los participantes se sentarán en filas intercaladas, con el propósito de que todos los participantes puedan escuchar al coordinador y visualizar las transparencias que se estarán presentando.

En la dinámica se ubicará a los participantes alrededor de 5 mesas de trabajo, con el propósito de facilitarles el acceso a las tarjetas y así puedan participar en la actividad.

Personal

Se contará con la participación de un expositor y cinco auxiliares.

El expositor será el responsable y coordinador de la sesión, éste abordará el contenido del tema apoyándose en la proyección de diapositivas o láminas.

En el desarrollo de la dinámica con las tarjetas, cada uno de los auxiliares tendrá a su cargo una mesa de trabajo, donde colocará el juego de 22 tarjetas. La responsabilidad del auxiliar será supervisar y motivar que todos los integrantes del equipo participen y que cumplan con la actividad final que consiste en articular las oraciones contenidas en las tarjetas. En esta actividad el personal de apoyo debe tener cuidado de no realizar la actividad por los participantes.

Material didáctico

Diapositivas, láminas o transparencias cuyo contenido será:

- · Dientes muertos.
- · Placa Dentobacteriana.
- Presencia de sarro.
- Ingesta de azúcares.
- Abrasión por ganchos de prótesis mal adaptadas.
- Diferentes zonas de ataque de caries.
- Caries avanzadas y eventualismo.
- Consecuencias de la enfermedad Caries a escala sistémica.
- · Cepillado.
- · Pasta con fluoruros.
- Fluoruros.
- · Alimentación sana.

Cinco juegos de tarjetas de 13 por 20 cms, impresas con letra negra, estas tarjetas contienen la siguiente información:

La Caries Dental - es una enfermedad de los dientes - causada por la placa dentobacteriana - alimentos ricos en azúcares - y por no cepillar los dientes.

La Caries Dental profunda - es causa de pérdida de dientes - puede producir abscesos - presentando dolor intenso - y también mal aliento.

El edentualismo - es la pérdida de dientes - dificulta la alimentación y el habla - alterando también la estética.

La higiene bucal previene - la Caries Dental - con el uso de pastas dentales - que contengan fluoruro - además del cepillado dental después de cada comida.

Las prótesis mal adaptadas - pueden causar desgastes en el cuello de los dientes debido a ganchos mal ajustados - originado Caries Dental.

Tiempo de aplicación

• Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 10 minutos

• Durante la Sesión:

Charla: 20 minutos

Integración y reconocimiento de actitudes: 30 minutos

Exposición de experiencias respecto al desarrollo de la sesión: 10 minutos

Total de la sesión: 60 minutos

Cuarta sesión: Enfermedades Gingivales y Periodontales

Las enfermedades gingivales y periodontales, son de las enfermedades bucodentales más extendidas. Es importante la salud de las mucosas y tejidos blandos, así como del hueso de los maxilares tanto superiores como inferiores, ya que son los tejidos de sostén de los dientes. La encía es uno de estos tejidos. Hay características inequívocas de la encía sana: color rosado coral, textura lisa aterciopelada y puntilleada, forma regular que

rodea a los dientes uniformemente, no debe estar inflamada, enrojecida, supurante, sangrante o adolorida.

La enfermedad gingival se inicia con la inflamación de la encía ubicada entre los dientes conocida como "encía interdental", cambia de color y duele a la mínima presión. A este tipo de enfermedad se le conoce como gingivitis. Si con estos signos y síntomas la persona no es atendida, puede la enfermedad complicarse y provocarse una enfermedad más severa, las periodontales, donde ya hay separación de la encía, conocida como "bolsas periodontales", retracción de la encía, mal aliento o halitosis, así como destrucción de huesos y que de no atenderse, es causa de movilidad dentaria con la probable pérdida de dientes y causante entonces de edentualismo.

Existen factores de riesgo para la enfermedad gingival y periodontal, como pueden ser presencia de placa dentobacteriana y sarro, prácticas de higiene bucal inadecuadas, cepillado incorrecto, prótesis mal adaptadas, así como el uso de ciertos medicamentos que pueden ocasionar cambios clínicos que desencadenan enfermedades periodontales. Es recomendable autoidentificar una cavidad oral sana para distinguirla de una enferma y acudir al Estomatólogo cuando se detecte enfermedad o cuando exista una lesión que no cure por más de 15 a 20 días ubicada en tejidos blandos o en encías, labios, lengua, carrillos, paladar o en tejidos duros como dientes.

Justificación

Si lo que se pretende con un Programa de Educación para la Salud en personas de la tercera edad, es promover o favorecer conocimientos, hábitos y actitudes que lo lleven a tener una mejor calidad de vida en cuanto a su salud general y especialmente la salud bucodental, es fundamental que reconozcan los tejidos sanos para diferenciarlos de los enfermos y a través de su autocuidado y autoinspección conozcan las medidas preventivas y sean capaces de detectar oportunamente anomalías que pueden ser tratadas por el Estomatólogo y evitar el edentulismo que afecta tanto a las personas, especialmente a los de la tercera edad.

Objetivo general

Mostrar a los integrantes del grupo como identificar las anomalías que pueden presentar en las encías.

Objetivos específicos

Que los integrantes del grupo identifiquen:

- La diferencia entre una encía sana y una enferma.
- La forma de prevenir las enfermedades gingivales y periodontales según sus necesidades.
- La importancia de la detección.

Procedimiento

Con el fin de alcanzar los objetivos de esta sesión se seguirá esta secuencia:

- 1. El expositor se presentará al público, mencionando los temas a tratar y el propósito de la conversación.
- Se hará una evaluación diagnóstica sobre su experiencia con sangrado y dolor de encías.
 Se sondeará el grado de conocimiento sobre enfermedades gingivales y periodontales.
 Se les preguntará:
 - ¿Algunos de ustedes ha tenido problemas con sus encías?
 - ¿Que tipo de problemas ha tenido?
 - ¿Le ha sangrado alguna vez la encía?
 - ¿Le ha dolido alguna vez la encía?
 - ¿Ha tenido problemas de mal aliento en su boca?
 - ¿A qué cree que se deba el sangramiento?
 - ¿A qué cree que se deba el mal aliento?
 - ¿Ha escuchado alguna vez cómo se llama la enfermedad de la encía?
 - La exposición se apoyará en el uso de diapositivas, transparencias, láminas y modelos.

- 3. Se procederá a la exposición del tema comenzando por la explicación de las características sanas de la encía y el hueso, su función y relación con los dientes.
- 4. A continuación abordará el contenido referente a la encía enferma, diferenciando aspectos clínicos respecto a la encía sana como inflamación, cambio de color y consistencia, presencia de abscesos y retracción de encías, otras lesiones de la encía producidas por aparatos protésicos y halitosos o mal aliento. Se describirá la gingivitis.
- 5. Se continuará con la mención de las posibles causas o factores de riesgo de la enfermedad gingival y periodontal, como pueden ser formaciones de placa dentobacteriana, sarro o tártaro dentario y su ubicación, color, consistencia, formación de bolsas periodontales, movilidad dentaria, prótesis deficientes, edentulismo y sus consecuencias, prácticas de higiene inadecuada, es decir, técnica de cepillado incorrecta, hábitos como el consumo de cigarro y alimentación inadecuada.
- 6. Se abordará el aspecto de prevención hablando de la importancia del cepillado adecuado con relación a la causa de enfermedad gingival y periodontal, así como la importancia de la revisión personal o auto revisión.
- 7. Se explicará la asociación de algunos cambios clínicos de la encía con la diabetes e ingesta de medicamentos utilizados en el control de enfermedades sistémicas.
- 8. Se explicará la importancia del cuidado profesional. Se señalará como necesario la asistencia al Estomatólogo cuando menos una vez al año o cuando existan úlceras o lesiones en tejidos blandos que no sanen en 15 ó 20 días, cuando haya presencia de pus en encía o labios, sangrado e inflamación. Se explicará la necesidad del cuidado profesional cuando existe sarro o tártaro dentario para su eliminación adecuada.
- 9. Se pasarán los modelos a las mesas de trabajo para que identifiquen la enfermedad gingival y periodontal en cuanto a sus manifestaciones. Deberán identificar inflamación de la encía, cambio de color y textura, ubicación de bolsas periodontales.
- Se realizará la exposición de las experiencias respecto a la dinámica, ello lo harán desde las mesas de trabajo.

Espacio físico

Los asistentes se sentarán en grupos de 6 personas alrededor de mesas, formando 5 equipos, esto les permitirá tener una mejor visibilidad ante la exposición y mejor manejo de los modelos al momento de trabajar con ellos.

Personal

Un expositor que maneje los contenidos de enfermedad gingival y periodontal y tenga dominio del contenido de las transparencias. Para la actividad del manejo de modelos de cerámica en las mesas de trabajo, se requiere de auxiliares, distribuidos en cada mesa para que escuchen la identificación que se espera de los participantes en cuanto a enfermedad periodontal, y en caso de señalar algo incorrecto en ese momento corregir al participante con el objetivo de que no se quede con una información distorsionada.

Guía de preguntas para el manejo de modelos

- ¿Qué observan en este modelo en cuanto a la encía?
- ¿Es una encía sana?
- ¿Por qué no es una encía sana?
- ¿Qué características nota?
- ¿Dónde se ubica el sarro o tártaro dentario?
- ¿Cómo lo puede detectar?
- ¿Qué características tiene?
- ¿Existe aquí placa dentobacteriana?
- ¿Dónde se encuentran las bolsas periodontales?
- ¿Cómo las detecta el Estomatólogo en el Consultorio?
- ¿Qué es ese espacio entre los dientes?

- ¿Qué es el edentulismo respecto a los dientes?
- ¿Cómo afecta a la encía el sarro?

Material Didáctico

Se utilizan diapositivas, láminas o transparencias que contienen las siguientes imágenes:

- 1. De hueso
- 2. De tejidos sanos de la boca
- 3. De inflamación, cambio de color, textura y bolsas periodontales
- 4. De encía con absceso
- 5. De retracción de encía
- 6. Formación de placa dentobacteriana
- 7. Placa dentobacteriana no tratada
- 8. Ubicación de sarro, color y consistencia
- 9. Encía con bolsas periodontales
- 10. Con movilidad dentaria debido a bolsas periodontales
- 11. De edentulismo
- 12. Mostrando los resultados en tejidos blandos de una mala técnica de cepillado
- 13. Presencia de pus en los labios y encías e inflamación aún con buena técnica de cepillado
- 14. Presencia de sarro acumulado por largo tiempo
- 15. Eliminando el Estomatólogo el sarro con instrumento

Tiempo de aplicación

· Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 10 minutos

• Después de la Sesión:

Evaluación diagnóstica: 10 minutos

Charla: 15 minutos

Maneio de modelos: 15 minutos

Exposición de experiencias respecto a la dinámica: 10 minutos

Total de la sesión: 50 minutos

Quinta sesión: El bienestar Bucodental como Componente de mi Salud Integral

Esta sesión trata sobre las funciones de la boca: Biológicamente y Psicosocial, así como las consecuencias de la falta de cuidado en la boca.

Dentro de la función biológica se destaca los aspectos que una buena salud bucal tiene en el organismo y como pueden repercutir en la digestión y la nutrición, desde la masticación, el deglutir, saborear los alimentos hasta el hablar. Así como las consecuencias que puede provocar si no se tiene una boca saludable.

En las funciones psicosociales se hace hincapié en que una boca sana contribuye tanto en las relaciones sociales, como en las de la pareja, ya que permite que el individuo se presente en público sin temor, pudiendo hablar y expresar sus sentimientos, reír, divertirse, saborear sus alimentos. Todo esto hace que la gente se sienta segura, ya que el aspecto físico puede ser causa de rechazo o crítica. Además de ayudar a mantener la forma de la cara.

Las consecuencias de la falta de cuidado de la boca, pueden ser dolores intensos, lo cual puede llevar a la pérdida de dientes y tener que utilizar prótesis con todo lo que esto implica en gasto económico y dolor. Así como otros hábitos que perjudican la salud dental, como la utilización de azúcares, el fumar y el ingerir bebidas alcohólicas.

Justificación

Por la importancia que tiene la salud bucodental en los aspectos psicosociales y biológicos y su repercusión en la vida diaria y de grupo, es fundamental el valorar las actitudes de prevención en cualquier problema dental.

Objetivo general

Dar a conocer las repercusiones, en la vida cotidiana, de una higiene bucodental deficiente así como favorecer un ambiente atractivo que motive a los participantes a valorar la importancia de su salud integral.

Objetivos específicos

Oue los integrantes:

- Identifiquen los problemas biológicos y psicosociales como consecuencia de hábitos higiénicos bucodentales inadecuados.
- Se den cuenta de la importancia de la prevención como el factor más importante para conservar la salud bucodental.

Procedimiento

Para desarrollar el Tema del Bienestar Bucodental como Componente de mi Salud Integral, se presentará una Obra de Teatro diseñada para esta sesión, la cual comprende 3 actos y se denomina "Más vale prevenir que lamentar".

En esta presentación se esbozan las principales funciones de la boca de un anciano cuando se han visto afectadas por un mal régimen de atención y autocuidado, comparada con las de otros ancianos sanos que han aplicado medidas preventivas que lo hacen que esté en una situación diferente.

El tema de la obra se refiere a una persona de 65 años de edad, Don Serafín, quien es invitado a una fiesta de cumpleaños de personas de la tercera edad. Durante la obra se evidencia ampliamente el poco cuidado que ha puesto a su salud bucodental. Tiene dificultad para comer, tiene que atragantarse el alimento porque no lo puede masticar y porque se le dificulta el deglutir.

Además le es difícil comunicarse debido a que no tiene algunos dientes y su lenguaje no es muy comprensible. Asimismo, se percata que sus compañeros se empiezan a alejar de él, debido al mal aliento de su boca. Don Serafín se percibe también incómodo debido a que su apariencia se ve afectada por la falta de dientes: aquí el anciano reflexiona qué es lo que ha hecho con su salud bucodental. Como consecuencia, empieza a sentir una sensación de autodevaluación, lo que implica que este personaje empiece a aislarse de sus compañeros y de todos los que le rodean, afectando así su salud psicosocial.

El otro personaje principal es Don Pancho, antiguo amigo de Don Serafín, quien tiene una buena condición de salud bucodental, gracias a los esfuerzos que ha hecho por conservarla. Cuando percibe los problemas de su amigo, se acerca a él y le aconseja como mejorar gradualmente estas situaciones.

Después de la presentación de esta obra, se le pide a los asistentes que forman grupos de 6 a 8 personas, nombrando a un moderador y a un secretario, e incorporándose a cada grupo un actor y de acuerdo con una guía de preguntas, cada equipo tendrá que identificar los problemas de salud bucodental detectados en el personaje principal, anotando en hojas de papel y con ayuda del auxiliar, las consecuencias que este problema acarrea, las formas de prevención así como las actitudes de los demás personajes ante el problema planteado. Para finalizar, cada grupo a través de su representante o coordinador, apoyados con la descripción realizada en una hoja de papel, hará un resumen de los aspectos más relevantes que se discutieron. El coordinador general hará una integración de todos los subgrupos para hacer los comentarios finales y conclusiones.

Espacio físico

Se requiere un salón con sillas movibles de preferencia, a manera de auditorio, con un espacio al frente para el escenario. Se recomienda que haya un telón, aunque esto no es indispensable. Para llevar a cabo la discusión de la obra se requiere colocar las sillas en círculos pequeños.

Personal

Para la obra de teatro se requiere de la participación de 8 actores: 5 hombres y 3 mujeres, quienes aprenderán sus respectivos papeles y ensayarán previamente la obra. Se requiere de un

Estomatólogo con previo conocimiento del programa para que coordine la discusión. Los actores pueden ser estudiantes de la carrera de Estomatología, otros profesionales, técnicos o los mismos ancianos.

Material y equipo

Se necesita que los actores adecuen su vestuario y maquillaje para parecer ancianos (como la utilización de gafas, abrigos, estolas, pintar los dientes para que parezcan edéntulos, etc.); grabadora con cassette de música bailable (danzón u otro que vaya de acuerdo con sus preferencias); bandeja con vasos y jarra; muñeco de peluche (gato, perro, o cualquier otro animal de mascota); cake de utilería y algún otro material que el equipo considere puede darle realismo a la presentación como floreros, adornos, etc. Además se necesitan cinco hojas de papel, cinco marcadores, plumones o plumas.

Guía de discusión con relación a la obra

- ¿Cuál es su opinión en relación con el personaje de Don Serafín?
- ¿Cuál o cuáles son los problemas de salud bucodental que pueden identificar en este personaje?
- ¿Cuáles son las consecuencias que estos problemas le acarrean a Don Serafín?
- ¿Cómo puede Don Serafín detectar y prevenir estos problemas?
- ¿Qué le pareció la actitud de Don Pancho y sus compañeros ante el problema de Don Serafin?
- ¿Cuál o cuáles son los mensajes que la obra nos deja?

Tiempo de aplicación

Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 30 minutos

• Durante la Sesión:

Obra de Teatro: 20 minutos Discusión: 30 minutos

Resumen y conclusiones: 10 minutos Total de la sesión: 60 minutos

Sexta sesión: Limpieza de la boca

Está contemplada esta sesión en 2 etapas: estrategias de cuidado profesional y autocuidado. El cuidado profesional contempla la visita periódica al Estomatólogo cuando menos una vez al año o cuando existan lesiones cariosas, cuellos expuestos con o sin caries; lesiones en tejidos blandos, para revisar la técnica adecuada de cepillado así como el uso de las pastillas reveladoras de placa dentobacteriana.

El autocuidado contempla, el cepillado dental o técnica adecuada, cuyo objetivo es el de eliminar la placa dentobacteriana y restos alimenticios, debiéndose hacer después de cada comida y de preferencia recomendar suprimir los alimentos entre comidas.

El cepillo dental deberá ser personal, de tamaño y textura adecuados a cada paciente, ya que de no ser así pudiera el paciente lesionar sus tejidos duros y blandos de la boca y en caso de falta de destreza manual por alguna enfermedad, se considerarán adaptaciones al cepillo.

Justificación

Si la persona conoce la importancia del cuidado profesional y del autocuidado, así como las técnicas adecuadas para el autocuidado y además demuestra su habilidad se tendrá asegurado un buen porcentaje de éxito en cuanto a prevención de este paciente.

Objetivo general

Lograr que los integrantes del grupo identifiquen las estrategias de cuidado profesional y autocuidado para mantener su boca sana.

Objetivos específicos

Que los integrantes del grupo:

- Identifiquen las estrategias de autocuidado para mantener su boca sana.
- Reconozcan las estrategias que deben seguir los profesionales de la salud (Estomatólogos) para favorecer la salud de su boca.
- Identifiquen la importancia de cepillar sus dientes, encías y lengua.
- Aprendan la técnica adecuada para cepillar sus dientes, encías y lengua.
- Identifiquen la importancia de emplear otros métodos auxiliares en la higiene bucodental.

Procedimientos

Se proyectará un video educativo el cual pretende mejorar la salud bucodental de los ancianos. Posteriormente se les entregará un manual para que ellos identifiquen la importancia de cepillar los dientes y los cuidados que deben tener con su boca. En pequeños grupos y apoyados con el manual, cada equipo identificará su interpretación y aplicaciones del siguiente tema: ¿Cuáles son las estrategias de cuidado profesional y autocuidado que debo seguir para cuidar mi salud bucodental?

Se dividirá el video en tres partes, la primera comprenderá hasta donde se pregunta ¿Qué es la caries?, se prenderán las luces y se hará una interacción con los integrantes haciéndolos participar con comentarios.

La segunda parte comprenderá desde la anterior pregunta hasta inmediatamente después de la técnica del cepillado.

La tercera parte comprenderá desde inmediatamente después de la técnica del cepillado hasta el final del video.

En cada pausa del video, se repasará en cada mesa de trabajo y con los modelos lo que se mostró en el video. Deberán mostrar o replicar en el modelo, la técnica adecuada del cepillado, el uso del hilo dental, uso de pastillas reveladoras y enjuagues con flúor (aquí solo se mencionarán las indicaciones para su uso).

Posteriormente se solicitará a los participantes que muestren los conocimientos adquiridos sobre medidas de higiene. Con el apoyo de tipodontos y cepillos dentales se les mostrará como está constituida nuestra dentición y cuáles son las técnicas más adecuadas para limpiar los dientes. Asimismo, se les pedirá que, en pequeños equipos y con apoyo de los tipodontos, practiquen la técnica aprendida bajo supervisión de los coordinadores del programa. Finalmente, se les pedirá a quienes lo deseen, lo practiquen en su propia boca para confirmar que pueden emplear adecuadamente esta técnica. Se mostrará con uno de los integrantes del equipo del programa, el uso de las pastillas reveladoras. Se les repartirá una pastilla por participante para que practiquen en su casa.

Espacio físico

Los asistentes se acomodarán en grupos de 6 personas durante la presentación del video. En la demostración se pedirá que se formen 5 equipos de 6 personas cada uno, alrededor de 5 mesas para facilitar la aplicación de la técnica.

Personal

Se requiere un expositor y 2 auxiliares, quienes deberán conocer bien el Programa para el desarrollo de esta sesión, por lo tanto, se requiere de un breve entrenamiento en el manejo de cada técnica y sus contenidos. Asimismo deben estar atentos que las personas que están trabajando en pequeños grupos con los tipodontos, estén practicando las técnicas correctamente, se encargarán de corregir o mostrar las técnicas correctas de limpieza.

Material

Se proyectará un video, que contiene aspectos de autocuidado e higiene bucal en personal de la tercera edad: limpieza de prótesis parciales o totales, cepillos y aditamentos de limpieza.

El manual para el cuidado bucal contiene la siguiente información: mitos dentales en la tercera edad, técnicas de cepillado, limpieza bucal y limpieza de prótesis, examen de la boca y cuidados en casos especiales.

- 5 tipodontos de cerámica escala 1.20
- 2 cepillos de tamaño gigante (para ser usados en los tipodontos)
- 30 pastillas reveladoras
- 30 cepillos para participantes
- 1 televisor
- · 1 video casetera
- 1 pantalla
- 1 apuntador de texto

Tiempo de aplicación

• Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 10 minutos

· Durante la Sesión:

Introducción del tema: 5 minutos Presentación de video: 30 minutos Interacción de video: 15 minutos

Presentación del manual y discusión del material: 10 minutos

Total de la sesión: 60 minutos

Séptima sesión: Cuidados Relacionados con la Adaptación, Uso y Mantenimiento de Dentaduras y Puentes o Prótesis Removibles

Esta sesión presenta la descripción de los componentes de las prótesis removibles, las cuales son frecuentemente utilizadas por personas ancianas. Se revisan los conceptos sobre adaptación, mantenimiento y limpieza de los puentes y dentaduras por la persona que los utiliza.

Justificación

Este tema es importante, ya que se ha observado que muy pocas personas adultas saben como limpiar y mantener en buen estado sus prótesis y dentaduras. El realizar una correcta limpieza de la aparatología por parte del paciente ayudará a prolongar la vida útil de las prótesis, así como evitar la acumulación de alimento y formación de sarro, que provocan entre otras cosas: mal aliento, Caries en los dientes naturales y focos de infección.

También es necesario que las personas sean capaces de solicitar atención dental cuando las prótesis estén mal ejecutadas.

Objetivo general

Mostrar a los participantes los diferentes métodos y procedimientos para el cuidado y limpieza de prótesis removibles y dentaduras totales. Explicar cómo es el proceso de adaptación a los puentes o prótesis.

Objetivos específicos

Que los integrantes del grupo:

- Identifiquen los diferentes términos para nombrar las prótesis removibles o dentaduras.
- Reconozcan la importancia de las revisiones periódicas del estado de las prótesis removibles y dentaduras por el Estomatólogo.
- Conozcan los aspectos básicos para mantener en buen estado las prótesis y las dentaduras.
- Identifiquen los alimentos más recomendables para no lastimar, ni dañar sus dentaduras o prótesis, así como la mejor forma de ingerirlos.
- Identifiquen el proceso de adaptación a las dentaduras y prótesis.

Procedimiento

En esta sesión se explicarán los componentes de las prótesis removibles mediante la demostración con modelos de prótesis de tamaño grande que se pasarán entre el grupo para que conozcan sus partes, las examinen, conozcan por qué deben utilizarse e identifiquen las partes que puedan causar molestias. Se mencionarán los diferentes nombres que se les dan.

Posteriormente a esta actividad se implementará un juego en donde se colocará a los participantes en grupos de 6 personas a quienes se les repartirá un juego de 12 tarjetas que contienen conceptos correctos e incorrectos acerca de los cuidados relacionados al uso de dentaduras y prótesis removibles, los cuales fueron identificados durante la investigación inicial. Los participantes colocarán las tarjetas en la pared o en el pizarrón que se dividirá en correcto e incorrecto. Posteriormente se dará una charla explicativa donde se identificarán las principales ideas relacionadas con el uso, limpieza y cuidado de las prótesis removibles y totales, en esta se exhibirán una serie de diapositivas, láminas o transparencias en las que se muestran cómo se limpian las prótesis. Por último se solicitará a los participantes acomodar nuevamente las tarjetas, asimismo, se responderán las preguntas o dudas que se presenten.

Espacio físico

Salón con 5 mesas y 6 sillas acomodadas alrededor de cada una de las mesas. Durante la charla se intentará acomodar las sillas en hileras intercaladas para que los participantes puedan observar perfectamente la exposición de las diapositivas, láminas o transparencias.

Material

- 5 modelos de cerámica de prótesis removibles con ganchos.
- Pizarrón y 5 juegos de 12 tarjetas de cartón que contengan los siguientes enunciados:
 - Nunca deben quitarse los puentes o dentaduras.
 - Normalmente los puentes y prótesis lastiman la encía.
 - El Estomatólogo no necesita revisar las prótesis y los puentes después de haberlos colocado.
 - Las prótesis y los puentes removibles se lavan con cepillo y pasta.
 - Hay que dejar remojando en agua las prótesis y los puentes durante la noche.
 - Es normal que se queden los alimentos debajo de los puentes o prótesis.
 - Las personas sin dientes no deben lavarse la boca.
 - Si se quita un puente o prótesis de la boca por más de 7 días ya no ajusta en la boca.
 - Las personas sin dientes y sin prótesis no pueden masticar bien los alimentos.
 - Los puentes y las prótesis se desgastan con el uso.
 - Los puentes y las prótesis no deben salirse de su lugar al comer.
- · Diapositivas, transparencias o láminas.
- 1 mesa.

Personal

Una persona que hará la exposición del tema y auxiliares que pasarán los modelos entre el público, además contestarán las preguntas que sobre el tema hagan los ancianos durante la observación del modelo. Así mismo estarán entrenados para coordinar el juego.

Tiempo de aplicación

· Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 10 minutos

· Durante la Sesión:

Demostración: 15 minutos

Juego: 30 minutos Charla: 10 minutos Conclusiones: 5 minutos Total de la sesión: 60 minutos

Octava sesión: Alimentación y Nutrición en la Edad Avanzada

Factores que condicionan e influyen en el estado nutricional del anciano.

- · Fisiológicos
- · Psicológicos
- Socioeconómicos
- · Medio ambiente

Objetivos

Lograr que los asistentes identifiquen los factores que interfieren en una ingestión adecuada de alimentos y su aprovechamiento.

Señalar las características de una dieta idónea en la Tercera Edad.

Procedimiento

Exposición y lluvia de ideas.

Personal

Un profesional de la Salud (preferiblemente Nutriólogo o Estomatólogo) que haya leído el material previamente.

Tiempo de aplicación

60 minutos.

Novena sesión: Examen de la boca

En esta sesión se abordará el tema del examen de la boca y los cuidados de una boca seca por su importancia en la prevención de lesiones premalignas que son casi siempre de tratamiento difícil, de pronóstico desfavorable, muy costoso y muy frecuentes en la tercera edad por el deterioro y los cambios que sufren los tejidos tanto duros como blandos con el paso de los años. Este examen debe ser parte regular de la higiene bucal. La observación de cualquier irregularidad en la superficie de los tejidos bucales señalan la falta de integridad como: protuberancias, inflamación, lunares blancos o rojos, úlceras, sangrado, presencia de pus.

Para el examen de la boca existe una técnica descrita para el examen de PDCB y que divide la boca en 8 pasos facilitando la inspección sistemática:

- 1. Labio y comisura
- 2. Superficie interna de los labios
- 3. Superficie interna de la mejilla
- 4. Encías o surcos
- 5 Diente
- 6. Paladar
- 7. Parte superior, lados y parte inferior de la lengua
- 8. Piso de boca

La sequedad de la boca es muy frecuente en personas ancianas, de aquí la importancia de que ellas conozcan el papel de la saliva y los consejos para mantener una humedad correcta.

Objetivo general

Aumentar el nivel de conciencia del participante respecto a las anomalías y entidades patológicas bucodentales, y proveer las rutinas y conocimientos necesarios para saber como detectar tempranamente signos y síntomas importantes, y qué medidas tomar para hacer frente a ellos.

Objetivos específicos

Que los participantes:

• Aprendan como deben examinar su boca sistemáticamente.

- Identifiquen como reconocer tempranamente condiciones anormales que requieran ser evaluadas por profesionales.
- Reconozcan el mecanismo protector de la saliva y las consecuencias de anomalías en las glándulas y flujo salivales.

Procedimientos

Para la presentación de este tema se implementará una exposición apoyada con un juego de transparencias, láminas o diapositivas que muestren las entidades patológicas y condiciones anormales de la boca y otro juego que muestre una boca normal y sana.

Los dos juegos serán proyectados o mostrados simultáneamente para permitir a los participantes la comparación directa entre las características normales y las anormales.

Al presentar a los participantes dos juegos diferentes de transparencias, uno que muestre las características de una boca sana y otro que contenga ejemplos comparables de condiciones enfermas, se pedirá al grupo que vaya identificando cuáles son las diferencias que se presentan, así como los problemas que puedan ocasionarles a las personas estas anomalías o padecimientos. Después de la exposición se les pedirá a los participantes que en pequeños grupos anoten las diferencias identificadas durante la exposición y diseñen formas de prevenir los factores que más frecuentemente causan las anomalías descritas. Esta información se relacionará con las imágenes de las anomalías y se expondrá la información de cada grupo para sacar una conclusión general. Esto se podrá sistematizar, indicándoles que para cada parte de la boca describan cuál es la acción preventiva correspondiente para mantenerla en un buen estado de salud.

Así mismo el coordinador realizará una demostración de los 8 pasos del examen de la boca y se invitará a los participantes a que pasen a exponer ante el grupo como deben realizar el examen.

Espacio físico

Es necesario acondicionar el área de la sesión de la siguiente forma:

Sillas para 30 ó 40 participantes, de preferencia alrededor de mesas en las que puedan escribir, idealmente debe haber de 6 a 8 participantes en cada mesa.

Personal

Un profesional de la salud (preferiblemente Estomatólogo) que haya leído el material previamente y que tenga conocimiento sobre las imágenes empleadas en la proyección.

Material didáctico

- Juegos de transparencias, láminas o diapositivas.
- Lápices y hojas de papeles para el número de participantes.

Tiempo de aplicación

- Antes de la sesión:
 - Instalación de pantallas y proyectores: 15 minutos
- Durante la sesión:
 - Introducción y presentación: 5 minutos
 - Proyección de la transparencia y realización de exposición oral: 20 minutos
 - Interacción Grupal: 20 minutos
 - Conclusiones y recomendaciones: 5 minutos
 - Evaluación del Curso: 10 minutos
 Total de la sesión: 60 minutos

Tercera parte

En esta sesión presentamos una serie de sugerencias, que consideramos conveniente tomar en cuenta en el desarrollo del Programa de Educación para la Salud, con el propósito de mejorar su aplicación.

El primer paso a seguir, es considerar la segunda sesión como prioritaria para la introducción del Programa, ya que en ésta se detectan las necesidades de salud bucodental de los ancianos, esto nos dará la pauta para organizar las sesiones de acuerdo con los requerimientos de la población, a la que se va a dirigir el programa.

Otro aspecto que hay que tomar en cuenta, es la identificación en el grupo de las personas que presentan alguna limitación física o discapacidad, es decir, que tengan problemas auditivos, visuales o motores, con el propósito de asignarles lugares especiales y brindar una mayor atención por parte del equipo de salud, para facilitar la integración a las actividades que se van a desarrollar. Así mismo es relevante dar a conocer al resto del grupo, el motivo por el cual se da un trato diferencial a estas personas.

Contar con un amplio espacio, en el cual se puedan desplazar con facilidad los ancianos, es un aspecto fundamental a considerar en la implementación del programa, lo mismo ocurre con relación al mobiliario pues hay que procurar que éste sea lo más cómodo y accesible posible.

Al dirigirse a una persona, el coordinador debe ubicarse en el extremo opuesto de la sala, para forzar al que se está expresando a alzar la voz y así captar la atención de la mayor parte del grupo.

Otro aspecto relevante, en el que hay que hacer hincapié, es la duración de las sesiones, se recomienda que no sean muy largas, de preferencia que no excedan de una hora, ya que esto implica un esfuerzo extra por parte de los ancianos, si tomamos en cuenta que algunos tienen ciertas discapacidades, o no están acostumbrados a asistir a actividades de este tipo. Evítese, en la medida de lo posible, dar amplias charlas de los temas a tratar, pues esto solo conduce a disipar la atención de las personas.

Aunado al programa de Educación para la Salud que aquí se presenta, se debe realizar a cada una de las personas que participaron una revisión bucodental; así mismo, se debe tratar de satisfacer sus necesidades curativas o rehabilitadoras. Esta actividad complementa los requisitos que deben ser cubiertos en la planeación de un Programa de Educación para la Salud.

OBRA DE TEATRO "MÁS VALE PREVENIR QUE LAMENTAR"

PERSONAJES

DON SERAFÍNpersonaje principalSASHAgato de Don SerafínDON PANCHOamigo de Don Serafín

Don Lucio anfitrión

Doña Inés esposa de Don Lucio

Don Chon invitado Doña Lupe festejada

Doña Jacinta invitada, pretendida de Don Serafin

Don apolonio invitado

I ACTO

La escena se desarrolla en el comedor de la casa de Don Serafín. Hay una mesa con cuatro sillas, un aparador y un espejo.

NARRADOR: En una pequeña casita vive Don Serafín con su gatita Sasha. Todos los días sale de su casa a vender dulces y otras cosas. La verdad es que Estelita, su sobrina, es en realidad quien se encarga de la venta pues Don Serafín, de un tiempo acá se ha vuelto poco sociable. Solo pasa a supervisar como va la venta, compra su periódico y regresa a su casa después de una no muy larga caminata.

Como todos los días llega hoy a su casa, pero le espera una sorpresa...

Don Serafín: Hola Sasha, ¿Cómo te fue el día de hoy? ¿Hace mucho calor, verdad? ¿Qué tenemos para comer hoy? (Abre el refrigerador, la gatita ronronea pidiéndole alimento). Vamos a ver... Parece que sigues siendo tú la afortunada, aquí tenemos un trozo de pescado, y como yo no puedo masticar te va a tocar a ti.

Don Serafín se prepara una taza de caldo, una rebanada de pan, se sirve un refresco y se dispone a leer el periódico. Mientras tanto, hace esfuerzo por masticar su pan, lo mueve en la boca, hasta que se da por vencido y termina por darle la comida a la gata.

Tocan a la puerta y se apresura a abrir pero con mucha cautela ya que a Don Serafín no le gusta que lo vean sobre todo cuando está comiendo pues se siente muy torpe.

Don Serafín: ¿Quién es?

Don Pancho: Soy Pancho, Don Serafin, le traigo una invitación que estoy seguro que le va a dar mucho gusto.

Don Serafín: Pase, pase Don Pancho, que gusto verlo, hacía tiempo que no venía por acá ¿Qué le ofrezco? ¿No gusta un refresquito, unas galleticas?

Don Pancho: Mire Don Serafín, la verdad es que acabo de almorzar y no me gusta comer entre comidas, pues el azúcar le hace mucho daño a mis dientes, siempre los he cuidado y más vale que lo siga haciendo. Pero una taza de té con gusto se la acepto.

Don Serafín: Oiga, no me va a decir usted, que a su edad se le van a picar los dientes, eso es problemas de niños no de adultos.

Don Pancho: ¿Qué no sabe usted, Don Serafín, que con la edad las encías se encogen y quedan al descubierto las raíces de los dientes? y que se pueden picar pues no tienen el esmalte que es lo que protege al diente. Mire aquí, esta muela me la tuvieron que empastar hace 5 años. Afortunadamente no era más que una pequeña Caries.

Don Serafín: Oiga, por lo que veo no se le han caído las muelas todavía, y que yo me acuerde usted es solo un año mayor que yo. De veras que usted tiene suerte pues a mí ya se me cayeron más de la mitad.

Don Pancho: ¿Usted cree qué es cuestión de suerte?, mi trabajo me ha costado después que el dentista me explicó todos los problemas que podía llegar a tener si no cuidaba todos los días mi boca...

Don Serafín: ¿Cómo qué cosas hace para cuidar su boca?

Don Pancho: Me cepillo los dientes todos los días. Yo realmente lo venía haciendo bastante seguido, pero no sabía que el cepillado tenía que hacerse con una técnica especial para que realmente se quite la comida y que se les pueda dar un masaje a las encías, también me cepillo la lengua.

Don Serafín: Oiga, como que lo está exagerando, ¿no cree? Además, todo eso que me esta diciendo es bien aburrido y a mi se me olvida, pues tengo mala memoria. Yo acepto mis años, de algo me tengo que morir... y realmente el tener una muela más o una menos para mí no es motivo de preocupación.

Don Pancho: ¡No me diga que no padece de molestias en su boca! Por ejemplo desde hace rato me doy cuenta que usted tiene mal aliento y que le cuesta mucho trabajo comer.

Don Serafín: ¡Ah bueno! El mal aliento siempre lo he tenido, lo que pasa es que los problemas no faltan y con tanta bilis que se derrama, pues es natural. Lo que pasa es que hay cosas que son inevitables. He aprendido a ablandar mi pan y mire que bien me lo como. Ni creas que voy a ir a gastar mi tiempo en Estomatólogos.

Don Pancho: Pues mire Don Serafín, creo que usted no me ha entendido. No se trata de gastar tiempo, se trata de cuidar sus dientes, sus encías y su boca y eso no cuesta nada. Se trata de hacer un poco de esfuerzo al cual luego uno se acostumbra y después ya lo hace uno de forma natural. Si no va a ver que cuando le vengan los dolores no le va a quedar otro remedio que ir al Estomatólogo y le va a salir peor. Como dice el dicho, más vale prevenir que lamentar.

Don Serafín: Oiga, como que ya fueron muchos consejos. ¿No gusta un cigarrito? aquí tengo unos populares de los que a usted siempre le han gustado. (le ofrece un cigarro, Don Pancho rehusa) ¿No me diga que ya no fuma?

Don Pancho: Pues la verdad es que no. ¿No supo usted que me puse muy grave y por poco me muero de una pulmonía?

Don Serafín: No me diga, y eso ¿cuándo fue?

Don Pancho: Pues de esto ya hace más de un año. Pero desde entonces decidí que debo cuidar mi salud y ya no fumo y solo bebo de vez en cuando. Menos mal que no llegaron a ponérseme los dientes amarillos.

Don Serafín: Bueno, cambiando de tema. ¿A qué se debe su visita?

Don Pancho: ¿Se acuerda usted de Don Chon, Don Lucio y Don Apolonio?

Don Serafín: Claro que sí, también iban con nosotros a la escuela.

Don Pancho: Pues han decidido hacer una pachanga para festejar los 80 años que cumple Doña Lupe, la viuda de Don Venustiano, el que fue nuestro maestro en la primaria del pueblo.

Don Serafín: ¿Se refiere usted a Doña Lupe, la tía de Jacinta López?

Don Pancho: Exactamente. Bueno, pues prepárese usted para el fiestón. Lo esperamos en casa de Don Lucio el próximo sábado a la una de la tarde.

Don Serafín: Oiga, pero yo casi no salgo ya... Ya a mis años, me cuesta mucho trabajo.

Don Pancho: No me ponga pretexto. Todos estaremos muy contentos de volverlo a ver después de tantos años que no sabemos nada de usted... además Doña Lupe me pidió que viniera a verlo para invitarlo personalmente.

Don Serafín: Bueno, pues tratándose de Doña Lupe la cosa cambia. ¿No me diga que va a ir también Jacinta?

Don Pancho: Por supuesto que sí, aunque irá también sola, pues su marido ya falleció.

Don Serafín: Esa Jacinta, me acuerdo siempre de ella con sus trenzas y sus moños, siempre muy alegre. La muy ingrata nunca me hizo caso.

Don Pancho: De lo que yo me acuerdo es que fue al revés. Eso le pasó a usted por mujeriego, recuerda que una vez le llegué a contar hasta 10 novias a la vez.

Don Serafín: ¡Ay Don Pancho! Usted bien sabe que mi debilidad han sido siempre las mujeres. Lo que pasa es que ahora ya ni me hacen caso. Quien sabe qué tendré que las asusto.

Don Pancho: Nada de eso, no diga tonterías. Acuérdese que Jacinta siempre le tuvo gran aprecio y le agradará muchísimo volver a verlo.

Don Pancho (mira su reloj y exclama): ¡Ya se me hizo tarde! Disculpe pero tengo cosas que hacer. No se olvide, estaremos esperándolo.

Se despide, le da la mano y se retira. Don Serafín se queda pensativo. Se acerca al espejo, hace muecas, abre la boca y le comenta a Sasha:

Don Serafín: Sasha, la verdad, la verdad, dime: ¿Qué estoy así de feo como me veo? Yo creo que es el espejo el que está mal. Tú si me quieres, tú no huyes de mí... (acaricia al gato y lo carga). ¡Ay Jacinta, Jacinta! ¿Qué pasará cuando me veas? Pensándolo bien me haces mucha falta. Creo que lo mejor será correr el riesgo.

II ACTO

Casa de Don Lucio. Se encuentran Don Lucio y su esposa Doña Inés y los invitados: Don Pancho, Don Chon, Doña Lupe, Doña Jacinta y Don Apolonio. Hay una mesa puesta con comida, bebidas y un pastel. Sillones y sillas para 8 personas.

Doña Inés se encarga de atender a los invitados al igual que Jacinta. Los otros permanecen sentados tomando unos tragos y brindando por Doña Lupe.

Don Chon: (*Mira su reloj*). ¿Qué pasará con Don Serafín que no llega? ¿Está usted seguro que le dijo que vendría?

Don Pancho: Seguro que sí. Ya se andaba echando para atrás pero creo que lo convencí. Ya no debe tardar.

Don Lucio: Hace ya tanto tiempo que no lo vemos. Siempre tan entusiasta y simpático, se acuerda usted de los chistes colorados que contaba. ¡Como nos reíamos! Se nos pasaban las horas, al punto que nuestras viejas, preocupadas de que no llegábamos a casa, se nos ponían malhumoradas. Pero a Don Serafín nada de eso le importaba. Además le gustaba andar de galán con cuanta dama encontraba ¿No es así Jacinta que tú ya andabas enamorándote de él?

JACINTA: Pero Don Lucio qué cosas dice. Va a hacer que me avergüence.

Don Lucio: No sea boba, yo sé que tu corazoncito todavía late por él. Por cierto ¿Qué fue lo que le pasó que nunca se casó?

Jacinta: Sí, se casó con Rosa, la hija de Don Fausto, de allá de Oriente, pero dicen que Rosita se cansó de él y acabó dejándolo. Decía que era muy desordenado y que no le daba dinero para la casa, hasta que se aburrió y mejor se fue para el pueblo.

Tocan a la puerta. Doña Lupe se adelanta a abrir.

Don Serafín: ¡Buenas tardes!

Doña Inés: Don Serafín, por fin llega, ya andábamos pensando que a lo mejor ni venía.

Doña Lupe: Sería lo último que podríamos haber esperado de usted en este día tan especial para mí... Ya ve que mi marido, siempre lo quiso tanto...

Don Pancho: ¡Que bueno que se animó!, Don Serafín. Usted no podía faltar en esta reunión.

Don Lucio: Tome asiento por favor. Está usted en su casa Don Serafín. Aquí todos estábamos esperándolo con muchas ansías.

Termina de saludar a todos y se sienta.

Don Chon: (Quien no había dejado de mirarlo y observarlo) Oiga, ¿Pero qué es lo que le ha pasado? Lo veo muy desmejorado, flaco y ojeroso, parece que todos los años se le vinieron encima. ¿Se encuentra bien de salud?

Don Serafín: Por supuesto que sí. Lo que pasa es que la falta de muelas hace que uno coma menos y que no me vea como antes. (*Tose mientras habla, los demás advierten su mal aliento, Jacinta comienza a sentirse muy decepcionada*) Pero...soy el mismo. Siempre igual de relajado. Por cierto, yo a todos los veo muy bien, parece que los años no han pasado por ustedes

Jacinta se acerca...

JACINTA: ¿Qué le sirvo de tomar?

Don Serafín: ¡Pero qué sorpresa con esta mujer! Sigues igual de bonita que siempre.

JACINTA: Gracias (Se retira a causa del mal aliento).

Don Serafín: Claro que sí, tráeme un trago de ron.

Don Chon: ¿Qué me dice Doña Lupe, qué es de su vida?

Doña Lupe: Pues ya sabe usted Don Chon, las penas nunca faltan, los años pasan y ya no es lo mismo que antes. Pero hasta ahora me siento bien. Mi salud es bastante buena y mis hijos, aunque lejos, vienen de vez en cuando a visitarme.

Don Chon: ¿Cuántos nietos tienes?

Doña Lupe: Son 7 nietos y un biznieto de Chelita, mi nieta mayor. Su hermano Miguel se va a casar el año próximo. ¿No sé si se acordará usted de Chayito, la menor de todos mis nietos? pues fíjese usted como pasa el tiempo de rápido, ya es toda una señorita, y cumplirá sus 15 años dentro de 2 meses.

Don Lucio: A ver si nos invita a la fiesta para que podamos echar una buena bailada.

Don Chon: ¿Cómo cree que a sus años se va a atrever a hacer semejante ridículo? Se van a reír de usted.

Don Lucio: Pues aunque no lo crea, todavía bailo. ¿No es así Inés? Ven para acá, vamos a mostrarles lo que de veras es bailar. Y no como los jovencitos de ahora que solo saben menearse como locos sin el más mínimo sentido de la danza.

Se acerca al aparato y saca a bailar a Doña Inés, se da cuenta que los demás están sentados y se dirige a los invitados.

Don Lucio: Don Pancho, Don Serafín, Don Apolonio, vamos anímense, saquen a bailar a las damas. Don Chon, no se quede arrinconado por miedo al ridículo. También usted anímese, venga para acá.

Mientras tanto se levanta Don Apolonio y Don Serafín, buscan a Jacinta y se comunican entre señas sobre quién la va a sacar a bailar, Jacinta disimula que no los ve y aparentemente trata de permanecer arreglando la mesa, aunque no deja de observar a Don Serafín y está ansiosa de bailar con él.

Don Chon: La verdad, ya le dije que a mí nunca me gusta hacer el ridículo. Yo mejor me divierto observándolos.

Don Pancho, que está a su lado le habla al oído y Don Chon titubea un poco y se dirige a Don Lucio.

Don Chon: Claro está que si usted no se ofende y me permite bailar una pieza con su mujer, será para mí un honor.

Don Lucio: ¿Qué dices tú viejita, te embullas a bailar con Don Chon?

Doña Inés: Por supuesto que sí. Nada más que ¡ay de ti si te pones celoso!, luego no me eches la culpa.

Don Lucio: No te apures, va ser solo un ratico. Yo los voy a estar cuidando.

Don Chon se pone a bailar con Doña Inés, Don Lucio como no está muy seguro de dejarlos solos baila al lado de ellos para finalmente terminar bailando los tres juntos. Mientras tanto Don Pancho se dirige a Doña Lupe...

Don Pancho: Si me permite Doña Lupe, sería para mí un gran honor el que me concediera bailar esta pieza con usted.

Doña Lupe: Pues no sé que decirle Don Pancho, desde que mi marido falleció no he vuelto a bailar... pero pensándolo bien ya hasta me estoy embullando, no siempre se cumplen 80 años.

Don Serafin se adelanta a Don Apolonio y le dice a Jacinta...

Don Serafín: Jacinta, tú sabes muy bien que toda la vida anhelé esta maravillosa oportunidad de bailar contigo... vas a ver que bien lo vamos a pasar.

Jacinta percibe su mal aliento y se hace para atrás, sin embargo baila con él.

JACINTA: Nada más que le voy a pedir un favor, nada de bailar pegaditos, ni nada de eso, ¿eh? Don Apolonio: Jacinta, yo también quiero bailar contigo, no te dejes acaparar por Don Serafín...

Don Serafín: Eso ya lo veremos... así que más vale que se vaya retirando porque ya yo le gané y no pienso soltarla.

Don Apolonio: Pues se equivoca porque con ese mal aliento que trae dudo mucho que Jacinta lo aguante por mucho tiempo.

Don Serafín: No le hagas caso, es un envidioso.

JACINTA: Yo más bien creo que tiene razón...

Todos están bailando, Jacinta hace muecas ya que no aguanta el mal aliento de Don Serafín. Don Serafín se separa del grupo y se acerca más a Jacinta.

Don Serafín: ¡Ay Jacinta de mi corazón! ¿Recuerdas que siempre te he querido? Es cierto que me casé con Rosita, pero cuando uno es joven no sabe ni lo que hace, a ti es a la que siempre quise, permíteme darte un beso en esa boquita preciosa.

Jacinta: ¿Qué se está usted creyendo? (*Lo empuja con la mano*). ¡Con ese mal aliento que trae y esos dientes tan cochinos que todavía le quedan!, es como para espantar a la más fea. ¡Quítese de aquí!, no lo quiero ver más!

Jacinta se retira y va a buscar a Don Apolonio quien acepta gustoso bailar con ella. Don Serafín se va triste, se dirige hacia la mesa y se dedica a observar como se divierten los demás. Trata de comer algo de la mesa, pero tiene dificultades para masticar, se atraganta, tose, escupe. Don Pancho lo advierte y se acerca a él.

Don Pancho: ¿Qué pasó Don Serafin? Parece que no se estuviera divirtiendo usted. ¿Qué le dijo esa Jacinta rompe corazones?

Don Serafín: La verdad es que me da pena decirlo, pero ¿sabe usted, Don Pancho?, creo que usted tenía razón. Parece que mi mal aliento molesta mucho a las otras personas y además con esta dentadura tan horrible que tengo ni yo mismo ni los demás me soportan. Mire, aunque no le había querido decir, la verdad es que padezco de muchas molestias. Las muelas que me quedan están flojas, mis encías sangran y así menos aun deseo lavarme los dientes. Cuando me duelen mucho, no me queda más que pedirle a mi Estomatólogo Benito que me saque las muelas y es así como las he ido perdiendo una tras otra.

Don Pancho: Es una pena que tenga esos problemas... (En tono de apoyo y simpatía).

Don Serafín: No puedo masticar, la comida no me sabe a nada. Yo no sé por qué siempre se debe comer en las fiestas con los amigos. Por eso es que yo le insistía en que yo no quería venir pues casi ni salgo de mi casa. No me gusta que me vean así. Siempre soy motivo de rechazo a donde quiera que voy.

Don Pancho: Mire, Don Serafin ¿Qué le parece que nos veamos mañana mismo y hablemos de este asunto con más calma? ¿Le parece bien que nos veamos en su casa por la tarde? (Don Serafin asiente con la cabeza) A más tardar a las 5 estoy con usted. (Lo toma del brazo y trata de integrarlo al grupo). Pero no se angustie por favor, venga a hablar con nosotros.

Don Serafín: Creo que lo más conveniente es que me vaya. Le agradezco mucho su amabilidad. Siempre lo he considerado como un gran amigo y creo que ahora más que nunca me podrá ayudar.

Dirigiéndose a todos:

Adiós a todos. Les agradezco mucho sus atenciones pero me tengo que ir. A usted Doña Lupe muchas felicidades por ese aniversario. No me siento bien por ahora.

III ACTO

Al día siguiente... Don Serafín está en su casa, sentado en un sillón viéndose en el espejo, haciendo muecas, abriendo y cerrando la boca. Tocan a la puerta. Se levanta a abrir. Entra Don Pancho, quien trae una bolsa en la mano.

Don Pancho: Don Serafín, aquí le traje un regalito, espero que le sea útil.

Don Serafin lo abre y saca un cepillo de dientes y una pasta dental.

Don Serafín: Gracias, Don Pancho, pero ya le dije que no puedo lavarme los dientes pues le hace daño a mis encías. Además, para qué se molestó si yo ya tengo un cepillo, aunque claro ya está muy viejo y no está tan bonito como este.

Don Pancho: Precisamente por eso. A ver enséñeme su cepillo...

Don Serafín: Enseguida se lo traigo... mire aquí está.

Don Pancho: Mire usted, este cepillo ya no le es útil, lo que debe hacer es tirarlo a la basura...

Don Serafín: Pero si apenas lo compré hace 2 años...

Don Pancho: Con mayor razón, un cepillo de dientes no dura más de 3 ó 4 meses, aunque (observando detenidamente el cepillo y desaprueba moviendo la cabeza) a pesar del tiempo que tiene su cepillo no se ve que lo haya usado mucho que digamos. Si no es indiscreción ¿Cada cuánto se cepilla los dientes?

Don Serafín: A ver... pues de todos los problemas que tengo, la verdad, muy de vez en cuando, una o dos veces.

Don Pancho: Por día.

Don Serafín: No, por semana o por mes.

Don Pancho: Lo que pasa es que su cepillo tiene cerdas muy duras. Este que le traje le va a funcionar mucho mejor. Va a ver que las molestias que tiene se le van a ir quitando poco a poco, una vez que usted vuelva a adquirir el hábito de lavarse los dientes todos los días, de preferencia después de cada comida.

Don Serafín: Pero, ¿Para qué sirve lavarse los dientes a mi edad?

Don Pancho: Pues para que no se le piquen los dientes, es decir, que no se le hagan caries. Para que no se le forme sarro alrededor de los dientes que es lo que va provocando que los dientes se aflojen y se caigan, y que no padezca tantas molestias en las encías, y por supuesto para que se le quite ese mal aliento que a todos ahuyenta. Usted cree que el tener una dentadura en buen estado es cuestión de edad, mi trabajo me costó, por eso yo sé lo que le digo; y como dice el refrán el que habla de caminos, es porque lo tiene andado.

Don Serafín: Pero si ya le dije que eso es por los disgustos y la tristeza, eso ya no tiene remedio.

Don Pancho: Lo más seguro es que se deba a su falta de higiene. Haga usted mismo la prueba, lávese los dientes y después hablamos... por cierto, permítame ver sus dientes (se le queda mirando a la boca, observa los dientes que le faltan). Mire, con lo poco que sé yo de esto, le voy a aconsejar que consulte a un Estomatólogo para que le hagan una buena limpieza. Sobre todo ¿Por qué no aprovecha para que le pongan dientes postizos en todos esos espacios que tiene en la boca?

Don Serafín: La verdad es que ya para qué... a mis años no tiene sentido.

Don Pancho: Claro que lo tiene. ¿No le agradaría saborear y masticar sus alimentos sin dificultades? ¿No le gustaría disfrutar de sus fiestas y seguir saliendo con sus amigos?

Don Serafín: Bueno, pues de gustarme, pues claro que sí.

Don Pancho: Los dientes en la boca también son importantes para su apariencia. Le aseguro que con una buena dentadura usted podrá verse mucho más atractivo. Entonces sí, va a ver como Jacinta no va a poderse resistir a sus encantos.

Don Serafín: Eso me parece todavía mejor. Parece ser que ya me está usted convenciendo. Aunque la verdad que ir al Estomatólogo me da mucho miedo.

Don Pancho: Pues le va a salir peor cuando ya no aguante los dolores y se le caigan los pocos dientes que le quedan... aunque no lo crea, todo tiene solución.

Don Serafín: ¿Tendré solución?

Don Pancho: Claro que sí y vale la pena aprovecharlo pues además lo tratan bien y el Servicio tiene buena calidad. Por cierto, también le voy a recomendar que asista usted a unas charlas que van a dar los mismos Estomatólogos de la Clínica en el Barrio.

Don Serafín: Pero es que son muy aburridas y nada más que le hacen a uno perder el tiempo. Y la verdad no vaya a ser que también me vayan a regañar.

Don Pancho: ¿Cómo cree usted eso? Todo lo contrario, créame Don Serafín que es una excelente oportunidad para que además de que le den consejos y le indiquen cómo debe cuidar su boca, usted podrá hacerles todas las preguntas que quiera a los doctores. Van a ser unas charlas entretenidas y divertidas, va a haber algunas sorpresas y le aseguro que no se va a arrepentir.

Don Serafín: Ni hablar, ya no quiero perder más el tiempo. Mañana mismo voy a consultar el Estomatólogo y seguir sus consejos, gracias por el cepillo, antes de lo que usted se imagina lo voy a comenzar a utilizar.

Don Pancho: Para que de veras tenga buenos resultados pídale también a su Estomatólogo que le enseñe como debe cepillarse los dientes, pues hasta eso tiene uno que aprender, (se levanta para despedirse)... De veras Don Serafín, no se siga usted descuidando. Siempre se puede hacer algo bueno por uno mismo. Es el mejor regalo que uno puede hacerse y lo felicito de veras por esas ganas que sigue teniendo de querer vivir mejor.

- Don Serafín: Quédese otro ratico Don Pancho. No se vaya, hacía tanto tiempo que no me sentía a gusto hablando con alguien. Es usted muy bueno conmigo.
- Don Pancho: Pues para eso son los amigos. Desgraciadamente ya me tengo que retirar, pues tengo algunos asunticos que resolver, ya que me voy a ausentar unos días de casa. Espero verlo cuando regrese y que para ese entonces me tenga muy buenas noticias.
- Don Serafín: Será así. Ni hablar... que le vaya bien. Que tenga buen viaje. Me saluda a todas por allá y sígase cuidando para que se conserve siempre así, tan bien.
 - Se dan un abrazo de despedida.
- NARRADOR: Seis meses después Don Serafín está celebrando su cumpleaños con sus amigos. Siguió los consejos de Don Pancho y ahora tiene una dentadura que le permite vivir mejor y divertirse.
 - Aparecen en escena todos los integrantes de la obra, todos se encuentran muy contentos festejando a Don Serafín. Todos le hacen muchos comentarios a Don Serafín con relación a su dentadura. Jacinta se le acerca muy contenta y empieza a bailar.
- Don Serafín: (*Reflexiona*) Fue muy importante lo que el Estomatólogo de mi clínica hizo por mí pero considero que lo más importante es lo que yo he tenido que hacer. Cepillarme rigurosamente 3 veces al día. La enseñanza que esto me deja es que no importa la edad, *más vale prevenir que lamentar*.

ANEXO 14 Consejerías de Salud Bucal

Concepto

Acciones de Promoción y Educación para la Salud que se desarrollan en un territorio geográfico delimitado en que vive, estudia y trabaja una población asignada a un servicio estomatológico, por Estomatólogos básicos, especialistas, licenciados en tecnología, técnicos, integrantes del Equipo Básico de Salud, y otros trabajadores y promotores de salud bucal de la propia comunidad; teniendo en cuenta los resultados del Análisis de la Situación de Salud.

Organización

El Director de la institución será el máximo responsable del desarrollo y cumplimiento de las indicaciones referentes a la Consejería de Salud Bucal, para lo cual creará todos los mecanismos de coordinación intra y extrasectoriales, garantizando que los Jefes de Promoción y Educación para la Salud en los servicios, subordinados directamente a él, organicen y controlen las acciones a ejecutar por el resto de los trabajadores y promotores. La Consejería funciona durante todo el tiempo que esté laborando el Servicio Estomatológico.

Acciones

Se realizan acciones de:

- Promoción, educación e información.
- Prevención: controles de placa dentobacteriana.
- Capacitación: de los profesionales, tecnólogos, técnicos, trabajadores de la institución, médicos y enfermeras de la familia e integrantes de otros sectores y la comunidad.

Participación en la comunidad

Sus acciones rebasan la institución, para extenderse a toda la Comunidad, como son escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, hogares maternos y de ancianos, instituciones de impedidos físicos y mentales, Casas de Cultura, Joven Club, Círculos Sociales, Casas de la Mujer, y todos aquellos espacios en que sea necesario y oportuno informar y educar a la población. Se aprovecharán todas las potencialidades locales sustentada en la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Algunas indicaciones para el mejor desarrollo de las Consejerías de Salud Bucal

- Rebasar los marcos de la institución y buscar el acercamiento a la comunidad en sus propios espacios.
- Ambientación del espacio donde se realizará la actividad para lograr la motivación de la población. Se incluye en este aspecto al Mural de Promoción de Salud de la Unidad, el que

- debe estar ubicado en un lugar visible y ser frecuentemente actualizado con temas de interés para la propia población, los que serán reforzados por los Estomatólogos, generales y especialistas durante la consulta y su trabajo en la comunidad.
- Desarrollar actividades educativo-recreativas en los servicios estomatológicos de conjunto
 con la propia población y acorde con sus características, fundamentalmente en la ejecución
 del JUVEDENTI, así como en la atención de Círculos de abuelos, escolares de primaria,
 entre otros. Pueden ser música para bailar, obras de teatro, juegos de roles, rifas, técnicas
 afectivo-participativas, buzones del saber, competencias de baile, conocimientos, deportivas,
 entre muchas otras, acordes con la edad, sus costumbres y sus necesidades de salud y
 aprendizaje.
- Brindar información y conocimientos a la población sobre aspectos de interés, los que se pueden conocer a través de un buzón, entrevistas y otros, utilizando las oportunidades locales y territoriales como radio, televisión, etcétera.
- Realizar divulgación, a través de los medios de comunicación locales y territoriales, de las Consejerías de Salud Bucal, y en los casos que sea posible ubicar un teléfono para Línea Ayuda.
- Realizar Controles de Placa Dentobacteriana a todas las personas que acudan a la institución, hasta lograr un cepillado correcto y efectivo en ellas. Destacar la importancia del cepillado y el hilo dental para la salud bucal. En aquellos centros que sea posible, como escuelas, centros laborales, círculos infantiles, realizar este control en ellos mismos.
- Enseñar a todas las personas mayores de 15 años a realizarse el Autoexamen de la Cavidad Bucal, llevando este mensaje a la Comunidad y sus espacios.
- Realizar de conjunto con el EBS y otros miembros de la comunidad, acciones que promuevan cambios en los estilos de vida, apoyándose en técnicas grupales, afectivo participativas y otras.
- Tener en cuenta que todos los trabajadores de la institución son promotores de salud y parte de la Consejería de Salud Bucal, por lo que se requiere su capacitación y participación activa en el proceso, destacándose las compañeras de admisión.
- Formar promotores de salud dentro de la propia población y tener en cuenta las organizaciones y los colectivos laborales y escolares existentes en la comunidad.

ANEXO 15 JUVEDENTI

Concepto

Tiempo de trabajo que se destina en los Servicios Estomatológicos a la atención única de los adolescentes, de acuerdo con las características de la institución y a los requerimientos y necesidades de este grupo de población.

Organización

El Director de la institución será el máximo responsable del desarrollo y cumplimiento de las indicaciones para JUVEDENTI, para lo que creará todos los mecanismos de coordinación intra y extrasectoriales, garantizando en el espacio de tiempo que se dedica el servicio a esta función, la atención de urgencia al resto de la población. Se comunicará a todos los representantes de la comunidad y a los EBS, los horarios de trabajo para JUVEDENTI y sus objetivos, para evitar insatisfacciones en la población. Los responsables de Promoción y Educación para la Salud en los servicios serán los encargados de la ejecución y control de la actividad.

Acciones

Se realizan acciones de promoción, de prevención, de curación y rehabilitación, correspondientes al nivel de atención primaria y del nivel secundario, cuando fuese necesario, a través de interconsultas.

Proyección comunitaria

Se continúa el proceso de atención con acciones de promoción y educación para la salud, las que se realizan en espacios de la propia comunidad, como Casas de Cultura, Joven Club, Círculos Sociales, Instituciones Escolares, y otras que se considere, de acuerdo con las características del territorio y de la actividad que se va a desarrollar. Se aprovecharán todas las potencialidades locales sustentada en la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Algunas indicaciones para el mejor desarrollo de JUVEDENTI

- Rebasar los marcos de la institución y buscar el acercamiento a los adolescentes en sus propios espacios.
- Crear una ambientación y desarrollar actividades educativo-recreativas en los servicios estomatológicos de conjunto con los propios adolescentes para el tiempo en que estos acudan al servicio. Pueden ser música para bailar, obras de teatro, juegos de roles, rifas,

técnicas afectivo-participativas, buzones del saber, competencias de baile, conocimientos, deportivas, entre muchas otras, acordes con la edad de los adolescentes, sus costumbres y sus necesidades de salud y aprendizaje.

- Tener en cuenta los grupos de edades dentro de los adolescentes, pues sus características e intereses son diferentes: 10-12, 13-15, 16-19.
- Formar promotores de salud dentro de los propios adolescentes y tener en cuenta las organizaciones juveniles: Pioneros, FEEM, UJC.

ANEXO 16 Aplicaciones de laca flúor

Presentación: Frascos de 30 ml.

Dosis: De 0,5 a 0,75 ml por aplicación.

Frecuencia: Semestral, de acuerdo al riesgo del paciente.

Tiempo de cada aplicación: Entre 4 y 5 minutos aproximadamente.

Horario de aplicación: Preferiblemente en horas de la tarde.

Forma de empleo

- Previamente debe cepillarse la superficie de los dientes, utilizando para ello el polvo abrasivo contenido en el sobre adjunto.
- Para realizar las aplicaciones debe depositarse la cantidad apropiada del producto en el recipiente plástico que se acompaña.
- Debe aislarse el campo operatorio por cuadrantes y secar la superficie de los dientes, para garantizar la mayor adhesión del producto.
- Se utilizará aplicador estéril, el que se impregna con la Laca Flúor depositada en el recipiente plástico, extendiéndola sobre la superficie de los dientes del cuadrante.
- Al terminar la aplicación de los dientes debe hacerse la recomendación a los niños y a sus padres, a través de las educadoras y maestros, de no cepillarse los dientes ese día ni ingerir alimentos duros

Indicaciones previas

Deberá coordinarse previamente con la institución para que la dieta que deben recibir los niños el día de la aplicación sea una dieta blanda.

Universo de trabajo

- Niños de 2-5 años de edad que asisten a instituciones infantiles.
- Niños de 2-5 años en su hogar por no asistir a instituciones infantiles.
- Escolares de preescolar a sexto grado de escuelas primarias en áreas rurales.
- Escolares de primero y cuarto grados de escuelas primarias en áreas urbanas.
- Niños con retraso mental de escuelas especiales, hogares de impedidos físicos y mentales y en sus propios hogares.
- Niños hipercariados (frecuencia trimestral).
- Niños con anomalías de oclusión, previo al tratamiento con aparatología fija de ortodoncia.

ANEXO 17

Enjuagatorios con solución de Fluoruro de Sodio (FNa)

Presentación: Frasco conteniendo tabletas de 1 gramo.

Preparación de la solución: Se tritura 1 tableta de FNa y se disuelve en 1/2 litro de agua,

quedando la solución al 0,2 %.

Frecuencia de los enjuagues: Quincenales. **Duración de cada enjuague:** 1 minuto.

Cantidad de solución empleada en cada enjuague: 10 ml aproximadamente.

Forma de empleo

- La solución debe prepararse inmediatamente antes de su empleo.
- El horario óptimo para los enjuagatorios es la hora del comienzo de las actividades escolares, preferiblemente en el matutino.
- Se emplearán vasos plásticos o de papel desechables.
- Los niños deberán mover la solución en su boca para garantizar una óptima impregnación de sus dientes.
- No deberán enjuagarse la boca después de los enjuagatorios, así como tampoco debe ingerirse alimento durante 1 hora.

Universo de trabajo

- Escolares de preescolar a sexto grado de escuelas primarias en áreas urbanas.
- Escolares de séptimo a noveno grado de escuelas secundarias básicas internas y externas.
- Escolares de décimo a duodécimo grado que asistan a escuelas preuniversitarias internas y externas.
- Escolares entre los 12 y 18 años de edad, que asistan a escuelas politécnicas, militares y otras comprendidas en el sistema de enseñanza.

Precauciones

- Alertar a los niños que No debe tragarse el contenido del enjuagatorio.
- Las tabletas de Fluoruro de Sodio deberán permanecer fuera del alcance de los niños puesto que el producto es sumamente tóxico.
- Este producto tiene que estar estrictamente controlado por el personal técnico.

ANEXO 18

Determinación del riesgo a caries dental

La determinación del riego de Caries Dental es difícil debido a la existencia de complejas interacciones entre múltiples factores. Internacionalmente se ha planteado que las poblaciones que tienen mayor riesgo son las de bajo nivel socioeconómico o con padres de bajo nivel educacional, las que no reciben atención estomatológica periódica (anual) o que no pueden acceder a los servicios. Por otra parte las personas pueden tener un alto riesgo de Caries Dental aunque no presenten ninguno de los factores anteriores. Los factores individuales asociados y que posiblemente aumenten el riesgo incluyen la Caries Dental Activa, los antecedentes familiares de Caries, la exposición de la superficie radicular debido a la retracción de las encías, los altos niveles de infección por microorganismos cariogénicos, el deterioro de la capacidad para mantener una buena higiene bucal, las malformaciones del esmalte o de la dentina, la disminución del flujo salival ocasionado por medicamentos, enfermedades o radioterapia, la baja capacidad tampón de la saliva y el uso de prótesis dentales o aparatos de ortodoncia. El riesgo puede aumentar cuando cualquiera de estos factores se combina con dietas cariogénicas, como las ricas en hidratos de carbono refinados.

El riesgo a caries dental cambia a lo largo del tiempo, es decir de la vida de la persona, a medida que cambian los factores de riesgo.

Actualmente la capacidad para predecir la caries dental es inexacta, clasificaremos el riesgo de forma dicotómica: alto o bajo, utilizando como criterios predictores solo aquellos que estén disponibles en nuestros servicios estomatológicos, aunque es necesario conocer de la existencia de otros métodos más exactos en la determinación de los microorganismos presentes, del pH salival entre otros.

Por cada criterio que esté presente en el riesgo se le asigna una puntuación positiva y por cada uno que no esté presente se le otorga puntuación negativa, al final se realiza una suma algebraica y cuando la diferencia es mayor de 0 se clasifica el paciente como de ALTO RIESGO.

Ejemplos:

- I. Paciente de 12 años que presenta, las siguientes características:
- Cepillado Dental: menos de dos veces al día. PUNTUACIÓN OTORGADA: 3
- Placa dentobacteriana: > 1 por Löe y Silness, > 20 % por O'Leary. PUNTUACIÓN OTORGADA: 3
- Flujo Salival: > 5 ml/min. PUNTUACIÓN OTORGADA: -3
- Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados: 4 veces. PUNTUACIÓN OTORGADA: 3
- Aparatos de prótesis u ortodoncia: no utiliza. PUNTUACIÓN OTORGADA: -1
- Enfermedad gingival o periodontal: no presente. PUNTUACIÓN OTORGADA: –2

- Opacidades del esmalte o hipoplasias: no presente. PUNTUACIÓN OTORGADA: -1
- Fluorosis Dental: no presente. PUNTUACIÓN OTORGADA: -1
- Caries: presente y activas. PUNTUACIÓN OTORGADA: 2
- Índice CPO-D = 2, mayor al de su población. PUNTUACIÓN OTORGADA: 2
- Caries en padres, hermanos u otro familiar que conviva (abuelos): padres = 7, similar al de su población. PUNTUACIÓN OTORGADA: -1
- Obturaciones defectuosas: no presente. PUNTUACIÓN OTORGADA: -1
- Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros: no presentes.
 PUNTUACIÓN OTORGADA: -1

PUNTUACIÓN POSITIVA ASIGNADA POR PRESENCIA DE RIESGOS: +13 PUNTUACIÓN NEGATIVA ASIGNADA POR AUSENCIA DE RIESGOS: -11 DIFERENCIA: +2, por tanto es > 0

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: ALTO RIESGO

Criterio	Puntuación	Riesgo
Cepillado Dental Placa dentobacteriana	3 3	Menos de dos veces al día Índice de Löe y Silnes >1 Índice O'Leary = o > 20 %
Flujo Salival	3	< 5 ml/min
Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados	3	> de 2 veces al día
Aparatos de prótesis u ortodoncia	1	Utiliza
Enfermedad gingival o periodontal	2	Está presente y no tratada, o tratada inadecuadamente
Opacidades del esmalte o hipoplasias	1	Presentes
Fluorosis Dental	1	Presente
Caries	2	Presentes y activas
Índice CPO-D	2	Mayor al de su grupo
Caries en padres, hermanos u otro familiar que conviva (abuelos)	1	Presentes y superior al de su grupo
Obturaciones defectuosas	1	Presentes
Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros	1	Presente más de uno

II. Paciente de 9 años que presenta, las siguientes características:

- Cepillado Dental: menos de dos veces al día. PUNTUACIÓN OTORGADA: 3
- Placa dentobacteriana: < 1por Löe y Silness, < 20 % por O'Leary. PUNTUACIÓN OTORGADA: -3
- Flujo Salival: > 5 ml/min. PUNTUACIÓN OTORGADA: -3
- Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados: 2 veces. PUNTUACIÓN OTORGADA: -3
- Aparatos de prótesis u ortodoncia: no utiliza. PUNTUACIÓN OTORGADA: -1
- Enfermedad gingival o periodontal: no presente. PUNTUACIÓN OTORGADA: -2

- Opacidades del esmalte o hipoplasias: no presente. PUNTUACIÓN OTORGADA: -1
- Fluorosis Dental: no presente. PUNTUACIÓN OTORGADA: -1
- Caries: presente y activas. PUNTUACIÓN OTORGADA: 2
- Índice CPO-D = 1.6, mayor al de su población. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 2**
- Caries en padres, hermanos u otro familiar que conviva (abuelos): padres = 6, similar al de su población. PUNTUACIÓN OTORGADA: -1
- Obturaciones defectuosas: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros: no presentes.
 PUNTUACIÓN OTORGADA: -1

PUNTUACIÓN POSITIVA ASIGNADA POR PRESENCIA DE RIESGOS: +7 PUNTUACIÓN NEGATIVA ASIGNADA POR AUSENCIA DE RIESGOS: -17 DIFERENCIA: -10, por tanto es < 0 CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: BAJO RIESGO

ANEXO 19

Sistema de vigilancia y monitoreo del programa de fluoración de la sal de consumo humano

Dra. Maritza de la C. Sosa Rosales. M. Sc.

Metodología

Se analizaron las indicaciones de la OPS/OMS para este tipo de Programas, así como las características de la organización socioeconómica de nuestro país y particularmente de su Sistema Nacional de Salud.

Los Programas de Fluoración de la Sal de Consumo Humano requieren, para lograr su objetivo de prevenir la Caries sin causar daño, y como una de las etapas orientadas por la OPS/OMS, la implementación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre la población objeto, de manera tal que se garantice que las dosis de flúor que se están adicionando son las que realmente necesitan las personas y de que no están manifestando eventos indeseables en ellas. Con el Sistema de Vigilancia Estomatológica existente actualmente en el país ello no se garantiza por lo que se hace necesario su creación a partir de las siguientes premisas:

- Vinculación estrecha con el resto de los sectores de la economía que participan de manera directa o indirecta en la ejecución del Programa: Ministerio de la Industria Básica, Ministerio de Comercio Interior, Ministerio del Transporte; así como con las Direcciones de Atención Primaria, Materno Infantil y los Servicios de Salud del Sistema.
- Cooperación en el proceso de investigación, de formación y capacitación de los recursos humanos con el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología y el MINBAS.
- No duplicar, sino utilizar los subsistemas actuales y la información necesaria de fuentes identificadas, cuando ello sea factible.
- Promover el perfeccionamiento de los subsistemas de información y de vigilancia epidemiológica existentes en Estomatología.
- Movilizar los recursos técnicos disponibles en función del análisis y la respuesta oportuna y eficiente.
- Realizar el análisis periódico de la información procedente del sector y de otros sectores en función de la salud bucal.
- Promover una integración adecuada de los aspectos de promoción de salud, condiciones y
 estilos de vida, insistiendo en que el Programa no implica ingerir más sal, no estimular su
 uso, pues las dosis se regulan en dependencia de la ingesta.
- Establecer el intercambio permanente de información seleccionada con otros sistemas de vigilancia nacionales y lograr la intercomunicación con otros sistemas de vigilancia epidemiológica sobre el flúor a nivel internacional.
- Dotar de métodos rápidos de evaluación epidemiológica y metodología para enfrentar situaciones agudas a los profesionales responsables de la respuesta a todos los niveles.

Objetivo

El objetivo por tanto de este Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa de Fluoración de la de Consumo Humano es "determinar la dosis carioprofiláctica de la concentración de fluoruro en la sal, para lograr la máxima protección contra la Caries Dental con el riesgo mínimo de producir fluorosis".

Organización

Para la operacionalización de la vigilancia nos apoyaremos, como exponíamos en las premisas, en las estructuras del Sistema de Salud y la organización social de nuestro país, aprovechando la vinculación intersectorial y el desarrollo informático, consideramos los siguientes puntos:

- Información: Toda la generada en las diferentes áreas y que sean de interés para cumplir el objetivo de vigilancia epidemiológica de este programa.
- Capacitación: Será responsabilidad de cada institución o sector llevar a cabo la capacitación e información a todos los niveles, en materia de vigilancia a quienes así lo requieran.
- Supervisión y evaluación: Es parte del propio programa y tendrá como objetivo detectar desviaciones, proponer alternativas de solución y retroalimentar la instrumentación de un procedimiento, y se realizará de acuerdo con las bases de coordinación que se celebre con los diferentes sectores que participan.

La Organización, Estructura y Función de la Vigilancia Epidemiológica del Programa de Fluoración deberá permitir que la información generada sea completa, veraz y oportuna de acuerdo con las especificaciones señaladas en él.

De acuerdo con los niveles técnico administrativos del Programa, la vigilancia se estructurará en los siguientes niveles:

- Operativo (local): Comprende el nivel comunitario, representado desde el punto de vista de salud por el área de salud y el servicio estomatológico que se encuentre en ella.
- Municipal: Abarca este territorio y un Estomatólogo que trabaje en uno de los servicios estomatológicos ubicados en el territorio, integrará el Grupo Provincial del Flúor.
- Provincial: Abarca este territorio y tendrán un Jefe de Flúor en cada uno de ellos.
- Nacional: Estará representado por una Comisión Nacional de la cual su Responsable será un funcionario de la Dirección Nacional de Estomatología del MINSAP, e integrado por los Jefes de Flúor de cada una de las provincias, dos químicos, un ingeniero del MINBAS especializado en el proceso industrial de la sal, un matemático, un bioestadístico, un geógrafo, un informático y un representante del MINCIN.

Estos elementos se agrupan funcionalmente en:

- Unidades de Vigilancia: En ellas se incluyen todos los elementos que realicen actividades
 de Vigilancia, entre los que se encuentran los Jefes de los Programas del Flúor, los
 laboratorios de las Plantas Salineras y de los CPHE, y el Centro de Referencia Nacional
 del Flúor. La población es considerada una unidad de vigilancia por cuanto ella notificará
 de manera informal las irregularidades que perciba con relación a la sal o a su salud bucal.
 Los médicos, enfermeras, Estomatólogos y técnicos de atención estomatológica también
 son considerados unidades de vigilancia formal e informal.
- Unidades Normativas: Representada por la Dirección Nacional de Estomatología y asesorada por el Grupo Nacional Interdisciplinario de Fluoración de la Sal, en el cual están representados diferentes sectores socioeconómicos e instancias de salud.

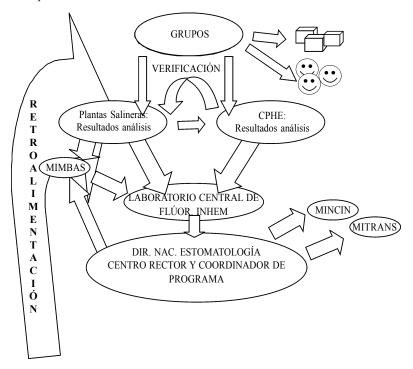
Se puede representar entonces como:

- Centro rector y coordinador: Dirección Nacional de Estomatología.
- Centro de referencia nacional: Laboratorio central del Flúor del INHEM.

- Centros productores: Plantas Salineras y sus laboratorios, pertenecientes al MINBAS.
- Centros de verificación y vigilancia: Grupos provinciales de flúor, subordinados a los Departamentos Provinciales de Estomatología y los laboratorios de los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología, subordinados a las Direcciones Provinciales de Salud.

La Vigilancia del Programa se realizará entonces a través de la recopilación sistemática y continua de la información epidemiológica generada en los servicios de Estomatología, laboratorios, Encuestas de salud bucal e investigaciones en otras áreas e instancias comunitarias, para su procesamiento, análisis, interpretación, difusión y utilización para la retroalimentación del programa.

El flujo de información sobre el cual se ejecutará la Vigilancia es el que se propone en el siguiente esquema:



Como se puede apreciar en el esquema la información sobre los diferentes objetos de vigilancia fluye desde los grupos de flúor, como centros activos y verificadores, hacia las Plantas Salineras y los CPHE, cuyos laboratorios son contrapartida directa de los laboratorios de las Plantas, y de ambos centros son enviados hacia el Laboratorio Central del INHEM, el cual actúa, como decíamos anteriormente como centro nacional de referencia, donde es procesada y enviada a la Dirección Nacional de Estomatología, la que como ente coordinador y rector de la actividad tomará las decisiones para eliminar desviaciones o efectos indeseables que sean detectados evitando el fracaso del programa o daños a la salud de la población. La Dirección retroalimentará a los Grupos Provinciales del Flúor, y al resto de los sectores de la economía involucrados en el Programa, fundamentalmente, MINBAS, MINCIN y MITRANS, manteniendo informado a la máxima dirección del MINSAP sobre la marcha del Programa.

Esta información fluirá a través de un programa informático sobre el cual trabaja SOFTEL y la irección de Informática del Ministerio, cuyo diseño fue presentado y aprobado en el Fórum especial de Informática en Salud, celebrado en 1999 en Cienfuegos.

El universo objeto de vigilancia será:

- La población de Cuba, la cual se dividirá para los conceptos del Programa y de su Vigilancia en dos subgrupos:
 - Aquella que ingiere agua con niveles óptimos o altos de flúor y que por tanto no debe ni puede consumir sal fluorurada y sobre la cual la vigilancia será mucho más activa.
 - Aquella que no ingiere agua con flúor en niveles óptimos o altos y que por tanto debe y puede consumir la sal fluorurada.
- La Sal de Consumo Humano, durante su producción, distribución y propio consumo.
- Las fuentes de abasto de agua de consumo humano del país.
- Otros métodos preventivos utilizados en Cuba.
- Las Cremas dentales fabricadas e importadas, fundamentalmente las que se usan con mayor frecuencia por la población.
- Los alimentos y bebidas, tanto los producidos en Cuba como los importados.
- La sal de importación y que se expende en la red de tiendas recaudadoras de divisas.

Los métodos que se utilizarán para la Vigilancia serán:

- Observación: Se usará en las Encuestas epidemiológicas que se realicen a la población para la identificación de fluorosis dental y prevalencia de Caries Dental.
- Verificación: Se utilizará en las fases de producción, distribución y consumo para determinar que se realice lo establecido.
- Comprobación: Se analizarán las muestras de sal de las plantas productoras y los resultados de sus laboratorios, así como aquellas analizadas por los CPHE y sus resultados en el laboratorio central
- Químico: Se empleará en el análisis de las muestras de orina, agua, sal, y alimentos para determinar las concentraciones de flúor en estos elementos.

Se plantea que la Vigilancia se soporta en dos métodos:

- Químico: Es la vigilancia que se realiza sobre la sal y el agua.
- Biológico: Es la que se ejecuta sobre el hombre: orina y prevalencia de fluorosis dental.

Etapas de la Vigilancia del Programa

La Vigilancia Epidemiológica en el Programa comprende tres etapas las que se corresponden con las de la implementación del Programa:

I. Etapa de Factibilidad o Inducción. En ella las acciones se refieren a:

- Determinación de los niveles de flúor en agua de consumo humano, de acuerdo a los rangos establecidos de bajo, medio, óptimo y alto.
- Ingesta o consumo de sal por persona y día.
- Estudio Nacional sobre la prevalencia de Caries Dental y Fluorosis.
- Determinación de concentraciones de flúor en las cremas dentales.

Las acciones primera y tercera ya se han realizado en nuestro país y sus resultados se expusieron en este mismo trabajo. En lo referente a la segunda se tomó como consumo de la población la que se distribuye por la red de comercio minorista y que se entrega mensualmente a la población. No obstante en estos momentos se prepara una investigación de conjunto con Venezuela, Colombia y México para determinar la ingesta total de flúor en los alimentos y de sal en la población, lo cual permitirá un conocimiento más real sobre el tema. No se realizó antes por lo costoso de la investigación y por no ser imprescindible para la implementación del Programa.

La última acción que indica el estudio de las cremas dentales, no se realizó en nuestro país al analizar con los directivos del MINCIN que el 90 % de la población utiliza la de producción nacional "PERLA" la cual no contiene el jon flúor en su formulación.

Hasta hace 4 años la OPS indicaba la determinación de la excreción de flúor en la orina humana como estudio de línea basal, pero esto se eliminó por lo costosa que resultaba esta investigación y los pocos aportes que hacía a la decisión y vigilancia del Programa en este punto. No obstante se recomienda al realizar estudios de ingesta hacer la determinación en orina para comprobar niveles de eliminación, lo cual también realizaremos en nuestro país, de conjunto con los países que hacíamos referencia, a partir del mes de mayo. Además estudiaremos también lo referente a las cremas dentales en la misma población objeto de las dos investigaciones anteriores.

II. Etapa de Implementación. En ella las acciones a realizar son:

Sobre la sal: Comprende las actividades de control de calidad en el proceso de producción y distribución hasta su consumo por la población.

- En las Plantas Salineras: Comprende las actividades de control de la calidad en la producción de la sal, las que implican un monitoreo del flúor:
 - Se monitorea cada hora o dos horas las concentraciones de flúor en la sal, tomando muestras directas y analizándolas en el laboratorio de la Industria. Así mismo se realizarán visitas de verificación por el personal de salud para comprobar que ello se realice, así como la correspondencia con las dosis establecidas por la Dirección Nacional de Estomatología.
- En la Red de Distribución y en los hogares: Se monitorean las líneas de comercialización, los puntos de venta y los hogares, para verificar que el tipo de sal que se comercializa corresponde a la zona. Este control lo llevarán a cabo el personal de salud, específicamente los responsables del Programa en cada uno de los territorios o la persona que el designe para ello.
 - Se realizará con una frecuencia mensual en las zonas identificadas como de riesgo y que son aquellas en las que no puede llegar sal con flúor por tener concentraciones óptimas o altas en las fuentes de agua, tomando la muestra tanto en el almacén de la red minorista como en las propias bodegas o mercados. Las muestras serán analizadas por los Laboratorios de los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología Provinciales.
 - Se realizará con una frecuencia trimestral en el resto de los territorios, para comprobar que las dosis de flúor que tienen los lotes se corresponden con los que refiere la planta productora, así como para verificar si la procedencia se corresponde con el esquema de distribución concertado con el MINCIN, el MITRANS y el MINBAS.
 - Se tomarán muestras de la sal en las propias casas de las personas con una frecuencia mensual en las zonas de riesgo para verificar si están consumiendo la que se expende en su área u otra procedente de lugares en los que se oferta sal con flúor. El muestreo será aleatorio. En las zonas que no son de riesgo esta verificación se realizará semestralmente con el propósito de conocer si en realidad están consumiendo la sal con flúor.

Sobre el agua: Comprende las acciones que se realizarán para determinar las concentraciones de ion flúor presente en ella y que abarca todas las fuentes de abasto del país. Su estudio se estructuró en dos etapas: una primera que abarcaba todas las fuentes de comunidades de 1000 habitantes o más, y aquellas en que existiera referencia de fluorosis endémica; y una segunda que comprende todas las fuentes del país. La vigilancia se ejecutará de la siguiente forma:

Monitoreo de todas las nuevas fuentes de abasto de agua que se abran en el país, para lo
cual se realizaron coordinaciones con el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos y sus
representantes en los territorios actualizando cada seis meses la información referente a
fuentes y redes de abastecimiento. El ejecutor de esta actividad será el responsable del
grupo de flúor en cada una de las provincias.

- Monitoreo de las fuentes de abasto de agua en las que se determinó en el estudio anterior concentraciones de flúor superiores a 0.7, considerada la dosis óptima y teniendo en cuenta que dosis superiores a 1.5 ppm, resultan perjudiciales a la salud y que en nuestro país, por ser muy cálido, las cantidades de agua que se beben son muy altas. Ello permitirá asegurarnos que no existe posibilidad de estar suministrando sal fluorurada en zonas que no lo requieran.
- Se analizará la totalidad de las fuentes de abasto de agua de consumo humano cada dos años en períodos de seca y lluvia.

Sobre las cremas dentales: La vigilancia sobre este elemento aunque no constituye un riesgo para la población al utilizar el 90 % de ella cremas sin ion flúor, si será establecida teniendo en cuenta que cada día se incrementa más el monto de las producidas en Cuba para su venta en la red recaudadora de divisas y las que actualmente tienen altos contenidos de flúor en su formulación. Las acciones serán:

- Análisis de todas las cremas dentales producidas en el país para su aprobación por la Dirección Nacional de Estomatología, lo cual actualmente se hace como complemento al Registro Sanitario que realiza el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos del MINSAP, para garantizar que las concentraciones de flúor en las mismas estén según las dosis recomendadas.
- Análisis de las cremas dentales importadas para garantizar que cumplan el requisito antes expuesto.
- Monitoreo por los Jefes de los Grupos de Flúor de los territorios, en las tiendas recaudadoras
 de divisas y en la red de comercio minorista, para identificar si se está comercializando
 cremas dentales con concentraciones de flúor superiores a lo establecido. En las zonas de
 riesgo esto se realizará mensual y en el resto de los territorios trimestralmente.

Sobre los alimentos y bebidas: Se realizará de conjunto con el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA) y el Instituto de Higiene y Epidemiología, y las acciones que comprenden son:

- Análisis de todos los alimentos y bebidas que se importan y producen en nuestro país, en el Laboratorio Central del Flúor, ubicado en el INHEM, para determinar las concentraciones de flúor en los mismos y a partir de su frecuencia de consumo determinar posibles modificaciones a las dosis de adición de flúor a la sal, o regular su distribución en las zonas de riesgo e inclusive en el país.
- Monitorear los alimentos que se cosechan o producen en las zonas identificadas con niveles superiores a 1.49 ppm, así como identificar las poblaciones que consumen los mismos.
- Monitoreo por los Jefes de los Grupos de Flúor de los territorios, en las tiendas recaudadoras de divisas y en la red de comercio minorista, para identificar si se están comercializando alimentos y bebidas con concentraciones de flúor superiores a lo establecido. En las zonas de riesgo esto se realizará mensual y en el resto de los territorios trimestralmente.

Sobre la Sal que se importa: Esta se realizará en coordinación con el INHA y el INHEM, y las acciones que comprenden son:

- Análisis de todas las marcas de sal que se importen en el país para determinar si las concentraciones de flúor en las mismas se corresponden con las dosis establecidas en nuestro país, y de no ser así no autorizar su Registro Sanitario y por tanto su comercialización en el territorio nacional.
- Monitorear que la distribución de esta sal importada y fluorurada no se distribuya por la red de tiendas recaudadoras de divisas en los territorios en los que se determinó concentraciones con niveles óptimos o altos de flúor en las fuentes de abasto de agua.
- Monitoreo por los Jefes de los Grupos de Flúor de los territorios, en las tiendas recaudadoras de divisas, para identificar si se está comercializando sal fluorurada, lo cual está prohibido, en las zonas consideradas de riesgo, mensualmente.

 Monitoreo por los Jefes de los Grupos de Flúor de los territorios, en las tiendas recaudadoras de divisas, para identificar si se está comercializando sal fluorurada con concentraciones de flúor superiores a lo establecido en las zonas no consideradas de riesgo, trimestralmente.

Sobre otros métodos preventivos: Las acciones en este acápite se ejecutarán teniendo en cuenta las que se pueden realizar independientemente por la población u orientadas por el médico y aquellas que se realizan masivamente u orientadas o ejecutadas por el Estomatólogo.

- Realizadas por el propio paciente: en estas se incluyen:
 - El cepillado con cremas dentales con flúor, el cual se debe suprimir en las zonas identificadas como riesgo, donde el flúor requerido se adquiere por el agua, e incluso llega a ser superior a este. La acción de vigilancia en estos lugares implica un trabajo de educación para la salud que informe sobre los riesgos y logre modificar este hábito
 - La ingestión de tabletas, gotas, comprimidos o suplementos con vitaminas o minerales que contengan altas concentraciones de flúor.
 - La utilización de geles con flúor de manera individual.
 Estas dos últimas formas no son de las más empleadas en nuestro país por no existir costumbre de ello ni expenderse en las farmacias ni tiendas estos productos, no obstante hay que tenerlo en cuenta al realizar la vigilancia sobre la población.
 - Esta información se puede obtener mediante Encuestas, entrevistas y la observación directa de la población, siendo la periodicidad trimestral en zonas de riesgo y semestral en el resto de las áreas.
- Indicadas por el médico: La literatura y la entrevista con investigadores de otros países reportan que muchos pediatras le indican a sus pacientes la utilización de gotas, tabletas y otras presentaciones del flúor para evitar la caries dental sin tener en cuenta las otras vías por las cuales puede estar recibiendo este elemento el paciente lo que causa una sobredosis que puede producir o contribuir a la aparición de fluorosis dental. Aunque esto no es habitual en nuestro país si debe ser objeto de vigilancia y en todos los casos realizar acciones informativas y educativas con la comunidad médica y la propia población.
 - Esta información se puede obtener mediante Encuestas, entrevistas y la observación directa de la población y los médicos, fundamentalmente de familia y pediatras, siendo la periodicidad trimestral en zonas de riesgo y semestral en el resto de las áreas.
- Indicadas o realizadas por el Estomatólogo: En estas se incluyen fundamentalmente la utilización de pastas profilácticas con flúor al realizar la profilaxis dental, las aplicaciones de laca o barniz con flúor y la indicación de enjuagatorios con fluoruro de sodio. En todos los casos se debe excluir estas prácticas de los procederes técnicos, principalmente en las zonas de riesgo. La información se puede obtener mediante la observación y entrevistas a los Estomatólogos y en todos los casos se deben ejecutar acciones informativas y educativas con la comunidad estomatológica y la propia población.
- Acciones preventivas masivas: Estas comprenden en nuestro país:
 - Los enjuagatorios con fluoruro de sodio que se realiza en los niños y adolescentes de 5 a los 18 años de edad, en todas las escuelas primarias, secundarias, preuniversitarias y tecnológicos, con una periodicidad quincenal.
 - Las aplicaciones de laca flúor en los niños de 2 a 4 años, y en las edades de brote de los dientes, en los pacientes con retraso mental y en los niños identificados como hipercariados. Se aplica en los Círculos Infantiles, en las propias casas, en las escuelas primarias, secundarias y especiales, hogares de impedidos físicos y retrasados mentales y en los propios servicios estomatológicos, con una periodicidad que puede ir desde mensual hasta semestral, en dependencia del tipo de paciente y sus requerimientos preventivos.

En el caso de los enjuagatorios estos se mantendrán en todo el país durante los primeros 10 años de implementación del programa, excepto en aquellos lugares donde se identificó concentraciones altas de flúor en agua y que hay manifestaciones de flúor endémico, en los cuales se suspenderán los mismos inmediatamente.

Para el caso de la aplicación de laca flúor ésta se mantendrá en los primeros 5 años de aplicado el Programa, y se valorará su utilización precisa y particular en los pacientes hipercariados y con retraso mental cuando ello sea necesario.

La Vigilancia se realizará de forma activa en las zonas consideradas de riesgo y la información se obtendrá por la observación y la comprobación en las escuelas y servicios estomatológicos, con una periodicidad mensual. Para las zonas que no son de riesgo, una vez transcurrido el tiempo indicado para la supresión de la medida el monitoreo se ejecutará trimestralmente.

Sobre el hombre: La vigilancia sobre este ente, el más importante, comprende, en esta etapa de implementación la determinación de los niveles de excreción de flúor en la orina a los 18 meses de implementado el Programa, en niños de 3 y 4 años de edad, pues en los de dos años se determinará la excreción de flúor mediante el análisis de las uñas, por ser muy dificil la colecta de orina de 24 horas. Esto permitirá el ajuste de las dosis de flúor que se están adicionando a la sal.

III. Etapa de consolidación y mantenimiento: En esta etapa además de mantener todas las acciones establecidas para la segunda fase del Programa, se indica realizar los levantamientos de los Índices CPO-D y CPO-S y fluorosis dental, con intervalos de cinco años, para conocer el impacto de la medida preventiva sobre la incidencia de la Caries Dental, así como posibles manifestaciones de fluorosis, lo que constituye el principal riesgo del Programa. Los estudios de orina se realizarán cada 15 meses.

Capacitación: El Sistema de Vigilancia tendrá, como exponíamos en las premisas, un fuerte componente de capacitación y formación de los recursos en los diferentes niveles y para los diferentes sectores, así como de investigación, lo cual permitirá el perfeccionamiento del Programa y el enriquecimiento del acerbo científico sobre el flúor, sobre el que existen aun muchas lagunas en el conocimiento humano.

Estrategia de implementación del Programa de Fluoración de la Sal de Consumo Humano en Cuba

La implementación del Programa se realizará de forma escalonada, incrementando las Plantas Salineras que fluoruricen la sal de consumo y por tanto la cobertura al 96 % de la población que requiere recibir este producto.

La Dirección Nacional de Estomatología será la responsable de la ejecución, vigilancia y evaluación del Programa, apoyándose en el Laboratorio Central de Referencia del Flúor que para el efecto se creará en el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, y en el resto de las entidades de salud necesarias. Para ello se realizarán los estudios establecidos y se emitirán las regulaciones que se entiendan.

El procedimiento organizativo para el seguimiento, coordinación y evaluación de las actividades serán:

- Reuniones periódicas de la Comisión Nacional, según los plazos que se establezcan.
- Reuniones periódicas con representantes del MINBAS Y MINCIN, según los plazos que se establezcan.
- Visitas de supervisión a los territorios.
- Visitas de control a las plantas salineras.

Método de fluoración y dosificación: Las plantas salineras del país producirán sal fina fluorurada y sal fina no fluorurada, mediante el método de vía húmeda, siendo recomendado para el mismo el fluoruro de potasio. Los rangos recomendados de flúor están entre 200 y 250 ppm. En nuestro caso se iniciará con **200 ppm**, más menos 20 ppm, y se ajustará acorde a los resultados del Sistema de Vigilancia.

Estrategia de prevención: Durante los primeros cinco años del Programa se mantienen los enjuagatorios de fluoruro de sodio a los niños de 5 a 18 años y las aplicaciones de laca flúor en las edades de 2 a 4 años y en las edades de brote, modificándose las edades en que se aplicará este esquema preventivo a medida que pasan los años y como se explica en el Sistema de Vigilancia del Programa.

Estrategia de vigilancia: La Vigilancia del Programa se realiza a través del monitoreo químico y biológico, en las plantas salineras, en la red de distribución y expendio, en los hogares y en la población. Para ello se ha creado una red en todas las provincias que tiene como Centro de Referencia Nacional al Laboratorio de Flúor subordinado a la Dirección Nacional de Estomatología, ubicado en el INHEM.

Toda la información aportada por este Sistema de Vigilancia posibilita al grupo de Fluoración ajustar las dosis, determinar los lugares en los cuales no debe ser utilizada la sal fluorurada y controlar el cumplimiento de las regulaciones establecidas por el MINSAP.

ANEXO 20

Indicaciones para el tratamiento de intoxicaciones por Fluoruros

Dr. Ángel Suárez

Flúor

La principal fuente de flúor en nuestro medio, excluyendo el ácido fluorhídrico es el fluoruro sódico (FNa). Esta sal se utilizó como Insecticida y Rodenticida, así como en la producción de aluminio, sin embargo, hoy se emplea como suplemento de flúor y en las cremas dentales para prevenir la aparición de caries dentales. Además se comenzó la utilización de fluoruro de potasio (FK) para adicionárselo a la sal de consumo humano con el mismo propósito. El principal riesgo relacionado con la *Exposición Crónica* a dicho ión es la *Fluorosis Dental* cuando las cantidades suministradas exceden a las propuestas, sin embargo existe el riesgo potencial de *intoxicación aguda* accidental por la ingesta de sobredosis de preparados orales de flúor. Es bien conocido que cantidades superiores a los 3-5 mg/kg de peso puede suponer un riesgo importante para el niño y los adultos.

Manifestaciones clínicas

La ingesta de cantidades suficientes puede producir:

- · Náuseas.
- · Vómitos.
- Dolor abdominal a los 30-60 minutos de la ingesta.
- Las manifestaciones sistémicas graves (excepcionales) pueden ser:
 - Debilidad muscular.
 - Contracciones tetánicas.
 - Debilidad de músculos respiratorios y aparato respiratorio.

Este elemento tiene la capacidad de inducir: Hipocalcemia, Hipomagnesemia e Hiperpotasemia, así como las correspondientes arritmias cardiacas.

Evaluación y Diagnóstico

- La clínica con el antecedente de la ingestión es la clave del diagnóstico.
- La analítica que contemple: potasio, calcio, magnesio.
- ECG o monitorización del paciente, que contemplan la guía de evaluación del caso.

Tratamiento

- 1. En las ingestas recientes (menos de 4 horas) el lavado gástrico será útil.
- Tras la realización del lavado gástrico, o si no se pudo realizar, es útil la administración de preparados que contengan:
 - · Sales de calcio:
 - Carbonato
 - Gluconato de calcio
 - Leche

• ANTIÁCIDOS que contengan Hidróxido de Aluminio o Magnesio. Cualquiera de ellos formarán Complejos Insolubles con el FLÚOR que minimizarán su absorción.

NO ESTÁ INDICADO EL CARBÓN ACTIVADO PUES NO ABSORBE EL FLÚOR

- 3. Será necesario tratar la Hipocalcemia con:
 - Gluconato de calcio al 10 %: 10 ml de dicha forma de calcio. 2 ámpulas en 100 ml de suero glucosado por vía IV lento a durar 15 minutos. Se puede repetir la dosis si es necesario hasta un máximo de 60 ml en una hora, controlando el ECG y la CALCEMIA.
 - En los casos de niños se adaptarán las dosis al peso del enfermo.
- 4. La Hipomagenesemia se trata con:
 - Sulfatos de Magnesio: 3 g 2 ámpulas IV en 100 ml de suero glucosado en 10 minutos; repetible en función de la Magnesemia.
 - En los casos de niños se adaptarán las dosis al peso del enfermo.
- 5. El resto del tratamiento es sintomático y no existe la posibilidad de Hemodiálisis.

ANEXO 21

Manual de organización y procedimientos para el control del cáncer bucal

Introducción

Uno de los tipos de cáncer de cabeza y cuello más comunes es el cáncer de la cavidad oral, según la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, CIE-O, Códigos 140-146, en nuestro país se encuentra vigente la tercera edición de dicha clasificación. (CIE-O 3) (C00 – C10).

El cáncer comienza cuando las células se transforman en anormales y se multiplican sin control u orden. Estas células forman un crecimiento de tejido llamado tumor. Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). Las células cancerosas pueden invadir el tejido cercano y a veces se diseminan a otras partes del organismo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático del cuerpo.

El cáncer puede ser curable, con la condición de que se haga un diagnóstico precoz de él, ya que es bien sabido que el mejor tratamiento para el cáncer no es la cirugía ni la radioterapia o la quimioterapia sino él diagnóstico temprano y el inicio rápido del tratamiento.

Hay un consenso general en que el estado de la enfermedad en el momento del diagnóstico es el factor determinante más importante en el pronóstico. No hay enfermedad maligna más fácil de curar que el cáncer oral de menos de un centímetro de diámetro. Desafortunadamente como el tamaño y la sintomatología están directamente relacionadas, la mayoría de las lesiones orales son diagnosticadas cuando se vuelven sintomáticas, es decir cuando ya han crecido demasiado.

Como los pacientes no son alertados por el dolor ni por otra señal de peligro, el papel del médico y el Estomatólogo es fundamental, pues tienen la oportunidad, en los exámenes rutinarios, de detectar lesiones todavía asintomáticas de carcinomas tempranos y por lo tanto curables.

Es una trágica paradoja que el porcentaje de supervivencia sea tan bajo en un cáncer que es tan accesible y tan fácil de detectar en los estados iniciales.

Dentro de los factores físico-químicos los más importantes son el tabaco y el alcohol, y debemos añadir a estos las prótesis mal adaptadas, los bordes cortantes de obturaciones o dientes, alimentos muy calientes o muy condimentados.

Es un hecho indudable que el consumo del tabaco es el principal factor de riesgo asociado con cáncer oral y hay que añadirle a sus múltiples sustancias carcinogénicas, otro factor muy importante, el calor.

La mezcla de tabaco y alcohol triplica el potencial carcinogénico de cualquiera de las dos sustancias.

Dentro de los factores de riesgo por infección y virus tenemos el chancro sifilítico de la boca y las lesiones virales por papiloma y herpes. Las infecciones por virus de papiloma humano, y con virus de Epstein Barr se han descrito como factores de riesgo.

¿Cómo logramos hacer un diagnóstico temprano de una lesión precancerosa o definitivamente maligna? Con un examen conciente hecho por el profesional, que debe iniciarse por una

observación de la cara del paciente para ver si presenta una asimetría facial que nos indique un tumor interno y luego por un examen de todas las estructuras anatómicas de la cavidad oral acompañadas de una palpación detenida de esta, ya que algunas pequeñas úlceras están mimetizadas por la saliva o la placa saburral, y no se ven, pero a la palpación se encontrará una zona indurada y fija que nos indicará la presencia de la neoplasia.

Hay signos que nos pueden indicar la presencia de tumores distantes, por ejemplo cuando el paciente, saca la lengua y ésta se desvía hacia un lado, podemos deducir que tiene un tumor, posiblemente maligno, que compromete la base de la lengua o que está infiltrando el hipogloso o el glosofaríngeo.

Antecedentes y justificación

El cáncer bucal incluye: el cáncer del labio, la cavi-dad bucal y la bucofaringe, es la sexta causa más frecuente de incidencia de cáncer para todos los grupos de edad a nivel mundial, particularmente en regiones donde los hábitos de tabaquismo y alcoholismo tienen una alta prevalencia. Es más frecuente en hombres, se incrementa linealmente a partir de los 40 años de edad y presenta amplias variaciones geográficas y temporales. Más de 500 000 casos nuevos anuales se diagnostican en todo el mundo.

En Cuba, según datos del Registro Nacional de Cáncer (RNC), el cáncer bucal se ha encontrado entre las diez primeras causas de incidencia de cáncer en los hombres durante años. Específicamente en los años 2003 al 2005 se mantuvo en el sexto lugar entre todas las localizaciones del sexo masculino, alrededor del 4 % de todas las reportadas en este sexo.

En los últimos 10 años la tasa de incidencia se encuentra entre 7.8 y 11.3 por cada 100 000 hombres y entre 2.9 y 4.7 por cada 100 000 mujeres. Hay una Razón de 3 hombres por mujer. Las tasas de mortalidad oscilan entre 3.8 y 5.2 en hombres y entre 1.6 y 2.1 por cada 100 000 mujeres. La tasa de supervivencia observada a 5 años se estima en alrededor de 41.6 %.

La localización más frecuente es lengua. Labio tiene las más altas tasas de supervivencia y lengua las más bajas.

La información de los últimos años sobre la distribución por estadíos clínicos al momento del diagnóstico, refiere que alrededor del 30 % de los pacientes con cáncer de la cavidad bucal no fueron estudiados. La distribución de las etapas I y II fue de 58 % y de las etapas III y IV alrededor del 42 %. En los últimos años se ha observado un incremento sucesivo de las etapas III y IV a expensas de una disminución de los diagnósticos en etapas tempranas (I y II).

El diagnóstico temprano sigue siendo el factor pronóstico más importante, de tal modo que en los tumores menores de 1 cm el índice de curación es del 100 %. Por el contrario, la aparición de metástasis en los ganglios linfáticos cervicales representa un dato fundamental de mal pronóstico.

En estadios tempranos el cáncer bucal localizado es a menudo asintomático en el momento de la primera consulta. Su detección temprana produce una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad, e incrementa la curación y supervivencia.

En Cuba se implementó desde 1984, —precisando la necesidad de que los Estomatólogos del país se incorporaran a la lucha contra el cáncer—, un Programa organizado de pesquisaje de cáncer bucal. Este programa utilizó desde sus inicios, Estomatólogos para realizar el examen bucal y propuso que todos los sujetos de 15 y más años recibieran anualmente un examen de la boca y del cuello por los Estomatólogos de atención primaria en el momento que acudan a las clínicas estomatológicas. La cobertura completa no se ha alcanzado debido probablemente, a que la población supuestamente sana no demanda el chequeo anual del complejo bucal y, en gran parte, este pesquisaje se caracteriza por ser un pesquisaje pasivo, aunque contempla a los pacientes que sean vistos en pesquisajes activos por el Estomatólogo y el médico de familia.

Las actividades de promoción y prevención de salud en la Atención Primaria están destinadas principalmente a orientar el auto examen bucal y a modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y del alcohol. Se observa disminución de las tasas de Leucoplasia y otras lesiones preneoplásicas en poblaciones que reducen su consumo

Es indiscutible el papel del Estomatólogo en la prevención primaria (promocionando un estilo de vida saludable) y secundaria (diagnóstico precoz) del cáncer oral, haciéndose imprescindible al saberse que en aproximadamente la mitad de los casos, el cáncer oral va precedido por lesiones premalignas o precancerizables, por lo que un diagnóstico precoz influirá notablemente en la tasa de supervivencia, reduciendo la morbilidad y mortalidad. Sin embargo, un gran por ciento de tumores son diagnosticados en un estadío de evolución muy avanzado lo cual conduce a la necesidad de tener que aplicar técnicas terapéuticas agresivas que alteran notablemente la calidad de vida de los enfermos.

El cáncer oral, constituye una patología con implicaciones psicosociales cuando los casos llegan a la consulta en períodos avanzados y demandan tratamientos mutilantes con la consiguiente imposibilidad de reintegrarse al trabajo en corto plazo y problemas de adaptación social.

El Cáncer de la cavidad bucal es un serio problema de salud pública que causa gran morbilidad y mortalidad que no ha mejorado en décadas. Es por tanto un verdadero desafío para nuestro país. Su pronóstico depende fundamentalmente del diagnóstico precoz de lesiones sospechosas en boca, por lo cual es importante mantener adiestrados a los profesionales de la salud particularmente Estomatólogos y médicos para reducir las devastadoras consecuencias de esta enfermedad.

Objetivos específicos

- Desarrollar actividades de promoción y educación, prevención primaria para mantener a la persona sana como tal, eliminando las lesiones preneoplásicas y malignas del complejo bucal
- Identificar y diagnosticar toda lesión o estado preneoplásico y maligno del complejo bucal en etapa temprana.
- 3. Ofrecer tratamiento, rehabilitación y seguimiento evolutivo a los casos detectados en las diferentes etapas clínicas del cáncer bucal.
- 4. Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutarán las acciones del Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC), en los servicios estomatológicos, y promover la actividad investigativa.
- Controlar y evaluar periódicamente el cumplimiento de las acciones en todos los servicios estomatológicos y territorios.

Universo de trabajo

Se realizará el examen del complejo bucal a toda la población que acuda espontáneamente a los servicios de Estomatología. El pesquisaje activo anual de las lesiones del complejo bucal se realizará a todo sujeto de 35 años y más durante las actividades de terreno de médicos y licenciados en tecnología de la salud en atención estomatológica; en el chequeo integral a la familia cubana; y en las consultas externas de médicos y Estomatólogos en las siguientes instituciones de atención médica:

- · Consultorios del Médico de la Familia.
- · Servicios Estomatológicos.
- Instituciones de Asistencia Social.
- Otros centros laborales, educacionales y de salud.

Actividades

1. Desarrollar actividades de Promoción, Educación para la Salud y prevención primaria de las lesiones preneoplásicas y malignas del complejo bucal.

- Detectar y disminuir o eliminar hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal como fumar, ingerir bebidas alcohólicas y otros.
- Enseñar a la población el método del auto examen de la boca como medida para detectar tempranamente las lesiones preneoplásicas y malignas bucales.

- Detectar y eliminar todo elemento que cause alteración en la mucosa bucal, como prótesis mal ajustadas, dientes en mal estado y otros.
- Difundir mediante los medios masivos de comunicación la importancia de la realización del examen de la boca como método de prevención y curación oportuna de las lesiones o estados premalignos y malignos del complejo bucal.
- Coordinar con las organizaciones de masa la divulgación de estas acciones con el objetivo de motivar a la población para realizarse su auto examen bucal y acudir a que le realicen el examen del complejo bucal.
- Realizar intervenciones educativas para modificar hábitos y estilos de vida no saludable en la población expuesta para disminuir la incidencia y mortalidad para lo cual es necesaria la participación social y comunitaria.

2. Identificar y diagnosticar toda lesión o estado premaligno y maligno del complejo bucal en etapa temprana.

- Realizar el examen del complejo bucal a toda la población cumpliendo la metodología establecida como método de diagnóstico de las lesiones preneoplásicas y malignas de la boca, registrándolo en la Hoja de Cargo
- Remitir o interconsultar con Cirugía Maxilofacial los pacientes con sospecha de lesión premaligna o maligna del complejo bucal. Llenar el anverso del modelo de Remisión de caso según lo establecido y proceder a dispensarizar al paciente.
- Confirmar en el servicio de cirugía maxilofacial correspondiente, mediante investigación anatomopatológica, las lesiones presuntivamente malignas. Retroalimentar al servicio estomatológico el resultado, fuese positivo o negativo, ubicando diagnóstico definitivo en el reverso del modelo de Remisión de caso.
- En caso de ser positivo, el cirujano de asistencia llenará el modelo de reporte de caso de cáncer según establece la resolución 6/86 del MINSAP, lo cual implica la adecuada evolución.

3. Ofrecer tratamiento, rehabilitación y seguimiento evolutivo a los casos detectados con cáncer bucal.

- Los casos con lesión premaligna deberán ser atendidos por el Cirujano Maxilofacial del servicio que le corresponde al área de salud con seguimiento por el Estomatólogo básico o general integral responsable de su atención, hasta su total curación y rehabilitación.
- Los casos reportados de cáncer serán remitidos por el Servicio de Cirugía Maxilofacial
 a los Servicios de Oncología de Cabeza y Cuello acreditados para brindar atención
 oncológica, incluidas: tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia, según se
 requiera. Cumplir lo establecido por el Reglamento de Estomatología y Hospitales para
 la garantía de la continuidad de la atención.
- Todos los casos reportados de cáncer que fuesen a ser intervenidos quirúrgicamente deberán ser evaluados por los servicios de la Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial, para garantizar siempre que fuese posible por las características del paciente, la rehabilitación en el propio acto quirúrgico, garantizando la calidad de vida y reinserción social de estos pacientes.
- Ofrecer por el servicio estomatológico que le corresponda atención estomatológica priorizada antes del tratamiento quirúrgico, quimioterapia o radioterapia.
- Dispensarizar a los pacientes que han recibido tratamiento oncoespécifico.
- Ofrecer tratamiento de rehabilitación a todos los pacientes que han recibido tratamiento oncoespecífico.
- Mantener un control evolutivo de los casos tratados en cualquiera de sus etapas clínicas.
- Establecer y mantener coordinación e integración entre los distintos servicios de atención que garantizan la continuidad a todos los pacientes con cáncer, incluida su rehabilitación.

4. Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutarán las acciones para el control del cáncer bucal dentro del Programa Nacional para el Control de Cáncer (PNCC) y promover la actividad investigativa.

- Lograr una formación de pregrado que permita a Estomatólogos, médicos y licenciados en atención estomatológica, desempeñar su responsabilidad en este programa.
- Lograr que los médicos, Estomatólogos y personal licenciado conozcan las características y procedimientos para la aplicación del Programa.
- Elevar y mantener el nivel científico-técnico del personal que intervendrá en la ejecución del Programa, a través de los cursos y entrenamientos de postgrado.
- Desarrollar investigaciones relacionadas con los diferentes aspectos del componente bucal del Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC).

5. Cumplir con el Sistema de Información Estadística establecido.

- Llenar adecuadamente por los Estomatólogos, cirujanos maxilofaciales y otro personal involucrado los modelos establecidos para cada uno de las acciones.
- Controlar por los directivos de las instituciones el correcto llenado de los modelos y flujo de la información.

6. Evaluar mensualmente en los consejos de dirección de los servicios estomatológicos y los territorios el seguimiento a las acciones para el control del cáncer bucal.

- Los reportes estadísticos determinando las violaciones en el mismo.
- El cumplimiento de las acciones antes expuestas.
- Los fallecidos por cáncer bucal.
- Dispensarización de los pacientes remitidos con cáncer y lesiones premalignas.
- Inasistentes a consultas de cirugía maxilofacial.
- Control de los riesgos de los pacientes con lesiones premalignas y atención curativa de estos.
- Rehabilitación de los pacientes atendidos con cáncer bucal y lesiones premalignas.

Estructura organizativa para el control del Cáncer Bucal

Nivel Nacional

El Grupo Especial de Trabajo Nacional (GETN) para la organización y control del Cáncer Bucal, se subordina al Programa Integral para el Control del Cáncer, conducido por la Unidad Nacional de Control del Cáncer (UNCC) y la Dirección de Estomatología, pertenecientes al área de Asistencia Médica y Social del Ministerio de Salud Pública.

Cuenta con un Jefe y un secretario y esta integrada por expertos representantes de las siguientes instancias:

- UNCC
- · Dirección Nacional de Estomatología.
- Instituto Nacional de Oncología.
- Centro Nacional de Educación para la Salud.
- Dirección Nacional de Hospitales.
- Grupo Nacional de Cirugía Maxilofacial.
- Grupo Nacional de Oncología.
- Grupo Nacional de Prótesis (somatoprótesis).
- Grupo Nacional de EGI.
- Expertos en Anatomía Patológica.
- Facultad de Estomatología de La Habana.
- · Docencia Médica Superior.
- Federación de Mujeres Cubanas.

El nivel nacional jerarquizará la actividad y supervisará el desarrollo de las actividades comprendidas para el cumplimiento de sus objetivos.

El Jefe del GET, conjuntamente con la UNCC y la Dirección de Estomatología coordinará el funcionamiento del GET y de las acciones establecidas en el ámbito nacional, en su organización, ejecución y evaluación y rendirá información de su comportamiento al Programa Integral de Cáncer.

El secretario se responsabilizará con la documentación del GET.

Se designará dentro del GET:

- Responsable para el control de los Recursos Humanos y su preparación: garantizando la
 actualización continua de los profesionales y técnicos acorde a su función dentro del sistema.
 Se coordinará con el área de docencia e investigaciones la celebración de seminarios y
 cursos de educación continuada para el personal que participará en la ejecución de las
 acciones
- Responsable para el control de los Recursos Materiales y Equipamiento: lo cual garantizará la continuidad de la atención que requieran los pacientes.
- Responsable para la información estadística: Encargado de la búsqueda y análisis de la información necesaria para el seguimiento y evaluación del cáncer bucal, disponible a través de los modelos establecidos.
- Responsable para la investigación: Encargado de la identificación de las necesidades de investigación, su ejecución y control, de conjunto con la dirección de ciencia y técnica y el programa ramal de cáncer.
- Responsable para la educación para la salud: Encargado del cumplimiento de las estrategias de comunicación y educación a través de diferentes vías, sobre el cáncer bucal, su prevención y detección oportuna.

Nivel Provincial

El Grupo Especial de Trabajo Provincial (GETP) para la organización y control del Cáncer Bucal, se subordina metodológicamente al GETN y administrativamente al Departamento Provincial de Estomatología.

Cuenta con un Jefe y esta integrada por expertos representantes de las diferentes instancias:

- Departamento Provincial de Estomatología.
- Departamento Provincial de Estadística.
- Centro Provincial de Educación para la Salud.
- Departamento Provincial de Hospitales.
- Grupo Provincial de Cirugía Maxilofacial.
- Grupo Provincial de Oncología.
- Grupo Provincial de Prótesis (somatoprótesis).
- Grupo Provincial 1 de EGI.
- Expertos en Anatomía Patológica.
- Facultad o Departamento Docente de Estomatología.
- Federación de Mujeres Cubanas.

El nivel provincial jerarquizará la actividad y supervisará el desarrollo de las actividades comprendidas para el cumplimiento de sus objetivos.

El Jefe del GETP, conjuntamente el Departamento Provincial de Estomatología coordinará el funcionamiento del GET y de las acciones establecidas en el ámbito provincial, en su organización, ejecución y evaluación y rendirá información de su comportamiento al GETN.

El secretario se responsabilizará con la documentación del GET.

Se designará dentro del GET:

 Responsable para el control de los Recursos Humanos y su preparación: garantizando la actualización continua de los profesionales y técnicos acorde a su función dentro del

- sistema. Se coordinará con el área de docencia e investigaciones la celebración de seminarios y cursos de educación continuada para el personal que participará en la ejecución de las acciones.
- Responsable para el control de los Recursos Materiales y Equipamiento: lo cual garantizará la continuidad de la atención que requieran los pacientes.
- Responsable para la información estadística: encargado de la búsqueda y análisis de la información necesaria para el seguimiento y evaluación del cáncer bucal, disponible a través de los modelos establecidos.
- Responsable para la investigación: encargado de la identificación de las necesidades de investigación, su ejecución y control, de conjunto con ciencia y técnica.
- Responsable para la educación para la salud: encargado del cumplimiento de las estrategias de comunicación y educación a través de diferentes vías, sobre el cáncer bucal, su prevención y detección oportuna.

Nivel Municipal

El Grupo Especial de Trabajo Municipal (GETM) para la organización y control del Cáncer Bucal, se subordina metodológicamente al GETP y administrativamente al asesor Municipal de Estomatología.

Cuenta con un Jefe y esta integrada por expertos representantes de las diferentes instancias:

- Miembro del Grupo Provincial de Cirugía Maxilofacial.
- Miembro del Grupo Provincial de Prótesis.
- Miembro del Grupo Provincial de EGI.
- Responsable Docente de Estomatología de la SUM.
- Departamento de Estadística.
- Federación de Mujeres Cubanas.

El nivel municipal jerarquizará la actividad y supervisará el desarrollo de las actividades comprendidas para el cumplimiento de sus objetivos en los servicios estomatológicos subordinados, ya sean clínicas, servicios en policlínicos, en Hospitales u otros centros.

El Jefe del GETM, coordinará el funcionamiento del GET y de las acciones establecidas en el ámbito municipal, en su organización, ejecución y evaluación y rendirá información de su comportamiento al GETP.

El secretario se responsabilizará con la documentación del GET.

Se designará dentro del GET:

- Responsable para el control de los Recursos Humanos y su preparación: garantizando la
 actualización continua de los profesionales y técnicos acorde a su función dentro del
 sistema. Se coordinará con el área de docencia e investigaciones la celebración de
 seminarios y cursos de educación continuada para el personal que participará en la
 ejecución de las acciones.
- Responsable para el control de los Recursos Materiales y Equipamiento: lo cual garantizará la continuidad de la atención que requieran los pacientes.
- Responsable para la información estadística: encargado de la búsqueda y análisis de la información necesaria para el seguimiento y evaluación del cáncer bucal, disponible a través de los modelos establecidos.
- Responsable para la investigación: encargado de la identificación de las necesidades de investigación, su ejecución y control, de conjunto con ciencia y técnica.
- Responsable para la educación para la salud: encargado del cumplimiento de las estrategias de comunicación y educación a través de diferentes vías, sobre el cáncer bucal, su prevención y detección oportuna.

A nivel de servicio estomatológico

Se designará en cada uno un coordinador de las acciones para el control del cáncer bucal, el cual se integra al Grupo Funcional de Cáncer (GFC) de las Áreas de Salud a ellas asignadas, ubicados en los policlínicos. Participa en todas las actividades y tiene todos los deberes que el resto de los miembros del GFC.

El coordinador será el asesor del Director de la Clínica o Jefe de Servicio en Policlínico u Hospital para la organización de las acciones para el control del cáncer bucal en la institución.

Control

Nivel Nacional

Controlará al menos una vez al año el cumplimiento de las actividades y ejecutará visitas de inspección a las provincias.

Nivel Provincial

Controlará trimestralmente el cumplimiento de las actividades y ejecutará visitas de inspección a los municipios y unidades asistenciales.

Nivel Municipal

Controlará mensualmente el cumplimiento de las actividades y ejecutará visitas de inspección a unidades asistenciales.

Nivel de Unidad

Realizará controles mensuales del cumplimiento de las actividades.

Evaluación

El nivel nacional evaluará anualmente los resultados del GET

Funciones

Médico de la Familia

- Realizar el examen de la boca como parte del examen físico general a toda la población que acuda a su Consultorio, incluido el Chequeo Integral a la familia cubana.
- Controlar que a toda la población de 35 años y más de su comunidad le sea realizado anualmente el examen del complejo bucal por el Estomatólogo o licenciado en tecnología en el perfil de atención estomatológica.
- Dispensarizar a los pacientes con lesiones premalignas o malignas del complejo bucal y recoger en la hoja de cargo de consulta y en la historia clínica ambulatoria la realización del examen de la boca.
- Remitir al Estomatólogo a él vinculado, todo paciente al cual se le detecte una afección y verificar su asistencia.
- Colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Maxilofacial.
- 6. Participación en la discusión de fallecidos por cáncer bucal.

Estomatólogo

- 1. Realizar el examen del complejo bucal a toda la población que solicite los Servicios Estomatológicos.
- Hacer constar en la historia clínica del paciente la visita estomatológica y el examen del PDCB.
- 3. Realizarle al menos una vez al año a todo paciente de 35 años y más, que habite en su área de atención, el examen del complejo bucal.
- 4. Examinar anualmente a la población de hogares de ancianos asignados.
- 5. Remitir a la consulta de Cirugía Maxilofacial a todo paciente sospechoso de lesiones preneoplásicas o malignas del complejo bucal y llenarle el anverso del modelo de remisión al Servicio de Cirugía Maxilofacial.
- Dispensarizar y controlar a todo paciente de 15 años y más, remitidos a consulta de Cirugía Maxilofacial.
- Colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Maxilofacial.
- 8. Participar activamente en las actividades científicas tendientes a mejorar la calidad de las acciones para el control del cáncer bucal.
- Participar activamente, en coordinación con las organizaciones de masa, en las tareas educativas del Programa y asesorar al Médico de Familia en el examen y patologías del complejo bucal.
- Cumplir los procedimientos establecidos para el llenado de los modelos del Sistema de Estadística.
- 11. Realizar tratamiento estomatológico priorizado a pacientes remitidos con cáncer bucal, lesiones premalignas o que recibieron tratamiento oncoespecífico.
- 12. Dispensarización de todos los pacientes confirmados con lesiones benignas, premalignas y malignas del complejo bucal para el control de los factores de riesgo, priorización de su rehabilitación protésica y seguimiento anual.
- 13. Participación en la discusión de fallecidos por cáncer bucal.

Director de la Clínica Estomatológica o Jefe de Servicio Estomatológico en Policlínico u Hospital

- 1. Seleccionar el coordinador de las acciones para el control del cáncer bucal que será el representante del servicio estomatológico dentro del Grupo Funcional de Cáncer del área de salud, y que es el responsable y su asesor de esta actividad en su institución.
- 2. Controlar que a todos los pacientes se les realice el examen del complejo bucal para la detección precoz de lesiones premalignas o malignas.
- Controlar que los pacientes cuyo examen del complejo bucal resulte sospechoso se le confeccione el modelo de remisión y se le oriente sobre su atención inmediata en el servicio de Cirugía Maxilofacial.
- 4. Controlar mensualmente la información estadística para conocer el cumplimiento de las acciones para el control del cáncer bucal (pacientes examinados, remitidos e inasistentes).
- 5. Controlar el seguimiento de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Maxilofacial, así como el examen de seguimiento anual de aquellos pacientes con cáncer bucal.
- 6. Coordinar actividades de educación para la salud en su territorio.
- Realizar actividades científicas, desti-nadas a mejorar la calidad de las acciones para el control del cáncer bucal.
- 8. Controlar el tratamiento estomatológico prorizado a pacientes diagnósticados con cáncer bucal, lesiones premalignas o que recibieron tratamiento oncoespecífico.
- 9. Dirigir la reunión de análisis de discusión de fallecidos por cáncer bucal.

Coordinador de las acciones para el control del Cáncer Bucal (Integrante del Grupo Funcional (GF) de Cáncer del Área de Salud)

- 1. Participar en la reunión del GF al cual pertenece, informando logros y dificultades en la organización de la atención integral de los pacientes con lesiones premalignas y malignas del complejo bucal, residentes en el área de salud.
- 2. Participar en el diseño, organización, implementación y control de la Estrategia de Control de Cáncer en su institución (acciones de promoción de salud, detección oportuna, continuidad e integralidad del tratamiento y rehabilitación), como parte del GF, lo que incluye la continuidad de la atención de la población del área de salud.
- 3. Organizar el uso eficiente de los recursos humanos y materiales para garantizar el desarrollo exitoso de las acciones para el control del cáncer bucal en su ámbito.
- 4. Evaluar mensualmente el funcionamiento de las actividades para el control del cáncer bucal en el servicio estomatológico.
- 5. Asesorar al Director de la Clínica o Jefe de Servicio en Policlínico u Hospital para la organización de las acciones para el control del cáncer bucal en la institución.
- 6. Supervisar que el 100 % de los pacientes con cáncer bucal y lesiones premalignas del área de salud estén dispensarizados por el EBS y el equipo de salud bucal.
- 7. Controlar que el 100 % de la población de 35 y más años sea pesquizada por el Estomatólogo o el Licenciado en Tecnología de la Salud en Atención Estomatológica y que se le ejecute el examen bucal a toda la población que acuda espontáneamente a los servicios estomatológicos, y aquellos que reciban el chequeo integral a la familia cubana.
- 8. Controlar que se brinde la consulta de Cirugía Maxilofacial en su institución o en el territorio al cual pertenece su servicio estomatológico, a los pacientes que lo requieran por tener lesiones premalignas, malignas, o ser remitidos por los Estomatólogos Generales Integrales; informando al GF, al GETM y a los directivos de los servicios estomatológicos, las dificultades que existan en su ejecución y continuidad de tratamiento a los pacientes.
- 9. Supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en la toma de las biopsias de tejidos tomados en los salones de cirugía menor de su servicio estomatológico, así como en su conservación, traslado, y retroalimentación de los resultados de su estudio, en estrecha coordinación con el departamento de anatomía patológica del hospital correspondiente, de acuerdo a la regionalización establecida en el territorio.
- 10. Participar en la reunión de análisis de discusión de fallecidos por cáncer bucal.
- 11. Evaluar el cumplimiento de los procedimientos que establece el Registro Nacional de Cáncer para la atención primaria de salud, y que incluye los servicios estomatológicos.
- 12. Establecer una estrecha relación con estadística del servicio estomatológico para la obtención de la información sobre el control del cáncer bucal, garantizando la calidad del dato primario y la oportunidad de los análisis para la toma de decisiones.
- Evaluar el flujo de información estadística referente a las acciones para el control del cáncer bucal en ambos sentidos.
- 14. Coordinar con los responsables docentes de la institución los procesos de educación continua del personal profesional y técnico acorde con las necesidades de aprendizaje de cada uno y del sistema de salud.
- 15. Realizar investigaciones relacionadas con el cáncer y su control, de acuerdo con las prioridades identificadas en su ámbito o por indicación de otras instancias.
- 16. Garantizar la calidad de la atención al paciente con cáncer bucal, mediante:
 - Registro de pacientes con cáncer contra seguimiento.
 - Evaluar la calidad de la atención de los pacientes con cáncer a través de la Historia Clínica Individual y de manera concurrente.
 - Realizar y evaluar el seguimiento de los pacientes a través de visitas al hogar, centro de trabajo, hospital donde se atiende, entre otros.

- Monitorear permanentemente la satisfacción de los pacientes y familiares con la atención recibida en los servicios estomatológicos y otras instituciones.
- Monitorear la satisfacción del personal de salud.
- Buscar soluciones oportunas a las dificultades e insatisfacciones detectadas y mantener informado al director de la clínica o jefe de servicio en policlínico u hospital, cuando no puedan ser resueltas por GF.
- Participar en la discusión de la situación psicosocial de cada paciente y su familia, contribuyendo a la búsqueda de posibles vías de solución a sus problemas.

Cirujano Maxilofacial

- 1. Recibir al paciente con su modelo de remisión del servicio estomatológico.
- 2. Examinar al paciente remitido en consulta de Cirugía Maxilofacial, ya sea en el propio servicio estomatológico a través de interconsultas o en el hospital correspondiente.
- 3. Confirmar el diagnóstico presuntivo ya sea clínico, histológico u otro, responsabilizándose con que se utilice en cada caso la base más válida para el diagnóstico.
- Citar al paciente cuándo haya recibido el informe del Departamento de Anatomía Patológica.
- 5. Si la lesión es benigna, se tratará y retroalimentará al EGI para su dispensarización y control de los factores de riesgo así como para su priorización en la rehabilitación protésica de necesitarlo.
- 6. Si la lesión es premaligna, el paciente es atendido en la consulta de Cirugía Maxilofacial y deberá ser controlada periódicamente su evolución. Se retroalimentará al EGI para su dispensarización y control de los factores de riesgo así como para su priorización en la rehabilitación protésica de necesitarlo.
- 7. Si la lesión es maligna, tratar al paciente en el Servicio de Oncología de Cabeza y Cuello acreditado y asignado a su territorio. De requerir rehabilitación protésica de la cara y prótesis bucomaxilofacial, coordinar con el servicio correspondiente para garantizar esta rehabilitación en el mismo acto quirúrgico o en el menor plazo de tiempo posible según las características del paciente.
- 8. Llenar el reverso del Modelo de Remisión al Servicio de Cirugía Maxilofacial a través del cual quedará constancia de la confirmación diagnóstica así como el estadiamiento según TNM correspondiente, esto último solo para las lesiones malignas.
- Llenar el Modelo de Reporte de Cáncer a todos los pacientes con confirmación diagnóstica de cáncer.
- 10. Imponer tratamiento acorde con las guías prácticas de Estomatología y guías de diagnóstico y tratamiento de cáncer; lo cual deberá tener correspondencia con el Estadiamiento asignado según el TNM.
- 11. Brindar apoyo y asesoría científica al nivel primario de atención.
- 12. Cumplir los procedimientos establecidos para el reporte de la información de las acciones para el control del cáncer bucal y para el Registro de Cáncer.
- 13. Participar en la reunión de análisis de discusión de fallecidos por cáncer bucal del área de salud a él asignado.

Especialista de Prótesis (Rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial)

- Recibir al paciente con su modelo de remisión del cirujano maxilofacial o del equipo de cabeza y cuello.
- 2. Determinar el grado de afectación psicológica del paciente y proceder de acuerdo con ello, previo a su evaluación en consulta multidisciplinarias, estableciendo las posibilidades de rehabilitación protésica de acuerdo con el tipo de lesión y a la intervención quirúrgica.

- 3. Brindar información sobre la futura rehabilitación, ventajas y desventajas así como la aprobación de pacientes y familiares con la propuesta realizada
- 4. Proceder a la confección de la aparatología protésica que corresponda.
- 5. Coordinar con el equipo de Cirugía Maxilofacial la instalación de la prótesis, durante el acto quirúrgico o posterior al mismo.
- 6. Control periódico del paciente, evaluando el grado de satisfacción con el tratamiento recibido.
- 7. Adiestramiento y superación continuada a especialistas y técnicos que acometen esta labor.

Los servicios que integran la Red de Prótesis Bucomaxilofacial y la regionalización establecida para garantizar la referencia de la población son: (se pueden modificar de acuerdo con el desarrollo de la red).

 Servicio del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ), Servicio de la Facultad de Estomatología de La Habana; Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCMH), Servicio del Hospital Luis Díaz Soto.

Pinar del Río

Ciudad de La Habana

La Habana

Matanzas

Isla de la Juventud

 Servicio en Villa Clara (Santa Clara) adjunto al Hospital provincial Clínico Quirúrgico Arnaldo Milian Castro.

Cienfuegos

Villa Clara

Sancti Spíritus

Ciego de Ávila.

Camagüey

• Servicio en Holguín, adjunto al Hospital provincial Clínico Quirúrgico Vladimir Ilich Lenin.

Las Tunas

Holguín

Servicio en Santiago de Cuba, adjunto al Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Saturnino Lora.

Granma

Santiago de Cuba

Guantánamo

Estadística en los Servicios Estomatológicos

- Controlar la calidad del dato primario reportado por los Estomatólogos en las Hojas de Cargo al realizar el examen del complejo bucal.
- 2. Controlar la calidad del dato primario contenido en los modelos de Remisión al Servicio de Cirugía Maxilofacial, dejando constancia de los casos remitidos con los datos de identificación personal completos (nombre y dos apellidos, número de carné de identidad y dirección particular), que permitan su seguimiento y dispensarización por los Estomatólogos.
- 3. Evaluar mensualmente de los casos remitidos la confirmación diagnóstica a través de la retroalimentación, para el seguimiento por los Estomatólogos correspondientes de los pacientes con lesiones premalignas y malignas.
- 4. Recepcionar en el departamento de estadística de los servicios estomatológicos que disponen de salón de cirugía maxilofacial, los listados de anatomía patológica con los casos de diagnóstico positivo de cáncer bucal enviados por los Hospitales correspondientes a su territorio, informando de ello al Cirujano Maxilofacial para el llenado por este del modelo de Reporte de Cáncer según establecen los procedimientos del RNC.
- 5. Cumplir los procedimientos establecidos por el RNC, para los departamentos de estadística de la atención primaria de salud.

Metodología del examen del complejo bucal

Interrogatorio

Puede ser a un paciente asintomático que acude a realizarse un tratamiento de atención general o especializada, o bien tratarse de un paciente con conocimiento de presentar una lesión o síntomas subjetivos. En el primer caso, el interrogatorio va dirigido a buscar datos que se relacionan con el grupo de alto riesgo de padecer cáncer; en el segundo caso, al paciente que consulta por una molestia o lesión específica, se le interroga para relacionar los hallazgos clínicos con la evolución y los síntomas requeridos.

En todos los casos se debe valorar la edad del paciente, hábito de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas, ocupación, padecimientos, enfermedades crónicas y antecedente familiares.

Examen físico

Estomatólogos, Licenciados en Tecnología de la Salud en Atención Estomatológica, y Médicos tienen la responsabilidad de realizar un cuidadoso examen de la cabeza y el cuello como parte del examen físico de sus pacientes.

La exploración puede ser realizada en el mismo local de trabajo del médico o Estomatólogo, como una actividad permanente del trabajo diario e incluso durante la visita al hogar o centro de trabajo, y el examen puede ser más o menos complejo dependiendo del lugar y habilidad del examinador.

El instrumental que se debe utilizar es el habitual del Estomatólogo o en su defecto un depresor de lengua o baja lengua. Lo más importante es una buena iluminación (natural o artificial).

El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos. Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones de las mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables.

El examen se ha simplificado en siete pasos aprovechando al máximo la habilidad del examinador. En estos pasos se dirige el examen a zonas topográficas que tienen continuidad anatómica.

Colóquese al paciente sentado frente al examinador y pídale que retire cualquier prótesis antes de comenzar el examen.

En el primer paso, después de realizar una inspección general de la cara del paciente, donde se detalla cualquier alteración de su fisonomía, se procede a examinar el labio.

1. Labio

Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y el altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina.

La palpación bimanual nos evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos y la consistencia normal de la encía y el labio.

2. Mucosa del carrillo

Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía labial.

Deben recordarse las estructuras normales como la terminación del conducto de la parótida, la línea alba, las glándulas sebáceas ectópicas, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona; la maniobra se repite en el lado izquierdo.

3. Paladar

En este caso incluimos en un bloque de exploración el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila palatina, el rafe medio, las rugosidades palatinas, la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias y, ocasionalmente, el torus palatino.

4. Lengua móvil

Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones.

Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones. Para ello puede tomar el vértice lingual con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente las papilas filiformes, fungiformes, valladas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.

5. Suelo de la boca

Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro.

Para la palpación bidigital del piso de la boca el dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca de cada lado.

Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares, frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis genis (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca). En la cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias.

6. Raíz o base de la lengua y bucofaringe

Inspecciónese la raíz o base de la lengua y el resto de la bucobaringe, auxiliándose del espejo bucal o laringeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal, mientras tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U. Deben identificarse aquí las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoideas de la base de la lengua y las valéculas.

7. Examen del cuello

La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. La metodología a seguir para la ejecución de este examen es la siguiente:

- Paciente sentado y relajado.
- Inspección del cuello con diferentes ángulos de flexión.
- Para la palpación: Manos del examinador tibias.
- El examinador se coloca detrás del paciente.
- Con la mano izquierda del examinador encima de la cabeza del paciente para dirigir los movimientos del cuello del paciente.
- Al mismo tiempo que comienza a palpar el hemicuello derecho inclina ligeramente la cabeza del paciente hacia la derecha para producir relajación muscular.
- Se palpa por delante del esternocleidomastoideo utilizando pinza digital en sentido descendente.
- Se palpan regiones submaxilares y submentales no olvidando examinar con cuidado por la cara interna de la mandíbula, la región retromandibular y parotídea.
- Se examina región supraclavicular y del resto del triángulo posterior.
- Se revisa región de la nuca.
- Mismo procedimiento para el cuello izquierdo cambiando de mano.
- Revisión bimanual de la región tiroidea en posición normal y mandando a tragar al paciente.

Recuerde

Palpe atentamente las zonas de las cadenas ganglionares submandibular, yugular interna, cervical transversa y espinal accesoria y los grupos submentonianos, parotídeos, preauricular, retroauricular y occipital.

Palpe las glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales y la articulación temporo-mandibular.

Para completar la exploración del cuello, sitúese por detrás del paciente y utilizando ambas manos realice la palpación de todo el cuello detectando las posibles diferencias entre las estructuras contralaterales. Aún en ausencia de síntomas, un nódulo cervical unilateral en un paciente de mediana edad es sospechoso de malignidad.

Cuando se note xerostomía o aumento de volumen de algunas de las glándulas salivales debe extraerse y evaluarse la calidad, cantidad y consistencia de la saliva. Para ordeñar la glándula parótida coloque un dedo en el área pre-auricular y mueva el dedo hacia delante siguiendo el camino del conducto. La glándula submaxilar es ordeñada colocando un dedo en el triángulo submandibular del cuello con un movimiento hacia el mentón. La saliva proveniente de las glándulas submandibulares es drenada por el conducto de Wharton localizado detrás de los incisivos inferiores. Las glándulas salivales con funcionamiento normal producirán al menos una gota de saliva clara y acuosa.

Recuerde que los signos de advertencia de cáncer bucal son una úlcera que no cicatriza, una lesión roja o blanca persistente, una lesión que sangra fácilmente, dificultad para masticar o tragar y dificultad para mover la lengua o la mandíbula. El dolor y la irritación pueden o no estar presentes en las lesiones incipientes. Las lesiones traumáticas desaparecen generalmente cuando se suprime el agente etiológico. Las prótesis mal ajustadas son la causa más común de estas lesiones. Las lesiones que persistan después de dos semanas deben someterse a biopsia para confirmar su histología. Los pacientes con lesiones traumáticas sospechosas deben ser remitidos al especialista para su diagnóstico y tratamiento.

Clasificaciones de los carcinomas de la boca

La clasificación vigente es la CIE-O3

Labios (CIE-140)-C00

La clasificación se aplica solamente a carcinoma espinoce-lulares de la superficie cutáneomucosa (mucosa seca) de los labios. Debe haber una verificación histológica de la enfermedad. Todo caso no confirmado debe ser informado por separado. CIE-0 1977 Y CIE-O 1993

Sitios anatómicos

- 1. Labio superior: Superficie cutaneomucosa (mucosa seca) (140.0)-C00.0
- 2. Labio inferior: Superficie cutaneomucosa (mucosa seca) (140.1) C00.1
- 3. Comisuras: (140.6) C00.6

Nota: La superfícies de la mucosa húmeda de los labios se incluyen en la cavidad bucal (ver mucosa bucal).

Ganglios linfáticos regionales: Ganglios cervicales.

Cavidad bucal (CIE-0 141-154) Clasificación 1973 Confirmada 1978

La clasificación se aplica solamente a carcinomas. Debe haber una verificación hitológica de la enfermedad. Todo caso no confirmado debe ser informado por separado.

Sitios y subsitios anatómicos:

- Mucosa bucal.
 - Superficie mucosa del labio superior e inferior (140.3 y 140.4) C00.3-C00.4
 - Superficie mucosa de las mejillas (154.0) C06.0

- Areas retromolares (145.6) C06.2
- Surco buco-alveolar, superior e inferior (145.1) C06.1
- 2. Alvéolo superior y encía (143.0) C03.0
- 3. Alvéolo inferior y encía (143.1) C03.1
- 4. Paladar duro (145.2) C05.0
- 5. Lengua (141) C02
- 6. Superficie dorsal (141.1) CO2.0
- 7. Borde y punta de la lengua (141.2) C02.1
- 8. Cara ventral de la lengua (141.3)- C02.2
- 9. Piso de la boca (144). C04.0
- 10. Ganglios linfáticos regionales: Ganglios cervicales.

Bucofaringe. (146) C10

Regiones, sitios y subsitios anatómicos (146)

La bucofaringe se extiende desde la unión de los paladares óseo y blando hasta el nivel del piso de la valécula.

- 1. Pared anterior (área glosoepiglótica) (146.4)-C10.1
 - Lengua posterior a las papilas caliciformas (base de la lengua o tercio posterior (141.0) C01
 - Valéculas(146.3) C10.0
 - Superficie anterior (lingual) de la epiglotis (146.4) C10.2
- 2. Pared lateral: (146.6) C10.2
 - Amígdalas (146.0) C09
 - Fosa amigdalina y pilares amigdalinos (146.1) C08.0
 - Surco glosamigdalino (146.2) C08.1
- 3. Pared posterior (146.7) C010.3

A la bucofaringe se le aplica el mismo TNM (clasificación clínica pretratamiento) que la cavidad bucal

Glándula parótida (142.0) C07

Glándula submandibular (142.1) C08.0

Glándula sublingual (142.2) C08.1

Glándula salival menor (142.9) C06.9

Clasificacion TNM

Principios de la Clasificación TNM

La agrupación de los casos de cáncer por estadios comienza a realizarse desde el momento en que los clínicos se dieron cuenta que las tasas de supervivencia eran mas elevadas en los casos donde la enfermedad estaba localizada comparado con aquellos donde el tumor se había extendido regionalmente o a distancia.

Primero surgen los términos Tumor Precoz y Tumor Tardío, lo cual implica una progresión en el tiempo. Posteriormente surgen las categorías de extensión local, regional y a distancia y su valor pronóstico. A partir de esta generalización el sistema TNM se concibe con los siguientes objetivos:

- Ayudar al médico que va a decidir un tratamiento.
- Proporcionar información sobre el pronóstico del enfermo.
- Permitir la apreciación de los resultados del tratamiento.
- Facilitar el intercambio de información entre los diferentes centros de tratamiento a nivel mundial
- Promover la investigación clínica en el cáncer de forma uniforme.

Reglas Generales del Sistema TNM

Descripción de la Extensión Anatómica.

T Se basa en la extensión del tumor primitivo.

N Adenopatías Regionales y su extensión.

M Metástasis a Distancia.

Reglas para la Aplicación

Todo caso deberá estar confirmado histológicamente.

Hay 2 clasificaciones para cada localización:

- Una clasificación clínica preterapéutica resultada del examen clínico, la imagenología, las endoscopías, RX panorámica de mandíbula y maxilar para la toma ósea, TAC y RMN que ayudan en la definición de la extensión a hueso y partes blandas respectivamente.
- Una clasificación histopatológica postoperatoria (pTNM).

Después de haber clasificado según las categorías TNM se hará un agrupamiento por estadios según el caso en *Etapas O, I , II, III y,IV*.

En caso de tumores sincrónicos de un mismo órgano solo se clasifica el más avanzado ya que el pronóstico depende de este.

En caso de tumores simultáneos independientes en órganos pares cada uno se clasifica por separado.

Tanto la clasificación TNM como las Etapas pueden ser sub-clasificadas en a, b, c, etcétera. Los requisitos mínimos para la evaluación de las categorías tumor, nódulo, metástasis (TNM) son los que siguen. Si estos no pueden ser obtenidos deben utilizarse los símbolos TX, NX o MX. Las categorías TNM pueden obtenerse mediante los siguientes procedimientos:

Categorías T: Tumor primitivo o primario (Examen clínico).

Categorías N: Ganglios metastásicos cervicales (Examen clínico).

Categorías M: Metástasis a distancia (Examen clínico y radiográfico).

Los sistemas de clasificación son todos de clasificación clínica y están basados en la mejor estimación posible del grado de la enfermedad antes del tratamiento. La evaluación del tumor primario se basa en la inspección y palpación cuando sea posible, y tanto por examen de espejos indirectos como por endoscopia directa cuando sea necesario. El tumor debe confirmarse histológicamente, y pueden incluirse otros datos patológicos obtenidos en la biopsia. Las áreas de drenaje ganglionar correspondientes se examinan mediante palpación cuidadosa. La información de los estudios de imágenes de diagnóstico se puede utilizar en la clasificación. Las imágenes por resonancia magnética ofrecen una ventaja sobre la tomografía computarizada en la detección y localización de tumores de la cabeza y el cuello y para distinguir los ganglios linfáticos de los vasos sanguíneos. Si un paciente tiene recidiva, deberá hacerse una reclasificación completa para seleccionar la terapia adicional apropiada.

El estadiamiento del cuello es similar para todas las localizaciones excepto la Nasofaringe donde los factores pronósticos son diferentes.

Se tienen en cuenta los siguientes factores pronósticos en esta clasificación:

Tamaño del ganglio (< 3 cm, 3-6 cm, > 6 cm).

Número de ganglios.

Bilateralidad o Contralateralidad.

Se utiliza la palpación y la imagenología en el estadiamiento del cuello.

Clasificación clínica pretratamiento de acuerdo con el TNM

Tumor primario (T)

TX: No puede evaluarse el tumor primario

T0: No hay prueba de tumor primario

Tis: Carcinoma in situ

- T1: Tumor no mayor de 2 cm en diámetro mayor
- T2: Tumor mayor de 2 cm pero no mayor de 4 cm en su dimensión mayor
- T3: Tumor más de 4 cm en dimensión mayor
- T4: Tumor invade a través del hueso cortical, nervio alveolar inferior, piso de la boca, o piel facial, por ejemplo, mentón o nariz
 - T4a: (cavidad oral) Tumor invade las estructuras advacentes (por ejemplo, a través del hueso cortical, a los músculos profundos [extrínsecos] de la lengua, [geniogloso, hiogloso, palatogloso y estilogloso] seno maxilar y piel facial).
 - T4b: El tumor invade el espacio masticatorio, placas pterigoideas o la base del cráneo o encierra la arteria carótida interna

(Nota: la erosión superficial por si sola de la cuenca del hueso/diente por gingival primaria no es suficiente para clasificar un tumor como T4.)

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales
- N0: No hay metástasis a ganglios linfáticos regionales
- N1: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, 3 cm o menos en dimensión mayor
- N2: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, más de 3 cm pero no mayor de 6 cm en dimensión mayor; o en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno mayor de 6 cm en dimensión mayor; o en los ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cm en dimensión mayor
 - N2a: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral mayor de 3 cm pero no más de 6 cm en dimensión
 - N2b: Metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, no mayor de 6 cm en su dimensión mayor
 - N2c: Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, no mayor de 6 cm en su dimensión mayor
- N3: Metástasis en un ganglio linfático mayor de 6 cm en su dimensión mayor

En la evaluación clínica, se deberá medir el tamaño real de la masa ganglionar y se deberá dar tolerancia para los tejidos blandos que intervienen. La mayoría de las masas que tienen >3 cm en diámetro no son ganglios solos sino ganglios aglomerados o tumor en los tejidos blandos del cuello. Hay tres estadios de ganglios clínicamente positivos: N1, N2 y N3. No se requiere el uso de subgrupos a, b y c pero se recomienda. Los nódulos de línea media se consideran nódulos homolaterales.

Metástasis a distancia (M)

MX: No puede evaluarse la metástasis a distancia

Estadio IV A

• T4a, N0, M0

• T4a, N1, M0

• T1, N2, M0

• T2, N2, M0

• T3, N2, M0

• T4a, N2, M0

M0: No hav metástasis a distancia

M1: Metástasis a distancia

Agrupación por estadios

Estadio 0

• Tis, N0, M0

Estadio I

• T1, N0, M0

Estadio II

• T2, N0, M0

Estadio III

- T3, N0, M0
- T1, N1, M0
- T2, N1, M0
- T3, N1, M0

Estadio IV B

- Cualquier T, N3, M0
- T4b, any N, M0

Estadio IV C

• Cualquier T, cualquier N, M1

Clasificación histopatológica de los carcinomas de la boca

Clasificación por grados

Grado 1. Numerosas perlas epiteliales, importante queratinización celular con puentes intercelulares, menos de 2 mitosis por campos observadas con gran aumento, raras mitosis atípicas y escasas células gigantes multinucleadas, pleomorfismo celular y nuclear muy reducido.

Grado 2. Perlas epiteliales escasas e incluso ausentes, queratinización celular y puentes intercelulares aparentes, de 2 a 4 mitosis por campos observadas con gran aumento, algunas mitosis atípicas, moderado pleomorfismo de la célula y los núcleos y escasas células gigantes multinucleadas.

Grado 3. Raras perlas epiteliales, queratinización celular prácticamente inexistente y ausencia de puentes intercelulares, más de 4 mitosis por campo observadas con gran aumento, frecuentes mitosis atípicas, pleomorfismo celular y nuclear muy pronunciado, y frecuentes células gigantes multinucleadas.

Definición de carcinoma

- 1. Carcinoma intraepitelial. (Carcinoma *in situ*). Se caracteriza por un acusado pleomorfismo celular y por la desaparición de la polaridad y de la estratificación epitelial. El epitelio presenta, en todo su espesor, signos de malignidad celular. La membrana basal está intacta. Los núcleos son hipercromáticos y presentan amplias variaciones de tamaño y de forma. La relación núcleo-citoplasma está alterada. La cromatina se encuentra en forma de gránulos finos o de gruesos conglomerados y regularmente distribuidos.
 - Los nucleolos son grandes y a menudo múltiples. En todas las zonas del epitelio se observan mitosis, que con frecuencia son anormales. Los tejidos subepitaliales pueden presentar signos de inflamación crónica y vascularización.
- Carcinoma espinocelular. Tumor constituido por una infiltración subepitelial de células
 epiteliales malignas que forman islotes, columnas o hileras irregulares. Las células
 tumorales pueden ser semejantes a algunas de las distintas capas del epitelio escamoso
 estratificado.
- 3. Variedades del carcinoma espinocelular. Ellas son:
 - Carcinoma verrugoso. El aspecto y la evolución de este tumor son característicos. El carcinoma verrugoso presenta un bajo grado de malignidad, crece hacia afuera y erosiona más que invade los tejidos subyacentes, inclusive el óseo. Desde el punto de vista histológico se caracteriza por la presencia de grandes imágenes foliáceas muy queratinizadas, con prolongaciones epiteliales interpapilares, bulbosas y algunas presentan una degeneración central. Las mitosis son raras.
 - Carcinoma fusocelular. A menudo se confunde con un sarcoma o un carcinosarcoma por la forma de huso de una parte o de la totalidad de sus células. Algunos tumores presentan un poco de queratinización pese a la falta de diferenciación; las mitosis pueden ser raras y el tumor no siempre presenta un alto grado de malignidad.
 - Linfoepitelioma (con inclusión del carcinoma sincitial y del carcinoma de célula de transición). El empleo de este término solo está justificado por su amplia utilización. En realidad se trata de una denominación incorrecta, pues el tumor es una variedad del carcinoma espinocelular. La presencia de células mal delimitadas confiere al tumor un aspecto sincitial. Las células son de tamaño intermedias y están dispuestas en masa bastante compactas o en hileras unidas en forma laxa; también pueden aparecer aisladas.

Los núcleos son pálidos, redondos u ovales, con nucléolos bien visibles. En algunas de estas neoplasias se producen focos de diferenciación espinocelular. El tumor se origina en zonas ricas en tejidos linfoides como las amígdalas y el tercio posterior de la lengua, y en general, presenta un estroma linfoide.

Instrucciones para el llenado del modelo 47-22-1 (remisión de pacientes del **PDCB**)

Anverso del modelo

Datos Generales: En este rectángulo debe anotarse, con una letra clara y legible, en los espacios designados al efecto los datos siguientes: Unidad a la que se remite, unidad que remite: provincia, código de la provincia, nombre y apellidos, sexo, edad, dirección y número de carné de identidad.

El resto de los datos se responde marcando una cruz o encerrando en un círculo los códigos, según corresponda a los hallazgos.

Consulta por: Sintomático corresponde al paciente que refiere algún síntoma y el Asintomático si el paciente es detectado sin referir síntoma alguno.

Diagnosticado por: Marcar el número 1 si el Estomatólogo realizó el diagnóstico en consulta y un 2 si fue durante una visita de pesquisaje.

Diagnóstico presuntivo: Las siglas consignadas permitirán identificar el tipo de lesión que presuntamente tiene el paciente, entendiéndose como:

- N.M.: cualquier neoplasia maligna.
- L.E.U.: Leucoplasia en cualquiera de sus formas u otras queratosis.
- N.B.: neoplasia benigna (Lipoma, Papiloma, Adenoma, Ameloblastomas, Fibroma, etcétera).
- L.P.M.: otra lesión o estado preneoplásico (Eritroplasia, Liquen Plano Erosivo, Nevus, Mucosa Atrófica, etcétera).
- Otra lesión: cualquier lesión que no pueda ubicarse en los diagnósticos anteriores (Granulomas, Epulis, Abscesos, etcétera).

Localización de la lesión: Encierre en un círculo o marque con una cruz la localización de la lesión. Se recomienda que cuando un paciente tenga más de una lesión se marque solamente la más importante.

El anverso del modelo termina con el nombre del Estomatólogo que diagnosticó al paciente y la fecha de realizado el examen.

El acápite No será llenado por la Dirección Nacional de Estadística y corresponderá a un número consecutivo para los pacientes remitidos de una provincia durante un año. Al tiempo que completará el código de la provincia.

Reverso del modelo

Estos datos deberán ser llenados por el Cirujano Maxilofacial una vez realizado el diagnóstico definitivo.

Histopatología de la lesión: Encerrar en un círculo o marcar con una cruz el número correspondiente al tipo histopatológico. Los conceptos comprendidos entre el 1 y el 5 corresponden a Carcinoma *in Situ* y Carcinoma Espinocelular o Epidermoide, de acuerdo a su grado histopatológico; el 6 corresponde a cualquier tipo de Adenocarcinoma; el 7 a otra neoplasia maligna diferente a las anteriores (Melanoma, Sarcoma Osteogénico, Fibro-sarcoma, etc.); el 8 a cualquier Neoplasia Benigna (Papiloma Escamoso, Fibrolipoma, Adenoma Pleomórfico, etc.); el 9 corresponde a Leucoplasia, independientemente de su tipo o presencia de Displasia (Leucoplasia Maculosa, queratosis focal, etc.); en el 10 se consigna todo estado preneoplásico y las otras lesiones preneoplásicas (Eritroplasia, Liquen Plano, Nevus, Queilitis Actínica);. en el 11 se consigna cualquier proceso de tipo inflamatorio, independientemente de su variedad o magnitud (Epulis Fisurado, Hiperplasia inflamatoria crónica, etc.); en el 12 se precisará cuando el paciente no presente lesión, porque nunca existió o desapareció espontáneamente durante el proceso de diagnóstico (Estomatitis Aftosa Recurrente Menor); el punto 13 será llenado cuando el proceso se refiera a variaciones de procesos anatómicos normales del complejo bucal (glositis

migratoria benigna, glositis romboidal media, torus palatino, plicas o rugosidades palatinas, etcétera.); en el número 14 se anotará si el diagnóstico no tiene confirmación histológica (solo clínica).

Etapas de la lesión:

No pertinentes: (1) Se refiere a cuando no se trata de una lesión maligna.

Clasificación TNM: Véase clasificación TNM.

Etapas (Etapa clínica):

- I. Se consigna cuando la neoplasia maligna tiene hasta 2 cm.
- II. Cuando la neoplasia maligna tiene más de 2 cm y hasta 4 cm.
- III. Presencia de linfonódulos cervicales.
- IV. Etapa avanzada, no tratable, por gran tamaño o metástasis a distancia.

Diagnóstico definitivo: Se consignará el diagnóstico definitivo, el cual debe relacionarse con el histológico para completar este. Aquí deberá escribirse por ejemplo: Melanoma del Paladar Duro, Adenoma Pleomorfo de Glándula Submaxilar, un diagnóstico histológico de 11, podría ser completado como Epulis Fisurado de la Encía Superior.

Informe al RNC: En caso de neoplasia maligna deberá consignarse si se informó con el correspondiente llenado del modelo al Registro Nacional de Cáncer o no.

Al final deberá consignarse el nombre y apellidos del Cirujano Maxilofacial que completa el modelo y la fecha de llenado de este.

Indicadores

De Estructura y Recursos

- 1. Número de Cirujanos Maxilofaciales por provincia según municipios.
- 2. Número de servicios de Cirugía Maxilofacial por provincia según municipios.
- 3. Número de Cirujanos maxilofaciales entrenados en tratamiento oncoespécifico del cáncer bucal por provincia.
- 4. Número de servicios acreditados para el tratamiento del cáncer bucal.
- 5. Número de especialistas en Prótesis dedicados al servicio de rehabilitación de cara y prótesis bucomaxilofacial por provincia.
- 6. Número de servicios para la rehabilitación de cara y prótesis bucomaxilofacial por provincia.

De Proceso

- Porcentaje de pacientes examinados para la detección del cáncer bucal del total de pacientes atendidos, según grupos de edad y provincias.
- 2. Porcentaje de población adiestrada en la ejecución del autoexamen del complejo bucal según grupos de edad y provincias.
- Porcentaje de pacientes remitidos del total de examinados, según grupos de edad, sexo y provincia.
- 4. Porcentaje de inasistentes a la Consulta de CMF del total de remitidos.
- 5. Porcentaje de pacientes dispensarizados con cáncer bucal por el Estomatólogo general integral del total de pacientes con cáncer.
- Porcentaje de coincidencia de reporte de pacientes con cáncer bucal entre lugar de residencia y unidad informante.
- 7. Porcentaje de pacientes atendidos en cirugía maxilofacial según diagnóstico definitivo por lesiones premalignas y malignas según localización de la lesión, grupos de edad, sexo y provincia.
- 8. Porcentaje de pacientes atendidos en cirugía maxilofacial según localización de las lesiones premalignas y malignas, grupos de edad, sexo y provincia.

- Porcentaje de coincidencia entre diagnóstico presuntivo y definitivo según localización de la lesión y provincia.
- Porcentaje de correspondencia entre el TNM y el estadiamiento asignado a cada caso, según localización de la lesión y provincia.
- Porcentaje de pacientes diagnosticados según etapa clínica según localización de la lesión y provincia.
- Porcentaje de pacientes sin etapa clínica al diagnóstico según localización de la lesión y provincia.
- 13. Porcentaje de casos diagnosticados con verificación histológica, según localización de la lesión y provincia.
- 14. Porcentaje de casos con verificación histológica del total de reportados al RNC.
- Promedio de tiempo entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo por provincia.
- 16. Porcentaje de Casos reportados solo por Certificado de defunción.
- 17. Porcentaje de casos reportados al RNC.
- 18. Porcentaje de pacientes tratados por los servicios de rehabilitación de la cara y prótesis buco maxilofacial durante la intervención quirúrgica o antes del mes.

De Resultado

- 1. Porcentaje de pacientes pesquisados en etapa I y II del total de pacientes diagnosticados, según edad, sexo, localización de la lesión y provincia.
- 2. Tasa de incidencia de cáncer bucal por edad, sexo, localización de la lesión y provincia.
- 3. Tasa de mortalidad por cáncer bucal por edad, sexo, localización de la lesión y provincia.

Tratamiento. Consideraciones generales

El tratamiento del cáncer en la actualidad es efectuado por equipos multidisciplinarios donde participan cirujanos, oncólogos, radioterapeutas, radiólogos, patólogos, y otras especialidades relacionadas con la rehabilitación del enfermo. Las decisiones se toman en conjunto y se discuten los casos con todos los elementos en colectivo. El paciente y sus familiares deben jugar un papel activo en la toma de decisiones y es responsabilidad del médico hacerle comprender todos los aspectos relacionados con su enfermedad y su tratamiento. En cabeza y cuello se trata de enfermos generalmente con hábitos nocivos tales como alcoholismo, fumadores, con deficiente estado nutricional y bucodental, portadores de prótesis desajustadas o no rehabilitados, asociados a factores sociales y culturales desfavorables. Los tratamientos con frecuencia dejan secuelas estéticas y funcionales que requieren de una recuperación prolongada, de ahí la importancia de garantizar, siempre que las características del paciente lo permitan, su rehabilitación de la cara y buco maxilofacial en el mismo acto quirúrgico o en el menor tiempo posible. En general los tratamientos pueden ser Oncoespecíficos cuando están dirigidos al tumor y Sintomáticos cuando es solo para controlar las molestias del paciente. En ocasiones se decide mantener en observación un paciente ya que su tumor es menos peligroso que el tratamiento que este demanda.

Objetivos del tratamiento

- 1. Control del tumor primario y sus metástasis.
- 2. Calidad de Vida.
- 3. Prevención.

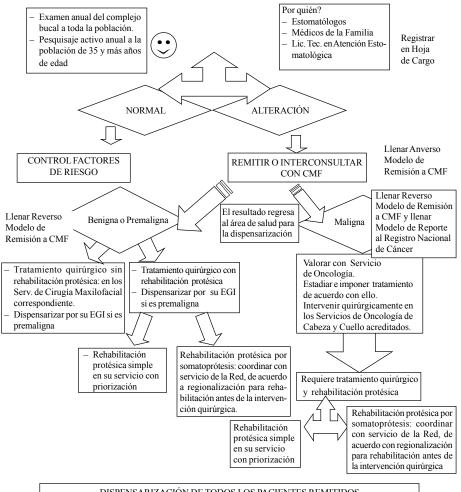
No siempre se logran los tres.

Control del tumor

Es el objetivo más importante para lo cual se cuenta con diferentes opciones terapéuticas:

- Cirugía
- · Radioterapia
- · Quimioterapia
- · Tratamiento Combinado

ALGORITMO PARA LAS ACCIONES PARA EL CONTROL DEL CÁNCER BUCAL



DISPENSARIZACIÓN DE TODOS LOS PACIENTES REMITIDOS Y DE LOS CONFIRMADOS PARA SU SEGUIMIENTO Y CONTROL POR EL ESTOMATÓLOGO Y EL MÉDICO DE LA FAMILIA ANUALMENTE

Bibliografía

Consensus Conference. Magnetic Resonance Imaging, JAMA 259 (14): 2132-2138, 1988. (PUBMED Abstract).

Harrison L.B., Sessions R.B., Hong W.K. (editors): Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1999.

Wang C.C. (editors): Radiation Therapy for Head and Neck Neoplasms, 3rd ed., New York, Wiley-Liss, 1997.

Lip and Oral Cavity, in American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging Manual, 6th ed., New York, Springer, 2002, pp. 23-32.

Cancer in Five Continents, vol. VI, IARC, No. 120, Lyon, 1992.

ANEXO 22

Programa de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial

Introducción

Desde su aparición, el hombre ha enfrentado agresiones del medio en que ha desarrollado su actividad, por lo que se ha visto obligado a dar soluciones a diferentes situaciones y problemas vinculados a la supervivencia y el mejoramiento de los niveles de vida.

Ninguna parte del cuerpo revela el carácter de la persona como el rostro, ninguna es capaz de expresar las sensaciones, sentimientos y emociones del hombre como la cara, por lo que cualquier defecto en el rostro genera entre otros, un sentimiento de minusvalía y provoca traumas psíquicos en ocasiones difíciles de erradicar. Por esto se han realizado ingentes esfuerzos para dar solución a estas patologías.

La idea de utilizar las prótesis faciales se remonta a épocas antiquísimas, como testimonian algunas momias Egipcias que aparecen con narices y orejas artificiales así como ojos confeccionados de piedra y mosaico. Estas prótesis encontradas en la antigüedad fueron construidas con una amplia gama de materiales como por ejemplo: Los chinos utilizaron el jade, los hindúes el marfil, los egipcios el cuero, las tribus costeras conchas, etcétera.

En el siglo xvi Ambrosio Pare es la figura relevante en el desarrollo protésico, aunque la prótesis moderna con implicaciones morfológicas y funcionales hizo su aparición a finales del siglo xix.

Después de la Segunda Guerra Mundial fueron desarrollados otros materiales como: vulcanita, poliuretanos, porcelana, resinas acrílicas y siliconas. Rahn y Boucher denominan a la Prótesis Maxilofacial "al arte y ciencia que comprende la rehabilitación morfofuncional de las estructuras intra y parabucales por medios artificiales, no solo restableciendo la forma y función adecuadas sino que conserva las estructuras remanentes ya sean duras o blandas en buen estado de salud lo que trae consigo la reincorporación del individuo a la sociedad".

Las Prótesis Bucomaxilofaciales pueden ser realizadas en los defectos: Oculares, Orbitales, Nasales, Auriculares, Maxilares, Mandibulares, Craneales y Complejos.

Antecedentes y justificación

El desarrollo acelerado de las especialidades quirúrgicas en todo el territorio nacional, si bien daba solución a lesiones del macizo cráneo-facial, por otra parte aumentaba la demanda de rehabilitación que permitiera mejorar la calidad de vida de estos pacientes; de manera que se produce un acumulado de pacientes que no podían ser rehabilitados ante lo insuficiente de los servicios que se brindaban.

A partir del año 1968, en la Facultad de Estomatología da La Habana, se comienzan a prestar atenciones de rehabilitación de la cara y prótesis buco maxilofacial, con recursos humanos y materiales muy limitados y con pocas horas de labor asistencial. Posteriormente en Santiago de

Cuba se comienza a brindar estos servicios y después en el Hospital Luis Díaz Soto, todos con similares limitaciones.

Esto implicaba a que algunos pacientes, a través del MINSAP, fueran enviados al extranjero a recibir tratamiento, lo que representó grandes erogaciones de divisas.

Teniendo en cuenta todo esto, se decidió crear la Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial inaugurada el 14 de junio de 1999, y en el año 2001 se elaboró el Programa de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial en el que se exponían las principales acciones a ejecutar por las instituciones del Sistema Nacional de Salud para garantizar el funcionamiento de la Red.

La mutilación producida por los defectos faciales afecta de manera importante la psiquis de los pacientes. El sentido que el individuo le da al defecto, depende de su personalidad, la etiología de la lesión, las circunstancias en las que se produjo esta, la actitud de la familia y el entorno que lo rodea, aspectos que hay que tener en cuenta en la valoración psicológica previa a la rehabilitación de cada paciente.

El proceso de aceptación ante esta nueva situación y las limitaciones que ella genera es un proceso lento que produce una serie de temores e inseguridades, haciendo que la persona se vuelva ansiosa, deprimida, inestable emocionalmente y en algunos casos agresiva, esto requiere por parte del rehabilitador un alto nivel de humanismo, espiritualidad y ética para integrar al paciente a la sociedad.

Propósito

Contribuir a elevar la calidad de vida de los pacientes con lesiones que afectan la región del macizo cráneo facial, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, contribuyendo a la reincorporación del individuo a la sociedad y con ello incrementar su satisfacción.

Objetivos (1974)

General

Brindar atención mediante una red territorial de servicios en los que se realicen tratamientos de las afectaciones del complejo Bucomaxilofacial de manera multidisciplinaria a todas las personas que lo requieran en el país.

Específicos

- 1. Organizar los servicios para garantizar la atención de la población.
- 2. Desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades
- 3. Ofrecer tratamiento multidisciplinario en la rehabilitación Bucomaxilofacial de todo paciente que lo requiera.
- Garantizar la calidad de la atención integral que se brinda en los servicios que integran la red.
- 5. Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el programa.
- Desarrollar investigaciones que respondan a problemas principales de la Prótesis Bucomaxilofacial.

Límites

De espacio:

Este programa se desarrollará en todo el territorio nacional a través de la Red Asistencial Nacional, con un sistema de referencia territorial.

De tiempo:

Tendrá una vigencia de 5 años, posterior a lo cual se revisará para su actualización y perfeccionamiento de ser necesario.

Universo

Población

Todas las personas residentes del país que lo requieran y aquellos extranjeros que según lo establecido para su atención lo demanden, entre los cuales se incluyen los pertenecientes al Plan Venezuela y al Programa Integral de Salud para Latinoamérica y el Caribe.

De trabajo

Está constituido por toda la red de servicios de salud del país:

- Clínicas, Departamentos y Servicios Estomatológicos.
- · Consultorios Médico de la Familia.
- · Policlínicos.
- Hospitales (Clínico-Quirúrgicos, Pediátricos Generales, Municipales y Rurales).
- · Servicios en centros escolares.
- · Servicios en centros laborales.
- · Servicios en Hogares de Ancianos e Impedidos.
- · Servicios en instituciones Sociales.
- · Otros servicios.

Se referirán los casos que requieren atención hacia aquellas unidades responsabilizadas con ello y que actualmente son las que se relacionan a continuación:

- Servicio del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. (CIMEQ), Ciudad de La Habana.
- Servicio de la Facultad de Estomatología de La Habana; ISCM-H. Ciudad de La Habana.
- Servicio del Instituto Superior de Medicina Militar, Hospital Luis Díaz Soto, Ciudad de La Habana.
- Servicio adjunto al Hospital provincial Clínico Quirúrgico Arnaldo Milian Castro, ubicado en Villa Clara.
- Servicio adjunto al Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Saturnino Lora, ubicado en Santiago de Cuba.
- Servicio adjunto al Hospital provincial Clínico Quirúrgico Vladimir Ilich Lenin, ubicado en Holguín.

Organización

De las funciones de los niveles para la organización

A Nivel Nacional

- El Ministro de Salud Pública será el máximo responsable de la implementación y desarrollo de este Programa.
- El Viceministro a cargo de la Asistencia Médica y Social por intermedio de la Dirección Nacional de Estomatología, será el responsable de este Programa y establecerá las coordinaciones necesarias con otras direcciones y organismos participantes para su integración programática.

- El Viceministro a cargo de la Docencia e Investigaciones, a través de las Facultades de Estomatología y los Centros de Referencia acreditados, será la responsable de la capacitación y entrenamiento de los profesionales y técnicos que participen en el Programa y de las investigaciones que se determine.
- La Dirección Nacional de Estomatología, a través de la Comisión Nacional y su Centro Coordinador, establecerá los controles y evaluaciones de los objetivos y actividades del Programa, según se expone más adelante.
- La Dirección Nacional de Hospitales será la responsable de implementar las indicaciones que se requieran para garantizar que todo paciente que fuese a ser intervenido quirúrgicamente y requiera ser rehabilitado sea previamente coordinado con alguna de las instituciones de la Red.
- La Dirección Nacional de Estadística controlará y actualizará el Sistema Nacional de Información, garantizando la calidad y oportunidad de la misma para la evaluación del Programa.

A Nivel Provincial

- Los Directores Provinciales de Salud de cada territorio, a través de los Jefes de los Departamentos de Estomatología, serán los máximos responsables de la implementación, control y evaluación del presente Programa; disponiendo de forma organizada los recursos humanos y materiales necesarios para ello.
- Los Vicedirectores de Asistencia Médica realizarán todas las coordinaciones sectoriales y
 extrasectoriales requeridas para la aplicación del Programa.
- Los Jefes de los Departamentos Provinciales de Estomatología a través de las Comisiones Provinciales, creadas al efecto establecerán los controles y evaluaciones de los objetivos y actividades del Programa, según se expone más adelante.
- Los Jefes de los Departamentos Provinciales de Hospitales serán los responsables de implementar las indicaciones que se requieran para garantizar que todo paciente que fuese a ser intervenido quirúrgicamente y requiera ser rehabilitado sea previamente coordinado con alguna de las instituciones de la Red
- Los Decanos de las Facultades de Medicina y Estomatología acreditados para la capacitación en esta temática, y bajo la rectoría metodológica de la Comisión Nacional, serán los responsables de la capacitación de los actores en cada uno de los territorios que se determine para garantizar el desarrollo del Programa.
- El Departamento Provincial de Estadísticas cumplirá lo establecido en el Sistema Nacional para el Programa, garantizando la calidad y oportunidad de la información.

A Nivel Municipal

- El Director Municipal será el máximo responsable de la ejecución del Programa, a través de un Responsable Municipal, designado por él, quién controlará y evaluará la actividad.
- El Vicedirector de Asistencia Médica, realizará todas las coordinaciones sectoriales y extrasectoriales requeridas para la ejecución del Programa.

A Nivel de Unidad

- Los Directores de las Unidades del Sistema Nacional de Salud, serán los responsables, junto
 a su Consejo de Dirección, de garantizar la remisión de todos los pacientes que requieren ser
 tratados en las instituciones de la Red, y su seguimiento una vez recibido el tratamiento.
- Los Directores de las Unidades que integran la Red de atención y que para los efectos del Programa se denominan Servicios Territoriales, serán los responsables de ejecutar y evaluar

el desarrollo del Programa, lo que plasmará en su Plan Director, de manera tal de garantizar la asistencia médica a todos los pacientes que lleguen a la unidad referidos de los territorios a ella asignados.

De la estructura

A nivel Nacional

Comisión Nacional subordinada a la Dirección Nacional de Estomatología, con un Centro Rector en el cual trabajará el Presidente de la Comisión.

A nivel Provincial

Comisión Provincial subordinada a la Dirección Provincial de Salud, y que será atendida directamente por el Jefe de Departamento Provincial de Estomatología y a la cual se integrarán representantes de los Departamentos de Hospitales Provinciales y Oficina de Cáncer.

A nivel Municipal

Responsable Municipal para el Programa, designado y subordinado al Director Municipal de Salud.

Servicios Territoriales

Son aquellos que conforman la red y se encargan de brindar asistencia a los pacientes que lo requieran y que han sido remitidos por las unidades emisoras.

Unidades Emisoras

Toda la red asistencial del país, y que remiten los pacientes a los servicios territoriales.

De la subordinación de los Servicios Territoriales

METODOLÓGICA: a la Comisión Nacional

Administrativa:

- Los servicios ubicados en instituciones de Salud Pública a las Direcciones Provinciales de Salud.
- Los servicios ubicados en instituciones subordinadas a otros organismos, a las entidades que se determine por estos.

De la Referencia y la Contrarreferencia

A partir de los conocimientos de la morbilidad de cada una de las Provincias, la capacidad de los centros y los recursos disponibles; se identificarán por parte de los Jefes de los servicios provinciales, las capacidades que tienen, concertando con cada una de las provincias vinculadas a la unidad el número de personas a atender mensualmente, garantizando la entrega de los turnos con tiempo para facilitar las coordinaciones necesarias que permitan el traslado de los pacientes.

Los pacientes serán referidos, como exponíamos anteriormente, mediante una programación previamente establecida, acompañada de un resumen de su historia clínica y al concluir su tratamiento en el centro, regresan a sus territorios llevando un resumen para su seguimiento, en caso necesario, por el Estomatólogo y Médico de la Familia al cual pertenece.

Todos los pacientes que fuesen a ser intervenidos quirúrgicamente y que requieran una rehabilitación de la cara y Prótesis Bucomaxilofacial como consecuencia de ello, deberán ser referidos a alguna de las instituciones de la Red previo a la intervención, con el objetivo de que se le garantice en el propio acto quirúrgico.

La organización establecida para garantizar la referencia de la población es la que mostramos a continuación:

 Servicio del Centro de Investigaciones Médico- Quirúrgicas (CIMEQ); Servicio de la Facultad de Estomatología de La Habana; ISCMH., Servicio del Hospital Luis Díaz Soto.

Pinar del Río

Ciudad de La Habana

La Habana

Matanzas

Isla de la Juventud

 Servicio en Villa Clara (Santa Clara) adjunto al Hospital provincial Clínico Quirúrgico Arnaldo Milian Castro.

Cienfuegos

Villa Clara

Sancti Spíritus

Ciego de Ávila.

Camagüey

 Servicio en Holguín, adjunto al Hospital provincial Clínico Quirúrgico Vladimir Ilich Lenin Las Tunas

Holguín

• Servicio en Santiago de Cuba, adjunto al Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Saturnino Lora.

Santiago de Cuba Guantánamo

De la información estadística

Cada centro informará mensualmente al Departamento Provincial de Estadística o a su homólogo (MININT, MINFAR) de las actividades relacionadas, cumpliendo los procedimientos establecidos. Para ello se llenará diariamente una hoja de cargo (Modelo 47-20 para la clínica y Modelo 47-28 para el laboratorio) y al final del mes el resumen mensual, Modelo 241-470 para la clínica y Modelo 47-27 para el laboratorio.

Los Dptos. de Estadísticas de la Provincia deben enviar a la Dirección Nacional de Estadísticas trimestralmente el modelo 241-470 con copia a la Dirección Sectorial de Salud o a su homólogo.

La Dirección Nacional de Estadísticas le enviará a la Dirección Nacional de Estomatología semestralmente la información referente al Programa para su evaluación.

Los Jefes de los servicios deberán informar dentro de los primeros cinco días del mes, vía telefónica, los datos referentes al consolidado mensual de:

- · Consultas.
- · Ingresos.
- · Altas, al Centro Coordinador Nacional.

Actividades

Objetivo No. 1. Organizar los servicios para garantizar la atención de la población.

- 1. Coordinar y concertar con los Médicos de la Familia y de otras especialidades, así como con los Estomatólogos generales y especialistas, las acciones a realizar sobre los pacientes que requieran los tratamientos que ofrece la red de servicios para su remisión y posterior seguimiento.
- 2. Organizar los servicios territoriales que integran la red para garantizar la cobertura al 100 % de la población que requiera este tipo de atención, posibilitando la calidad del proceso y la satisfacción de la población y los prestadores.

- 3. Realizar Encuesta nacional para determinar las necesidades de Prótesis Bucomaxilofacial, y conocer así el universo de trabajo, trazando las estrategias y planificando los recursos humanos y materiales necesarios.
- 4. Remitir al servicio de la red correspondiente, a la totalidad de la población que en el examen clínico y en el chequeo integral a la familia cubana, se le detecte alguna lesión tributaria de este tratamiento, según la metodología establecida para la referencia.
- 5. Dispensarizar y dar seguimiento por el Estomatólogo y el Médico de la Familia, a todos los pacientes que lo requieran hasta su total recuperación.
- 6. Brindar atención estomatológica general de manera priorizada a todo paciente que vaya a recibir tratamiento en los servicios de la red, antes de su remisión a ellos.
- Realizar las anotaciones diagnósticas y otras en los documentos de registro establecidos, con vistas a su procesamiento a través del Sistema Nacional de Información Estadística del Programa.
- 8. Cumplir las regulaciones que se establecen para estos centros.
- Realizar reuniones con la periodicidad que se plantea para el control de organización y funcionamiento del Programa en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo No. 2. Desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades en este grupo de población.

- 1. Brindar educación para la salud de forma individual a las personas, durante cada una de sus visitas a los servicios que integran la red.
- 2. Brindar educación para la salud por los Estomatólogos y Médicos de la Familia, a los pacientes y sus familias en los hogares durante el seguimiento, de acuerdo con las características de los individuos, la familia y su entorno.
- 3. Desarrollar acciones en las Consejerías de Salud Bucal dirigidas a este grupo de pacientes, cuando ello procediera.
- Utilizar las técnicas afectivo participativas, la creatividad y otros medios de educación, comunicación e información, en el proceso de promoción de salud
- 5. Trabajar sobre los factores de riesgo identificados tanto en los individuos, como en la familia y su entorno.
- 6. Clasificar las personas en riesgo de acuerdo a la tabla de riesgo que se anexa al programa.
- 7. Realizar diagnóstico y control de placa dento-bacteriana al 100 % de la población que asiste a estos servicios.
- 8. Desarrollar actividades de prevención de hábitos deformantes, higiénicos y nutricionales incorrectos en estos pacientes, tanto en los servicios de la red como en otros servicios estomatológicos y de salud.
- 9. Detectar tempranamente las necesidades de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial y establecer la coordinación correspondiente para su tratamiento en la red.
- 10. Ejecutar con la calidad requerida el examen del aparato masticatorio, para la detección de las lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas, a toda persona que acuda a recibir atención en la red.
- 11. Enseñar a la población adulta el método del autoexamen bucal para la detección de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas del complejo bucal y otras afecciones estomatológicas, teniendo en cuenta lo establecido en el Subprograma de Detección Precoz del Cáncer Bucal.

Objetivo No. 3. Ofrecer tratamiento multidisciplinario en la rehabilitación Bucomaxilofacial de todo paciente que lo requiera.

1. Aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y el Manual de Procedimientos establecido en la unidad para garantizar la atención curativa al paciente.

- 2. Ejecución de interconsultas con especialistas médicos y Estomatólogos que posibiliten un mejor proceso de atención al paciente, cuando este lo requiera.
- Mantener una actitud conservadora, analizándose las indicaciones de extracciones dentarias.
- 4. Realizar rehabilitación periodontal y protésica a los pacientes que lo requieran.
- Realizar actividades de rehabilitación a pacientes con disfunción de la articulación temporo-mandibular.
- 6. Realizar rehabilitación ortodóncica, cuando ello fuese necesario.
- 7. Realizar actividades de rehabilitación mediante cirugía ortognática a pacientes tributarios de tratamiento quirúrgico.
- 8. Garantizar el seguimiento y control de pacientes que recibieron tratamiento de rehabilitación, según las indicaciones del especialista.
- 9. Participar en la rehabilitación psíquica del paciente tratado durante su etapa de adaptación.

Objetivo No. 4. Garantizar la calidad de la atención integral que se brinda en los servicios que integran la red.

- 1. Aplicar lo establecido en el Programa de Calidad, en las Guías Prácticas y en los Manuales de Procedimientos.
- 2. Remitir a todos los pacientes que fuesen a ser intervenidos quirúrgicamente y que requieran una rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial como consecuencia de ello, a alguna de las instituciones de la Red previo a la intervención, con el objetivo de que se le garantice la misma en el propio acto quirúrgico.
- 3. Evaluar los resultados del trabajo mediante:
 - · Incremento del nivel de servicios prestados y cobertura alcanzada.
 - · Mayor grado de satisfacción de la población y los prestadores.
- 4. Desarrollar de manera sistemática la interconsulta con los especialistas que se requieran, cumplimentando todos los aspectos establecidos para esta actividad.
- 5. Establecer como procedimiento habitual en todos los servicios, docentes y no docentes, la discusión de casos y pases de visitas periódicas por parte de equipos multidisciplinario.
- 6. Garantizar el correcto funcionamiento del Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE).
- 7. Garantizar el cumplimiento de los principios bioéticos por parte de todo el personal que labora en los servicios que integran la red.
- 8. Adoptar las medidas requeridas para alcanzar una real disminución del costo en la prestación de los servicios, garantizando su más alta calidad.
- Evaluar periódicamente el grado de satisfacción de la población con los servicios recibidos, utilizando para ello todos los mecanismos y vías posibles (Encuestas, entrevistas, opinión del pueblo, entre otros).

Objetivo No. 5. Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el programa.

- Organizar periódicamente conferencias, seminarios, talleres, cursos y entrenamientos, entre otros, sobre aspectos específicos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de entidades de interés, en los servicios de la red.
- Realizar mensualmente reuniones científicas clínico radiológicas, patológicas y
 epidemiológicas con participación de todo el personal profesional y técnico de la
 institución.
- Coordinar cursos de postgrado para los especialistas en las instituciones de mayor desarrollo docente e investigativo del país que integran la red.
- 4. Actualizar y superar a los técnicos de atención estomatológica, prótesis y ortodoncia que trabajan en la red.

- 5. Participar y organizar eventos nacionales e internacionales relacionados con la prótesis bucomaxilofacial.
- 6. Invitar a personalidades científicas nacionales y extranjeras destacadas en aspectos de interés para el desarrollo de la actividad, a impartir conferencias y cursos, lo que propiciará la actualización científico-técnica de los profesionales y técnicos que trabajan en la red y en el resto del sistema nacional de salud.

Objetivo No. 6. Desarrollar investigaciones que respondan a problemas principales de la Prótesis Bucomaxilofacial.

- 1. Evaluar e introducir nuevas técnicas y procedimientos relacionados con la actividad.
- Realizar investigaciones que propicien la disminución de la morbilidad de las enfermedades cuyas secuelas implican la necesidad de la Rehabilitación Bucomaxilofacial.
- 3. Desarrollar nacionalmente nuevos materiales y medicamentos utilizados en los servicios que integran la red, que posibiliten la sustitución de importaciones y al propio tiempo, puedan significar, en algunos casos, la introducción de nuevas técnicas o métodos de tratamiento, tanto en la esfera preventiva, como en la curativa.
- 4. Realizar ensayos clínicos de equipos, instrumental, medicamentos y materiales, orientados por las autoridades correspondientes, a fin de validar su efectividad.
- Realizar estudios epidemiológicos, con énfasis en los aspectos orientados por la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a tipos de afección y grupos de población.

Control y evaluación del programa

El éxito del programa consiste en alcanzar el 100 % de los objetivos propuestos, lo cual será controlado y evaluado por los especialistas e integrantes de la Dirección Nacional y Departamentos Provinciales y las Comisiones a los diferentes niveles con la periodicidad que más adelante se enuncia.

Unidad Emisora: Las Direcciones de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, supervisarán el comportamiento del programa, de forma permanente en lo que respecta a la adecuada referencia y seguimiento de los pacientes que lo requieran, mensualmente.

Servicios Territoriales: Las Direcciones de estas instituciones evaluarán el cumplimiento de lo establecido en el Programa así como controlarán su ejecución y relaciones con el resto del sistema, mensualmente.

Municipio: Las Direcciones Municipales de Salud, a través de la persona designada como Responsable del Programa en el territorio, supervisarán la ejecución del programa en las instituciones en lo que corresponde a la referencia y seguimiento de los pacientes, bimestralmente.

Provincia: Las Direcciones Provinciales de Salud, a través de las Comisiones Provinciales realizarán una reunión de evaluación del Programa en su territorio trimestralmente, convocando a los Responsables Municipales semestralmente a estas reuniones. Aquellas provincias que tienen ubicado en su territorio centros de la red, convocarán la presencia de los responsables de las Comisiones de las Provincias vinculadas a sus centros, con carácter trimestral para analizar el cumplimiento de la programación de turnos, la calidad de la referencia y la contrarreferencia y la satisfacción de la población, entre otros aspectos organizativos y de la atención.

Nación: La Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública realizará anualmente el control del comportamiento del programa en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a través de visitas de inspecciones y supervisiones. La Comisión Nacional se reunirá semestralmente para evaluar el cumplimiento del Programa en la red, así como realizará visitas de supervisión a los servicios territoriales.

Anualmente se realizarán evaluaciones finales a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, tomando en cuenta las metas y objetivos propuestos, lo cual permitirá realizar los ajustes correspondientes para la siguiente etapa.

Las evaluaciones se efectuarán a través de los informes estadísticos de las actividades realizadas, los resultados de la aplicación de los Programas de Calidad, así como por las consideraciones de las visitas recibidas en el período y otras evaluaciones sectoriales y extrasectoriales.

Las evaluaciones pueden ser Internas y Externas, entendiéndose por esta última aquella realizada por personal ajeno a la unidad objeto de evaluación; Retrospectivas (análisis del proceso después de ocurrido) y Concurrentes (análisis del proceso en el momento que está ocurriendo). Los métodos utilizados para la realización de la evaluación son diversos y entre ellos se encuentra la observación, el análisis, la entrevista, la comparación, la revisión documental, la discusión.

Control semántico

Conceptos

CONSULTAS: Pacientes vistos en cada visita.

INGRESOS: Pacientes que comienzan el tratamiento.

TRATAMIENTOS CONCLUÍDOS: Pacientes dados de alta.

• Etiología de la lesión

Congénitos: Que nace con la lesión. Traumáticos: Provocados por accidentes. Oncológicos: Producto de una lesión tumoral.

Otras: Producto de patologías que no sean de origen tumoral (retinopatía diabética, etcétera).

· Localización del defecto

Ocular: Pérdida del globo ocular unilateral o bilateral.

Óculo-parpebral: Pérdida del globo ocular y los tejidos adyacentes.

Auricular: Pérdida total o parcial del pabellón auricular.

Nasal: Pérdida total o parcial del apéndice nasal.

Craneal: Pérdida total o parcial de uno o varios huesos del cráneo.

Mandibular: Pérdida parcial o total de la mandíbula.

Maxilar: Pérdida parcial o total del maxilar.

· Tipo de tratamiento

Con implantes: Medio de fijación o anclaje adicional.

Sin implantes: No lleva medio de fijación o anclaje adicional.

· Actividades de laboratorio

Tipo de aparato:

Ocular: Sustituye el globo ocular.

Óculo-parpebral: Órbita. Auricular: Pabellón auricular.

Nasal: Apéndice nasal.

Craneal: Alguno de los huesos del cráneo.

Mandibular: Mandibula. Maxilar: Maxilar.

Obturador: Placa acrílica que cierra una cavidad.

Aparato de radioterapia: Aparatología portadora de fuentes lineales radiactivas.

• Paciente inasistente a Consulta: Aquel que demora más de 30 días sin asistir a consulta.

Funciones de los responsables de la comisión y de los centros

Jefe del programa nacional de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial

- Cumplir y hacer cumplir las actividades relacionadas con la atención multidisciplinaria de la Red Asistencial Nacional.
- Responsable del desarrollo de la docencia y las investigaciones que se realicen.
- Cumplir y hacer cumplir el Programa Nacional, las indicaciones de los Organismos Superiores y demás disposiciones dictadas por las autoridades competentes.
- Es el responsable de la seguridad y compartimentación de la información que emane de la actividad.
- Controla la adecuada vigilancia de los recursos materiales que se le asignen para el trabajo, garantizando su ahorro, control, conservación y mantenimiento.
- Cumple y hace cumplir una correcta política de atención y estímulos a los trabajadores que sean acreedores de ello.
- Es el representante legal de la Red Asistencial Nacional y respalda con su firma toda la documentación oficial de ese nivel.
- Propone: nombrar, promover de cargo, demover o sancionar; al personal bajo su
 jurisdicción dentro de los límites de su competencia, según lo dispuesto en la legislación
 laboral vigente.
- Evalúa sistemáticamente a los jefes y servicios que se le subordinan.
- Convoca y preside las reuniones nacionales de carácter administrativo y científico-técnico.
- Establece y avala las relaciones del nivel nacional de coordinación y cooperación con los Hospitales, centros científicos y otras instituciones que sean necesarias.
- Aprueba acuerdos, convenios o contratos con entidades nacionales y extranjeras relacionadas con la Red Asistencial Nacional.
- Constituye comisiones permanentes o temporales, así como grupos o equipos de trabajo, cuando el momento lo requiera.
- Designará cuando sea necesario, de forma temporal al Secretario del Programa Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis BMF para que lo sustituya en sus funciones.
- Rinde cuentas de su gestión a las instancias superiores y mantiene informado a sus subordinados de todo lo que a ellos le compete.

Secretario del programa de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial

- Se responsabilizará con la documentación de la Comisión y del Programa Nacional.
- Se responsabilizará con las tareas que se le asignen por el Jefe del Programa Nacional y el Presidente de la Comisión Nacional.
- Sustituirá en sus funciones, en su ausencia al Jefe del Programa Nacional y Presidente de la Comisión Nacional previa designación de este.

De los jefes de servicios territoriales

Cada servicio territorial contará con un Director, el que tendrá funciones homólogas al Jefe del Programa Nacional, adecuadas a su territorio, siendo responsable de todo lo relacionado con las actividades que de ello se deriven.

El Centro Coordinador Nacional de la Red, radicará en el servicio en que se ubique el Jefe de la Comisión Nacional y tendrá las funciones que se le asignen.

Clasificación de los centros según tipos

Tipo I

- Funciona como Centro Coordinador Nacional de la Red Asistencial.
- Brinda atención a las provincias a él asignadas, así como a pacientes remitidos de otros centros de la red y que por su complejidad requieran recibir tratamiento más calificado.
- Forma personal profesional y técnico nacional e internacional, en el área del postgrado.
- Introduce las nuevas tecnologías y técnicas de avanzada.
- Brinda atención especializada a pacientes extranjeros.

Tipo II

- Brinda atención a pacientes pertenecientes a las provincias a él asignadas, así como a
 pacientes remitidos de otros centros de la red y que por su complejidad requieran recibir
 tratamiento más calificado.
- Realiza actividades docentes con alumnos de pre-grado y postgrado; así como colabora en la formación del personal profesional y técnico nacional e internacional.
- Brinda atención especializada a pacientes extranjeros.

Tipo III

- Brinda atención a pacientes pertenecientes a las provincias a él asignadas.
- Realiza funciones encaminadas a la actualización del personal profesional y técnico que labora en su institución y en otras unidades del territorio.

Regulaciones a cumplir en los servicios de la red durante el proceso de atención

- 1. Los pacientes cubanos residentes en el territorio nacional tienen derecho a recibir de forma gratuita atención en los servicios pertenecientes a la Red Asistencial Nacional.
- 2. Para la atención a los pacientes extranjeros que demanden este servicio, se cumplirá todo lo establecido en las regulaciones emitidas al respecto, y previa coordinación con las Gerencias creadas a su efecto debiendo cotizar en *Moneda Convertible* según las formas de pago y el precio conveniado previamente, ajustándose ambas partes a las disposiciones jurídicas establecidas en el país.
- Los pacientes recibirán atención en todos los servicios de la Red Asistencial Nacional, pudiendo ser remitidos de uno a otro cuando fuese necesario para su tratamiento previa coordinación con el servicio receptor.
- 3. Los servicios integrantes de la red serán utilizados *Solamente para la atención de los pacientes tributarios del nivel de atención que corresponde a este tipo de actividad*, quedando prohibido la atención de otro tipo de paciente en la institución.

ANEXO 23

Programa de desarrollo de la implantología

Introducción

"Una sonrisa cuesta poco y produce mucho. No empobrece a quien la da y enriquece a quien la recibe, dura solo un instante y perdura en el recuerdo eternamente", afirmó Charles Chaplin. Sin embargo, una sonrisa sin dientes no puede expresar alegría, y es la Estomatología, sin lugar a dudas, la noble profesión que nos ayuda a tener esa sonrisa, tanto previniendo, como curando y rehabilitando.

Los avances en el campo de la prótesis estomatológica brindan la oportunidad de aplicar nuevas técnicas en la sustitución de los valiosos dientes naturales. Un método de tratamiento seguro, fiable y bien documentado científicamente lo constituye la implantología, terapia utilizada para resolver el edentulismo parcial o total, teniendo esto un significado altamente humano. El desdentamiento es uno de los problemas de salud más comunes tanto desde el punto de vista estético como funcional.

Se puede definir un implante como "un material inerte que tiene que convivir con tejidos vivos". Este material puede ser de metal, de cerámica o de ambos combinados, y se puede insertar dentro del hueso maxilar y mandibular (implantes endoóseos) o descansar encima del hueso (implantes yuxtaóseos) con fines protésicos, para restaurar las funciones perdidas tanto estéticas como funcionales.

A lo largo de la historia, la pérdida de los dientes se ha pretendido restaurar de la forma más parecida a las leyes naturales, por medio de una prótesis fija. Es conocido cómo, entre otras civilizaciones, las mayas y las egipcias, realizaban por medio de diferentes materiales (madera, oro, marfil, etc.) restauraciones fijas para reponer los dientes perdidos.

En los últimos 20 años, después de los estudios de osteointegración por parte del Dr. Branemark y colaboradores, más los trabajos e investigaciones por parte de varias disciplinas como la Anatomía, Fisiología, Metalurgia, Biomecánica, y la enseñanza recibida con los fracasos, casi siempre producto de errores, han hecho de la Implantología una disciplina con una seriedad y auge tan grandes que han provocado un replanteamiento de la Estomatología en su concepción más íntima.

Esta nueva tecnología comenzó a desarrollarse en nuestro país, en el año 1984 por el Dr. Arturo Novoa en el Hospital Universitario Calixto García, mediante la colocación de implantes yuxtaóseos, o también llamados implantes óseofibrointegrados.

Luego, se han continuado realizando diferentes investigaciones en relación con el amplio universo de la implantología. Desde 1986 en el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CENIC) se investigan los biomateriales de fosfato de calcio. La hidroxiapatita porosa cubana, como material de implante fue evaluada clínicamente después de su utilización en el relleno de defectos óseos y se aplica actualmente en múltiples procedimientos de cirugía.

En el año 1987 esta técnica toma una mayor connotación tanto a nivel nacional como internacional mediante la cooperación científica con instituciones de otros países,

fundamentalmente España. El Dr. Eduardo Socarrás Parolis con su trabajo y dedicación en el campo de la implantología, logró la realización de cursos internacionales en el Centro de Investigaciones Medico Quirúrgicas (CIMEQ). El propio Dr. Socarrás continuó desarrollando la implantología en la Clínica 43 y en el INPE.

Posteriormente en el año 1996 se extendió a Cienfuegos y Villa Clara; en el año 2001 se introdujo en la Facultad de Estomatología de Ciudad de La Habana, y con posterioridad a la aprobación de un proyecto de generalización en junio del 2006, se desarrolló paulatinamente en todas las provincias y 8 municipios de ciudad de La Habana, continuándose el proceso en los próximos años.

Actualmente, esta novedosa tecnología se ha extendido a todas las provincias del país, beneficiándose a la población y garantizándose la formación de los recursos humanos en el pregrado y en el postgrado, y se realizan investigaciones clínicas sobre múltiples situaciones que aún se desconocen en este campo.

Fundamentación

A pesar de los grandes esfuerzos y recursos que en materia de salud estomatológica ha realizado nuestro gobierno, gran parte de la población mayor de 60 años es desdentada total. Indiscutiblemente esta población no recibió los beneficios de una prevención y atención curativa en los primeros 30 años de su vida, y presenta las secuelas de un deficiente sistema de salud en la etapa prerrevolucionaria. Por tal motivo el desdentamiento total representa una de las principales problemáticas de salud estomatológica a estas edades, la que se hace mayor al haber aumentado la expectativa de vida de la población a 77 años.

La rehabilitación estomatognática satisfactoria de estos pacientes se vincula directamente a la calidad de vida, ya que además de satisfacer las necesidades propias de la masticación con su repercusión directa en la nutrición, una adecuada rehabilitación protésica permite una correcta fonación y estética facial que le facilita una mejor integración como unidad biosicosocial.

La colocación de Implantes, fundamentalmente los intraoseós, son sin lugar a dudas la solución de mayor factibilidad y favorable pronóstico hoy en día en pacientes con reabsorción ósea mandibular y en particular cuando hay deficiente retención y estabilidad. Por este método se puede rehabilitar con prótesis fija o con sobredentaduras. La rehabilitación sobre implantes se encuentra en estrecha relación con los tres tipos de prótesis dentales, así como los principios que las rigen. Por esta razón no podemos verla de forma aislada, sino como un procedimiento dentro de la rehabilitación protésica.

La reabsorción ósea progresiva de los rebordes alveolares residuales, es la principal causa de pérdida de la retención y estabilidad de las prótesis en desdentados totales. Esto provoca que anualmente numerosos pacientes soliciten cambios de sus prótesis o busquen ayuda especializada para dar solución a este problema que les impone limitaciones funcionales, estéticas y fonéticas. Las técnicas aplicadas en nuestro país con prótesis convencionales, no dan solución a muchos de estos casos.

Considerando que la Implantología va encaminada fundamentalmente a convertirse en la solución más adecuada para la rehabilitación protésica, y que su realización requiere de múltiples recursos y técnicas complejas, se hace necesario priorizar su aplicación de manera que quede reservada fundamentalmente para casos en los que una rehabilitación convencional no fuera capaz de satisfacer las expectativas del paciente, como por ejemplo, pacientes jóvenes que, no importando la causa, han sufrido la pérdida de sus dientes anterosuperiores, pacientes que por sus requerimientos laborales requieren este tipo de rehabilitación y pacientes adultos mayores, la Dirección de Estomatología del Ministerio de Salud Pública se propone con este programa extender a todo el país está técnica, por los beneficios que reportaría al paciente y por constituir un salto cualitativo en la atención estomatológica.

Objetivo

Desarrollar la Implantología en los servicios estomatológicos seleccionados para su utilización en los pacientes que lo requieran y garantizar así una mayor calidad de vida en ellos, con eficiencia.

Organización del programa

A nivel Nacional

Se designará una Comisión Nacional integrada por especialistas de diferentes especialidades estomatológicas, las que subordinadas a la Dirección de Estomatología conducirá el desarrollo de la Implantología en el país.

A nivel Provincial

Se designará una Comisión Provincial integrada por especialistas de diferentes especialidades estomatológicas, las que subordinadas a la Dirección Provincial de Salud, en específico a los Departamentos de Estomatología, conducirá el desarrollo de la Implantología en el territorio.

Los Jefes de Estomatología de las Provincias o Municipios, oído el parecer de las Comisiones de Implantología, definirán las cantidades que asignará para cada municipio o área de salud según corresponda, en dependencia de sus capacidades.

A nivel de Servicios

La ejecución del programa y su control en la institución será responsabilidad del Director de la unidad donde se cree la Consulta de Implantología, el que se asesorará por el grupo multidisciplinario constituido en este.

Se cumplirá lo establecido en el sistema de turnos para la remisión de los pacientes a la especialidad de prótesis o al grupo multidisciplinario, de brindarse en otras unidades. De encontrarse ubicado el grupo en la misma institución se realizará una interconsulta por el EGI, disminuyendo así los tiempos de atención.

Continuidad de la atención estomatológica con utilización de Implantología

- Servicio de atención primaria: el paciente es atendido por un Estomatólogo general integral, el que determinará la necesidad de la rehabilitación protésica, definiendo si se requiere su priorización o no, y la valoración de utilización de Implantología como técnica rehabilitadora.
- 2. Servicio de prótesis: el paciente es recepcionado por el especialista, valorándose su inclusión en la lista de espera correspondiente al tipo de prótesis que se necesita o si debe ser priorizado por la socialización. De cualquiera de las dos vías que proceda, se determinará si debe ser remitido al Grupo Multidisciplinario de Implantología correspondiente, lo cual deberá llevar el visto bueno del director de la institución de efectuarse.
- 3. Consulta de Implantología: recepcionará a todos los pacientes remitidos, valorando si realmente es tributario de la técnica y tipo de esta. Los pacientes serán rehabilitados en dependencia de las disponibilidades de recursos materiales y de la preparación del grupo multidisciplinario.
- 4. La rehabilitación protésica provisional se realizará por el servicio donde se encuentra la consulta de Implantología, mientras que la definitiva se garantizará por el servicio de prótesis que corresponda al área de salud cuando lo demande el paciente.

Etapas para la implementación de la implantología en un servicio seleccionado

- 1. Conformación del grupo multidisciplinario: Se creará con especialistas del territorio al cual presta servicios (municipio o provincia) y el responsable se designará entre ellos.
 - Estomatólogo General Integral
 - Especialistas de Prótesis, Cirugía Maxilofacial, Periodoncia y Ortodoncia
 - Licenciados en Tecnología de la Salud en las especialidades de Atención estomatológica y prótesis o técnicos medios (estos en procesos de formación)
- 2. Capacitación: Abarcará a los integrantes de los grupos y del resto de los especialistas del territorio, principalmente en Estomatología General Integral y en Prótesis con el objetivo de garantizar la adecuada remisión, selección y preparación de los pacientes. Se realizará

de acuerdo con los programas de estudio elaborados por la Comisión Nacional de Implantología, previa acreditación en la institución docente facultada para ello en el territorio. Los profesores serán los propuestos por la referida comisión. Se desarrollarán los procesos de capacitación de manera escalonada. Como premisa se incluirán estos contenidos en los planes de estudio de pregrado y postgrado de la carrera de Estomatología, Tecnología y las especialidades.

- 3. Creación de la Consulta de Implantología: Se ubicará en un servicio estomatológico, previamente seleccionado por la dirección provincial de salud, en coordinación con las direcciones municipales cuando el ámbito fuese municipal. Esta consulta deberá contar de requisitos mínimos para ser utilizada como consulta externa y como salón de cirugía bucal. El equipamiento y condiciones necesarios son:
 - · Aire acondicionado.
 - · Conjunto Dental.
 - · Negatoscopio.
 - Equipo de Rayos X portátil.
 - Equipo de Rayos X panorámico o acceso a uno de ellos en el territorio.
 - Laboratorio de prótesis, como mínimo de acrílico, con acceso a laboratorio de metal y cerámica en el territorio.
 - Instrumental y equipamiento para la técnica.

Funciones de los diferentes especialistas y servicios en la realización de la técnica

- 1. El especialista de Estomatología General Integral en su servicio estomatológico participa en dos fases:
 - A. Selección del paciente para su remisión al Servicio de Prótesis con valoración de utilización de Implantología.

Serán considerados los pacientes que sean o presenten:

- 1. Edentes totales superiores e inferiores con rebordes insuficientes para retención de prótesis convencional o que presenten atrofía severa de los rebordes alveolares
- Oligodoncias que afecten la oclusión, la estética y sea demandado por el paciente su rehabilitación.
- 3. Inadaptabilidad comprobada a las prótesis convencionales.
- 4. Pérdida de uno o dos dientes con conservación y buena salud de los dientes remanentes.
- 5. Profesión que requiere retención y estética.
- B. Mantenimiento del paciente posterior a su implantación: para ello realizará evaluaciones al mes, a los tres meses, seis meses y al año, mediante radiografías.
- 2. El especialista de Prótesis participará en dos fases:
 - A. Selección del paciente para su remisión al Grupo de Implantología.

El paciente para ser remitido debe tener:

- 1. Alguna de las condiciones expuestas anteriormente.
- 2. Buena orientación del tratamiento que va a recibir e higiene bucal adecuada.
- 3. Remisión firmada por el especialista de prótesis con el visto bueno del director del servicio de Estomatología.
- 4. Atención concluida en Estomatología General y en Periodoncia, si están presentes dientes remanentes.
- Modelos de estudio, Rx Panorámicos y prótesis en los casos de las sobredentaduras.
- 6. Resumen de historia clínica médica, en caso de ser portador de una enfermedad de base (cardiopatía, diabetes, entre otras) en la cual se indique que puede ser sometido a una intervención quirúrgica de este tipo.

7. Son consideradas CONTRAINDICACIONES.

- Trastornos mentales.
- Trastornos hematológicos.
- Cardiopatías descompensados o que ingieran sistemáticamente anticoagulantes.
- Hipertensión arterial severa descompensada
- · Diabetes Mellitus descompensada
- Pacientes fumadores, alcohólicos o que ingieran drogas.
- Otras enfermedades crónicas que afecten la salud general de los pacientes y por tanto el proceso de osteointegración.

B. Rehabilitación.

- 1. Elaboración de la sobredentadura
- Rehabilitación definitiva, cuando lo demande el paciente. Transcurrido el tiempo entre cuatro y cinco meses, si se ha concluído el proceso de oseointegración en el hueso, el paciente está en condiciones de recibir el tratamiento rehabilitador definitivo, con una prótesis de cerámica o acrílico sobre metal, recibiendo el alta del servicio.

3. Atención por el Grupo Multidisciplinario, lo cual incluye dos fases:

- · Diagnóstica.
- · Atención.

Ira. Fase: Diagnóstica: Se realizará por el Grupo Multidisciplinario en la Consulta de Implantología, donde es analizado y valorado cada paciente, determinando si es tributario y de serlo el plan de tratamiento para cada caso.

Las acciones del equipo de trabajo en la evaluación del paciente son principalmente las valoraciones de:

- Tipo de implante y técnicas quirúrgicas a utilizar.
- Estado periodontal de los tejidos de soporte.
- Oclusión existente y deseada, de tener dientes remanentes el paciente.
- Tipo de prótesis provisional y definitiva a utilizar en la rehabilitación del paciente.

2da. Fase: Atención: Tiene tres etapas

- Quirúrgica: Ejecutada por el cirujano o especialista entrenado, donde se coloca el implante en el hueso.
- Rehabilitadora: Es aquella donde el Protesista o personal entrenado coloca la corona o la sobredentadura de forma provisional.
- Seguimiento: puede realizarse por el grupo o por el Estomatólogo general integral de su área de salud responsable de la atención del paciente. En ella se chequea periódicamente al paciente y se va evaluando el proceso de la óseo integración.

Consideraciones generales a tener en cuenta en la organización

- 1. El propósito principal en esta fase de generalización de la Implantología, esta dirigido principalmente a sobredentaduras y unitarios.
- 2. Todo paciente implantado tiene que ser rehabilitado, para ello se debe disponer de la rehabilitación antes de la intervención quirúrgica.
- 3. Si la fijación logra una estabilidad primaria y el paciente reúne los requisitos, cargar de forma inmediata las sobredentaduras y los unitarios.
- 4. El tratamiento de prótesis sobre implantes es una *alternativa* de rehabilitación protésica
- La remisión no asegura el tratamiento implantológico, la decisión final es del equipo multidisciplinario

6. Como todo servicio de salud se debe establecer un modelo en la Historia Clínica de Prótesis, el cual recogería una serie de datos de interés, que nos permitirían emitir un correcto diagnóstico, pronóstico y planificar un plan de tratamiento acorde para cada paciente.

Control de la actividad en la Consulta de Implantología y en las Provincias

- En todas las Consultas de Implantología se llenara la Hoja de Cargo, según establece el MINSAP, reflejando en cada caso si el paciente fue tributario o no como diagnóstico, destacando de no serlo las causas.
- 2. Se elaborara a todo paciente que sea ingresado en la Consulta de Implantología la Historia Clínica que se anexa. Se le asignará un número consecutivo para su archivo en el servicio de admisión y dentro de la misma se ubicará:
 - Remisión del área de salud.
 - · Consentimiento informado.
 - Complementarios.
- 3. En el caso de **pacientes tributarios de tratamiento implantológico** pero que han sido inadecuadamente remitidos por tener: caries, lesión de tejidos blandos, periodontopatias, modelo de remisión incompleto, no Rx, entre otros; debe ser valorado por el grupo multidisciplinario y reflejarse en el modelo ambulatorio denominado "Primera Consulta de Implantología" los señalamientos a resolver en su área de salud, el cual se adjuntará al modelo de contrarreferencia, Se le dará turno para ser reevaluado.
- 4. Los pacientes que no son tributarios de tratamiento implantológico deben ser bien orientados, para que con métodos convencionales solucionen su rehabilitación protesica. La continuidad de tratamiento a estos pacientes debe ser coordinado con las Direcciones Municipales o Provinciales de Salud.
- 5. El reporte de la información se realizará a través de las Direcciones de Estadísticas según se establece para estos efectos.

ANEXO 24

Acciones a desarrollar con los grupos de población que se priorizan

Grupos priorizados

- Población menor de 19 años.
- Embarazadas.
- Madres con hijos menores de 1 año.
- Personas con discapacidad física y mental (impedidos físicos y retrasados mentales).
- Personas con lesiones premalignas o malignas.
- Población Adulta Mayor (60 y más años de edad).
- Niños y adolescentes identificados con riesgos.
- Nuevos soldados.
- Personas con enfermedades crónicas notificadas por el médico de familia o identificada al momento del interrogatorio.

Acciones

- Realizar acciones de promoción de salud con estos grupos, apoyándose en el EBS, los miembros de la comunidad, educación, cultura y otros sectores del territorio.
- Realizar acciones de prevención apoyándose en el EBS, los miembros de la comunidad, educación y otros sectores.
- Realizar anualmente el examen bucal y tratamiento hasta su conclusión, a las personas de estos grupos, incrementando de año en año la cobertura.
- Dar seguimiento (dispensarizar) a estos grupos de conjunto con el Médico de la Familia, de acuerdo con lo establecido en las Guías Prácticas Clínicas.
- 5. Interconsultar, cuando fuese necesario, con los especialistas estomatológicos y médicos para determinar la conducta a seguir en la atención de estos pacientes.
- 6. Hacer coordinaciones con el MINFAR para la atención de los nuevos soldados.
- Coordinar y concertar con las instituciones de salud escolar la atención priorizada de los alumnos y profesores.

ANEXO 25

Atención Estomatológica a la población con discapacidad física y mental

El objetivo de la atención estomatológica a este grupo de población está dirigido a elevar el nivel de su salud bucal, promoviendo salud y previniendo las enfermedades bucodentales, así como garantizando su curación y total recuperación. Para ello se requiere que los Estomatólogos formen parte activa del equipo multidisciplinario que brinda atención a estas personas en cada área de salud, institución educativa o de salud pública, o en los servicios creados para su atención en Hospitales.

Se hace también necesaria la vinculación con la comunidad y las diferentes organizaciones sociales que agrupan a las personas discapacitadas para garantizar su atención y satisfacción, aprovechando sus espacios y actividades para las acciones educativas y preventivas y concertar la atención curativa y rehabilitadora.

Atención a pacientes con retraso mental

El tratamiento de las lesiones bucodentales a los pacientes con retraso mental, resulta muy difícil de realizar habida cuenta de la complejidad de su atención. En su gran mayoría, son pacientes afectados severamente, con trastornos de la función motora, debilidad muscular, espasticidad o flacidez, escasa coordinación vasomotora, temblores o rigidez y algunos con afectación de los músculos masticadores y del cuello.

Las alteraciones bucales más frecuentes en los impedidos físicos y mentales son las siguientes:

- · Caries Dental
- · Malformaciones de dientes y maxilares
- Arcos dentales angostos, largos, con paladares profundos en los pacientes con parálisis cerebral, sobre todo en los atetósicos.
- Maloclusión grave, con agenesia y macroglosia, fundamentalmente en enfermos con Síndrome de Down.
- Complicaciones en la deglución y el habla.
- Dientes y huesos hipocalcificados.
- Encias hiperplásicas e inflamadas, sobre todo en los respiradores bucales y epilépticos.
- Encías hiperplásicas en los pacientes con tratamiento con Definilhidantoína.
- Bruxismo
- · Cálculo supra y subgingival
- · Parodontopotías severas.
- · Terceros molares retenidos y semiretenidos.
- · Infecciones micóticas.
- · Sepsis oral generalizada
- Quistes periodontales.

Según la clasificación cubana, los niveles de retraso son los siguientes:

Retraso mental fronterizo
 Retraso mental ligero
 Retraso mental moderado
 Retraso mental severo
 Retraso mental profundo
 CI (68-83)
 CI (52-67)
 CI (36-51)
 CI (20-35)
 CI (por debajo de 20)

El tratamiento convencional se brinda en las clínicas y servicios estomatológicos de las Áreas de Salud a los pacientes con retraso mental que cooperen en la atención y que clasifiquen

en los grupos de fronterizo, ligero y moderado.

El tratamiento estomatológico no convencional, realizado bajo anestesia general, se brindará en los servicios hospitalarios creados para esta atención y se aplicará a los pacientes con retraso mental severo y profundo, y aquellos de otras categorías que no cooperen. Este método permite la utilización de técnicas adecuadas, capaces de brindar una atención con calidad a estos pacientes.

Para la atención estomatológica no convencional a los retrasados mentales, se establecen servicios en cada una de los municipios cabeceras de provincias, en Hospitales pediátricos, clínico-quirúrgicos y generales, programándose semanalmente los turnos quirúrgicos que se consideren necesarios y factibles en cada lugar. Los pacientes deben ser atendidos y estudiados en consulta externa y una vez decidido su ingreso, se regirán por las normas hospitalarias vigentes.

Se realizarán las coordinaciones en el área de salud con Médicos de la Familia, comunidad y otras instituciones, cuando fuese necesario, para garantizar el traslado de los pacientes hacia la institución que le corresponda por la organización establecida, y se seguirá por el Estomatólogo que le corresponda de conjunto con el médico de familia y asistencia social su evolución.

Atención a pacientes con discapacidad

En todos los servicios estomatológicos se trabajará para eliminar las barreras arquitectónicas existentes que dificulten el acceso de los pacientes con discapacidad física a recibir la atención. Cuando ello no fuese posible se coordinará la atención por su Estomatólogo en otro espacio de la institución, en alguna unidad cercana, o en su propio hogar.

Los pacientes que pertenezcan a instituciones educativas o de salud, siempre que sea posible, se atenderán en su propia institución con unidades móviles, previa coordinación entre las direcciones de ambas entidades, o en su defecto en los servicios estomatológicos de forma priorizada.

ANEXO 26

Atención Estomatológica a pacientes ingresados por largos períodos de tiempo

Existen enfermedades sistémicas crónicas que por las características de su evolución o tratamiento condicionan estadías hospitalarias muy prolongadas, como en oncología, cardiología, entre otras, las que además generalmente están asociadas a conductas inadecuadas de higiene bucal, tratamientos agresivos con radiaciones, quimioterapias, medicamentos, que propician un deterioro de la salud bucal.

Estos pacientes en ocasiones no acuden al Estomatólogo por estar hospitalizados y son los que más requieren acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para lograr mantener una favorable situación de salud bucal que coadyuve a una mejor calidad de vida y a la recuperación de su salud.

Es por todo ello que se hace necesario la vinculación de los servicios estomatológicos, ubicados en las Áreas de Salud, con los Hospitales Clínico Quirúrgicos, Pediátricos, Generales, e Institutos, para identificar este tipo de paciente y coordinar su atención priorizada y sistemática, no solo en lo curativo sino también en lo educativo y preventivo, orientando además su conducta para su dispensarización por el Estomatólogo y médico de familia que le corresponde en el lugar de residencia.

Ingreso en Hogares Maternos

En este grupo de pacientes también se incluyen las mujeres que son ingresadas en Hogares Maternos, ya sea por el riesgo materno o por constituir un ingreso geográfico, siendo necesario priorizar su atención curativa por el servicio estomatológico del área de salud donde está ubicado el Hogar.

Asimismo se ejecutarán con este grupo de población acciones educativas y preventivas.

ANEXO 27 Equipos multidisciplinarios en Estomatología

Un Equipo Multidisciplinario en Estomatología es aquel en el que diferentes especialidades Estomatológicas, y en ocasiones algunas Médicas, se unen para analizar los síntomas y signos clínicos, los resultados de los medios auxiliares de diagnóstico, así como los modelos en yeso de impresiones de la cavidad bucal o la cara, de un paciente en el que no se ha podido establecer un diagnóstico, o una vez establecido este es necesario determinar un plan de tratamiento y proceder a su ejecución por todos o algunos de los integrantes del equipo.

Segundo Nivel de Atención

Los equipos multidisciplinarios se constituirán en el segundo nivel de atención en Clínicas Estomatológicas o Departamentos en Policlínicos u Hospitales que dispongan de al menos dos especialidades. Se constituirán para dar solución a un problema específico o para la atención de algún paciente que lo requiera. Los integrantes pueden ser de Periodoncia, Prótesis, Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Estomatólogo General Integral o Estomatólogo General Básico del nivel primario, Médicos de la Familia y otras especialidades médicas o de otro perfil.

Tercer Nivel de Atención

Se constituirán en los Hospitales Clínico Qurúrgicos, Generales y Pediátricos, Provinciales y Nacionales; Instituto de Oncología, Red de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial, Facultades de Estomatología y Clínicas Docentes, y deberán ser acreditados para ello.

Los equipos se clasifican en:

- Equipo Multidisciplinario de Cirugia Maxilofacial.
- Equipo Multidisciplinario de Cirugia Maxilofacial Pediátrica.
- Equipo Multidisciplinario de Cirugia Ortognática.
- Equipo Multidisciplinario de Cirugia Cráneo Facial.
- Equipo Multidisciplinario de Disfunciones de la Oclusión y la ATM.
- Equipo Multidisciplinario Para la Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial.

Integrantes

- · Cirujano Maxilofacial
- · Ortodoncista
- · Protesista
- Periodoncista
- Pediatra

- · Clínicos
- · Neurocirujanos
- · Psicólogo
- · Logofoniatra
- Técnica Atención Estomatológica

El equipo multidisciplinario mantendrá relaciones estrechas con otras especialidades médicas como Otorrinolaringología, Oftalmología, Oncología, Genética Médica, Anestesiología, las que integrarán el equipo siempre que se requiera.

Consulta multidisciplinaria

La consulta multidisciplinaria consta de varias etapas:

Primera: Es aquella en la cual el jefe del equipo multidisciplinario presenta el paciente al resto del grupo, los que le interrogarán y examinarán

Segunda: Sin la presencia del paciente se analizan y discuten los resultados del interrogatorio, examen físico y resultados de los medios diagnósticos por parte del equipo multidisciplinario para emitir un diagnóstico o corroborarlo y definir la conducta a seguir y el plan de tratamiento, todo lo cual el grupo deberá aprobar y cumplir. Se levantará un acta de esta discusión que se adjuntará a la Historia Clínica del paciente, independientemente de las anotaciones que se realicen en ella según lo establecido.

Tercera: Se le orienta al paciente y sus familiares acompañantes con relación a la discusión realizada, informándole el diagnóstico y el tratamiento indicado a seguir, para lo cual se les solicita el consentimiento del plan de tratamiento propuesto por escrito. Se adjuntará a la Historia Clínica el consentimiento firmado por el paciente o su familiar autorizado.

ANEXO 28 Manual de Bioseguridad para Servicios Estomatológicos

Dr. Michel Rojo Toledano
Dr. Sergio Sardiñas Alayón
Dra. Maritza de la Caridad Sosa Rosales. M. Sc.
Dra. Ileana García Rodríguez
Dra. María Isabel Garay Crespo

Introducción

La Bioseguridad es una doctrina que engloba todas las técnicas, medidas y protocolos creados para lograr la protección de la salud y del ser humano, tanto durante el tratamiento médico como en los procesos de fabricación de medicamentos y en toda actividad que precise protección ante agentes patógenos. Son tres los principios de la Bioseguridad:

- A. Universalidad: Considerar que toda persona puede ser portador, por lo que las medidas de protección y prevención deben aplicarse a todos los pacientes. Todo el personal debe cumplir con las precauciones universales establecidas, previniendo, el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente.
- **B. Uso de barreras**: Evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de elementos contentivos adecuados que se interpongan al contacto por ejemplo, los guantes, nasobucos y gorros así como bata sanitaria, protegen y dan seguridad
- C. Eliminación del material utilizado: Engloba los procedimientos utilizados para el almacenamiento y eliminación de los materiales utilizados en la atención de pacientes, evitando que estos representen un riesgo para las personas y el ambiente

Esta actividad adquiere una creciente preponderancia en la medida que se ha ido creando conciencia de la importancia de la protección sobre los factores de riesgo, por lo que convierte en su principal vertiente la preventiva

La aparición de nuevas enfermedades y de enfermedades recurrentes han propiciado el desarrollo de la conciencia sobre esta temática, no siempre interiorizada en su importancia por nuestros trabajadores, por lo cual es preciso establecer medidas protectoras tanto para el trabajador de la salud, como a las personas que están bajo nuestra atención y cuidado.

Está comprobado que un gran número de enfermedades, pueden transmitirse durante los procedimientos del tratamiento estomatológico. El Estomatólogo, el Licenciado en Tecnología, la Técnico en Atención Estomatológica, y en general todos los trabajadores, están expuestos diariamente a una gran variedad de microorganismos de la flora bucal del paciente, principalmente por los aerosoles producidos por el airotor y la jeringa, o por la utilización de instrumentos rotatorios y con filo.

Sabemos cuáles son las enfermedades a la que estamos expuestos: el virus de la Hepatitis A, B, C, D, el VIH, la tuberculosis, el herpes, micosis y enfermedades no convencionales por nuevos agentes infecciosos.

Las infecciones por Estreptococos Piógenes son comunes sobre todo en las épocas de cambio de estación y causan faringitis, amigdalitis, anginas. Forman parte de una serie de enfermedades que se

transmiten con facilidad a través de la saliva, el aliento, entre otros, y ocasionan patologías en el árbol superior respiratorio, como no son severas y en general se controlan con antibiótico terapia se le da poca importancia. Sin embargo debería recordarse que esos mismos gérmenes dan fiebre reumática y escarlatina.

Con respecto al Micobacterium Tuberculosis, agente que se transmite por inhalación, ingestión e inoculación, deben considerarse dos de sus principales manifestaciones: infección pulmonar y linfadenitis cervical tuberculosas. Hay que destacar que esta bacteria es muy resistente al calor y los desinfectantes químicos debido a su gruesa cubierta lipídica.

En cuanto al agente etiológico de la sífilis, Treponema Pallidum, se saben que existen pocos casos en el entorno dental. Sin embargo no debemos ignorarlo su incidencia se ha duplicado a razón de 130 000 casos por año.

Por lo que se refiere a la blenorragia, una enfermedad de transmisión sexual (ETS), más común que la sífilis, es bien conocido que los casos de portadores orofaríngeos de Neisseria Gonorrhoeae suelen ser asintomáticos. Existen alrededor de un 60 % de portadores orales de gonococos con gonorrea faríngea. También la Cándida Albicans (hongo levaduriforme) ha aumentado su incidencia con su variedad manifestaciones tanto aguadas como crónicas (candidiasis).

No obstante, son los virus los que en realidad ocupan un lugar especial en la trasmisión de infecciones cruzadas porque las que producen son severas, algunas llevan a la muerte y además no se cuenta con una terapia antiviral específica.

Es importante que conozcamos y estemos concientes de nuestra responsabilidad, y extrememos las precauciones para protegernos nosotros y a los pacientes que atendemos, por esto se hace necesario una revisión de los procedimientos para la desinfección, esterilización y el control de los riesgos a las infecciones.

Creemos que por la magnitud que ha adquirido en el planeta la infección por el VIH, por el grado de afectación que tienen grandes grupos poblacionales en todo el mundo, aunque no es la única de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) a las que nos enfrentamos en nuestra labor diaria, se hace conveniente hacer referencia a algunos aspectos generales.

Aspectos Generales de la Infección por VIH/SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) no es una sola enfermedad, sino la etapa final de la infección por el VIH, caracterizada por un conjunto de enfermedades potencialmente fatales. Este aparece por primera vez en la primavera de 1981 en la ciudad de Los Ángeles, Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU), cuando el Doctor Gotlieb describe los cinco primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos.

El VIH es un retrovirus (RNA) que una vez que ingresa en el organismo, identifica y se une principalmente a los receptores celulares en las membranas de los linfocitos T auxiliares (CD₄), infectando al individuo mediante dos mecanismos posibles: uno, el virus destruye la célula (infección inmediata productiva); en el otro, el virus se replica dentro de la célula, pero no la destruye. El linfocito circula por el organismo, mientras que el virus se multiplica en su interior.

La función principal de los linfocitos T auxiliares (CD₄) es facilitar la reacción del sistema inmune. Una vez eliminado este tipo de célula se produce una deficiencia en la respuesta inmunológica celular, lo que permite que microorganismos llamados "oportunistas", y algunos tipos de cáncer, se establezcan en el individuo infectado y desarrollen un cuadro clínico exacerbado, si se les compara con un sujeto no infectado.

Actualmente la enfermedad se ha extendido por todo el mundo, y son tantos los infectados que es difícil decir una cifra exacta, ya que esta varía de un día a otro, En nuestro país se ha sentido la agresión del virus, y aún en forma relativamente baja comparativamente, existe un grupo de pacientes con este fatal padecimiento, los cuales, se atienden de dos formas mediante un régimen sanatorial y en la comunidad con una bien establecida dispensarización, garantizándosele todos los recursos necesarios

Hay varias clasificaciones de la infección por VIH, pero en Cuba se sigue la del Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, en los Estados Unidos, que data desde 1993.

Sistema de definición y clasificación para el SIDA del CDC de Atlanta, 1993. (Para adolescentes y adultos)

A: Asintomáticos

- Con adenopatías persistentes generalizadas o sin ellas.
- · Con retrovirosis aguda o sin ella.

B: Enfermedades Oportunistas Menores

• Complejo relacionado con el SIDA.

C: Enfermedades Oportunistas Mayores

- · Candidiasis; tráquea, bronquios o pulmones.
- · Cáncer cervical invasivo.
- · Caccidiomicosis extrapulmonar.
- · Criptococosis extrapulmonar.
- Criptoporidiasis con diarreas de más de un mes.
- Citomegalovirus de cualquier órgano: hígado, bazo o nódulos linfáticos.
- Herpe simple mucocutáneo con úlceras de más de un mes, bronquitis, neumonitis o esofagitis.
- · Histoplasmosis extrapulmonar.
- · Demencia asociada al VIH.
- Síndrome de desgaste asociado al SIDA: pérdida de peso involuntaria de más de 10 % de su superficie corporal, además de diarreas crónicas de más de un mes, debilidad y fatiga crónica, fiebre de origen desconocido por más de 30 días.
- Sarcoma de Kaposi en pacientes por debajo de 60 años.
- Linfoma primario del encéfalo.
- Isosporiasis con diarreas de más de un mes.
- Linfoma de No Hodking de células B o sarcoma inmunoblástico.
- Micobacteriosis atípica diseminada (Avium o Kansasii).
- Micobacterium tuberculoso diseminado o pulmonar.
- · Nocardiosis.
- Neumonía por Pneumocystis carinií.
- Neumonía bacteriana recurrente.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Septicemia por salmonella recurrente.
- · Strongiloidiasis extraintestinal.
- Toxoplasmosis de órganos internos.

Categorías clínicas							
SEGÚN CONTEO DE CD4	A) Asintomático - Con o sin adenopatía persistente generalizada - Con o sin retrovirosis aguda	B) Sintomático - No - A - No - C	C) Indicadores de SIDA				
$1. > 500 \text{ mm}^3$ > 29 %	A1	B1	C 1				
2. 200-499 mm ³ 14-28 %	A2	B2	C2				
3. < 200 mm ³ < 14 %	A3	В3	С3				

La cavidad bucal es susceptible de ser asiento de enfermedades relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana y de muchas otras lesiones que están asociadas al SIDA. Aún cuando los profesionales de la salud están más conscientes de las manifestaciones bucales relacionadas con el VIH, con frecuencia estas lesiones pueden pasar inadvertidas o confundir su origen con otras afecciones.

El tiempo transcurrido entre la infección y la manifestación bucal varía considerablemente; sin embargo, hay suficiente evidencia para apoyar el concepto de que estas lesiones son una indicación temprana de inmunosupresión.

Glosario de términos

Transmisión: Contagio de una enfermedad por medios directos e indirectos.

Salud: Estado óptimo biopsicosocial de acuerdo con las capacidades de una persona.

Norma en bioseguridad: Conjunto de reglas establecidas para conservar la salud y seguridad del personal paciente y *comunidad* frente a los riesgos de infección.

Barrera: Obstáculo para evitar la transmisión de una infección.

Esterilización: Eliminación de agentes biológicos vivos, capaces de reproducirse.

Infección: Proceso por el cual ocurre la invasión de los microorganismos al huésped con o sin enfermedad manifiesta.

Infección Directa: El agente infeccioso es transmitido al paciente por el profesional o técnico a través de sus manos o instrumentos contaminados o desde el paciente al profesional o técnico.

Infección Cruzada: El agente infeccioso es transmitido de un paciente a otro a través de las manos del profesional, el técnico, el equipamiento o el instrumental contaminado.

Desinfección: Procedimiento en que la mayor parte de microorganismos patógenos son eliminados pero con frecuencia permanece los no patógenos o las formas resistentes de estos. Por lo general para esto se utilizan agentes químicos. Constituye el procedimiento a seguir en artículos que no requieran necesariamente un proceso de esterilización tales como las superficies de trabajo de la unidad dental. Este proceso se divide en tres niveles:

Desinfección de Bajo Nivel: No elimina esporas bacterianas ni al Mycobacterium tuberculosis. Desinfección del Nivel Intermedio: Elimina al Mycobacterium pero no las esporas bacterianas. Desinfección de Alto Nivel (DAN): Elimina al Mycobacterium tuberculosis virus, hongos y algunas esporas.

Antiséptico: Agente que inhibe pero no necesariamente destruye microorganismos, actúa sobre tejidos vivos, admite algunos agentes biológicos, sobre todo la flora normal residente.

Descontaminación: Tratamiento previo al fregado del instrumental cuando se manipulan materiales potencialmente contaminados o tratamiento a áreas y superficies expuestas a contaminación.

Antisepsia: Eliminación de formas vegetativas de bacterias patógenas y gran parte de la flora residente en la piel y las mucosas, mediante la aplicación de sustancias químicas.

Germicidas: Sustancias letales para los gérmenes, se clasifican según su actuación:

Bactericidas: Eliminan bacterias. Agente que mata a los microorganismos capaces de producir infección, la acción bactericida difiere de la bacteriostasis únicamente porque es irreversible. En este proceso juegan un papel fundamental los métodos de esterilización

Bacteriostáticos: Inhiben el crecimiento de las bacterias. Son sustancias que imposibilitan el desarrollo de las bacterias, actúan impidiendo el crecimiento de los microorganismos sin matarlos y sus efectos son reversibles, al menos si no se les permite actuar por un tiempo determinado. Otras pueden producir la muerte o inhibición en el crecimiento de los microorganismos y su uso es común

Fungicidas: Actúan sobre los hongos. **Virucidas:** Actúan sobre los virus.

Asepsia: Ausencia de agentes biológicos vivos, considerados patógenos,

Clasificación de los desinfectantes según su poder

ALTO NIVEL: Eliminan toda forma de vida vegetativa o esporulada (dependiendo del tiempo de exposición). Pueden usarse en la desinfección o esterilización. (Glutaraldehido al 2 %)

NIVEL MEDIO: Eliminan algunas formas bacterianas. No consigue matar a las esporas. Destruye a la mayoría de los hongos y virus y al micobacterium tuberculoso. (Hipoclorito de sodio al 0,5 %, Alcohol al 70 %).

BAJO NIVEL: Poca capacidad bactericida. No mata al micobacterium tuberculoso. Inactiva a algunos tipos de hongos y virus (compuestos de amonio cuaternarios)

Clasificación de los desinfectantes de acuerdo a su mecanismo de acción

- · Agentes que dañan la membrana celular.
- Agentes desnaturalizantes de proteínas.
- Agentes modificadores de grupos funcionales de proteínas y ácidos nucleicos.

Actividades vinculadas a la asistencia de pacientes

En cuanto al manejo de materiales corto-punzantes como aguja, bisturí, instrumentos puntiagudos, entre otros, para evitar accidentes laborales, es obligatorio desechar los materiales corto-punzantes en depósitos específicos luego de su uso. Para ello se recomienda:

- No retapar las agujas.
- No doblarlas.
- · No romperlas.
- No manipular la aguja para separarla de la jeringa.
- De ser posible usar pinzas para manipular instrumentos cortopunzantes.
- Los recipientes específicos deben estar lo más próximo posible al área de trabajo.

Agujas y jeringuillas tipo cárpule

Las jeringas y agujas usadas deben ser colocadas en depositos específicos. Las agujas no deben ser dobladas ni se les debe colocar el capuchón protector y este debe desecharse en el mismo momento en que se retira de la aguja estéril.

Las agujas serán desechadas y las jeringas tipo cárpule debidamente esterilizadas según lo que se expone en el presente manual y con las precauciones en su manipulación.

Recipientes para desechos

Deben ser recipientes con tapa, hechos con material resistente a los pinchazos, es recomendable que tengan asa para su *transporte* y que permita manipularlo lejos de la abertura del descartador. La abertura debe ser amplia de forma tal que al introducir el material eliminado, la mano del operador no tenga riesgo de accidente. El recipiente para desechables debe tener tapa para que cuando se llene hasta las tres cuartas partes del *volumen* del mismo, se pueda cerrar en forma segura.

Limpieza diaria

Toda el área asistencial debe ser higienizada con *agua* y detergente utilizando utensilios de limpieza que, al *tiempo* de facilitar la tarea, protejan al trabajador.

En caso de existir sangre y fluidos corporales, se indica el tratamiento local previo con uso de compuestos clorados.

El personal de *servicio* deberá usar uniformes adecuados con guantes de limpieza y demás utensilios (equipamiento de protección individual).

Limpieza y desinfección de materiales, instrumentales y equipos

Clasificación de materiales e instrumental

La clasificación de la criticidad de un material o instrumento lo da su uso y función respectivamente, por lo que esto no puede estar predeterminado por la forma del instrumento.

- **1. Críticos:** Los materiales o instrumentos que penetran la piel, mucosas y expuestos al contacto con sangre deben esterilizarse. Ejemplo: exploradores, síndesmoto.
- 2. Semicrítico: Los materiales o instrumentos que entran en contacto con membranas mucosas pueden esterilizarse o desinfectarse con desinfectantes de alto nivel (glutaraldehído). Ejemplo: anestesia dental.
- **3.** No crítico: Los materiales o instrumentos que entran en contacto con la piel íntegra, deben limpiarse con agua y jabón y desinfectarse con un desinfectante de nivel intermedio o de bajo nivel.

Todos los instrumentos, luego de ser usados deberán ser colocados en inmersión en una solución descontaminante durante un mínimo de 15 minutos, posteriormente cepillados y enjuagados en agua potable corriente a los efectos de retirar todo resto de *materia* orgánica presente. Luego secados y de acuerdo a la categorización del instrumental deben ser esterilizados o desinfectados.

Los críticos deben ser esterilizados, los semicríticos pueden ser procesados con desinfectantes de alto nivel (ejemplo glutaraldehído al 2 % en un tiempo mínimo de 20 minutos) y los no críticos mediante desinfección de nivel intermedio o de bajo nivel.

El instrumental no invasivo requiere un nivel de desinfección alto-intermedio, mientras que equipos y mobiliario requiere un nivel de desinfección bajo-Intermedio.

Criterios para desinfectar: descontaminación, limpieza, desinfección

Descontaminación

Tratamiento previo al fregado del instrumental cuando se manipulan materiales potencialmente contaminados o tratamiento a áreas y superficies expuestas a contaminación Puede utilizarse Hipoclorito al 0,5 %, Fenol al 5 %, peroxido de hidrógeno al 6 %, glutaraldehido, formaldehído, etc. El glutaraldehido es lo más recomendable **para instrumental metálico.**

Limpieza

Es la eliminación *física* de la sangre, fluidos corporales o cualquier otro material extraño visible (polvo o suciedad) de la piel o de los objetos inanimados

Es necesario limpiar prolijamente con agua y detergente; para eliminar el material orgánico de los equipos e instrumentos. Con este procedimiento se eliminará la mayoría de los microorganismos (hasta un 80 %)

Desinfección química

Para conseguir una Desinfección de Alto Nivel (DAN) sumergir los artículos en un desinfectante químico de alto nivel por 20 minutos y después enjuagarlos bien con agua estéril o hervida.

Desinfectantes Ouímicos

1. Soluciones de cloruro. Inactivan todas las bacterias, virus, parásitos y algunas esporas. Son poco costosas, de fácil disponibilidad y actúan con rapidez. Son muy eficaces contra el virus de Hepatitis B y el VIH (virus del SIDA), puede descontaminar grandes superficies como mesas de exámenes.

Procedimiento:

- Usar solución de cloro al 0,1 % en agua potable
- Las superficies (mesas, camillas, sillones dentales, etc.), frótelas prolijamente con un trapo embebido en la solución, dejar actuar unos 10 minutos y luego volver a limpiar
- Reemplace la solución diariamente o con mayor frecuencia, porque pierde su <u>potencia</u> con el tiempo y exposición solar.
- 2. Formaldehído al 8 %. Puede utilizarlo en sus formas liquida o gaseosa, tanto para DAN como para esterilización química. No es inactivado con facilidad por los materiales orgánicos. Una inmersión de 24 horas en formaldehído elimina todos los microorganismos, incluidas las endosporas bacterianas. Puede utilizarlo hasta por 14 días. Reemplácelo antes si se enturbia.
- 3. Glutaraldehido. Se encuentra en forma alcalina, neutra o ácida. Los neutros o alcalinos tienen mayor <u>poder</u> de aniquilación y propiedades anticorrosivas que los <u>ácidos</u>. Se usa más comúnmente, el glutaraldehido al 2 %, que debe usarse a temperaturas de 25° C (77° F). Para una DAN eficaz, tratar los instrumentos y demás artículos por 20 minutos.
 Para un proporción debe seguir los indicaciones del febricante.
 - Para su preparación debe seguir las indicaciones del fabricante.
 - El formaldehído y el glutaraldehido son tóxicos, siendo el formaldehído de mayor toxicidad. Debe manejarlos con cuidado.
 - Sus vapores son irritantes para la piel, ojos y el tracto respiratorio.
 - Úselos solo en una zona ventilada, utilice guantes y limite el tiempo de exposición.
 - Todos los equipos ó instrumentos tratados debe ser enjuagados con agua hervida o estéril.
 - Nunca mezcle formaldehído con cloro pues al combinarse forman un gas tóxico (eter bisclorometílico).

Desinfectantes de uso común

Desinfectante	Características	Observaciones
CLORO (Lejía)	Económico, fácil uso Útil para grandes superfícies	Corrosivo para metales Cambiar cada día
FORMALDEHIDO (Paraformaldehído, formol)	Útil para DAN y esterilización química	Tóxico Poco activo a temperatura menor a 20°C. Cambiar cada 14 días
GLUTARALDEHIDOCidex, Aldehídex,Microbiex, Glutarex)	Recomendable para esteriliza- ción química y DAN	Tóxico Cambiar cada 14 días (antes si se enturbia)

Criterios para esterilización

Esterilización por Medios Físicos

Puede conseguirse por calor o por radiación (lámparas de rayos ultravioleta comúnmente han resultado no ser efectivas contra VIH). El *método* de elección en Estomatología es la esterilización por calor húmedo

1. Calor Húmedo. Emplea la esterilización por vapor saturado a presión en AUTOCLAVE. Es el método más efectivo y de menor costo para esterilizar la mayoría de los objetos ó materiales, si se realiza correctamente. Requiere una temperatura de 121° C a 1,5 atmósferas (15 PSI) por 15 minutos

2. Calor Seco. (Este método aunque lo describimos para conocimiento general, no esta normado para los servicios de Estomatología, se utiliza fundamentalmente en cristalería de laboratorio).

Se logra por conducción del calor, desde la superficie externa del artículo hacia las capas internas. Los microorganismos mueren por quemadura lenta de sus *proteínas*.

Demora más que la esterilización a vapor, el calentamiento es más lento sin humedad Usar este método solo para artículos que puedan soportar una temperatura mayor de 160 °C en un tiempo no menor de 60′.

Las agujas y los instrumentos con bordes cortantes como: limas para endodoncia, agujas de sutura, deben esterilizarse a temperaturas no mayores a los 160 °C. Mayores temperaturas disminuyen el filo de los bordes cortantes.

Se recomienda contar el tiempo a partir del momento que se alcanza la temperatura deseada. Se recomienda las siguientes relaciones de temperatura / tiempo:

60 minutos	170°
120 minutos	160°

Después del enfriamiento, sacar los instrumentos sueltos con pinzas o tenazas estériles y almacenarlos en recipientes cubiertos, igualmente estéril. Lo indicado en Estomatología es el empaquetamiento de todos los instrumentos que sean esterilizados para facilitar su manipulación y almacenamiento.

Métodos de esterilización (cuadro simplificado)

Métodos	Medio	Opciones
Físicos	Calor húmedo	Autoclave a vapor saturado (el indicado)
	Calor seco	Horno
Químicos:	Líquido	Inmersión en glutaraldehído 2 %
	Gas	Gas de oxido de etileno (ETO) Gas de formaldehído Vapor de peróxido de hidrógeno

Nota: La esterilización por autoclave es un método económico y eficaz, además de ser actualmente el indicado para su utilización en los Servicios del Subsistema de Estomatología del país por la Dirección Nacional de Estomatología del MINSAP.

Estructura y organización de la sección de esterilización

Las Secciones de Esterilización en los Servicios Estomatológicos deben contar con una infraestructura que garantice el adecuado flujograma de todos los procesos que en ella se realicen para lo cual poseerán tres áreas.

Descripción de Áreas

Área Roja: Los recursos humanos que laborarán en esta área estarán integrados por Licenciado en Tecnología de la Salud, Técnicos en Atención Estomatológica y auxiliares de esterilización, los cuales realizarán funciones y actividades que les competa.

En relación al diseño físico de esta área de material lavable, debe de tener ventanas y puertas corredizas, instalación de sistemas de aire acondicionado (en los casos que los procesos inversionistas

lo garanticen), extractores a los que se les proporcione mantenimiento preventivo para lograr un optimo funcionamiento durante las 24 horas del día. Los equipos de esta área serán: lavabos, lavadoras, secadoras, entalcadoras de guantes.

Área Azul: Se le llama también área general de trabajo porque es donde se preparan todos los equipos que provienen del área roja, distinguiendo su naturaleza y composición, para saber el método que se va a seguir en su esterilización.

En esta área es imprescindible el funcionamiento correcto de los sistemas de aire acondicionado, eléctrico y vapor, ya que están instalados los esterilizadores.

Asimismo se debe contar con mobiliario, que consta de mesas de trabajo con cubierta de acero inoxidable o mesetas de azulejos.

Al recibir los equipos y materiales descontaminados y secos del área roja se procederá a realizar las operaciones de empaquetado y envasado.

Área Verde o Estéril: En esta área se encuentran todos los equipos, instrumentales y materiales ya esterilizados y almacenados para su posterior distribución a los distintos servicios de la institución.

Podrán laborar en esta área el Licenciado en Tecnología o Técnico de Atención Estomatológica quienes no podrán ser portadores de alguna enfermedad infecto-contagiosa y deberán cumplir con las normas de vestuario para dicha área que se caracteriza por:

- Uniforme quirúrgico.
- Gorro o turbante que cubra totalmente el cabello.
- Cubrezapatos.

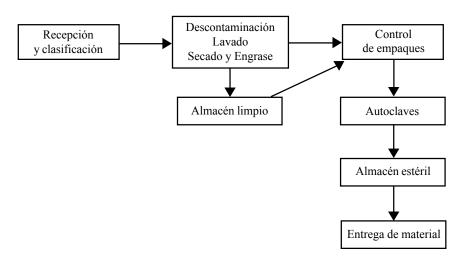
El área estéril debe estar construida de material lavable y liso, puerta y ventana corredizas. Además estará provisto de armarios de acero inoxidable, con carretillas de hule para su fácil manipulación durante la limpieza cotidiana.

En los lugares donde no se cumpla el primero de los requisitos nombrados anteriormente será indispensable que se garantice las condiciones mínimas de almacenaje del instrumental estéril.

En esta área es imprescindible que se cubra con aire acondicionado con sus respectivos filtros de carbono y la iluminación será artificial.

Se recomienda la instalación de lámparas germicidas, con la finalidad de mantener la esterilización durante un determinado período de tiempo y estarán instaladas en los armarios a una distancia de 10 a 15 cms unas de otras.

FLujograma de esterilización



Descripción de la estructura de los juegos de instrumentos en Estomatología

Para su denominación utilizamos la palabra paquete o set, de estos los que mas frecuentemente se conforman son:

- 1. Set de Clasificación: compuesto por espejo, pinza y explorador
- 2. Set de Amalgama: puede tener dos variantes, uno que incluya lo descrito en el set de clasificación y además, cucharilla, cola de castor, condensadores de amalgama y tallador de amalgama u otro que solamente contenga lo especifico sin el set de clasificación.
- 3. Set de obturaciones plásticas: puede tener dos variantes una que incluya el set de clasificación, cucharilla (pudiera tener una muy pequeña y otra mediana) y cola de castor con condensador u otro que solamente contenga el complemento del set de clasificación
- 4. Set para profilaxis: espejo pinza explorador, juego de escariadores.
- 5. Set para Endodoncia: espejo, pinza explorador, cucharilla, cola de castor con condensador pinza porta cono, espaciador de gutapercha, tijera pueden contener también arco para dique de goma.
- 6. Set para extracción: espejo pinza sindesmotomo y jeringuilla Cárpale
- 7. Set para urgencia: los mismos contenidos descritos que el de obturaciones plásticas, con la diferencia que la cucharilla es mayor y la cola de castor también
- 8. Set quirúrgico o de complicaciones: bisturí, periostotomo, lima para hueso, pinza porta aguja, pinza con dientes o sin dientes y tijera.
- 9. Set para espiga: espejo. pinza, explorador, cucharilla y cola de castor

Procedimientos de descontaminación, limpieza y desinfección en la esterilización

Proceso de descontaminación: Acciones metodológicas para su implantación

- **Prelavado (manual):** Consiste en la acción mecánica de enjuagar con agua solamente para eliminar los restos de sangre y materia orgánica lo más posible. Debe realizarse inmediatamente después de utilizar el material.
- · Descontaminación del Instrumental
 - Se sumergirá en agua con detergente el tiempo establecido hasta una media hora, para evitar que la materia orgánica y soluciones medicamentosas se adhieran al instrumental. Colocarlo en la solución jabonosa inmediatamente después de su utilización y mantener el recipiente protegido hasta este momento.
 - Se realizará con soluciones químicas de acuerdo a la política trazada por cada institución (Remitirse al documento de "Políticas y usos de los Desinfectantes y Antisépticos" en: "Manual de Organización y Procedimientos del Policlínico"), y después se procederá como está orientado.

Proceso de limpieza y desinfección: Acciones metodológicas para su implantación

- Todas las partes del equipamiento de Estomatología que estén en contacto con el paciente deben limpiarse y desinfectarse, estos son: pieza de mano de airotor, pieza de mano de micromotor, jeringa, pieza de mano ultrasónica, pieza de mano giromatic o similares, pieza de mano de ultrasonido, puntas de lámparas halógenas, porta- amalgama.
- La platina o plato de trabajo del equipo o cualquier superficie cercana al área de trabajo
 con el paciente que se contamine con secreciones o sangre, debe desinfectarse con soluciones
 de cloro según las especificaciones del manual de desinfectantes (ver "Políticas de
 Desinfección y Antisepsia" en Manual de Organización y Procedimientos del Policlínico).
- El proceso de limpieza y desinfección de las piezas de mano de airotor que no se puedan esterilizar en autoclave se realizara a través de la eliminación de todos los restos de fluidos

y partículas de cualquier tipo que se encuentren en su superficie, utilizando agua, jabón y cepillo, posteriormente se desinfectará su superficie con los productos aprobados para tales fines como por ejemplo; Peróxido de Hidrógeno 7 %, Formalina Alcohólica, alcohol al 76 % y soluciones de Glutaraldehído.

 Para la desinfección de piel y mucosas se utilizarán productos químicos o naturales biocidas, los que son habitualmente distribuidos por las empresas de medicamentos o de preparación dispensarial (ver "Políticas de Desinfección y Antisepsia" en Manual de Organización y Procedimientos del Policlínico).

Proceso de esterilización: Acciones metodológicas para su implantación

Proceso de preesterilización

La preesterilización es el conjunto de actividades previas al proceso de esterilización. El personal que realice esta labor deberá utilizar guantes y delantal de goma como medios de protección. El cumplimiento estricto de este proceso manual y mecánico garantiza la manipulación segura y la reducción de la carga bacteriana para la esterilización posterior.

La envoltura del material se realizará en papel kraft, papel grado médico, polivinilo-papel, papel crepado o tejido de algodón. El empaquetado con otro papel se considerará no apto para la esterilización.

El responsable de ese proceso debe ser el auxiliar de esterilización, jerarquizado por el Licenciado en Tecnología de la Salud o el Técnico de Atención Estomatológica.

Proceso de esterilización

- Todo el instrumental que se esterilice en autoclave debe estar empaquetado con doble envoltura de papel Kraft o envases específicos certificados para esa función, marcando la fecha y su contenido
- En el caso de las piezas de mano se podrán esterilizar en autoclave si las especificaciones de ellas lo expresan, lo que por lo general esta señalado en las piezas con la palabra, autoclavable.
- El buen funcionamiento del equipo de esterilización debe verificarse con:
 - Lectura de los instrumentos del equipo,
 - Utilización de las cintas testigo como indicador de proceso.
- Para el control de la calidad y efectividad de la esterilización se utilizan los controles biológicos cuyo tipo y frecuencia de aplicación se definen por la Central de Esterilización. Su estudio y resultados están a cargo de los Centros de Higiene (ver "Guía de Control de la Calidad de los Procesos de Esterilización en la Atención Primaria de Salud" en Manual de Organización y Procedimientos del Policlínico).

Proceso post esterilización

- Todo el instrumental empaquetado debe ser almacenado adecuadamente en estantería, áreas o mobiliario de fácil limpieza y donde se logre su protección del medio.
- Debe ser re-esterilizado cumpliendo lo que está establecido por la guía de esterilización (ver "Guía de Control de la Calidad de los Procesos de Esterilización en la Atención Primaria de Salud" en Manual de Organización y Procedimientos del Policlínico).

Procedimiento para la preparación del material de goma (guantes)

- Coloque los guantes en solución detergente durante 30 minutos
- Lave los guantes con abundante agua y detergente.
- Enjuague con abundante agua para retirar los restos de detergente.
- Lávelos todos juntos si hay máquina lavadora. Si esta no existe, lávelos individualmente, de forma manual.

- Seque los guantes por ambas partes.
- Clasifiquelos y entálquelos (el talco será esterilizado).
- Colóquelos en la cartuchera (de papel o tela), individualmente o en pares, de acuerdo con el uso.
- Identifiquelos por talla.
- Coloque la cubierta exterior a las cartucheras con doble envoltura, y consigne la fecha de esterilización y talla.
- Coloque el indicador químico en el medio del paquete de prueba.

Control de la esterilización

Existen diferentes métodos de comprobación de la esterilización y son una garantía de que los equipos funcionan correctamente y cumplen su cometido que es lograr una efectiva esterilización.

Indicadores físicos

Es el que se ejecuta a través de la comprobación en el equipo de:

- · Temperatura,
- · Tiempo,
- · Presión.

Se logra por la incorporación de elementos como: termómetros, manómetros, sensores de carga, entre otros. Estos son de gran utilidad, pero no son un medio eficaz de comprobar la esterilización.

Indicadores químicos

Son generalmente productos comerciales, consistentes en sustancias químicas que cambian de color (indicadores calorimétricos) si se cumple un elemento clave del proceso de esterilización como por ejemplo la temperatura necesaria. Algunos indicadores requieren más de un parámetro, incorporando el tiempo de exposición y humedad para cambiar de color.

Pueden ser fabricados de papel especial, cintas autoadhesivas o consistir en tubos de vidrio con líquidos especiales. Todos estos indicadores no garantizan que el equipo esté realizando una esterilización efectiva, aunque sí su funcionamiento, ya que reaccionan al alcanzarse parámetros de calor, presión y humedad Estos indicadores químicos son diferentes de acuerdo con el proceso utilizado (calor seco, húmedo o gas).

Indicadores biológicos

Es el mejor método para determinar la eficiencia de un proceso de esterilización. Están diseñados para confirmar la presencia o ausencia de microorganismos viables después de la esterilización. Consisten en esporas de microorganismos de prueba que posee la mayor resistencia comprobada frente al método de esterilización utilizado.

La validación del proceso de esterilización mediante el análisis de los indicadores biológicos corresponde a los Centros Municipales de Higiene y Epidemiología, acción esta que se realizará semanalmente, debiendo llevarse un registro del resultado por cada equipo analizado.

Protocolo de higiene para el tratamiento a pacientes

1. Lavado de manos

Su finalidad es eliminar la flora bacteriana transitoria, reducir la residente y evitar su transporte. Por ello es imprescindible el lavado de manos previo a la colocación de los guantes y después de retirarlos. La medida tiene como fundamento la posible existencia de lesiones y abrasiones que

no puedan ser advertidas a simple vista, la presencia de sangre impactada debajo de las uñas del profesional y la posibilidad de perforaciones no visibles sobre la superficie de los guantes.

Además deberá incluir la limpieza adecuada del lecho subungueal. Para hacerla efectiva deberá siempre retirarse de las manos todas las alhajas, incluyendo el reloj.

Se recomienda preferiblemente soluciones jabonosas que contengan un 4 % de Gluconato de Clorhexidina como ingrediente activo debido a su acción residual.

El enjuague debe realizarse con agua fría para cerrar los poros, el secado debe realizarse preferiblemente con servilletas o toallas de papel.

Lavarse las manos inmediatamente después de contactar sangre, saliva o instrumental de operatoria.

Técnica del lavado de manos

La técnica de lavarse las manos tiene la siguiente secuencia:

- 1. Subirse las mangas hasta el codo.
- 2. Retirar alhajas y reloj.
- 3. Mojarse las manos con agua corriente.
- 4. Aplicar 3 a 5 ml de jabón, preferiblemente líquido.
- 5. Friccionar las superficies de la palma de las manos y puño durante 10 ó 15 segundos.
- 6. Enjuagar en agua corriente de arrastre.
- 7. Secárselas.
- 8. Cerrar la llave con la toalla.

2. Guantes

Se recomienda para el examen clínico guantes desechables no esterilizados y para los procedimientos quirúrgicos los desechables esterilizados. Los guantes reusables deben ser gruesos y se emplean solo para el lavado de instrumentos. Los guantes contaminados con sangre u otros fluidos deber ser descartados

El lavado de guantes con agentes antisépticos altera la <u>naturaleza</u> del látex y no asegura el arrastre de microorganismos de su superficie.

No se pueden realizar acciones ajenas a la atención del paciente mientras lleva los guantes puestos

Si el tratamiento no es quirúrgico y debe ser momentáneamente interrumpido para luego continuar con el mismo procedimiento (tomar un frasco, abrir una puerta, contestar el teléfono, hacer una anotación, etc.) deben colocarse las bolsitas de polietileno superpuestas al guante de látex, o estas acciones deben ser realizadas por el Técnico. El realizar estas acciones con los guantes, tienen como principal peligro la contaminación de áreas o zonas no concurrentes al tratamiento de pacientes y que al ser contactadas por otras personas ser fuente de infestaciones cruzadas

Retirar los guantes

- · Luego del uso.
- · Antes de tocar áreas no contaminadas
- Antes de atender a otro paciente.

Las manos deben ser lavadas inmediatamente después de retirados los guantes para eliminar *la contaminación* que sucede aún con el uso de guantes.

3. Nasobucos o mascarillas

El nasobuco o la mascarilla protegen principalmente la mucosa nasal y bucal, evita de la *contaminación* por aerosoles originados por el instrumental rotatorio, spray de la jeringa y emanaciones

de fluidos en la respiración normal del paciente y el Estomatólogo y de los eventos imprevisibles como la tos. Entre los nasobucos los preferibles son los de papel microfiltro y de las mascarillas, el material mejor son los de fibra de vidrio o la mezcla de fibras sintéticas Debe encajar cómoda y adecuadamente sobre el puente de la nariz para evitar el empañamiento de los protectores oculares

En los procedimientos quirúrgicos la superficie de la mascarilla debe ser considerada material contaminado por lo que debe evitarse su contacto aún con las manos enguantadas.

4. Protectores oculares

Evitan las lesiones oculares causadas por partículas proyectadas hacia el rostro del operador, a la vez que protege contra infecciones, considerando que muchos gérmenes de la flora oral normal son patógenos oportunistas.

Debido a la dificultad para su esterilización hay que lavarlos entre paciente y paciente con agua, jabón germicida ó soluciones antisépticas. Luego de ser enjuagados deben ser secados con toallas o servilletas de papel preferiblemente. El procedimiento no debe dañar la superficie del protector.

5. Vestimenta del profesional

Comprende la bata sanitaria. Tiene por finalidad evitar la *introducción* de microorganismos en el área de trabajo. Asimismo, evita la contaminación de la ropa normal durante la atención en el Consultorio.

6. Esterilización y desinfección del consultorio, materiales y equipo

El local asistencial deberá contar de paredes y pisos de fácil lavado, evitando apliques e infructuosidades innecesarias o materiales rugosos o porosos que dificulten la *higiene* del Consultorio.

La escupidera deberá ser higienizada después de cada paciente eliminando todo tipo de residuos que se pueda acumular, debiéndose utilizar desinfectantes químicos. La platina o plato deberá mantenerse en óptimas condiciones de higiene durante toda la jornada de trabajo. Para lograrlo se debe colocar sobre el mismo el papel de la primera envoltura del set de trabajo, con el que se retirara el instrumental utilizado.

En la platina o plato solo deberá estar el instrumental y útiles necesarios para la atención de cada paciente. Se debe evitar que el depósito de residuos se encuentre en dicha mesa de trabajo.

Con relación a la lámpara se debe forrar el mango con una bolsita de nylon que deberá ser cambiada después de cada paciente.

El instrumental deberá ser esterilizado o desinfectado, envuelto correctamente en papel con doble envoltura, identificando para cada caso la fecha en que dicho procedimiento se realizó.

Las fresas deben ser preferiblemente desechables, de lo contrarios serán esterilizadas o desinfectadas como el resto del material y guardadas en tubos vacíos de anestesia o colocadas en una gasa y envueltas en papel. Luego de ser utilizadas con un paciente, se debe proceder conforme al resto del instrumental sucio.

No deben utilizarse las vitrinas para exponer el material fuera de las condiciones anteriormente señaladas.

7. Precauciones generales en el área específica de trabajo estomatológico

- Evite heridas accidentales con instrumentos punzantes o cortantes contaminados y el contacto de mucosas o de lesiones abiertas de piel con material proveniente de los pacientes.
- Use jeringas hipodérmicas y agujas desechables y después deposítelas, junto con las hojas de bisturí y otros materiales con filo, en un recipiente resistente a los cortes ubicado en el mismo lugar donde se realizan los procedimientos. De utilizar jeringas tipo cárpule proceder como se plantea en este manual.
- En procedimientos que impliquen contacto con sangre o fluidos corporales potencialmente infectantes usar batas, mascarillas y anteojos protectores. Si se contaminan las manos con

- sangre, lávelas de inmediato con cuidado, aplicándose luego soluciones desinfectantes para mayor seguridad.
- Rotule claramente con una advertencia especial, las muestras de sangre y de otras secreciones. Desinfecte el exterior del envase con una solución de cloro.
- Los objetos manchados con sangre, colóquelos en una bolsa rotulada ("Precaución: contiene sangre"), o recipiente para este fin, antes de enviarlos para su limpieza y destrucción.

Precauciones cuando se presentan lesiones accidentales

- En caso de sufrir lesión accidental con elementos punzocortantes potencialmente infectados, inmediatamente realizar un lavado minucioso con agua y jabón.
- Previamente presione los bordes de la herida para favorecer la salida de sangre. Si es necesario colóquese un apósito. Evite frotar la zona con cepillos debido al riesgo de originar microlesiones.
- En el caso de exposición de los ojos, lávelos de inmediato con agua y después irríguelos con solución salina estéril.
- Igualmente si se mancha con sangre, secreciones o fluidos, lávese prolijamente la zona con agua y jabón.
- Si se decide que la lesión es significativa se debe seguir la evaluación por el médico, el que indicara las investigaciones necesarias, entre estas, las <u>pruebas</u> de VIH y hepatitis B, tanto al paciente como al operador, reportándose el accidente al responsable de bioseguridad de su policlínico o unidad.

Recomendaciones durante la atención en el servicio estomatológico

Además de las precauciones generales, debe tener presente las siguientes recomendaciones:

- Utilizar bata sanitaria de uso exclusivo en el área de consulta, guantes, nasobuco o mascarilla
 y protectores de ojos al realizar los procedimientos clínicos.
- Los instrumentos dentales empleados en cada paciente, debe esterilizarlos adecuadamente antes de reutilizarlos.
- Los instrumentos sensibles al calor (espátula para resina y otros) puede someterlos a DAN y enjuagarlos posteriormente.
- No utilizar en otro paciente cartuchos de anestesia con solución sobrante.
- Ensartar la aguja del cárpule en su protector mediante la técnica de una mano para evitar lesiones accidentales.
- Manipular con cuidado el material utilizado con cada paciente (radiografías, impresiones, registros de mordida, entre otros).
- · Evitar lesiones en las manos.
- Cite al paciente con sospecha de infección o con diagnostico confirmado para la última hora de consulta.
- Los vasos plásticos usados para el enjuagatorio deben ser desechables.
- Utilice diques de goma, eyectores de alta <u>velocidad</u> y coloque al paciente en la posición más cómoda para evitar salpicaduras.
- La inserción de la placa radiográfica en la boca del paciente para la toma debe ser efectuada con instrumental, no con la mano. Luego de la toma, tomar la placa con una pinza enjuagarla a chorro y dejarla reposar unos minutos en solución desinfectante antes de su revelado.
- Revelar placas con colgadores para evitar lesión dérmica por ácidos
- Para evitar la aspersión del material infectado de la pieza de mano, deje correr y descargue agua de la pieza poco antes de comenzar la atención del día y después de la atención de cada paciente.

Control ambiental

Eliminación de desechos: Los desechos son de tres tipos: Comunes o no contaminados, infecciosos o contaminados y especiales.

Desechos comunes o no contaminados: No representan riesgo de infecciones para las personas que los manipulan, tales como papeles, cajas, botellas no usadas para muestras, recipientes plásticos, etcétera.

Desechos infecciosos o contaminados: Son desechos con grandes cantidades de microorganismos y si no se eliminan en forma apropiada, son potencialmente riesgosos. Muchos de ellos están contaminados con sangre, pus, y otros fluidos corporales.

Desechos especiales: Los constituyen elementos radiactivos y líquidos tóxicos, tales como sustancias para revelado de Rx, insecticidas, etcétera.

Recuerde que el manejo apropiado de los artículos de desecho minimiza la propagación de las infecciones al personal de salud y a la comunidad local, protege de lesiones accidentales a quienes los manipulan y proporciona un ambiente agradable.

Salud ocupacional

El personal debe conservar un adecuado estado de salud, por ello es tan importante las medidas de protección individual descritas en el manual para las diferentes enfermedades y la inmunización contra la hepatitis B, la cual comprende tres dosis (la segunda al cabo de 1 mes y la tercera a los 6 meses) y protege por un periodo de 10 años.

Según la Federación Dental Internacional los estudiantes y profesionales relacionados a la Odontología que realizan procedimientos invasivos y cuyo estado VIH se desconoce pero que por factores ajenos a sus labores profesionales estén en riesgo de ser VIH-seropositivos deberán someterse regularmente a los exámenes apropiados para establecer el nivel de riesgo VIH.

Bibliografía

Almea J.; E. Echevarría; E. González: Control de Esterilización en los Consultorios Odontológicos, 2002.

Barrancos Money: Operatoria Dental, 3ra. ed., Mosby/Doyna, Libros,1995, pp.185-192.
Barrios. G, A; G. P. Baca; C.J. Liébana: Desinfección y Esterilización. Mecanismos de acción de los agentes físicos y químicos frente a los microorganismos. Microbiología oral, cap. 26, 2da. ed.. Mc Graw Hill Interamericana, España, 2002 pp. 267-275, Biblioteca de Consulta Enciclopedia Microsoft Encarta, 2004.

Cabrera. Piedrola, G y G. Piedrola: Desinfección y Esterilización. Microbiología Oral, Editorial Interamericana McGraw-Hill, cap. 36, pp. 527-538, 2003.

Diccionario Mosby: Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, 5ta. ed., Ediciones Harcourt, España, 2004.

Céspedes. Claudia: Prión Un agente Infeccioso que causa conmoción en la comunidad científica, Acta Odontológica Venezolana, vol. 41, No. 1, 2003.

Colmenares Arteaga, Ana: Enfoque clínico de las normas de esterilización en odontoestomatología, Madrid, 2005.

Domínguez, G; M. Picasso; J. Ramos: Bioseguridad en Odontología. Odontlogia Ejercicio Profesional, 2003.

Freidenthal, M.: Diccionario Odontológico, Editorial Médica Panamericana, 2001.

Guevara Pérez C.; I. Álvarez Moreno; C. A.

Guevara; S. V. Pérez: Asepsia y antisepsia: Práctica fundamental en odontología, 2004. Jorrín Suárez, M.: Fundamentos de la Bioseguridad, 1999.

Leyva, A.; P. Baca; J. Liébana: Desinfección y Esterilización. Mecanismos de acción de los agentes físicos y químicos frente a los microorganismos, 2005.

- Pérez, C. R.: Estudio de las normas de bioseguridad en consultorio dental, Chile, 2004.
- Pumarola, T.; J. Fumarola: Epidemiología de las enfermedades infecciosas en el ámbito odontológico, cap. 37, Microbiología Oral Liébana J. 2da. ed. McGraw Hill Interamericana, España, 2002.
- Guandalini, S. L.: Cómo controlar la infección en la odontología, Brasil, GNATUS, 1997.

 —————: Bioseguridad en Odontología, Brasil, ODONTEX, 1999.
- Guevara, C.; C. Alvarez; Guevara, S.: Asepsia y antiasepsia: Práctica fundamental en Odontología, www.encolombia.com/ foc5819700asepsia2.htm, consultado en marzo 2004.
- Guía para el lavado de las manos, Sociedad Argentina de Infectología, http.llwww.sadi.org.ar/lavado.htm.
- La salud bucodental: Repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica, Washington, OPS/OMS, 1995.
- Leyva. G, A; G. P. Baca; C. J. Liébana: Desinfección y Esterilización. Mecanismos de Acción de los Agentes Físicos y químicos frente a los Microorganismos. Microbiologia Oral, cap. 26, 2da. ed., Mc Graw Hill Interamericana, España, 2002, pp. 267-275.
- Lozano de Luaces, V.: Control de las infecciones cruzadas, Madrid, Ediciones Avances Médico-Dentales, S. L., 2000.
- Moreira S.: Normas de bioseguridad en la prevención de accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales, Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1997.
- Reyes M.: Odontología y VIH/SIDA http://www.laneta.apc.org/mailman/listinfo/agencia notiese
- Normas de esterilización y desinfección en clínicas y servicios estomatológicos. ¿Por qué esterilizar en odontología? América Dental Association (ADA), Internet, 2001.
- Proceso de Esterilización, Carpeta Metodológica de Enfermería, Dirección Nacional de Enfermería, MINSAP, 1998.
- Santana Garay, J. C.: Infección por el VIH en el complejo bucal, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2000.
- Sued, Amelia Mirta y Daniel Casim: Nueva Era en la Bioseguridad, 2005.
- Velázquez de V. G.: Medidas de Bioseguridad en SIDA, Colombia, Laboratorios Biogen S.A., 1994.

ANEXO 29 Guía de Evaluación para los Servicios Estomatológicos

Objetivos

- 1. Evaluar la organización y funcionamiento de los servicios estomatológicos
- 2. Evaluar la calidad en los procesos asistenciales y aseguramiento de ellos.

${ m I.}$ Aspectos para evaluar al Director Municipal sobre su control

a los servicios estomatológicos

- Analiza trimestralmente la actividad estomatológica en el municipio en el Consejo de Dirección, teniendo como tema y dando seguimiento a los acuerdos tomados.
- Considera en el Análisis de la Situación de Salud del Municipio el aspecto bucodental y establece medidas para su modificación.
- Visita, al menos una vez al mes, los servicios estomatológicos y da seguimiento a sus indicaciones.
- 4. Controla la actividad de prótesis y las medidas para evitar hechos delictivos en los servicios.
- 5. Despacha con el Jefe Municipal de Estomatología al menos una vez en el trimestre para analizar la actividad y el cumplimiento de las indicaciones emitidas por él y los niveles superior y tiene identificado los principales problemas de sus servicios.
- 6. Evalúa la implementación del Reglamento de Servicios Estomatológicos y el reordenamiento de la atención.

II. Aspectos para evaluar al Director del Policlínico sobre su control

a los servicios estomatológicos

- Analiza la actividad estomatológica en el Consejo de Dirección, teniendo como tema y dando seguimiento a los acuerdos tomados.
- Considera en el Análisis de la Situación de Salud del Policlínico el aspecto bucodental y establece medidas para su modificación.
- Visita, al menos una vez a la semana, los servicios estomatológicos y da seguimiento a sus indicaciones.
- 4. Controla la actividad de prótesis y las medidas para evitar hechos delictivos en los servicios.
- 5. Despacha con el Vicedirector de Estomatología, al menos una vez al mes, para analizar la actividad y el cumplimiento de las indicaciones emitidas por él y los niveles superior y tiene identificado los principales problemas de su servicio.
- 6. Evalúa la implementación del Reglamento de Servicios Estomatológicos.

 Controla mensualmente el cumplimiento de los compromisos con otras instituciones para garantizar la continuidad de la atención por las especialidades o medios no disponibles en la institución.

 De la organización y funcionamiento 1.1 Funcionamiento del Consejo o Grupo de Dirección: Se realiza mensualmente declarados los participantes y relación de temas a analizar en cada uno. Se discu principales problemas de salud y de la organización, tomándose acuero correspondencia con los temas tratados. Se abordan los siguientes aspectos: Cumplimiento del Programa de Estomatología y se establecen estrategias para mejoramiento. Resultados de la evaluación del CACSE y se analizan los problemas de cali la institución estableciéndose estrategias por la Dirección para su mejorami Comportamiento de las prótesis y se establecen las estrategias para su mejoram Cumplimiento del plan de servicios, comparándolo con las normas de cons se evalúan los planes de abastecimiento y la realización de las solicitudes a para estos aspectos y de los máximos y mínimos Cumplimiento de los horarios de trabajo, aprovechamiento de la jornada, visitas a los pacientes y el sistema de turnos implementado de acuerdo de Indicaciones. Garantía de la continuidad de la atención a los pacientes.
 declarados los participantes y relación de temas a analizar en cada uno. Se discu principales problemas de salud y de la organización, tomándose acuero correspondencia con los temas tratados. Se abordan los siguientes aspectos: Cumplimiento del Programa de Estomatología y se establecen estrategias para mejoramiento. Resultados de la evaluación del CACSE y se analizan los problemas de cali la institución estableciéndose estrategias por la Dirección para su mejorami Comportamiento de las prótesis y se establecen las estrategias para su mejorami Cumplimiento del plan de servicios, comparándolo con las normas de cons se evalúan los planes de abastecimiento y la realización de las solicitudes a parestos aspectos y de los máximos y mínimos Cumplimiento de los horarios de trabajo, aprovechamiento de la jornada, visitas a los pacientes y el sistema de turnos implementado de acuerdo de
perdidas, extravíos de las Historias Clínicas o resultados de investigaciones; re en el inicio de las consultas y suspensión de ellas, causas y medidas para ev Resultados del sistema de monitoreo de la satisfacción de los pacientes, • Aprovechamiento de las potencialidades de los especialistas en EGI y los tecno • Desarrollo de los procesos docentes. • Estrategia de comunicación a la población • Higiene y confort de la institución • Cumplimiento de la ética médica y la disciplina laboral, tomando las medid las violaciones • Evalúa la implementación del Reglamento de Servicios Estomatológicos • Controla mensualmente el cumplimiento de los compromisos con otras institu para garantizar la continuidad de la atención por las especialidades o medidisponibles en la institución.

1. Accesibilidad

Horarios de trabajo:

- Que garantizan el cumplimiento efectivo de las 44 horas semanales por trabajador, y accesibilidad de la población al servicio en las *sesiones de la mañana, tarde y noche*, así como los servicios de urgencia las 24 horas.
- Con *extensión de los horarios* para las áreas de atención directa del paciente, y se incluye en ello: Consejería de Salud Bucal, Rayos X, Esterilización, Admisión y Archivos, Laboratorios, y todo aquello que garantice la vitalidad del servicio.

Sistema de entrega de turnos a la población

- · Programado
- Es controlado continuamente por el Director o los Jefes de Servicios o departamentos para verificar que:
 - Los pacientes acuden
 - Se le aprovecha la consulta al paciente

No. | Aspectos a evaluar en los servicios

- No se suspenden consultas ni tratamientos planificados
- Existen mecanismos creados para la atención de pacientes en caso de no asistencia de otros.
- Se debe realizar verificación de informaciones comparando el parte diario, con las historias clínicas y las libretas de citaciones.
- Se debe analizar los tiempos dedicados a cada paciente en la libreta de citaciones y el aprovechamiento de la jornada.
- Estado de la lista de espera de prótesis. Si esta se mueve, es decir si los pacientes son citados a partir de ella y si está actualizada.

2. Comunicación e información

- Existe una estrategia de comunicación en la institución con utilización de murales, pancartas, computadoras, charlas, audiencias, formación de promotores y otros, así como en Consultorios y otros escenarios de la comunidad que permiten la información y el diálogo comunicativo con la población, referente a la organización de los servicios, el horario, el sistema de turnos, además de los aspectos educativos útiles para el mejoramiento de la salud bucal.
- Se divulgan en mural informativo, estéticamente confeccionado, los tratamientos que se están brindando en la institución, y de existir alguna afectación exponer las causas.
- Se comunican a través de:
 - Entrevistas estomatológicas.
 - Reunión con pacientes y familiares.
- Existen sistemas diseñados en las unidades y en los territorios para la búsqueda de información negativa entre la población y sus líderes, sobre el servicio o estados de opinión sobre delitos e ilegalidades.
- Se brinda sistemática y oportunamente información a los trabajadores y estudiantes de la unidad y de otras instituciones del sistema, en el territorio sobre el funcionamiento del servicio.

3. Exactitud y puntualidad

- El departamento de admisión y archivo comienza la jornada laboral antes que el resto de las áreas de atención directa del paciente, de manera tal que garanticen que todas las Historias Clínicas de los pacientes programados se encuentran en las consultas al comienzo de estas.
- A la hora de inicio de la jornada laboral el trabajador esta en su puesto de trabajo, lo cual garantiza el cumplimiento de las citaciones.
- Los resultados de todas las investigaciones realizadas son archivadas en las Historias Clínicas por el departamento de admisión.
- En caso de existir retrasos en el llamado a la consulta por causas inevitables, se le comunica a los pacientes de forma adecuada y de este desearlo se le cambia el turno, lo que queda registrado en la hoja de cargo, en el libro de citaciones y en la historia clínica, exponiendo las causas para facilitar el ulterior control.
- En ausencia del Director o Jefe del Servicio siempre esta presente en la institución un responsable desde la apertura hasta el cierre que garantiza la disciplina laboral.
- Ante la aparición de una causa que motive la posible suspensión de una consulta se tienen previstas alternativas que lo evitan, ejemplos:
 - Por la ausencia de un Estomatólogo: sus consultas son asumidas por algún directivo de la institución o distribuidas entre el resto de los Estomatólogos.
 - Por falta de agua: se trabaja con agua previamente recogida para estas situaciones, cumpliendo con las indicaciones de Higiene y Epidemiología.

No. | Aspectos a evaluar en los servicios

 Las consultas solo son suspendidas por el Director de la institución, o directivo que lo represente en ausencia de este, por causas de fuerza mayor.

4. Higiene y confort

- Establecidos horarios de trabajo para el personal de limpieza que permite realizarla con calidad antes de la apertura de la institución, garantizando el mantenimiento de ella durante toda la jornada laboral.
- Los directivos realizan diariamente recorridos por la institución para evaluar la limpieza y analizan las dificultades detectadas inmediatamente para la búsqueda de la solución.
- Se realiza semanalmente limpieza general de la institución, organizada de manera tal que afecte lo menos posible la atención.
- Se tiene creado puesto de trabajo para personal de mantenimiento en las instituciones que garantice, tanto la estructura física como al equipamiento.
- Se tiene establecido de conjunto con las organizaciones políticas y de masa sistemas emulativos y de control sobre la higiene y el mantenimiento de las diferentes áreas y departamentos.
- Se coordina con otras instituciones del territorio y la comunidad lo relacionado con el mantenimiento y cuidado de la unidad y su entorno.
- Se analiza en las reuniones departamentales las dificultades en estos aspectos, determinando los responsables y las medidas para su erradicación.

5. Ética v disciplina

- Se informa a todos los pacientes sus deberes y derechos a través de los murales de la institución y se utilizan todos los medios enunciados anteriormente en la estrategia de comunicación social.
- Se respeta a los pacientes sus derechos y se les exige sus deberes.
- Se dispone del reglamento interno de la institución donde se reflejan los deberes y derechos de pacientes y trabajadores, así como sus relaciones, lo cual se evalúa mediante sondeos de opinión y observación.
- Se evalúa semanalmente la calidad de los tratamientos educativos, preventivos, curativos o rehabilitadores realizados a los pacientes, por el Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE) y por el Director de la unidad, a través de:
 - Evaluación retrospectiva de una muestra de las Historias Clínicas de todos los profesionales, acorde al Programa de la Calidad y las Guías Prácticas Clínicas.
 - Evaluación concurrente de los tratamientos mediante la observación directa, pases de visitas y discusiones de casos.
 - Recorrido por esterilización, consejería de salud bucal y rayos X, para evaluar calidad de los procederes mediante la observación directa y la discusión de los mismos.
 - Cumplimiento de lo establecido en el Programa.
- Se constata una exigencia de la atención a todos los pacientes con Historia Clínica, incluidas las urgencias provenientes de la población asignada a la unidad.
 Los directivos de la institución tienen programadas horas asistenciales y guardia estomatológica.
- Se realiza análisis por el Comité de Ética de la institución de las violaciones y establecimiento de planes de medidas para la prevención y erradicación.
- Se ejecuta análisis mensual en las reuniones departamentales de las violaciones de la ética, la calidad y la disciplina laboral, determinando los responsables, las causas y tomando las medidas para su erradicación y prevención.

No. | Aspectos a evaluar en los servicios

6. Del trabajo con los cuadros y el sindicato que facilita el trabajo en la institución.

- Se tiene realizada la caracterización de los cuadros, sus reservas y canteras, y
 están determinadas las necesidades de aprendizaje y aspectos a modificar, y a
 partir de ello la estrategia para su modificación.
- Se tiene diseñada y ejecuta estrategia de capacitación para los directivos, así como para su motivación
- · Existe liderazgo de los directivos.
- Se ha diseñado estrategia de conjunto con el sindicato y las organizaciones políticas de la unidad y el gobierno del territorio y la propia comunidad, para estimular a los profesionales, técnicos y trabajadores con resultados positivos en su trabajo.
- Se administra colegiadamente, utilizando el Consejo de Dirección y las reuniones departamentales y de los factores, como espacios para la discusión, análisis y reflexión sobre los problemas de la unidad y las medidas para su mejoramiento, así como para brindar información oportuna sobre el desarrollo de los procesos y sus resultados.
- Se desarrollan formas de comunicación permanente que posibiliten la información de todos los trabajadores, no solo de las indicaciones, sino también de los resultados del trabajo.

7. Administración del programa

- Se evalúan los resultados de la aplicación del plan elaborado para el mejoramiento de la atención, incluyendo cada uno de los siete aspectos enumerados, a partir de las indicaciones y consideraciones realizadas por las visitas de los niveles superiores.
- Se evalúa semanalmente los resultados del Programa de Estomatología, analizando los problemas y situaciones de cada servicio, determinando los responsables y estableciendo las medidas para su solución; utilizando toda la información cualitativa y cuantitativa disponible, con énfasis en los resultados del trabajo y en los estados de opinión de la población y los trabajadores.
- · Se analiza mensualmente:
 - Reordenamiento de los recursos humanos en Estomatología General y Especializada.
 - Horario de trabajo y sistema de turnos.
 - Adecuada cobertura de la población y equidad de los recursos en todos los territorios.
 - Recuperación de los servicios de Prótesis, con un adecuado control de la lista de espera, los ciclos de entrega y la programación de 40 ingresos por especialistas de Prótesis y Estomatólogos dedicado a prótesis (Según los Anexos 1 y 2 del documento de Mejoramiento).
 - Control riguroso de los máximos y mínimos en los almacenes, pedidos a los Almacenes de Efectos Médicos y a EMSUME, con la incorporación de todos los renglones. Plan de servicios y abastecimiento.
 - Aprovechamiento al máximo de los Especialistas de Estomatología General Integral, de acuerdo con su perfil profesional en los tratamientos de Prótesis, Ortodoncia, Cirugía Bucal y Periodoncia.
 - Control de las horas perdidas y las afectaciones que provoca en los servicios a la población (Según Anexo 3 documento de Mejoramiento).
- Se realizan todas las reuniones departamentales y asambleas de afiliados y en ellas analizan y discuten los resultados del trabajo, las causas de los incumplimientos y las medidas para su erradicación.

No. Aspectos a evaluar en los servicios Se realiza seguimiento en los consejos de dirección del cumplimiento de los planes de medidas para el mejoramiento de la atención. Se realiza balance anual de los servicios evaluando los resultados alcanzados y el impacto de este en el logro de las proyecciones de la salud pública para el 2015. De la evaluación de los procesos en los servicios

2.1 De la historia clínica

Identificación y numeración: Comprobar si están completos y correctamente llenados estos datos

Dentigrama: Si el dentigrama fue marcado cumpliendo con lo establecido tanto en simbología como en la utilización de los colores

Motivo de consulta (MC): Si fue registrado y se refleja de forma clara y escueta con las palabras del paciente entre comillas. *Relacionarlo* con tratamiento y evolución de la primera consulta

Historia de la enfermedad: Si se escribió el MC y los síntomas que refiere el paciente (cuando proceda) y si se señalan aquellos aspectos que ayuden a establecer la prioridad en el tratamiento, señalando lo relacionado con el examen bucal, diagnóstico y plan de tratamiento.

Antecedentes patológicos personales: Si se escribieron todos aquellos aspectos importantes para el diagnóstico de determinadas patologías o aquellos por lo que requiere de estudios previos para los tratamientos o que requiere de cuidados especiales. Hipertensión arterial, diabetes, discrasias sanguíneas, etcétera. Antecedentes patológicos familiares: Padre, madre, fallecidos, causa de fallecimiento o vivos, si padecen o han padecieron de enfermedades crónicas que puedan heredarse y que sean incidentes o proclives el riesgo de padecerlas.

Hábitos: Si se escribió todo aquello importante para el diagnóstico y tratamiento a seguir. Lo que resulta más frecuente y nocivo de estos hábitos, se señalará en el plan de tratamiento las acciones a seguir para su modificación o su eliminación, de ellos resultan frecuentes, los higiénicos, cepillado, consumo de alcohol, cigarrillos, café, onicofagia, quielofagia, etcétera.

Diagnóstico epidemiológico: Según la anamnesia al paciente y el resultado de las evidencias clínicas si se clasificó correctamente.

Diagnóstico: Concreción del o los diagnósticos según resultado del examen y correspondencia con las guías prácticas clínicas.

Plan de Tratamiento: Si este refleja el tratamiento según diagnóstico y grado de afectación, si su estrategia es adecuada, buscando siempre, eliminar focos sépticos de mayor afectación, preocupaciones del paciente y realización del tratamiento en el mínimo de tiempo. Correspondencia con las guías prácticas clínicas.

Evolución y Tratamiento: Concordancia con las guías.

Indicaciones: Si se anotaron las indicaciones dadas al paciente, cumplimiento y evolución en próximas consultas.

Remisión 2do. nivel: Si es un caso que necesitó tratamiento especializado y fue adecuadamente remitido y existía la necesaria coordinación para su atención.

Lógica del PV: Si el PV programado se corresponde con una lógica en la evolución del tratamiento del paciente.

Cumplimiento del PV: Si se cumplimenta lo programado y de no ser así, se explica consecuentemente los motivos.

2.2

No. | Aspectos a evaluar en los servicios

Del tratamiento por evaluación concurrente: Para la evaluación de estos aspectos hay que examinar al paciente o acompañar al examinador, cuidando siempre de mantener un estricto control en la discreción y los principios éticos elementales. Se valorarán los siguientes aspectos.

- a) De la comunicación
 - Sí se saluda al paciente.
 - Sí se realiza un adecuado interrogatorio y examen físico.
 - Sí se le explica adecuadamente al paciente su problema de salud, pronóstico y tratamiento a seguir.
 - Sí se le orienta la atención por otras especialidades o servicios.
- b) Evaluar los criterios que tiene el profesional sobre:
 - Caries: Su diagnóstico e indicación de tratamiento.
 - Enfermedades gingivales y periodontales: Su diagnóstico y etiología, su atención primaria o remisión al 2do. Nivel.
 - Extracción dentaria: Si esta justificada y argumentada su indicación, así como su valoración. Al realizarse el acto quirúrgico verificar técnica
 - Obturaciones defectuosas: Su incidencia y causas
 - Maloclusión: Si se valora la oclusión, si se diagnosticó y si fue correctamente tratada en el nivel primario o remitida.
- c) Si hay aprovechamiento del paciente: si en una visita se aprovecha la posibilidad de hacer el máximo de tratamiento y evaluar también la secuencia de turnos.
- d) De lo que se está realizando al paciente:

Obturaciones: Preparación de cavidades, base intermedia, obturación, restauración. **Extracciones:** Anestesia, decolado, técnica de extracción.

Tartrectomia/profilaxis: correcta y total eliminación del sarro y manchas, pulido y terminación de restauraciones.

Examen PDCB: Si se realiza con la técnica adecuada, si se anota en la HC, si se remite adecuadamente y se da seguimiento. *Verificar* retroalimentación del centro de remisión.

Pulpotomia: Si se controla indicación y se realiza diagnóstico pulpar, técnica utilizada. Control radiografico del tratamiento.

TPR: Si se controla indicación y se realiza diagnóstico pulpar, técnica utilizada, control de instrumentación, RX, diagnóstico, conductometria, prueba de cono y relleno.

Utilización de cuña y portamatriz: Si se esta utilizando el porta matriz indicado y de ser necesaria si se está utilizando adecuadamente la cuña inter-proximal.

Anestesia: Al realizar la técnica anestésica verificar si se está utilizando la aguja indicada según técnica, si se desinfecto el área y el punto de punción, si se realiza guardia, tiempo de inyección del anestésico.

Guardia de trabajo: Si al realizar cualquier actividad intrabucal se realiza una guardia para la seguridad de trabajo.

 e) Manipulación del instrumental: Verificar en general como se manipula el instrumental, su uso y aplicación específica e indicada.

3 Evaluación retrospectiva de la satisfacción del paciente y la comunicación

Si conoce su diagnóstico, plan de tratamiento y medidas para el mejoramiento de la atención. Si le indicaron visitar la Consejería de Salud Bucal y en ella:Le realizaron CPDB: (Si él recuerda que le tiñeran la boca de rojo con una pastilla o una solución y qué le dijeron).

No. Aspectos a evaluar en los servicios Si le dieron mensajes educativos. Sí le comunicaron como era su cepillado y le indicaron traerlo en una nueva visita. Si conoce el nombre del Estomatólogo que lo trató o trata, si le fue fácil explicarle lo que tenia y si el Estomatólogo le informo ampliamente sobre su tratamiento. Indicaciones recibidas: si al terminar el tratamiento le dieron algunas indicaciones sobre cuidados a tener o limitaciones, considerando extracciones, TPR, obturaciones de amalgama, resina, etcétera. Cómo valora el tratamiento recibido: bueno, regular, malo (de ser regular o malo, buscar argumentación). 4 Evaluación concurrente y retrospectiva de los procesos realizados por las TAE o Licenciadas Calidad de la preparación del material: Su utilización adecuada según tratamiento a realizar, se evaluará a la TAE o Licenciadas y responsabilidad compartida con el Estomatólogo. Amalgama: Tiempo de preparación, según técnica, batido en cápsula o manual, dosificación, traslado al puesto de trabajo, retirada de residuos y su disposición final. Resina: En qué momento se realiza el pedido del material por el Estomatólogo, forma de preparación, su manipulación y condiciones de conservación del estuche. Manipulación del instrumental: Si al manipular el instrumental estéril se procura el mantener su condición, así como los cuidados de protección al manipular el sucio. Recambio de la fresa: Si se cambia la fresa u otros instrumentos rotatorios como parte del instrumental, así como su manipulación y conservación. Higienización de la platina, jeringa, escupidera y otras partes del equipo: Si al concluir el tratamiento a un paciente se higieniza y desinfecta correctamente del equipo, el área de trabajo, platina, escupidera, incluyendo sus servicios, jeringa, PM airotor, micromotor, ultrasonido. Bioseguridad, porte y aspecto: Se realizará de manera concurrente 5 Lavado de manos: Comprobar si tanto el Estomatólogo como la TAE se lavan las manos, entre pacientes y al cambio del instrumental, así como después de cualquier manipulación indebida. Uso de guantes, nasobuco, gorro: Según la actividad que se realiza verificar si se utilizan correctamente los guantes, nasobuco o careta y gorro. Utilización bata sanitaria: Utilización de la bata sanitaria en áreas de trabajo. Higiene personal: Todo trabajador debe mantener una adecuada presencia, ya que la actividad que representa es sinónimo de higiene y limpieza, así como también por la proximidad que se mantiene con los pacientes.

Guía de observación para las visitas sorpresivas

Marque con una X según corresponda, por realizarse o no:

De la organización y funcionamiento:

- Se realiza el Consejo o Grupo de Dirección y se ven los temas previstos (según la revisión que se realicen de las actas de los dos últimos dos meses): Sí
 No
- Se realizan supervisiones por la Dirección de la institución al servicio en diferentes horarios, incluido el nocturno (según revisión de las recomendaciones realizadas de la última semana): Sí No

3.	Se discute en la entrega de guardia las incidencias y se establecen medidas para su
	mejoramiento (según actas de la entrega de guardia de la última semana): Sí No
4.	La agenda de turnos está correctamente confeccionada, se cumple con ella y se aprovecha
	la consulta del paciente (verificar mediante revisión de la agenda, de la hoja de cargo, de
	la historia clínica y se comprueba con entrevistas a los pacientes del día de la visita a dos Estomatólogos): Sí No
5.	Sí se remite al paciente a otra especialidad o institución, se le indica adecuadamente y se
<i>J</i> .	le coordina en el servicio la continuidad de la atención: Sí No
6.	Se mueve la lista de espera de prótesis (revisar el último mes): Sí No
7.	No hay falta de medicamentos, materiales o instrumental en el servicio (verificar mediante
, .	entrevistas a Estomatólogos, directivos y comprobar en los almacenes de la institución si
	esta disponible y no hay en el servicio): Sí No
8.	Están establecidos los máximos y los mínimos (visitar al almacén y verificar): Sí
	No
9.	Hay pancartas y murales que informen a los pacientes sobre sus deberes, derechos, horarios
	del servicio, entre otros: Sí No
10.	El Director de la Clínica o el Jefe del Servicio del Policlínico tiene su reserva y se
	comprueba el trabajo en su formación (verificar mediante entrevistas los aspectos
	relacionados con el funcionamiento de la institución y tareas a ella asignadas, destacándose
	la sustitución del cuadro).
D.	la evaluación de los procesos en los servicios: (Evaluación mediante observación de los
De	procederes).
1.	El Estomatólogo utiliza adecuadamente la bata sanitaria y muestra un adecuado porte y
1.	aspecto: Sí No
2.	La técnico de atención utiliza adecuadamente la bata sanitaria y muestra un adecuado
_,	porte y aspecto: Sí No
3.	La técnico de atención llama al paciente y lo acomoda en el sillón: Sí No
4.	El Estomatólogo se lava las manos en presencia del paciente: Sí No
5.	Se ubica el instrumental estéril por la asistente en presencia del paciente: Sí No
6.	Se atiende al paciente con su Historia Clínica, o se le confecciona de no tenerla: Sí
	No
7.	Se coloca los guantes el Estomatólogo cuando va a iniciar la atención: Sí No
8.	Se limpia el plato al terminar cada paciente: Sí No
9.	Se pone una fresa o punta de ultrasonido nueva o estéril en presencia del paciente: SíNo
10.	Se le da mantenimiento a la pieza de mano de airotor, contraángulo, micromotor, o
	ultrasonido: Sí No
11.	El Estomatólogo utiliza instrumental no estéril que tenga él guardado: Sí No
	La asistente auxilia al Estomatólogo en todos los procederes de atención: Sí No
	Se le realiza el examen físico al paciente para detectar precozmente lesiones premalignas
	o malignas de la cavidad bucal: Sí No
14.	Se le explica al paciente el problema de salud que tiene, el tratamiento que se le realizará
	y se le dan las diferentes alternativas terapéuticas para su elección: Sí No
	Se le explica la conducta a seguir posterior al tratamiento: Sí No
16.	Se realizan acciones de promoción y prevención acordes a las características del paciente
	y de su problema de salud por el Estomatólogo: Sí No
	Se atiende en Consejería de Salud Bucal previamente al paciente: Sí No
	Se le dan orientaciones para el resto de su familia: Sí No
	Hay correspondencia entre el diagnóstico y el tratamiento realizado: Sí No
20.	Es adecuado el diagnóstico, y es acorde a las Guías Prácticas: Sí No

21. Es adecuado el tratamiento, y es acorde a las Guías Prácticas: Sí___ No___
22. La confección de la Historia Clínica es correcta: Sí___ No___
23. La utilización de los medios diagnósticos es adecuada a las necesidades del paciente: Sí___ No___
24. La utilización de medios terapéuticos (ejemplo LASER) es adecuada a las necesidades del paciente: Sí___ No___
25. Se utilizan las técnicas de Medicina Natural y Tradicional cuando procede y el paciente es tributario: Sí___ No___
26. Se utilizan adecuadamente las técnicas de Medicina Natural y Tradicional: Sí___ No___
27. Sí se prescribe algún medicamento se tienen en cuenta las indicaciones de los Comités Fármaco Terapéutico: Sí___ No___
28. Se valora la salud general de la persona para el diagnóstico y el tratamiento: Sí___ No___
29. Se consulta al Médico de la Familia u otro especialista si es necesario: Sí___ No___
30. Existe higiene en la unidad: Sí___ No___

ANEXO 30

Indicaciones para la determinación de necesidades de prótesis en la realización del chequeo integral a la familia cubana y para la conformación de las listas de espera de prótesis

La inclusión de los pacientes con necesidades de prótesis en el listado para su rehabilitación se hará:

- 1. Si el paciente al examen lo demanda por considerar que lo necesita al tener afectadas sus funciones masticatorias y fonéticas y además la estética.
- Si el Estomatólogo al examen considera que un paciente que no es portador de prótesis la requiere por tener afectadas sus funciones masticatorias y fonéticas y además la estética.

NUNCA SE REGISTRARÁ QUE UN PACIENTE REQUIERE PRÓTESIS SI LA FALTA DE DIENTES NO AFECTA SUS FUNCIONES MASTICATORIAS Y FONÉTICAS, Y ESTÉTICAMENTE EL PACIENTE SE SIENTE ACEPTADO Y POR TANTO NO LA DEMANDA.

3. Se determinará que un paciente requiere el cambio de su prótesis, ya sea total o parcial, de una arcada o de ambas arcadas, cuando la prótesis que tiene presenta alguna de las siguientes características, lo cual determina el cambio de esta.

Tiempo de uso de la prótesis actual: Cuando el número de años que el paciente ha utilizado la prótesis total excede los cinco años y *esta presente alguna de las otras características que reflejan que ya no es funcional y puede producir lesión a la mucosa.* **Estabilidad:** Es la resistencia que presenta la dentadura ante la presión ejercida durante un movimiento horizontal. Esta será registrada por el profesional al colocar un dedo en la región premolar de cada lado de la prótesis e intentar su desplazamiento, inclinación o rotación. *Se indicará su cambio cuando se presenta demasiado movimiento (2 mm o más) y se asocia otra alteración.*

Retención: Es la resistencia en contra de cualquier desplazamiento vertical en ambos sentidos, que tienda a alterar la relación de la dentadura con los dientes y las otras estructuras de soporte. Esta información será obtenida por el examen clínico del profesional, el cual colocará sus dedos en la región incisal de la dentadura, por el lado lingual o palatino y tratará de empujar la dentadura labialmente. Se indicará su cambio cuando se presenta demasiado movimiento y se asocia otra alteración.

Extensión: Es la superficie de las áreas de soporte cubiertas por las prótesis. Esta información será obtenida a través de la inspección visual de las dentaduras dentro y fuera de la boca por los profesionales. Se registrará como: Cobertura de las estructuras anatómicas, sin la presencia de fracturas, sub o sobre-extensiones de la prótesis/Sobre-extensión de la base de la dentadura, fácilmente corregible/Sub-extensión de la base de la dentadura. Presencia de fracturas, o pérdida de segmentos que requieren de tratamiento. En estos últimos se indica cambio de prótesis.

Defectos: Es cualquier pérdida de continuidad en la base protésica (grietas, hoyos, etcétera), perdida de dientes de la prótesis, fractura de dientes de la prótesis (dientes astillados con bordes irregulares), fractura de retenedores, fractura de márgenes. Esta información será obtenida por observación extraoral directa del profesional. *Se indicará reparación o cambio según corresponda en los siguientes casos*: Cuando existe fractura o perdida dental/Si existe fractura o pérdida de continuidad de la base protésica/Si se presenta fractura o pérdida de continuidad de los márgenes de la dentadura/Cuando existen defectos en el tamaño o forma dental/Si se presenta un desgaste excesivo en las superficies oclusales de los dientes. **Atrapamiento de Comida**: Es la retención de restos alimenticios bajo la base protésica. Esta información será obtenida por interrogatorio directo al paciente y se registrará como Sí / A Veces/No. *Se indica el cambio si presenta alguna otra alteración y refiere además atrapamiento*.

Movilidad: Es el movimiento que presenta la prótesis y que es percibido por el paciente al realizar diferentes funciones. La información será registrada de acuerdo a lo reportado por el paciente al momento del interrogatorio como Sí/Regular/No. Se indica el cambio si presenta alguna otra alteración y además refiere movilidad.

Funcionalidad: Es el estado de utilidad que representa la prótesis para los pacientes. La información será obtenida por interrogatorio directo y será registrada como Sí/No. Aunque presente alguna otra alteración si refiere tener funcionabilidad no se cambiará la prótesis. Se indica el cambio si presenta alguna otra alteración y además refiere no funcionabilidad.

4. Ante la pérdida de dientes remanentes se valorará la modificación de la prótesis que tiene el paciente para evitar la realización de una nueva prótesis.

ANEXO 31

Indicaciones para la organización y ejecución de la Atención Estomatológica a la población examinada en el chequeo integral a la familia cubana

Las presentes indicaciones son para ser ejecutadas en todos los servicios estomatológicos responsables de la atención estomatológica a la población remitida de los Consultorios Médicos de la Familia como parte del Chequeo Integral a la Familia Cubana, garantizando la continuidad de la atención hasta su culminación.

El Chequeo Integral a la Familia Cubana, es el método para desarrollar la *Pesquisa activa* y permitirá la identificación, solución oportuna y seguimiento de los problemas de salud de sus respectivas áreas. Se confeccionó por grupos de edades teniendo en cuenta la morbilidad y mortalidad para cada uno de estos, haciendo énfasis en las acciones *que no deben dejar de explorarse con rigor y profundidad*.

Fase preparatoria

- El Jefe del Departamento Provincial de Estomatología y el Asesor Municipal de Estomatología serán los máximos responsables de la organización y cumplimiento de las acciones que correspondan a Estomatología en el Chequeo Integral a la Familia Cubana. Designarán en cada nivel una persona que será la coordinadora de la actividad en el territorio.
- La garantía de la atención estomatológica y su continuidad debe ser organizada teniendo en cuenta no solo los recursos disponibles en el área de salud que está ejecutando el Chequeo Integral a la Familia Cubana, sino territorial (municipio, provincia, país).
- Análisis de la organización del servicio estomatológico y de sus recursos humanos, así como la vinculación de estos a los equipos básicos de salud y grupos básicos de trabajo para garantizar:
 - La ejecución de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en los hogares y propios servicios por los tecnólogos de la salud y técnicos de atención estomatológica.
 - La ejecución de las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación en los servicios estomatológicos a todos los pacientes remitidos por el Médico de la Familia al ser chequeados.
- Organización y preparación de conjunto con Sedes Universitarias Municipales y Facultades, de los Recursos Humanos que integran los Equipos Básicos de Salud y Grupos Básicos de Trabajo, mediante el curso de afecciones bucodentales establecido.
- Organizar procesos capacitantes para directivos (Diplomados de Dirección en Salud I y II), y para los profesionales en los temas que se requieran.
- Organizar los procesos docentes de pre y postgrado con la inclusión de los elementos de la pesquisa, garantizando la participación de los estudiantes.
- Análisis de la disponibilidad de materiales y equipamiento para garantizar la atención estomatológica a los pacientes remitidos por el Médico de la Familia al ser chequeados.

- Si se cumple lo establecido en el Sistema de Turnos, se debe organizar de manera tal que se le garanticen los turnos para Estomatología General Integral y las especialidades a los pacientes remitidos por el Médico de la Familia al ser chequeados, en aquellos horarios y días de menor demanda, para no afectar la atención al resto de la comunidad.
- Informar a los Médicos de la Familia que se encuentren realizando el Chequeo Integral a la Familia Cubana los días y los horarios en que puede remitir a los pacientes a los servicios estomatológicos para que sean evaluados y se le entregue el turno para la continuidad de la atención, tanto primaria como especializada.
- Informar a los Equipos Básicos de Salud, el tecnólogo de la salud o técnico de atención estomatológica que tienen vinculados para que las acciones de seguimiento, consejería y profilácticas a realizar por estos con los pacientes y familias se vayan chequeando de acuerdo con los riesgos y enfermedades identificadas en el Chequeo Integral a la Familia Cubana.
- Informar a los Grupos Básicos de Trabajo los Estomatólogos generales integrales que tienen vinculados para la atención estomatológica a realizar en los pacientes y familias que se vayan analizando en el Chequeo Integral a la Familia Cubana.
- Definir por el área de salud como se logrará:
 - La asistencia de los pacientes remitidos por el Chequeo Integral a la Familia a los servicios estomatológicos.
 - La comunicación a los Licenciados en Tecnología de la salud o Técnico de Atención Estomatológica vinculados a los Equipos Básicos de Salud de los pacientes atendidos y que necesitan que se le realicen acciones de consejería y profilácticas en sus hogares, tanto por estos como por el resto del equipo de salud.
- Designar para el área de salud la persona que por Estomatología coordinará las acciones que garanticen la atención estomatológica.

Fase de implementación y ejecución

Acciones a ejecutar por los directivos de Estomatología

- El Asesor Municipal de Estomatología será el máximo responsable de garantizar la atención estomatológica a los pacientes remitidos por el Chequeo Integral a la Familia Cubana.
- El Jefe del Servicio Estomatológico:
 - Tendrá en cuenta en los planes de trabajo de los Estomatólogos y técnicos la ejecución de la atención estomatológica a los pacientes y familias incluidas en el Chequeo Integral a la Familia Cubana.
 - Analizará mensualmente en el Consejo o Grupo de Dirección, según corresponda, el funcionamiento y organización de la atención a esta población, tomando las medidas para la solución de problemas identificados, lo cual será seguido y controlado por el Coordinador designado.
 - Garantizar el llenado del Anexo de la Historia Clínica por el Estomatólogo y que sea trasladado, por el personal que se determine en cada lugar, hacia el Departamento de Estadística de los Policlínicos, donde serán introducidos por los informáticos designados para el grupo básico de trabajo que corresponda, en la base de datos elaborado con este fin y su retorno a los servicios y posterior archivo en las Historias Clínicas Individuales.
 - Llenado por los Estomatólogos del Anexo de Estomatología de la Historia Clínica de Salud Familiar y archivo de estos.
 - Análisis de la situación de salud de la población a partir de la información obtenida por estas vías.
- Realizar investigaciones que respondan a los problemas identificados en el análisis de la situación de salud, y que constituyan los temas de terminación de residencia y maestría e incluso doctorado.

 Controlar la participación de los estudiantes de pre y postgrado en la realización de la pesquisa.

Algoritmo para la atención estomatológica al paciente atendido por el Médico de la Familia una vez comenzado el Chequeo Integral a la Familia Cubana:

- Paciente que requiera ser evaluado y atendido por el Estomatólogo: Se le informará por el Médico de Familia, los días y horarios que puede acudir al servicio estomatológico para ser atendidos
- Paciente que acude al servicio estomatológico: Se recibirá en Admisión y se le dará un turno para ese mismo día en el cual se le realizará la Historia Clínica por el Estomatólogo asignado de no disponerla o se actualizará esta de tenerla, realizándole los tratamientos que requiera y dándole turno para la continuidad de la atención, incluida la especializada, hasta su conclusión, de acuerdo al sistema de turnos establecido.
- Pacientes que requieran de atención en Prótesis: Se procederá igual que para el resto de la población, es decir inclusión en la lista de espera o priorización por la Socialización según corresponda por las condiciones del paciente.
- Pacientes que no sean remitidos por no tener ninguna afección estomatológica pero si tener riesgos: Serán visitados por el Licenciado en Tecnología de la salud o Técnico de Atención Estomatológica para recibir atenciones de promoción y prevención, y para lo cual el médico de familia se lo reportará.

Acciones a ejecutar por el Estomatólogo en la atención primaria (básico o especialista en Estomatología general integral):

- Confeccionar la Historia Clínica, de no tenerla, o actualizarla.
- Realizar los tratamientos que corresponde de acuerdo a lo establecido en las Guías Prácticas Clínicas
- Reflejar en la Hoja de Cargo que se realizó una atención a "Chequeo Integral".
- Seguir el paciente hasta concluir el tratamiento.
- Remitir el paciente si requiere ser atendido por alguna otra especialidad según lo establecido en el sistema de turnos y seguimiento a este proceso.
- Clasificación epidemiológica del paciente, teniendo en cuenta los criterios médicos.
- Indicar al Licenciado en Tecnología de la Salud o Técnico de Atención Estomatológica la
 ejecución de acciones de consejería o profilácticas en el hogar con el paciente y con la
 familia
- Valoración integral a la familia, la que debe ser evolucionada en el Anexo de Estomatología de la Historia Clínica de Salud Familiar que se archiva en Estomatología y donde se programarán las próximas acciones de salud para cada uno de los integrantes del núcleo y como familia a ejecutar por el Licenciados en Tecnología de la salud o Técnico de Atención Estomatológica.
- Llenar Anexo de la Historia Clínica de los pacientes atendidos por el chequeo integral.
- Analizar la situación de salud de la población a él vinculada a partir de la información obtenida por estas vías.

Acciones a ejecutar por los Licenciados en Tecnología de la salud o Técnico de Atención Estomatológica

- Ejecutar acciones de consejería y profilácticas en los pacientes y familias que se vayan chequeando de acuerdo con los riesgos y enfermedades identificadas en el Chequeo Integral a la Familia Cubana en los propios hogares o en los servicios.
- Citar a los pacientes y familias que no acudan al servicio estomatológico una vez remitidos por el médico en el plazo de quince días.
- Analizar de conjunto con el Estomatólogo, al cual se vincula, la situación de salud de la población asignada a partir de la información obtenida por estas vías.

ANEXO 32 Anexo a la Historia Clínica Familiar

HOJA No. 1

No. CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA:

CO DE LA FAMILIA: No. DE LA FAMILIA:

	ATM									
		Maloclusiones								
	Enfermedad	Gingival y Periodontal								
		Índice								
	p-oəo	•								
	٥	9								
		၁								
		Índi- ce								
	CPO-D	- L								
	()	0								
		၁								
		SANO								
		FECHA SANO								
	NOMBRES Y APELLIDOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA									
	No.									

HOJA No. 2 No. CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA: _

No. DE LA FAMILIA:

Riesgos cuáles Cáncer Bucal Lesión (Fija Necesidad de Prótesis Parcial Metal Acrílica acrílica Parcial Total Portador Prótesis Otros **FECHA** NOMBRES Y APELLIDOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA Š.

VALORACIÓN DE LA FAMILIA: Realizar conjuntamente con el equipo básico de salud y destacar los riesgos para la salud bucodental.

ACCIONES A EJECUTAR PARA LA SALUD BUCAL

ANEXO 33 Jnstrumento Metodológico para la Atención Estomatológica Jntegral a personas que viven con VIH-SIDA (PVVS)

Antecedentes

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en una pandemia que afecta, de una manera u otra, a todas las naciones del orbe. Según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), a inicios del 2003 vivían en el mundo 42 millones de personas con VIH/SIDA, 5 millones de las cuales se había infectado en los últimos doce meses, sin contar los más de 26 millones de humanos ya fallecidos por esa causa desde el comienzo de la epidemia en 1981. Cuba muestra una situación favorable, en relación con la mayoría de los países del mundo, con una prevalencia menor de 0,1.

En nuestro país la atención a las personas viviendo con VIH, que a inicios de la epidemia fue solo sanatorial, a partir del año 1993 se amplió a la atención ambulatoria. Una vez diagnosticadas reciben el curso denominado *Aprendiendo a vivir con VIH*, la atención especializada según sus necesidades, los beneficios de la Seguridad Social en caso que lo requieran y mantienen su vínculo laboral.

El subsistema de Estomatología dentro del Sistema Nacional de Salud de nuestro país a partir de ese año también acomete una serie de estrategias conjuntas con la Dirección del Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA para lograr mayor accesibilidad de los PVVS a nuestros servicios estomatológicos en todo el país logrando una descentralización de la atención en sus tres niveles favoreciendo la incorporación de los pacientes al ámbito social así como su mejoramiento tanto sistémico como psicológico dentro de la comunidad en que se desarrollan.

Conjuntamente con la actividad curativa se han desarrollado acciones de promoción y prevención cuyo accionar va encaminado a elevar la conciencia de la percepción de riesgo en las personas sanas y el auto cuidado de aquellas que viven con el virus.

Actualmente se hace necesario el impulso de este modelo de atención integral, y el perfeccionamiento de los servicios ya existentes tanto en los Centros de Atención Integral (Sanatorios) como los propios del subsistema, siendo necesario el fortalecimiento en la capacitación de nuestros profesionales en esta área para lograr una atención de excelencia.

En cada una de las provincias los Jefes Provinciales de Estomatología son los máximos responsables de la Atención Estomatológica Integral a los PVVS siendo los Estomatólogos de los Centros de Atención Integral (Sanatorios) activistas de ellos y rectores metodológicos en el control de las acciones a desarrollar.

Atención estomatológica integral en el sistema sanatorial

 El paciente recibirá la atención primaria en la consulta creada en cada uno de los sanatorios del país y que disponen del equipamiento, instrumental y materiales necesarios para brindar una atención adecuada.

- La atención especializada se brindará a través de interconsultas realizadas en:
 - El propio sanatorio previa coordinación con la institución designada por el Jefe del Departamento Provincial de Estomatología.
 - En las propias instituciones designadas por el Jefe del Departamento Provincial.
- En ambos casos la periodicidad será mensual para cada una de las especialidades y se registrarán en las Historias Clínicas de los pacientes los aspectos de la interconsulta referentes a tratamiento y evolución, entre otros.
- Las intervenciones quirúrgicas de Cirugía Maxilofacial y Periodoncia se realizarán en las instituciones designadas por el Jefe del Departamento Provincial de Estomatología.
- Los pacientes que sean remitidos al Especialista de Prótesis Estomatológica serán coordinados con el Servicio y laboratorio que designe el Jefe de Estomatología Provincial y se le dará respuesta a la totalidad de los casos.
- El Licenciado en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica o personal técnico deberá desarrollar actividades de promoción y educación para la salud con los pacientes ingresados, así como acciones de proyección comunitaria con la población del territorio, enfatizando en los grupos de riesgo previa consulta con el Jefe del Programa de ITS/VIH/SIDA en la provincia.
- Al determinarse el egreso del paciente del Sanatorio y la continuidad de la atención de forma ambulatoria, se coordinará para que el profesional en Atención Estomatológica del área de salud lo reciba en la comunidad, momento en el que le será informado de las características clínicas y psicosociales del paciente y entregada un resumen de Historia Clínica para su posterior seguimiento y control a través de la actividad de terreno.
- El Jefe del Departamento Provincial de Estomatología en conjunto con las Direcciones de los Sanatorios en caso que así lo requiera según situación de recursos humanos en el territorio podrán reubicar al Estomatólogo en otros servicios en alguna frecuencia semanal.

Atención estomatológica integral en el sistema ambulatorio

- Todos los pacientes egresados del Sistema Sanatorial y diagnósticados con VIH/SIDA, recibirán atención estomatológica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud bajo las mismas indicaciones que el resto de la población dispensarizada por enfermedades crónicas.
- Los pacientes serán dispensarizados por el Licenciado en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica o personal técnico de conjunto con el Médico de la Familia y se realizará con ellos, sus familiares, y el resto de la comunidad acciones de educación para la salud estomatológica, enfatizando en el autoexamen de la cavidad bucal.
- El Licenciado en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica informará al Estomatólogo que le corresponda, según Área de Salud, la existencia en su dispensarización del PVVS, así como remitirá al servicio estomatológico al paciente cuando este lo necesite.
- La Atención Primaria se brindará en el Servicio Estomatológico del área de salud que le
 corresponda al paciente, donde se exigirá por el cumplimiento estricto de todas las medidas
 de Bioseguridad y Esterilización establecidos por el Viceministerio de Higiene y
 Epidemiología y la Dirección Nacional de Enfermería, su organización y cumplimiento
 será responsabilidad máxima del Director o Jefe de Departamento de Estomatología.
- Las interconsultas de las especialidades así como las consultas propiamente dicha serán por el mismo sistema que el resto de los pacientes de la comunidad, enfatizando en las especialidades de Periodoncia y Cirugía Maxilo Facial las que deben realizarse con una periodicidad bimestral, acorde con la morbilidad encontrada en los pacientes afectados por VIH/SIDA.
- Los pacientes que se encuentran en este sistema y no hallan resuelto sus necesidades de prótesis en el sanatorio el Director de cada Unidad o Jefe de Departamento en Policlínico a través de la Socialización dará respuesta a la totalidad de los casos necesitados en cada una de las Áreas de Salud.

- Si el paciente que se encuentra en este sistema decide atenderse con el Estomatólogo del sanatorio
 correspondiente, no se le prohibirá, y ante ello el Licenciado en Atención Estomatológica o
 técnico del área de salud a la cual pertenece dará seguimiento a través de su dispensarización y
 le comunicará sistemáticamente al Estomatólogo su estado de salud bucal.
- El Jefe del Departamento Provincial de Estomatología tendrá la facultad de centralizar temporalmente la atención de estos pacientes en una institución o en el propio sanatorio cuando exista alguna dificultad transitoria con aseguramientos materiales o de otra índole.

Atención estomatológica integral en los servicios de urgencias

- Todos los servicios de urgencia de las provincias estarán preparados para atender los
 pacientes con VIH/SIDA, para lo cual se dispondrá de un *stock* de protección integrado
 fundamentalmente por guantes nuevos, batas quirúrgicas de mangas largas, nasobuco y un
 par de espejuelos protectores, el mismo será para el caso que el paciente refiera ser
 seropositivo.
- El instrumental y equipamiento utilizado en la atención a estos pacientes recibirá el mismo procedimiento de esterilización que para el resto de la población extremando las medidas de bioseguridad.
- Se le entregará al paciente un resumen con las acciones realizadas y el tratamiento impuesto.
- Se le indicará al paciente continuar el tratamiento en su área de salud, entregándole a su Estomatólogo el resumen de las acciones recibidas en la atención de urgencia.

Promoción y educación para la salud en la atención integral al PVVS

- Los Activistas de Promoción y Educación para la salud en Estomatología de las provincias en conjunto con los Centros Provinciales crearán estrategias territoriales para encaminar sus acciones hacia los grupos vulnerables y sectores sociales más afectados según análisis de los Jefes de Programas de ITS/VIH/SIDA en las provincias.
- Los Activistas de Promoción y Educación para la Salud en Estomatología en los Servicios Estomatológicos desarrollarán acciones de este tipo en conjunto con los Equipos Básicos de Salud de cada área para elevar el nivel de percepción de riesgo en individuos sanos e incentivar el auto cuidado en los PVVS enfatizando en los grupos más vulnerables.
- Las consultas de Consejería de Salud de cada uno de las instituciones deberán realizar acciones de proyección comunitaria en cada área de salud según temas a desarrollar.

Docencia e investigación en la atención integral al PVVS

- El Jefe del Departamento Provincial de conjunto con las Facultades de Estomatología, Facultades de Tecnología de la Salud y Departamentos Docentes Provinciales, garantizarán la capacitación de todos los Estomatólogos y técnicos de su territorio sobre el manejo del paciente con VIH/ SIDA, su morbilidad bucal, la bioseguridad y la esterilización entre otros temas.
- Identificación de necesidades de aprendizaje de Estomatólogos de la Atención Primaria y
 Especialistas de la Atención Secundaria en temas relacionados con el VIH SIDA así como
 la organización de cursos básicos y especializados dirigidos a los profesionales y técnicos
 en cada uno de los territorios según características del desempeño.
- Los Vicedanatos de Investigación de las Facultades de Estomatología y Tecnología de Salud y los Directores de las unidades en sus diferentes niveles serán los responsables de fomentar e Incentivar la creación de investigaciones relacionadas con la morbilidad bucal, bioseguridad, incidencia y prevalencia del VIH/SIDA en nuestra especialidad.

ANEXO 34

Programa de intervención educativa dirigido a personas que viven con VIH: "Me cuido, te cuido"

Dr. Michel Rojo Toledano

Justificación

A pesar de los esfuerzos e iniciativas mundiales, el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por SIDA. Millones de personas viven con el VIH, incluidos adultos y niños.

En los últimos dos años, el número de personas que vivía con el VIH aumentó en todas las regiones del mundo. África subsahariana sigue siendo la región más castigada por la epidemia mundial. El incremento más preocupante se registró en Europa oriental, en Asia oriental, y Asia central.

El acceso al tratamiento y la atención ha aumentado significativamente en los últimos años, Se estima que a través del suministro de tratamiento antirretrovírico se han ganado dos millones de años de vida desde 2002 en los países de ingresos bajos y medianos.

Son relativamente pocos los países que han podido proporcionar datos amplios de tendencias comportamentales entre los jóvenes, y muchos países disponían de datos insuficientes o de ningún dato sobre las tendencias de la prevalencia del VIH en los jóvenes, incluidos algunos de los países con una prevalencia excepcionalmente elevada de África meridional.

Esto pone de manifiesto la necesidad de ampliar las actividades de vigilancia y prevención del VIH con carácter urgente, aunque vale destacar la evidencia de algunos cambios positivos recientes entre los jóvenes en zonas del Caribe y África subsahariana, particularmente en África oriental.

El futuro de las epidemias mundiales de VIH depende, en muchos aspectos, de los comportamientos que adopten o mantengan los jóvenes, y de los factores contextuales que afectan esas decisiones.

Cuba no está exenta de estas cifras, a pesar de mostrar datos estadísticos que reflejan un trabajo sostenido, sistemático y de apoyo gubernamental para disminuir la tasa de incidencia en los grupos vulnerables del país.

El subsistema de Estomatología, dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud, garantiza la atención integral estomatológica de todas aquellas personas que se diagnostiquen como seropositivos al VIH, en todas sus formas de seguimientos y ha diseñado una estrategia para lograrlo satisfactoriamente.

Las actividades preventivas en este sentido juegan un papel significativo en el aumento del nivel de conocimiento de las personas afectadas en nuestras comunidades así como lograr en ellos un autocuidado responsable para si y para con los demás.

Es por lo que plantearemos una propuesta de programa educativo con las principales acciones a acometer en las Áreas de Salud referente a la prevención que desde el punto de vista de salud general y bucal puedan brindar nuestros profesionales en el trabajo diario desde los servicios estomatológicos en nuestras Áreas de Salud.

No aceptamos rigidez, esto es solo una propuesta, está abierta la creatividad que puedan tener los profesionales que acometerán esta importante actividad.

Título de Programa: "Me cuido, te cuido"

Objetivos .

Objetivo General

 Proveer a las personas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de la educación en el ámbito de su salud general y bucal lo cual garantice su bienestar y contribuya con la salud de los demás.

Objetivos Específicos

- Propiciar un intercambio activo, fluido y de confianza entre los profesionales y las personas que viven con VIH capaz de transmitir de ambas partes los conocimientos y experiencias propias de las partes.
- Elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucal.
- Demostrar la importancia de conocer los aspectos esenciales de esta entidad patológica que afecta el aparato estomatognático.
- Estimular la participación de toda la familia que acoge a las personas que viven con VIH y lograr comprometimiento en ella en la responsabilidad que poseen para el familiar
- Determinar la efectividad de las actividades realizadas a través de la comprobación de los objetivos propuestos en cada una de ellas.

Grupo al que va dirigido

· Personas diagnosticadas seropositivas al VIH.

Personal que podrá desarrollar el Programa

- Estomatólogos de la Atención Primaria o Secundaria del Área de Salud correspondiente.
- Licenciados en Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica y Técnico en Atención Estomatológica (TAE).
- Estudiantes de pregrado de las carreras de Estomatología o Licenciatura en Atención Estomatológica siempre con la tutoría de algún profesor o profesional designado por el área de salud

Límites en que se desarrolla

- Áreas de Salud correspondientes a personas que viven con VIH.
- Centros de Atención Integral a personas que viven con VIH/SIDA (Sanatorios)

Distribución de encuentros según temáticas

Encuentros	Temáticas de los encuentros
1. Mi Historia entre la tuya	Introducción al Programa
2. Prevención igual a vida	Tema 1 Prevención del VIH
3. Mi amigo: el condón	(Cont.) Tema 1
4. Mi boca, parte de mi	Tema 2 Higiene Bucal
5. Cuido mis encías	Tema 3 Enfermedades Periodontales
6. ¿Con qué me alimento y cómo lo hago?	Tema 4 La Dieta el las personas con VIH
7. Yo soy mi propio Estomatólogo	Tema 5 Autoexamen Bucal
8. El Estomatólogo: un amigo más	Tema 6 Atención Estomatológica Integral
9. Mi sonrisa abierta al mundo	Tema Integrador y Evaluación del Programa
10. Mi misión en la vida	Conclusiones del Programa

Desarrollo del Programa

Fase preparatoria del Programa

- Los profesionales de la Estomatología que desarrollarán el presente programa deberán realizar una sesión de trabajo previa al comienzo de este dónde en conjunto con los Responsables del Programa de ITS/VIH/SIDA de las Áreas de Salud correspondiente o los Centros Integrales de Atención (Sanatorios) realizarán una adecuada selección de las personas seropositivas a las cuales va dirigido este programa y con las características de confidencialidad requerida para este tipo de trabajo.
- Estas sesiones de trabajo se podrán realizar cuantas veces sea necesario para lograr la
 efectividad de los objetivos propuestos y descritos con anterioridad.
- Se recogerá el consentimiento por escrito de las personas a participar en el presente Programa Educativo.

Encuentro 1

Título: Mi historia entre la tuya

Introducción al Programa

Objetivos

- Brindar toda la información referente a los objetivos que pretendemos en nuestros próximos encuentros que forman parte de este Programa de Intervención Educativa.
- Crear un medio de confianza y sinceridad entre los profesionales que brindan este Programa y las personas seropositivas al que va dirigido.
- Aplicar el cuestionario que se ha pre establecido.

Métodos v procedimientos

- Se dará la bienvenida al grupo y se conforman las normas.
- Se ubicará a los miembros del grupo en forma de círculo o semicírculo.
- Aplicación de la técnica de presentación: "El Fósforo", con la cual cada uno de los participantes encenderá un fósforo y podrá mientras este se encuentre encendido presentarse dejando a su voluntad los criterios que decida él mismo manifestar.
- Se dará a conocer los objetivos de este programa y se recogerán expectativas de los participantes reflejándolas en un pizarrón o cartulina creada al efecto manteniéndolas durante todo el transcurso del desarrollo del resto de los encuentros
- Se realizará un sorteo entre los participantes donde se seleccionarán al menos 4 miembros, individualmente uno a uno se colocará en el centro y podrá transmitir testimonialmente su historia voluntariamente. Para el desarrollo de esta actividad es importante señalar que se mantendrán siempre presentes los aspectos éticas.
- Al culminar cada uno de los seleccionados el resto dará su punto de vista logrando con esto el acompañamiento sentimental testimoniante.
- Se aplicará la Encuesta de Conocimientos Diagnóstica sobre aspectos de salud general y bucal que nos servirá para identificar nivel de conocimientos del grupo relacionado con los temas seleccionados.
- Se orientará a los miembros del grupo que realicen una invitación a algún miembro de entorno familiar para compartir con el próximo encuentro.

Evaluación

 Se repartirá una hoja de papel donde anónimamente se reflejarán sus criterios de una forma clara y resumida de nuestra primera sesión de trabajo.

Encuentro 2

Título: Prevención igual a vida

Objetivos

- Brindarle a los miembros del grupo las herramientas para lograr una prevención eficaz la que puedan aplicar y trasmitir en su futuro como promotores de salud.
- Intercambiar sobre los métodos más eficaces de prevención del virus así como los elementos esenciales de la misma.

Contenidos

- Elementos esenciales en el diagnóstico del VIH.
- Métodos más eficaces en la prevención del VIH.
- La Consejería de Salud como elemento clave en la prevención del virus del VIH.

Métodos y procedimientos

- Se dará la bienvenida a los familiares que aceptaron la invitación de los miembros del grupo. Proponemos para ello lo realice una persona seropositiva.
- Se realizará la selección de una persona seropositiva perteneciente al grupo y un familiar de los invitados, se colocarán al frente del grupo y en un pizarrón o cartulina el resto de los miembros comenzarán a reflejar en ella sintetizado en una oración características semejantes y diferentes de ambos. Al final se llegará a la conclusión que poseemos más cosas en comunes que las que nos puedan diferenciar. Tomando este ejercicio como punto de partida comenzaremos a desarrollar la temática correspondiente a este encuentro.
- Realizar una lluvia de ideas preguntando sobre ¿qué conocimientos tienen ellos sobre el VIH? Se recogerán las ideas en un pizarrón o cartulina creada al efecto y así construiremos los conceptos, insistiendo en:
 - Tipo de Virus.
 - Pruebas de laboratorios para su detección.
 - Síntomas de la infección aguda en la seroconversión.
 - Período de ventana serológica y período de incubación.
- Previamente se tendrá seleccionada en el local dónde se desarrolla el encuentro, una bibliografía básica referente al tema, así se podrán distribuir los participantes en dos grupos donde se les dará un tema a cada uno para que se preparen en 15 minutos y puedan lograr desarrollar su exposición.
 - Grupo A: Vías de infección del VIH
 - Grupo B: Métodos y vías más eficaces en la prevención del VIH.
- Se expondrá la importancia de la Consejería como medio para la lucha contra el VIH/SIDA tomando como guía las interrogantes siguientes:

Información sobre la consejería

¿Qué es la Consejería?

La Consejería es una herramienta de comunicación por excelencia, una relación de ayuda que pretende implicar al individuo, a partir de sus propias necesidades y emociones. Mediante la Consejería se orienta, se informa, se apoya emocionalmente y se ayuda a tomar decisiones.

Aunque nos referimos a la consejería especializada en el tema de las ITS y el VIH/SIDA, también existen consejerías sobre otros temas específicos y de orientación general.

¿Qué objetivos tiene?

Mediante la Consejería se puede:

- Prevenir la propagación del VIH/SIDA y las ITS.
- Proveer de apoyo psicosocial a las personas afectadas por el VIH/SIDA y las ITS.

¿A quién va dirigida la consejería?

A cualquier persona interesada en informarse, que trate de buscar asesoría para algún familiar o amigo o que sospeche que padece una ITS o el VIH.

También pueden acudir compañeros de trabajo o personal de salud que atienda a las personas con VIH o alguna ITS.

¿Qué variantes de Consejería existen en nuestro país?

Existen dos variantes de Consejería a partir del tipo de comunicación:

- La Consejería Cara a Cara, donde la comunicación es directa, frente a frente.
- La Consejería Telefónica, mediante el uso del teléfono.

La Consejería Cara a Cara es la modalidad más extendida en el país y ha mostrado su efectividad en la preparación de las personas para la realización de las pruebas de VIH y para el recibimiento del resultado; también es muy útil para informar a los usuarios sobre las ITS y el VIH/SIDA y para asesorar en los proyectos de maternidad y paternidad de PVVIH, entre otros aspectos.

¿Quién ofrece este servicio?

La Consejería es ofrecida por personas previamente capacitadas y entrenadas en esta variante de ayuda profesional.

Las personas que ofrecen Consejería se caracterizan por ser:

- · Sensibles
- · Sinceras y objetivas
- · Seguras
- Desinhibidas
- Confiables
- · Discretas
- · Con disposición para la autopreparación y la exploración de sus barreras emocionales
- · Comprensivas
- Tolerantes
- · Desprejuiciadas

¿Dónde se realizan las Consejerías?

Las Consejerías Cara a Cara se realizan en todas las provincias del país y en muchos municipios (se puede obtener información precisa en los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología y en los Centros de Educación y Promoción para la Salud de cada provincia).

 Luego pasaremos a indicar una tarea para el próximo encuentro con el tema: "El condón de látex y sus bondades", donde tendrán que realizar búsquedas de información del tema en cuestión.

Evaluación

• La evaluación del encuentro la realizará el profesional y decidirá que método utilizará.

Encuentro 3

Título: Mi amigo: el condón

Objetivo

 Explicar el método de utilización del condón, así como la importancia para el futuro de sus relaciones sexuales.

Contenido

• El condón de látex. Su eficacia en la prevención del VIH. Características generales.

Métodos y procedimientos

- Ordenadamente se expondrá lo investigado por los miembros del grupo acerca de las bondades que nos brinda el condón de látex llegando a unificar criterios al final de las exposiciones.
- Sentados en un círculo o semicírculo comenzaremos a desarrollar este tema que mantiene una importancia extraordinaria para las futuras relaciones sexuales de nuestros participantes, su autocuidado y el cuidado hacia los demás, para establecer el diálogo proponemos estas preguntas y respuestas

¿Qué es el preservativo y cómo funciona?

El preservativo masculino es una funda que se usa sobre el pene durante la relación sexual. Previene el embarazo actuando como barrera y evitando que el semen masculino se vierta en la vagina y que los espermatozoides puedan penetrar en el óvulo y fecundarlo. Los preservativos preservan a mujeres y hombres de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Hay decenas de formas, texturas y estilos de preservativos para elegir, algunos más efectivos que otros. Los preservativos pueden ser de látex, poliuretano o piel de cordero (natural). Pueden ser o no lubricados. Algunos contienen espermicidas, otros no.

¿Importa qué tipo de preservativo uso?

Si, el mejor es el de látex. Brinda la mejor protección, tanto para el embarazo, como para las enfermedades de transmisión sexual. Si eres alérgico al látex, los de poliuretano son un buen método. Ellos brindan la misma protección frente al embarazo y alguna protección frente a las ITS, pero se rompen o se deslizan más frecuentemente que los de látex. Los preservativos naturales o de piel de cordero, son efectivos frente a la prevención del embarazo, pero no son efectivos para la prevención de las ITS. Es una decisión personal usar los preservativos lubricados o no, pero la mayoría de las personas los prefiere lubricados.

¿Qué efectivo es el preservativo en el control de la fertilidad?

Si la mujer usa el preservativo en cada relación sexual y sigue las instrucciones siempre, su efectividad es del 97 %. Es decir que lo debe usar siempre, durante toda la relación sexual y no solo, en el momento de la eyaculación. Esto significa que si 100 mujeres usan preservativo masculino correctamente todo el tiempo, 3 mujeres quedan embarazadas en 1 año.

Si los preservativos son usados con mediana corrección o solo esporádicamente, la efectividad disminuye a un 86 %. Esto significa que 14 mujeres sobre 100, quedarán embarazadas en un año. Usando otro método, como pastillas anticonceptivas asociadas al preservativo, baja aún más el riesgo de embarazo.

La mayoría de las fallas de este método, es por uso inadecuado. El empleo de los preservativos vencidos, es causa de mayor índice de ruptura.

¿Qué efectivo es el preservativo en la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual?

La respuesta a esta pregunta depende de qué tipo de preservativo uses. El preservativo de látex brinda una excelente protección frente a las ITS. Los preservativos de poliuretano, brindan alguna protección frente a las ITS, aunque no es claro cuán eficaces son. Es importante recordar que los preservativos de cordero o naturales, no protegen de las ITS.

La respuesta a esta pregunta depende de a cual tipo de ITS nos estamos refiriendo. Los preservativos de látex son efectivos contra las ITS que están en los fluidos (sangre o semen) tal como el virus VIH/SIDA, hepatitis, chlamydia y gonorrea. Los preservativos son mucho menos efectivos frente a las ITS causadas por organismos que viven en lesiones inflamadas o ulceradas de las mucosas genitales, tal como sífilis, herpes y virus del papiloma humano (también llamados verrugas genitales).

¿Dónde debo guardar los preservativos no usados?

Debemos guardarlos en lugares secos, con poca luz y a temperatura ambiente. Extremo frío o calor debilitan el material. La luz solar o la humedad pueden causar mayor número de rupturas

o desgarros. Los preservativos no se deben llevar en una billetera o guardar en la gaveta del auto, por más de dos semanas, porque el material se debilitará y será más propenso a que se desgarre o rompa.

¿Cuánto tiempo los preservativos se mantienen en correcto estado?

Siempre corrobore la fecha de vencimiento de la caja. Algunos están marcados con la fecha de manufactura. Se puede usar un preservativo hasta cuatro años después de la fecha de manufactura. Otros preservativos están marcados con la fecha de expiración. No se debe usar más allá de la fecha de vencimiento indicada en la etiqueta. Si no está seguro de la fecha de vencimiento del preservativo, tírelo y use uno nuevo. Nunca use un preservativo que esté frágil, quebradizo, dañado o de color inusual.

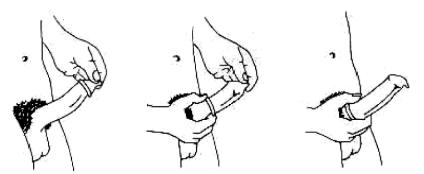
¿Cómo usar el preservativo?

Primero use un preservativo nuevo cada vez que tenga sexo vaginal, anal u oral. Tenga cuidado cuando abra un paquete de preservativos no romper o desgarrar el látex con los dientes, uñas o anillos. No desenrolle el preservativo antes de colocarlo sobre el pene, porque puede debilitar el látex y deteriorarlo al mismo tiempo y volver peligroso su uso. Puede colocarle el preservativo al hombre o colocárselo él solo.

Suavemente se debe presionar el aire del extremo superior del preservativo, antes de colocarlo sobre el pene. Asegurarse haber dejado un centímetro de espacio en el fondo del preservativo, para recoger el semen, así este no se escurrirá por el costado lateral. Se puede usar lubricantes acuosos (como glicerinas o jaleas) durante la relación, para evitar que el preservativo se rompa. Si coloca una gota de jalea lubricante dentro del fondo del preservativo, puede incrementar la sensación a la par de aumentar la seguridad.

Nunca use un lubricante de base oleosa, porque debilitará el preservativo y lo hará más proclive a romperse. Ejemplo de lubricantes oleosos son lociones, vaselina o aceites para bebes. Las medicaciones para tratar infecciones micóticas en las mujeres, suelen favorecer su ruptura.

Sostenga el extremo del preservativo entre los dedos pulgar e índice y colóquelo sobre la cabeza del pene. Si el pene no es circunciso, tire hacia atrás la piel del prepucio, antes de colocar el preservativo sobre él. Extraiga el exceso de aire para evitar que el preservativo estalle. Coloque el preservativo cuando el pene esté eréctil. Desenróllelo sobre todo el largo del pene eréctil.



Luego que el hombre ha eyaculado, debe retirarlo cuando el pene está aún eréctil, pues el preservativo puede fácilmente escurrirse cuando éste está flácido. Él deberá sostener el preservativo sobre la base del pene mientras se retira de la vagina para evitar que se derrame el semen. Suavemente enrolle el preservativo hasta la extremidad del pene para removerlo.

¿Qué se debe hacer con un preservativo usado?

Se debe envolver el preservativo usado y tirarlo a un cesto de desechos. No lo tire por el inodoro, pues puede obstruir la cañería. Los preservativos no pueden ser usados dos veces, por lo tanto usar uno con cada relación sexual y luego descartarlo.

¿Qué pasa si el preservativo se rompe o desgarra?

Primero ¡No desespere! El pene debe ser retirado inmediatamente. (Si se va a continuar la relación sexual, usar un preservativo nuevo). La jalea o espuma anticonceptiva debe ser colocada en la vagina y la mujer no debe efectuar duchas vaginales. Las duchas vaginales pueden causar infecciones. Si está preocupada por un embarazo o por una ITS, consulte a su médico o asistente de salud. Debe pensar en efectuar una contracepción de emergencia.

¿Con qué frecuencia se rompen los preservativos?

Los preservativos raramente se rompen si son bien guardados y usados correctamente. Estudios muestran que los de látex, se rompen solo alrededor de 0,4 % (4 de cada 1 000) y los de poliuretano se rompen el 4 % (4 de cada 100). Las parejas que usan poliuretano tienen 9 veces más posibilidades de rupturas que aquellas que usan preservativos de látex. Cuando los preservativos se rompen, usualmente es porque no se dejó el espacio para el semen en el fondo del mismo, o estaban vencidos, o fueron expuestos al sol o al calor, o fueron desgarrados por los dientes o por las uñas. También perjudica el empleo de lubricantes en base oleosa en lugar de base acuosa, que causan su ruptura. Si el preservativo se guarda y usa correctamente, es muy dificil que se rompa.

¿Qué pasa si el preservativo se sale y no puede ser extraído de la vagina?

¡No se asuste! Trate de alcanzarlo con el dedo y extraerlo de la vagina, en caso contrario contactarse con el médico o asistente de salud y pedir una consulta.

¿Qué pasa si mi pareja o yo tenemos una reacción alérgica con el uso del preservativo?

Algunas personas pueden tener reacción alérgica al preservativo. Esto puede deberse al espermicida o al látex. Si piensa que es al espermicida, pruebe diferentes tipos de espermicida (chequee las etiquetas o marcas), o use uno libre de espermicida durante las próximas relaciones. Si piensa que el látex puede ser el responsable de la alergia, debe usar un preservativo masculino o femenino de poliuretano. Hable con su médico o su asistente de salud frente a cualquier duda.

 Al concluir la exposición se indicará traer el cepillo y crema dental para el próximo encuentro.

Evaluación

- En el círculo o semicírculo de los mismos grupos que se seleccionaron en el encuentro anterior se realizará una competencia, debiendo realizar demostraciones con una maqueta de la forma de utilización del condón.
- La puntuación de 1 a 5 puntos las brindarán el grupo contrario cada vez que se realice una demostración por el otro grupo.
- Ganará el equipo que más puntos acumule.

Encuentro 4

Título: Mi boca, parte de mi

Obietivos

- Brindarle a los participantes información acerca de la caries dental como afección bucal.
- Buscar una concientización en las personas que viven con VIH de la necesidad de mantener una adecuada salud bucodental.
- · Interiorizar conocimientos sobre hábitos higiénicos.
- Profundizar en la frecuencia y momento del cepillado dental.

Contenido

- Higiene bucal. Importancia.
- Caries dental. Principal causa de enfermedades de la boca
- Placa dentobacteriana, definición, formación y mecanismo de acción.
- · Cepillado dentogingival.

Métodos y procedimientos

- Realizaremos preguntas que lleguen a motivar al grupo su participación:
 - − ¿Alguno de ustedes sabe qué es la caries dental?
- El profesional escuchará todos los criterios emitidos como lluvias de ideas que salgan a raíz de esta pregunta plasmándolos en un pizarrón o cartulina para al final construir entre todos el concepto más completo y de mejor comprensión.
- Apoyados en los medios de enseñanza (videos, presentaciones) que se han preparados previamente mostraremos un diente afectado por caries dental y otro sano. Los participantes expondrán lo que observan precisando las diferencias.
- Se desarrollará a punto de partida del aspecto anterior un debate con lenguaje claro y sencillo sobre las limitaciones, afectaciones estéticas, para la masticación, pronunciación entre otros, enfatizando en el papel iniciador y agravante de la higiene bucal deficiente.
- Chequearemos que los miembros del grupo hayan traído el cepillo y crema dental que orientamos en el encuentro anterior.
- Realizaremos un círculo donde el profesional sirva de moderador y realizaremos primero la demostración con un type-odont y cepillo de cómo debe realizarse un correcto cepillado dental para luego realizarlo en conjunto con el resto del grupo, se insistirá en la forma, tiempo y frecuencia.
- Luego realizamos tinción con alguna sustancia reveladora o Placdent de manera que los participantes puedan observarse en un espejo la presencia o no de Placa Dentobacteriana comenzando así el desarrollo de esta temática.

Evaluación

- Se realizará a través de un sorteo donde a algunos miembros del grupo tendrán que demostrar a todo el grupo la forma correcta de cepillado dental consolidando así los conocimientos del encuentro.
- Se orienta a los participantes comentar en su entorno familiar sobre la actividad y mostrar lo que aprendieron.

Encuentro 5

Título: Cuido mis encías

Objetivos

- Brindar conocimientos de las formas más efectivas de cuidar la salud periodontal dado las condiciones en que se encuentran las personas que viven con VIH.
- Dar a conocer las patologías periodontales que más frecuentes puedan aparecer en las personas que viven con VIH.

Contenido

- Control de los factores de riesgos de las enfermedades periodontales.
- Enfermedades periodontales más comunes en personas que viven con VIH/SIDA.

Métodos y procedimientos

- Al comienzo de nuestra actividad se realizará nuevamente un cepillado dental conjunto para reafirmar los conocimientos del encuentro anterior, y lo entrelazaremos con el tema de este encuentro.
- Se comenzará un debate donde el tema central serán los factores de riesgos que pueden agravar la salud periodontal en las personas en sentido general.
- Se insistirá en cada uno de los miembros del grupo cuáles de esos factores se encuentran presentes en ellos y cómo actuar sobre ellos.
- Luego se realizará una exposición por parte del profesional sobre las patologías periodontales que aparecen más frecuentemente en las personas seropositivas al VIH

(Este tema se podrá aplicar a través de los métodos y técnicas de educación para la salud).

- Periodontitis asociadas al VIH.
- Gingivitis asociadas al VIH.
- Gingivitis ulcernecrotizante por VIH.
- Estomatitis aftosa recurrente (EAR).
- Gingivoestomatitis Herpética Aguda por VIH.

Evaluación

- Para la evaluación de este encuentro se debe preparar con anterioridad y colocar debajo de cada asiento de los miembros del grupo una tarjeta con una pregunta referente a las temáticas tratadas.
- La evaluación satisfactoria o no la dará en este caso el profesional responsable de la actividad

Encuentro 6

Título: ¿Con qué me alimento y cómo lo hago?

Objetivos

- Dar información de los beneficios de una dieta equilibrada la cual favorece el estado de la salud general del individuo y la no aparición de la caries dental.
- Enfatizar en los efectos negativos e la ingestión de alimentos azucarados sin el consiguiente cepillado.

Contenido

- La dieta y su importancia de su equilibrio para mantener una buena salud general y bucal.
- Importancia de realizar el cepillado dental después de la ingestión de los alimentos azucarados.
- Alimentos que favorecen la aparición de la caries y los que no lo hacen.

Métodos v procedimientos

Daremos a conocer a los miembros del grupo información sobre los distintos tipos de alimentos
que pueden constituir la dieta especificando brevemente su función básica y dónde podemos
encontrarlos, pero para esto utilizaremos tarjetas en las cuales en algunas reflejaremos los grupos
de alimentos y en otras las funciones básicas de manera que puedan los participantes agruparse
según las semejanzas y características comunes según grupo de alimentos, para lo cual proponemos:

Grupos de Alimentos

I. Cereales y Viandas

Características:

- En este grupo encontramos carbohidratos y Vitaminas B
- Proporcionan energía para realizar funciones orgánicas.
- Mantienen la temperatura corporal.
- El organismo no funciona adecuadamente si falta uno de sus componentes.

II. Verduras y Hortalizas

Características:

- Se pueden consumir las hojas, raíces, bulbos, tallos o flores.
- Algunas son utilizadas exclusivamente como condimentos en pequeñas cantidades.

III. Frutas y Verduras

Características:

- Nos proporcionan las vitaminas y minerales para tener mayor resistencias a las enfermedades
- Son de vital importancia por contener vitaminas A, C, E, Ca, Fe. Zn, así como el complejo B.

IV. Proteínas

Características:

- Son llamados también constructores y reparadores de tejidos de los músculos, piel, sangre y hueso.
- Pueden ser de origen vegetal y animal.

V. Leche, yogur y queso

Características:

- Alimentos esenciales de todo ser humano desde su nacimiento.
- Propiedades nutritivas para el crecimiento.
- · Predominan los ácidos grasos.
- Fuente principal de calcio para el organismo.

VI. Grasas

Características:

- · Poseen mayor contenido energético
- Proporcionan vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales.

VII. Azúcar

Características:

- Carbohidratos que existe naturalmente en las frutas y vegetales.
- Producto principal de la fotosíntesis, proceso mediante el cual las plantas transforman energía solar en alimento.
- Contribuyen al sabor, el aroma, la textura, el color y el cuerpo de una gran variedad de alimentos

Preguntamos a los miembros del grupo ¿Cuáles son los alimentos que más les gustan? ¿Por qué?

Aclaramos a los participantes ¿Cuáles son los mecanismos por los cuales un paciente con SIDA pierde peso?.(Proponemos se lleve en una pancarta).

- Por la disminución de ingreso alimentario por falta de apetito.
- Pérdida de las capacidades cognoscitivas, visual, auditiva, olfatoria o pérdida del estado de conciencia.
- Aversión a los alimentos por cambios de sabores.
- Dificultad o dolor al deglutir, por enfermedades del esófago.
- Náuseas, vómitos por gastritis medicamentosa o por efectos adversos de los medicamentos.
- La presencia de diarrea debido al SIDA o la infección por otros microorganismos.
- Por pérdidas alimentarias anormales o mayor consumo de energía.

En un pizarrón cada participante podrá escribir en una oración donde refleje que le recomendaría a su compañero para llevar una alimentación sana. Al concluir construiremos las ideas, al profesional le proponemos centrarlas en:

- Un buen día comienza con un desayuno.
- · Consumir todos los días al menos dos frutas.
- Utilizar menos azúcar al elaborar los alimentos.
- Disfrutar cada día y en cada comida de una alimentación variada, seleccionando alimentos de todos los grupos.
- Seleccionar diariamente abundantes vegetales, incluyéndolos en almuerzos y comidas.
- Utilizar poca grasa para elaborar los alimentos, priorizando los aceites vegetales.
- Priorizar las carnes blancas a las rojas. El pescado es una buena elección.
- Emplear menos sal en la mesa.

Realizamos un debate acerca del papel de los azúcares en la acumulación de la placa dentobacteriana y formación de caries. Guiamos el debate mediante preguntas que podremos elaborar con anterioridad.

Ouieren saber:

- 1. ¿Qué pasa cuando comemos alimentos que contienen muchos dulces y no nos cepillamos la boca?
- 2. ¿Qué podemos hacer para evitar que se formen las caries?
- 3. ¿Saben ustedes cuáles son los alimentos que debemos ingerir para mantener nuestra boca sana?

Dejamos las conclusiones a los miembros del grupo, aceptamos sugerencias para mejorar.

 Se sugiere la preparación en sus respectivos hogares de alguna receta culinaria por cada participante la cual se traerá al último encuentro y servirá en la actividad final del programa.

Evaluación

- Se realizará a través de preguntas y respuestas que hará el profesional y para lo cual proponemos que se estimule a los que respondan correctamente con materiales educativos.
 - Mencione algunos de los grupos básicos de alimentos y una de sus características que los identifica.
 - ¿Cómo podemos desarrollar un modo de vida saludable a través de una buena alimentación diaria?
 - − ¿La dieta es importante en mantener sana nuestra salud bucal? Explique por qué.
 - ¿Cómo contribuimos con una adecuada alimentación la no aparición de la caries dental y las enfermedades de las encías?

Encuentro 7

Título: Yo, mi propio Estomatólogo

Objetivo

• Enseñar y estimular a la realización de un buen autoexamen bucal.

Contenido

• Metodología para la realización del autoexamen bucal.

Métodos y procedimientos

- Para este encuentro es necesario la presencia en el lugar de un espejo lo más grande posible o varios de tamaño pequeño.
- El profesional comenzará preguntando ¿Si alguien de los presentes ha practicado o practica
 el autoexamen bucal? Esto nos dará pie para la demostración de la metodología del
 autoexamen bucal. Para la cual nos podemos apoyar en material didáctico como pancartas,
 videos, presentaciones etcétera.
- Luego de concluir la demostración comenzaremos una actividad en dúos donde se realizará la práctica del autoexámen bucal.

Evaluación

• Se realizará un sorteo donde se seleccionarán como mínimo 3 parejas para que puedan explicar y demostrar el algoritmo completo de un buen autoexamen bucal.

Título: El Estomatólogo: un amigo más

Objetivos

 Brindarle a los miembros del equipo de las herramientas necesarias de cómo se encuentra estructurada la atención estomatológica integral de las personas que viven con VIH/SIDA dentro del subsistema de Estomatología.

Contenido

• La atención estomatológica integral a las personas que viven con VIH.

Métodos y procedimientos

- Se conformará el grupo en un semicírculo dónde se comenzará el encuentro preguntando sobre las experiencias que han tenido en la atención estomatológica en su área de salud, tomando estos criterios para que nos sirva en el mejoramiento de la organización del servicio referente a este tema.
- A través de los testimonios que puedan exponer los miembros de grupo se aclararán las dudas referente al sistema de atención estomatológica en sus respectivas Áreas de Salud, para cualquier duda del profesional podrá remitirse al Instrumento Metodológico para la Atención Estomatológica Integral a personas que viven con VIH/SIDA, elaborado por la Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública.
- Para la parte final de este encuentro, se habrá realizado con anterioridad la selección de algunos profesionales del servicio estomatológico a los que correspondan los miembros del grupo para realizar intercambio con ellos de manera que se pueda desarrollar una retroalimentación. (Estomatólogos, Licenciados en Atención Estomatológica, Técnicos en Atención Estomatológica).

Evaluación

 La evaluación de este encuentro quedará a propuesta de cada uno de los profesionales que desarrollen el presente programa.

Encuentro 9

Título. Mi sonrisa abierta al mundo

Objetivo

- Integrar todos los conocimientos que se han adquirido en los encuentros anteriores.
- Evaluar a través del cuestionario la efectividad del programa.

Contenido

- Aspectos más importantes de los temas abordados con los miembros del grupo.
- Aplicación de Cuestionario de Conocimientos.

Métodos y procedimientos

 Se realizará por parte del profesional una exposición integradora y completa de los temas que se han tratado en los anteriores encuentros abordando los aspectos mas relevantes, importancia de mantener una adecuada salud individual y para los demás, medidas de cuidado y autocuidado, hábitos adecuados de higiene y dieta, alteraciones provocadas por malos hábitos dietéticos, importancia de la prevención de enfermedades de las encías, insistiendo en los aspectos preventivos.

Evaluación

· Se aplicará el mismo cuestionario que se aplicó en el primer encuentro que nos sirvió

de diagnóstico en los conocimientos y así podremos comparar y dar a conocer los resultados de la efectividad del Programa Educativo y dejar sugerencias a los profesionales que continúan en la atención curativa de estas personas los temas que más hay que insistir.

Encuentro 10

Título: Mi misión en la vida

Objetivo

• Dar a conocer las consideraciones finales de la efectividad del programa en el grupo.

Técnicas y procedimientos

- En este último encuentro sugerimos comenzarlo con la proyección de algún material filmico para lo cual nos podremos apoyar en el Centro de Promoción y Educación para la Salud del territorio (Films de ficción, video educativo, capitulo de telenovela, documental del tipo testimonio) el cual servirá de guía para la realización de un video debate centrándose en la importancia del nuevo estilo de vida saludable y la responsabilidad que las personas que viven con VIH tendrán para si y con los demás en el futuro
- Se darán a conocer los resultados de efectividad del programa que tendrán como elemento esencial el Cuestionario que se aplicó en el encuentro anterior.
- Se realizará un Positivo, Negativo e Interesante (PNI) del programa.
- A los participantes se les dará como estímulo un certificado que los acredite como: Promotores de Salud para lo cual proponemos sean entregados por familiares que tuvieron la posibilidad de participar en el encuentro número 2 del presente programa.
- Se podrá concluir con alguna actividad recreativa (propuesta en el encuentro 6).

Yo		paciente del Área de
	del Municipio	
	ones físicas y mentales que me per tivo Estomatológico: "Me cuido, te	
Y para que así conste fimo la	presente en la ciudad de	a los días del
mes de del año		

Participante en el Programa

Cuestionario de Conocimientos del Programa Educativo Estomatológico: "Me cuido, te cuido"

		cimiento acerca de salud gen ponderlo. Fecha	
1. ¿Cuántas veces al día te a) 4 veces 3 v			
 Desayuno 	Antes	Después	
	Antes		
 Comida 	Antes	Después.	
	Antes		
		larse los dientes?	
2. ¿Crees que los vegetales	s son buenos para tu s	salud y la de tus dientes?	
Sí No	No Sé		
Mencione algunos de lo	s grupos de alimento	os que usted conoce (si los	desconoce deje los
espacios en blanco).			
3. Dado el estado de defen	sa que presenta tu org	ganismo en estos momentos	marque con una x
la enfermedad de la cav	vidad bucal que pued	es presentar con mayor frec	cuencia.
Gingivitis (Enfer	medad de las encías)		
Gingivoestomatit	is herpética Aguda (F	Estomatitis)	
Neumonía.			
Trauma dentario (Fracturas de una mue	ela)	
Estomatitis Aftos	a Recurrente (Aftas b	oucales)	
Fractura de empa			
4. Complete los espacios	en blanco:		
		la caries y las enfermedado	es de las encías es
• El alguna anormalidad	es un n en el complejo bucal		yo mismo detectar
transmisión sexual y	el VIH es el	más eficaces para prevenir	
 Debo desarrollar acc 	ciones de	que permitan que mi	salud se mantenga
en buenas condicion	es y así cuidar a los o	demás.	

ANEXO 35 Sobre la protección radiológica en los Servicios Estomatológicos

Indicaciones generales para la implementación del sistema de vigilancia radiológica en la práctica del radiodiagnóstico estomatológico

Fundamentación

Los equipos de rayos X dentales son considerados como una herramienta útil para el trabajo de los profesionales de Estomatología, contribuyendo a un mejor diagnóstico de la patología que aqueja el paciente y a un tratamiento más eficaz y en el menor tiempo posible. Ahora bien, tratándose de un equipo emisor de Rayos X su utilización ocasiona dosis de radiaciones ionizantes de las cuales se deben proteger los Técnicos de Atención Estomatológica y los Estomatólogos, profesionales que realizan el proceder así como también el paciente objeto de la investigación. Los Rayos X se han utilizado en la especialidad de Estomatología desde el primer cuarto del siglo xx desarrollándose a la par que en otras especialidades médicas.

En Cuba existen regulaciones para la utilización de las radiaciones ionizantes con fines diagnóstico, médico y estomatológico, en las que se exigen el cumplimiento de ciertos requisitos de seguridad sobre los equipos. Además, existen procedimientos, normas y reglamentos de seguridad y protección radiológica para las prácticas de trabajo con el propósito de minimizar el riesgo de exposición y proteger a los trabajadores expuestos, pacientes y al medio ambiente de trabajo, los que deben ser cumplidos con estricto rigor para evitar accidentes y enfermedades de tipo ocupacional en el personal expuesto.

Indicaciones generales

Diseño de las instalaciones

- 1. En las Clínicas Estomatológicas y en los Servicios de Estomatología situados dentro de un Policlínico u Hospital, donde exista uno o más locales ya construidos y destinados a este servicio y donde se ubicará el equipo de Rayos X estomatológico, las paredes del local tendrán un espesor de 15 cm de bloques sólido u otro material, blindadas con plomo de 1,5 mm de grosor a la altura de 2,20 m. Las puertas del local y el visor al interior del mismo también estarán debidamente emplomados.
- 2. En las nuevas instalaciones o remodelaciones, cuando no exista plomo, previo cálculo de blindaje y cumpliéndose las indicaciones de Inversiones del MINSAP se utilizarán materiales que garanticen el blindaje exigido para esta práctica estomatológica, por ejemplo bloques rellenos de concreto, sustancias baritadas, etc. que garanticen el no traspaso de las radiaciones a otros locales o salas de espera. Esto incluye la barrera de protección para el operador.

- 3. El local destinado al revelado de las radiografías debe ser independiente al local donde esté ubicado el equipo de rayos X, contará con un sistema de revelado especialmente diseñado al efecto con suministro de agua corriente permanente, mesetas de trabajo que faciliten la manipulación y ubicación de los porta placas o chasis de radiografías cubiertas con losas antiácido que impidan el manchado y prolonguen el tiempo de deterioro, sistema de ventilación que garantice la extracción de los vapores de las sustancias químicas utilizadas, iluminación artificial calculada de acuerdo con el tamaño del local y a la actividad que se desarrolla.
- 4. Todo local donde se instale un equipo de Rayos X para su explotación debe contar con la señal de advertencia de radiaciones, con las prohibiciones de accesos indicadas para esta práctica.

Ubicación de los equipos de rayos x de acuerdo al tipo de servicio estomatológico prestado

En las Clínicas Estomatológicas y en Servicios de Estomatología ubicados en los Policlínicos y Hospitales y especialidades que lo justifíquen, existirá un Departamento de rayos X con uno o más equipos de Rayos X estomatológicos, estacionarios o portátiles utilizados para las técnicas Intraoral, Panorámica o Cefalométricas. Estos equipos no podrán ser utilizados a la vez, y solamente permanecerán en el local el paciente y el personal imprescindible para efectuar la prueba.

No se deben instalar equipos pantomógrafos en la misma sala de cirugía odontológica ni en otros locales donde se lleven a cabo actividades distintas, ya que existe la posibilidad de incrementar la exposición de otras personas ajenas a este examen radiográfico.

Servicios o Conjuntos Dentales, de 1 a 4 conjuntos dentales ubicados en centros escolares, centros de trabajo y otras instituciones donde existe un equipo de Rayos X portátil y no hay local destinado a Rayos X se realizaran exclusivamente radiografías de urgencias y las complementarias al tratamiento de Endodoncia, permaneciendo en el local durante la toma radiográfica solamente el Técnico de Atención Estomatológica o el Estomatólogo que realizará el examen, y el paciente con la protección individual requerida dirigiéndose el haz directamente al paciente y área de examen.

Cualquier otro estudio de Rayos X indicado al paciente debe ser referido o remitido a una Clínica Estomatológica o Servicio de Estomatología que cuente con un Departamento de Rayos X, debidamente acreditado, previa coordinación con este de la remisión del paciente.

De forma periódica, al menos una vez cada dos años, se debe someter el equipo a un control de calidad el que debe ser solicitado al Centro de Control Estatal de Equipos Médicos (CCEEM) a cargo del programa en el territorio.

En la sala de Rayos X ubicada en Clínicas, Policlínicos u Hospitales, preferentemente se debe disponer solamente de un equipo de Rayos X y accesorios indispensables para los procedimientos radiológicos a que se destina. No se dispondrán dos tubos de Rayos X en la misma sala y alimentados por generadores diferentes, a no ser que exista una barrera de protección entre ellos. Cuando esto no sea posible y se ubique en el mismo local otro equipo de Rayos X, incluido los de uso estomatológico, no se preparará a un nuevo paciente cuando uno de ellos esté en funcionamiento.

Reglas a seguir para el manejo del equipo

Todos los equipos de Rayos X utilizados en el radiodiagnóstico estomatológico deben ser mantenidos en condiciones adecuadas de funcionamiento y ser sometidos a verificaciones de desempeños dentro de un programa de control de la calidad. Debe contar con los elementos necesarios kilovoltaje (entre 65-90KVp), filtración mínima total del tubo (entre 1.5 mm de aluminio Al y 2.5 mm Al), cabezal del tubo con blindaje adecuado para reducir la radiación de fuga de menos de 1 Msv/h a 1 metro del tubo de Rayos X, cono espaciador que asegure una distancia mínima foco-piel disminuyendo la radiación dispersa tanto para el paciente como para

el operador, conos divergentes con diámetro del campo no mayor de 6 cm, tiempo de exposición impresos en el aparato de Rayos X, cronómetro o timer que mide la exposición la que no debe exceder de 5 segundos con disparador que funcione solamente cuando se le mantiene presionado, inalámbrico o conectado al equipo mediante un cable con una extensión suficiente que permita dispararse a una distancia no menor de 2 metros del tubo.

Requisitos de protección al trabajador y paciente

- En el momento de las exposiciones no deben haber personas ajenas al proceder radiológico dentro del local.
- 2. El Técnico de Atención Estomatológica o el Estomatólogo que realiza el servicio utilizará el delantal emplomado y protectores de tiroides, como medio de protección individual y el dosímetro termoluminiscente como vigilancia de la exposición a las radiaciones ionizantes a las que se encuentra expuesto.
- 3. El equipo debe dispararse a una distancia no menor de 2 metros del tubo, colocándose el Técnico de Atención Estomatológica o Estomatólogo durante la realización de los estudios radiográficos preferiblemente en un ángulo entre 90 a 135 grados del eje del haz, en dirección contraria al rayo central, con una pantalla protectora por medio, la que puede ser móvil (paraban emplomado) o fija (parte de la estructura del local o una pared).
- 4. La silla donde se examina al paciente debe estar dispuesta de manera que el haz directo se dirija a zonas desocupadas o poco transitadas.
- 5. Debe ajustarse la técnica especialmente cuando se radiografían niños y embarazadas, teniendo en cuenta las normas de protección para trabajadores y pacientes durante las investigaciones como son delantal emplomado, collarín o protector de tiroides y de gónadas en los varones.
- 6. La placa radiográfica siempre debe ser sostenida por el paciente. Ninguna persona debe sujetar la película durante las exposiciones, excepto en menores de edad o en pacientes imposibilitados, que por su patología se le solicitará al acompañante su colaboración, el que debe ser instruido al respecto y protegido contra las radiaciones mediante delantal emplomado u otros necesarios. Una misma persona no debe realizar esta actividad regularmente.

Resumen

- 1. En Servicios, Centros y Secciones Estomatológicas, dotados de Conjuntos Dentales, y ubicados en escuelas, centros de trabajo y otras instituciones donde existe un equipo de Rayos X portátil y no disponen de local destinado al mismo, se cumplirán los siguientes aspectos:
 - Realizarán exclusivamente radiografías de urgencias y las complementarias al tratamiento de Endodoncia.
 - Permanecerán en el local durante la toma radiográfica solamente el Técnico de Atención Estomatológica o el Estomatólogo que realizará la radiografía.
 - Se dispondrá al paciente de la protección individual requerida.
 - Se dirigirá el haz directamente al paciente y área de examen.
- 2. En la sala de Rayos X ubicadas en Clínicas Estomatológicas, Policlínicos u Hospitales, se debe disponer, preferentemente de un solo equipo de Rayos X y accesorios indispensables para los procedimientos radiológicos a que se destina. No se dispondrán de dos tubos de Rayos X en la misma sala a no ser que exista una barrera de protección entre ellos y cuando esto no sea posible y se ubique en el mismo local otro equipo de Rayos X, no se preparará a un nuevo paciente cuando uno de ellos esté en funcionamiento.

Bibliografía

- Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud: Carpeta Metodológica, Movimiento "Municipios por la Salud", MINSAP, Ciudad de La Habana, 1996.
- Chen, M.; R.M. Andersen, y Cols.: Comparing Oral Healt Care Systems, WHO, Ginebra, 1997.
- Colimon K.M.: Fundamentos de Epidemiología, Ediciones Díaz de Santos, S.A., España, 1990
- Documentos de Trabajo OPS/OMS, Años 1994-1998.
- Fisher, R.; W. Vry; B. Patton: "Como Negociar sin Ceder", Grupo Editorial Norma, Colombia, 1997.
- Greene, W.H.; B. G. Simons-Morton: Educación para la Salud, Editorial Interamericana. México, 1988.
- Hernández, R.; C. Fernández; P. Baptista: Metodología de la Investigación, Editorial Mc Graw Hill, México, 1994.
- Mena, A.; L. Riviera: Epidemiología Bucal (Conceptos Básicos), OFEDO-UDUAL, Caracas, 1991.
- OMS: Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos, 4ta. ed., Ginebra, 1997.
- OPS/OMS: Análisis de Costos, Demandas y Planificación de Servicios de Salud. Una Antología Seleccionada, HSD/SILOS-11, Washington D.C., 1990.
- : Clasificación Internacional de Enfermedades aplicadas a Odontología y Estomatología, 3ra. ed., Washington D.C., 1996.
- Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud, Serie PALTEX No. 18, Washington D.C., 1990.
 -: La Administración Estratégica, Washington D.C., 1992.
- La Formación en Epidemiología para el Desarrollo de los Servicios de Salud, No. 88, 1988.
- _____: La Formación en Epidemiología para el Desarrollo de los Servicios de Salud, No. 88, Washington D.C., 1988.
- _____: Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias, No. 519, Washington D.C., 1990.
- ————: Participación de la Comunidad en la Salud y en el Desarrollo de las Américas, No. 473, Washington, D.C., 1984.
- Participación Social, HSD/SILOS-3, Washington D.C., 1990.
- Pineault, R.; C. Pareluy: La Planificación Sanitaria, Conceptos, Métodos, Estrategias. Editorial Masson S.A., Barcelona, 1987.
- Sosa, M.; A. Mojáiber: Municipios por la Salud. Estrategia Estomatología, MINSAP, 1998.
- Weintraub, J.A.; C.W. Douglas; D.B. Gillins: Bioestadística en salud bucodental, Organización Panamericana de la Salud, 1989.

ANEXO II

Programa de mejora continua de la calidad de la Atención Estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores

Introducción

El desarrollo alcanzado en los últimos tiempos por los servicios estomatológicos ha sido de tal envergadura y velocidad que ha forzado a realizar cambios profundos en su estructura y organización. Por otra parte la cantidad y la calidad de los recursos humanos, la introducción de tecnología de punta nos hace elaborar un manual que sirva de instrumento y permita evaluar periódicamente los recursos institucionales a través de estándares previamente aceptados en los que se definen los distintos niveles de satisfacción y que tiene como propósito incrementar la calidad de la atención estomatológica.

La calidad de los servicios de salud en el mundo actual se ha convertido en motivo de interés para todo el que realiza esta labor, en busca siempre de la obtención de mejores resultados para la población, proporcionando el mínimo de riesgos tanto para el consumidor como para los proveedores de salud, y un adecuado aprovechamiento de los recursos disponibles para ejecutar las acciones. El enfoque sistémico de la calidad permite establecer tres componentes para su estudio: la estructura, el proceso y el resultado; sobre estos se han trazado los métodos para la evaluación de la calidad.

La mejora constante de la calidad de la atención estomatológica constituye una prioridad de los directivos del sistema, y que responde a la estrategia del Ministerio de Salud Pública para alcanzar la excelencia y la satisfacción de la población.

La metodología que se presenta en este Programa, tiene como objetivo, perfeccionar los actuales procedimientos en la evaluación de la calidad de la atención estomatológica, que permita alcanzar la excelencia de los servicios que merece nuestra población para satisfacer sus necesidades.

Antecedentes

La evaluación de la calidad de la atención médica y estomatológica en Cuba se inicia con el triunfo de la Revolución, pues antes de 1959 constituía una actividad de interés individual. Es en la década de los años 80, cuando se aprueba en 1984 el Reglamento de los Consejos de Actividades Científicas, se elaboran las normas técnicas de atención y los reglamentos organizativos de las Clínicas Estomatológicas, que se puede enunciar de una evaluación estructurada de elementos de la calidad, pues anteriormente solo se sustentaba en el resultado de visitas, supervisiones e inspecciones de los diferentes niveles de dirección a los servicios, y en el ámbito de ellos la evaluación era realizada por el Director con los Estomatólogos de mayor nivel científico.

Las causas fundamentales de la no existencia de reglamentos que rigiera la evaluación de la calidad respondían a las prioridades establecidas para el subsistema, las que buscaban la cobertura

de la población a partir de la extensión de los servicios. En ese contexto los resultados del trabajo se median más por el aspecto cuantitativo que por el cualitativo. No obstante, a través de diferentes vías, se controlaba la calidad de la atención y la satisfacción de la población con los tratamientos recibidos, fundamentalmente mediante el Programa de Optimización del Trato a Pacientes y Familiares establecido por el Nivel Central.

Ya en la década de los 90 se elabora el Programa de Atención Integral a la Población, el cual expone las acciones a realizar en los servicios y se comienza a trabajar en la revisión de las normas, se elabora la Carpeta Metodológica a finales de esta misma década y se fortalece la evaluación de la satisfacción de la población y los prestadores, a través de la UATS fundamentalmente.

No obstante, se carece de un Programa que estructure las acciones que permitan alcanzar una mejora continua de la calidad y la satisfacción, lo que constituye nuestro propósito con el presente Programa.

Conceptualización

No es nuestro propósito definir la Calidad, sino exponer diversas conceptualizaciones que posibiliten a los directivos la adecuada implementación del Programa, a partir de la comprensión de que la evaluación y garantía de la calidad de la atención estomatológica, como problema complejo y cambiante, requiere de un enfoque integral y de un constante perfeccionamiento, teniendo en cuenta la interrelación con las demás unidades del sistema y la comunidad.

- La Calidad es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren aptitud para satisfacer necesidades. En esta definición podemos diferenciar el objeto de la calidad del instrumento de medición que se utilice. La estadística en el control de la calidad, pasa a ser una herramienta auxiliar en la producción de la calidad total. La calidad total de un producto o servicio no se puede alcanzar por medio de la aplicación de controles que se efectúen sobre el mismo para medirla. La calidad debe ser introducida en el servicio como un valor agregado. En definitiva la calidad se produce (Passarello, E. 1996).
- La Calidad Total es un sistema estratégico integrado para lograr la satisfacción del paciente que abarca a todos los gerentes y empleados y utiliza métodos cuantitativos para mejorar continuamente los procesos de una organización. (Gilmore, C.M.; Moraes Novaes, H. 1996).
- Calidad en su esencia significa conformidad con normas que no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra. (Donabedian, 1990).
- Calidad de la asistencia al paciente: Grado en que los servicios de asistencia sanitaria, dado el estado actual de los conocimientos, aumentan la probabilidad de lograr los resultados que se buscan en la salud de los pacientes y reducen la probabilidad de obtener efectos no deseados (Gilmore, C.M.; Moraes Novaes, H. 1996).
- Calidad de la atención: La calidad de la atención ofrecida al paciente está relacionado con cuatro aspectos: (a) el sistema de salud; (b) la atención profesional y técnica; (c) las relaciones interpersonales entre el equipo profesional y el paciente; (d) el costo de la atención (Fleishman, R. 1992).
- Calidad de la atención adecuada: Se puede calificar la calidad de la atención como adecuada cuando los riesgos y molestias derivados del tratamiento de un problema determinado son menores que los beneficios obtenidos por dicho tratamiento, y cuando su costo relativo es menor que el de tratamientos alternativos con iguales resultados. (Fleishman, R. G1992).
- Calidad de la atención de salud: Consiste en el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y la población incrementa la promesa de los servicios de salud deseados y se relacionan con el grado de conocimiento profesional actual. (Instituto de Medicina en los Estados Unidos, 1990).
- Calidad de la atención a la salud: Debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Como las

consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzga son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención del paciente. (Donabedian, 1992).

- La Calidad consiste en satisfacer o superar las expectativas de los pacientes de manera congruente. Es el enjuiciamiento de una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un indicador para verificar si este estándar fue cumplido o no. (Gilmore, C.M.; Moraes Novaes, H. 1996).
- Buena atención médica: (Lee I.R.; Jones, L. W. 1933).
 - La atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas.
 - Una buena atención médica enfatiza la prevención.
 - La buena atención médica exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de la medicina científica.
 - La buena atención médica trata al individuo como un todo.
 - Una buena atención médica mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente.
 - La buena atención médica funciona en coordinación con el trabajo social.
 - La buena relación médica coordina los diferentes tipos de servicios médicos.
 - Buena atención médica significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas.

· Servicio de alta calidad

- El compromiso por elevar los niveles de salud de la población es, inseparablemente, un compromiso por asegurar la calidad de la atención (Frenk, J. 1984).
- La nueva teoría sobre calidad, mantiene que asegurar la calidad de los bienes y servicios en cualquier sector de la economía –incluyendo en el sector salud–requiere participación activa y liderazgo de la gente que hace este trabajo día a día y es productor de estos bienes y servicios (Blumenthal, 1996).
- En 1984, la Asociación Médica Americana definió la atención de alta calidad como atención que consistentemente contribuye al mantenimiento o mejoramiento de la calidad y duración de la vida. La Asociación identificó los atributos específicos de la atención que debían ser examinados al determinar su calidad, haciendo énfasis en la promoción de salud y la prevención de enfermedades, los servicios efectuados sin pérdida de tiempo, la participación informada de los pacientes, la atención a las bases científicas de la Medicina y el uso eficiente de los recursos.
- El Instituto Norteamericano de Medicina, 1990, sostiene que la calidad consiste en el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y la población incrementan la probabilidad de resultados deseables de salud y son consistentes con un conocimiento profesional actualizado.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el concepto de Calidad en los Servicios de Salud deben estar presentes los siguientes atributos:
 - Alto nivel de excelencia profesional.
 - Uso eficiente de los recursos.
 - Mínimo de riesgos para el paciente.
 - Alto grado de satisfacción por parte del paciente.
 - Impacto final en la salud.

En el concepto calidad de la atención médica según Donabedian (1989) podemos diferenciar de modo muy general tres dimensiones principales.

- 1. El componente técnico de la atención.
- El componente determinado por el desarrollo de la interacción personal consustancial a la atención.
- 3. El componente del entorno o ambiente físico donde se desarrolla dicha gestión.

- En la dimensión técnica se expresa la aplicación de la ciencia y tecnología de la Medicina a un problema concreto de salud.
 - La calidad de la atención en su dimensión técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de modo que reporte el máximo de beneficio a la salud del paciente minimizando sus riesgos.
- En la *dimensión interpersonal* se expresan las características cualitativas de las relaciones humanas que se establecen entre los profesionales de la salud, conjuntamente con el resto de su equipo y el paciente.

La calidad de la atención en su dimensión interpersonal se expresa en el cumplimiento, por el médico, de los modos de actuación definidos por la ética médica y la ética general de la sociedad.

El médico debe satisfacer las expectativas de los pacientes en cuanto a esta relación personal. No es raro la contradicción entre lo que cree el médico que debe brindar y lo que espera el paciente de él y en lo que puede deberse a errores en la formación de este médico, o a expectativas inadecuadas del paciente. Si las expectativas de un paciente no pueden ser satisfechas por la práctica médica o son impropias a la moral vigente debe, por la vía de la labor educativa inherente a toda práctica médica, transformarse dichas expectativas.

La dirección de la relación entre el médico y el paciente debe estar siempre en manos del médico y éste debe dirigir sus esfuerzos al logro de una participación cada vez más activa del paciente en aras de resolver su situación de salud, por lo que en la misma medida que se logre este objetivo se estará mejorando la calidad de la atención médica.

En la medida en que se profundice en la investigación de los factores que determinan el desarrollo de la dimensión interpersonal de la atención médica y se aplique el conocimiento adquirido en la práctica médica y en la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos de salud, la frontera entre la denominada dimensión técnica y la dimensión interpersonal de la atención médica se irá borrando y podremos hablar entonces de una atención médica a la que le es inherente un alto nivel científico y técnico integral, pues el profesional de la salud estará cada vez más capacitado para actuar científicamente al acercarse a la dimensión humana de sus pacientes.

• La tercera dimensión de la calidad de la atención médica incide notablemente en la satisfacción del paciente. Nos referimos al entorno donde se desarrolla la atención, a las comodidades y facilidades que disfruta el paciente en el proceso de atención médica características tales como una consulta agradable con condiciones de privacidad; cama confortable –alimentación adecuada; tiempo de espera breve– eficiencia y rapidez en admisión, laboratorios, etc., así como una total accesibilidad al servicio y en especial a los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios, constituyen elementos que influyen de modo importante en la calidad de la atención, pues contribuyen en el paciente a crear un clima de satisfacción y tranquilidad, ya que percibe que todo el entorno material y social que lo rodea está en función de satisfacer sus necesidades.

No obstante la obtención de una exitosa relación interpersonal por parte del médico con su paciente no puede estar condicionada por las comodidades o facilidades del medio ambiente. El médico y el equipo de salud es el responsable por el éxito de la relación médico-paciente y estos deben poner todos sus conocimientos, habilidades y dedicación personal en función de desarrollar una relación camaraderil que promueva satisfacción y confianza aún en las situaciones más impropias de la práctica médica.

Blumenthal (1996) piensa que la calidad técnica de la atención *tiene dos dimensiones*: lo apropiado de los servicios prestados y la habilidad con la que la atención apropiada es desempeñada. La técnica de alta calidad consiste en "hacer lo correcto correctamente". Hacer lo correcto requiere que el profesional tome las decisiones correctas sobre la atención para cada paciente (toma de decisión de alta calidad), y para hacerlo bien se requiere habilidad, juicio y ejecución expedita (desempeño de alta calidad).

Además considera que, la calidad de la interacción entre médicos y pacientes depende de varios elementos en su relación: la calidad de su comunicación, la capacidad del médico de mantener la confianza del paciente, y la capacidad de tratar al paciente con "preocupación, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad".

En el *Proyecto* que sustenta este Programa se establecen *seis dimensiones*, que funcionarán como ejes o determinantes del "Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad de los Servicios de Salud y la Satisfacción de la Población". Así tenemos:

- · Determinante Ideológico-moral.
- Determinante Técnico-profesional.
- Determinante Gerencial.
- Determinante Interpersonal.
- · Determinante Ambiental.
- Determinante Económica.

Modelo para la Evaluación de la calidad en nuestro Programa

El enfoque en sistema, planteado desde hace años por Donabedian, es aceptado en forma generalizada. De acuerdo con ese enfoque la calidad se estudia y se mide teniendo en cuenta tres componentes esenciales: estructura, proceso y resultados.

- Estructura: Este componente se refiere a la cantidad y calificación del personal, los equipos e instrumentos disponibles, los recursos financieros, las instalaciones y otros recursos materiales, las normas y reglamentos existentes, así como la organización establecida. A un nivel más general incluye la voluntad política y el liderazgo comprometido, así como la formulación de políticas y estrategias y la aplicación de técnicas de dirección por objetivos y de planificación estratégica. Constituye lo que en sistema se llama insumos o entrada. En otras palabras, se refiere al conjunto de características o atributos de índole organizativa o material que se mantienen con relativa estabilidad temporal.
- Proceso: Se refiere al conjunto de actividades que se realizan en la atención y aquellas
 que se desarrollan para asegurar la ejecución del propio proceso. Dentro de este
 componente se incluye no solo las acciones ejecutadas por el personal de salud –con el
 nivel de destreza y habilidad de que dispongan–, sino también las que pueden desplegar
 los propios pacientes.
- Resultado: En última instancia es la consecuencia que tiene el proceso de atención con
 el subsiguiente cambio en el estado de salud. Por otra parte, incluye el análisis del nivel
 de impacto; el cumplimiento de indicadores y de los gastos efectuados; la satisfacción
 de los usuarios, trabajadores y directivos; la certificación y acreditación institucional
 con la subsiguiente estimulación de la calidad técnica y gerencial basada en el desempeño,
 así como la identificación de nuevos problemas que llevan a un perfeccionamiento
 continuo.

Es este enfoque el que utilizaremos y sobre la base del cual estructuraremos las acciones a realizar en los diferentes niveles del Subsistema de Atención Estomatológica para la implementación del Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención en los Servicios Estomatológicos y la Satisfacción de la Población.

Objetivos

Objetivo general

Garantizar la Mejoría Continua de la Calidad de la Atención en los Servicios Estomatológicos y la Satisfacción de la Población y los Prestadores.

Objetivos específicos

- 1. Identificar los problemas que afecten la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población.
- 2. Evaluar la estructura mediante la aplicación del Manual de Acreditación de los Servicios Estomatológicos.
- 3. Evaluar el proceso de atención a la población mediante la aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y los Manuales de Procedimientos, y las técnicas de evaluación como la observación.
- 4. Evaluar el estado de opinión y satisfacción de los pacientes, de la población en general y de los trabajadores de la institución.
- Evaluar el desarrollo de la actividad estomatológica a través de indicadores que expresen resultados de calidad.

1 ímites

- · Geográficos: Nacional
- De tiempo: Permanente, con revisiones cada cinco años
- Universo de Trabajo: Todas las clínicas y demás servicios estomatológicos del país

Operacionalización de la estrategia

De la Organización

A Nivel Nacional

- El Ministro de Salud Pública será el máximo responsable de la implementación y desarrollo de este Programa.
- El Viceministro a cargo de la Asistencia Médica y Social por intermedio de la Dirección Nacional de Estomatología, será el responsable de este Programa y establecerá las coordinaciones necesarias con otras direcciones y organismos participantes para su integración prográmatica.
- El Viceministro a cargo de la Docencia e Investigaciones, a través de la Cátedra de Estomatología de la Escuela Nacional de Salud Pública, será el responsable de la capacitación de los directivos y trabajadores que participen en el proceso de implementación del Programa y de las investigaciones de sistemas y servicios de salud que se determine.
- La Dirección Nacional de Estomatología establecerá los controles y evaluaciones de los objetivos y actividades del Programa, según se expone más adelante.

A Nivel Provincial

- Los Directores Provinciales de Salud de cada territorio, a través de los Jefes de los Departamentos de Estomatología, serán los máximos responsables de la implementación, control y evaluación del presente Programa; disponiendo de forma organizada los recursos humanos y materiales necesarios para ello.
- Los Vicedirectores de Asistencia Médica realizarán todas las coordinaciones sectoriales y extrasectoriales requeridas para la aplicación del Programa.
- Los Decanos de las Facultades de Medicina y Estomatología bajo la rectoría metodológica de la Cátedra de Estomatología de la ENSAP, serán los responsables de la capacitación de los actores en cada uno de los territorios para garantizar la implementación del Programa.

A Nivel Municipal

- El Director Municipal será el máximo responsable de la implementación del Programa, a través de su Asesor Municipal, el que controlará y evaluará la actividad.
- El Vicedirector de Asistencia Médica, realizará todas las coordinaciones sectoriales y extrasectoriales requeridas para la implementación del Programa.

A Nivel de Unidad

 Los Directores de las Unidades ejecutoras serán los responsables, junto a su Consejo de Dirección, de adecuar, organizar, integrar, dirigir, controlar y evaluar la implementación y desarrollo del Programa.

De la Evaluación

Las evaluaciones pueden ser Internas y Externas, entendiéndose por esta última aquella realizada por personal ajeno a la unidad objeto de evaluación; Retrospectivas (análisis del proceso después de ocurrido) y Concurrentes (análisis del proceso en el momento que está ocurriendo). Los métodos utilizados para la realización de la evaluación son diversos y entre ellos se encuentra la observación, el análisis, la entrevista, la comparación, la revisión documental, la discusión.

Evaluación Interna: Autoevaluación

Los Jefes de las Unidades Ejecutivas son los máximos responsables de la calidad que se brinde en estas, así como de la satisfacción de la población y sus trabajadores; y por ello son los responsables de la realización de la *autoevaluación* a este nivel.

En un primer momento la autoevaluación se efectuará a través del trabajo directo de los directivos de conjunto con los trabajadores participantes del proceso objeto, para evaluar la calidad del desempeño de la institución y el grado de satisfacción con los servicios prestados.

En un segundo momento se realizará el monitoreo sistemático de las acciones mediante la recolección de información y análisis de los procesos de intervención, permitiendo garantizar la direccionalidad técnica del mismo hacia la situación deseada.

Evaluación Externa

Es la que realizará las Comisiones Municipales, Provinciales y Nacionales a las Unidades según periodicidad establecida en este mismo Programa y teniendo en cuenta los criterios establecidos y los indicadores propuestos por cada una de las unidades. Dentro de la propia Unidad se puede considerar como Evaluación Externa la que hace el Director de conjunto con el resto del CACSE a los servicios y departamentos que conforman la institución.

De la Periodicidad de la Evaluación

Las evaluaciones se realizarán con la siguiente periodicidad:

- A nivel de Unidades: Mensual, teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones periódicas realizadas.
- A nivel de Territorio (municipio o grupo de municipios pequeños): Bimensual.
- A nivel Provincial: Trimestral.
- A nivel Nacional: Semestral.

Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE)

Este Comité se creará en todas las instancias, nacional, provincial, territorial y de unidad; reuniéndose con la periodicidad antes expuesta, para analizar los resultados de las evaluaciones realizadas a su objeto de vigilancia y cumpliendo los aspectos organizativos enunciados en la estrategia operacional.

Objetivo: Dirigir, controlar y evaluar el Programa de Mejora Continua de la Calidad y la Satisfacción de la Población en los Servicios Estomatológicos.

Funciones del CACSE en las Unidades

- Evaluar todas las actividades incluidas en el Programa, de forma integral, a través de la comparación con las Guías Prácticas, Manuales de Procedimientos, Manual de Acreditación y cuantos criterios se indiquen, así como por los resultados alcanzados en el servicio, fundamentalmente, la satisfacción de la población y las modificaciones positivas en su estado de salud bucal.
- Realizar el monitoreo de los procesos diariamente en las unidades y cada uno de sus departamentos, en una muestra representativa de los procederes ejecutadas en la institución.
- Promover investigaciones sobre calidad según la problemática identificada.

Estructura del CACSE en las Unidades

Está conformada por el Director de la Unidad, quien es el máximo representante del Programa en la misma, siendo flexible la estructura y de acuerdo a la complejidad de la institución.

La integrarán Comités y Comisiones Temporales, los primeros evaluarán el proceso de acreditación y todos aquellos aspectos relacionados con la Estructura, Proceso y Resultados; integrando los productos de estas evaluaciones para emitir la conclusión sobre el comportamiento y aplicación del Programa en la instancia evaluada.

Por otra parte las Comisiones se crearán para dar respuesta a una necesidad del servicio en un momento determinado del proceso evaluativo, integrándose igualmente los resultados a las conclusiones de la evaluación del Programa.

Actividades

Para el objetivo No. 1: Identificar los problemas que afecten la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores.

- 1. Los directivos de las instituciones asistenciales de la red de servicios estomatológicos del país deberán realizar su autoevaluación para identificar los problemas específicos que afecten la calidad de la atención y la satisfacción de prestadores y usuarios, de conjunto con los participantes del proceso y la comunidad, y teniendo en cuenta los resultados del análisis de la situación de salud ejecutados en su territorio.
- 2. Priorización de los problemas detectados, de conjunto con el resto de los actores, teniendo en cuenta los criterios de necesidad y factibilidad.
- 3. Promover la ejecución de investigaciones en sistemas y servicios de salud que den respuesta a los problemas detectados.

Para el objetivo No. 2: Evaluar la estructura mediante la aplicación del Reglamento General de Servicios Estomatológicos y Manual de Acreditación de los Servicios Estomatológicos.

- Ejecutar la Autoacreditación de cada institución y dentro de este, sus departamentos y unidades.
- 2. Aplicar el Manual de Acreditación por la Comisión Externa Evaluadora, mediante la observación, comparación, evaluación y análisis de los resultados de la Autoacreditación, estableciendo los niveles de acreditación obtenido por la unidad y sus servicios.
- 3. Reevaluar a los dos años las instituciones, para incrementar, mantener o disminuir el nivel alcanzado anteriormente.

Para el objetivo No. 3: Evaluar el proceso de atención a la población mediante la aplicación de las Guías Prácticas Clínicas y los Manuales de Procedimientos.

1. Brindar la información necesaria a la población con el fin de involucrarlos dentro del proceso, que conozcan cuáles son sus deberes y derechos dentro del Sistema al cual solicita la atención.

- Divulgar entre los profesionales y técnicos las guías prácticas elaboradas por los Grupos y
 Comisiones Nacionales de las distintas especialidades, para su estudio y aplicación por los
 trabajadores de los servicios.
- Realizar la evaluación concurrente de los procederes ejecutados por los profesionales y técnicos a partir de las guías prácticas clínicas.
- Evaluar la calidad de la atención estomatológica de forma retrospectiva mediante el análisis de documentos, en especial las Historias Clínicas Individuales y Familiares y los resultados del Análisis de la Situación de Salud.
- 5. Elaboración de los Manuales de Procedimientos de Prestación de los Servicios en cada unidad, a partir de las indicaciones reflejadas en el Reglamento General de Servicios Estomatológicos y Manual de Acreditación, y su aplicación.
- Análisis de los resultados presentados por el Comité Auditor de la Calidad Estomatológica en las reuniones departamentales y Consejos de Dirección de la Unidad o Nivel que corresponda.

Para el objetivo No. 4: Evaluar el estado de opinión y satisfacción de los pacientes, de la población en general y de los trabajadores de la institución.

- 1. Evaluar las relaciones entre los trabajadores y el clima organizativos existente en la unidad.
- Evaluar las relaciones de los trabajadores con los pacientes, acompañantes y población, mediante la observación y las Encuestas.
- 3. Conocer el estado de opinión y satisfacción de pacientes y población por los servicios recibidos, directamente de ellos o a través de organizaciones de la comunidad y de los resultados de las Encuestas aplicadas en cada territorio.
- 4. Analizar el estado de opinión y criterios de los proveedores del sistema sobre el trabajo de la unidad y su satisfacción, con el fin de mejorar continuamente los servicios e incrementar la satisfacción.
- 5. Desarrollar el proceso para alcanzar la condición de colectivo moral y mantenerla, brindando una atención de excelencia.

Para el objetivo No. 5: Evaluar el desarrollo de la actividad estomatológica a través de criterios que expresen resultados de la calidad.

- 1. Construir en cada Institución y servicios, indicadores de calidad, teniendo en cuenta los criterios enunciados en este programa y el nivel de calidad alcanzado en ellos.
- 2. Monitoreo continuo de la actividad a través de los indicadores establecidos por cada servicio y territorio, mejorando cada uno en relación a sí mismo en una etapa anterior.
- Evaluación del nivel de servicio de manera continua, incrementándose con relación a sí mismo en etapa anterior.
- Evaluación de la eficiencia de forma periódica, teniendo en cuenta los aspectos económicos, éticos, legales y administrativos.
- 5. Evaluación del estado de salud bucal de la población, como principal criterio de impacto.
- 6. Evaluar la institución para alcanzar las normas ISO.

Variables

De la Estructura

Aplicación del Reglamento General de Servicios Estomatológicos, de Policlínicos y Hospitales, según corresponda, el Manual de Acreditación y otras indicaciones emitidas por el MINSAP y entidades vinculadas para la evaluación de los Recursos Humanos, Materiales y Financieros, la Estructura Física y la Organización de la Unidad.

Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
Equipos: Incluye todos los equipos existentes en la Unidad.	Estado Técnico (según criterio de Electromedicina).	Para un Equipo: Bueno: Cuando funciona totalmente. Regular: Cuando solo cumple el 50 % de sus funciones. Malo: Cuando es baja técnica. Para la Unidad: Bueno: Más del 80 % de sus equipos evalúan de Bueno Regular: 60-79 % de los equipos funcionando como Bueno. Malo: Menos del 60 % funcionando como Bueno.	Mensual.
	Cantidad Física.	Equipos por población: Según indicadores establecidos.	Semestral.
	Mantenimiento por Electromedicina según indicaciones del fabricante.	Cumplido el cronograma. No cumplido el cronograma.	Mensual.
:	Disponibilidad de Recursos: Según indicadores establecidos.	Estomatólogo/habitante. Especialista/habitante. Técnico/Profesional según actividad. Personal de admisión según horario de la unidad. Personal auxiliar según actividad.	Anual.
Recursos Humanos.	Vinculación con Médico de la Familia.	Estomatólogo/Consultorio.	Anual.
		No. de eventos en que ha participado.	Al menos 1 al año.
		No. de cursos recibidos o impartidos.	Al menos 2 al año.
	Nivel Clentifico Lecnico.	Realización de Investigaciones.	Al menos 1 en 5 años.
		Competencia: Según resultados de los exámenes realizados.	Anual.

		Aprovechamiento de la Jornada en términos cualitativos y cuantitativos acorde con la observación de Jefes de Servicios y criterios de pacientes y comunidad.	Mensual.
Recursos Humanos (cont.)	Rendimiento del personal.	Disciplina Laboral: Ausencia e impuntualidad, señalamientos o sanciones técnicas o laborales, quejas de la población. Bien: Sin ausencias, llegadas tardes, señalamientos y quejas. Regular: Incumplido alguno de los criterios. Mal: Incumplido dos o más criterios.	Mensual.
		Cumplimiento de las indicaciones de los fabricantes en su almacenamiento y manipulación.	Mensual.
Medicamentos e Instrumental.	Medicamentos y materiales dentales e insumos.	Abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos: Adecuado: Existe disponibilidad, al menos de los esenciales para el proceso de atención. Inadecuado: Cuando no se puede realizar el proceso por falta de estos.	Mensual.
		Cumplimiento de las indicaciones de fabricantes y Grupos Nacionales sobre su mantenimiento, esterilización y manipulación.	Mensual.
	Instrumental.	Control de la existencia y disponibilidad según departamento o servicio, a partir de las indicaciones de control establecidas por Economía.	Trimestral.
Equipamiento	Equipos: Aires acondicionados,	Estado técnico: Bueno: Cuando funciona adecuadamente el equipo. Regular: Cuando funciona con alguna dificultad. Malo: Cuando están rotos	Semestral.
y Mobiliario no Médico.	bebederos, ventiladores, cocinas, refrigeradores, entre otros.	Mantenimiento: Según indicaciones del fabricante. Cumplido el Cronograma. No cumplido.	Mensual.
		Control de su existencia según indicaciones de Economía.	Trimestral.

	2
,	ć
•	
	C
	ď
	-
•	Ξ
	'n

Continuación			
Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
Equipamiento y Mobiliario no Médico (cont.).	Mobiliario no Médico.	Estado del mobiliario: Bueno: Cuando cumple los requisitos estéticos y funcionales. Regular: Cuando no cumple alguno de los requisitos anteriores. Malo: Cuando no cumple ninguno de los dos requisitos.	Trimestral.
		Control de su existencia segun indicaciones de Economia. Implementado el sistema de costo por área departamental: Implementado. No implementado.	Trimestral.
Recursos Financieros.		Consumo de Medicamentos y Materiales: Según normas de consumo, indicaciones de las Guías Prácticas e indicaciones de los fabricantes.	Mensual.
	Comportamiento de los Costos.	Uso de medios diagnósticos: Según Guías Prácticas Clínicas, a través de las Historias Clínicas. Adecuado. No adecuado.	Mensual.
		Repetición de tratamientos: De prótesis: 1 % del total de casos. De obturaciones: Menos del 3 %.	Mensual.
Planta física.	Estado de la construcción civil.	Bueno: Cumple los requisitos estéticos y funcionales. Regular: No cumple alguno de los anteriores. Malo: No cumple minguno.	Semestral.
	Ubicación geográfica de la unidad.	Adecuada: Está dentro del área de salud y hay vías fáciles de comunicación. Inadecuada: Cuando no cumple alguno de los anteriores.	Anual.

Planta fisica (cont.)	Condiciones fisicas de trabajo: iluminación, estado higiénico de las áreas contaminación ambiental, ventilación, privacidad, seguridad, acústica, abastecimiento de agua, disposición de los residuales líquidos y sólidos, entre otras.	Buenas: Cumple todos los requisitos. Regular: Si no cumple 2 de ellos. Mala: Cuando no cumple más de dos. Teniendo en cuenta indicaciones de Medicina del Trabajo.	Semestral.
	Existencia de comedor, baños, taquillas, bebederos, entre otros.	Adecuado: Cumple todos los requisitos. Inadecuado: Cuando no cumple alguno.	Semestral.
Atención al hombre	Estimulación moral y material.	Adecuada: Cuando se cumplen sistemáticamente. Inadecuada: Cuando no se cumple.	Mensual.
	Desarrollo Movimiento Colectivo Moral.	Bueno: Se desarrolla en todos los servicios o en más del 50 %. Regular: Se desarrolla en el 50 % o menos. Malo: No se desarrolla.	Mensual.
Criterios	Sistema de tumos implementado.	Bueno: Cuando satisface y da cobertura a más del 90 % de la población. Regular: Cuando satisface y da cobertura entre el 70-90 % de la población. Malo: Cuando es menor al 70 %.	Mensual.
organizativos	Sistema de referencia y contrarreferencia.	Adecuado: Si está establecido y se cumple las indicaciones del Reglamento y el Programa de Estomatología. Inadecuado: No se cumple lo anterior.	Mensual.
	Organización de la atención de urgencia.	Adecuado: Se cumple lo establecido en el Reglamento, Programa y Guías Prácticas. Inadecuado: No se cumple lo establecido.	Mensual.
	Cumplimiento del Reglamento, los Programas, Indicaciones, y documentos metodológicos, legales y administrativos vigentes.	Adecuado: Se cumplen todas las indicaciones establecidas. Inadecuado: Cuando no se cumple alguno de ellos.	Mensual.

Del Proceso

Aplicación del Reglamento General de Servicios Estomatológicos, de Policlínicos y Hospitales, según corresponda, el Manual de Acreditación y otras indicaciones emitidas por el MINSAP y entidades vinculadas para la evaluación del conjunto de actividades que se realizan en la atención y aquellas que se desarrollan para asegurar la ejecución del propio proceso.

Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
	Desempeño de profesionales y técnicos.	Cumplimiento de todas las indicaciones clínicas y organizativas establecidas en el Sistema para los procesos de atención a la población. Adecuado: Cuando se cumple todo lo establecido. Inadecuado: Cuando se viola aguna de ellas.	Diario.
	Vinculación con equipo de salud y Gru- pos Básicos de Trabajo.	Cumplimiento de lo establecido en el Reglamento y el Programa de Estomatología. Adecuado: Cuando se cumple. Inadecuado: Cuando no se cumple.	Mensual.
Organizativas.	Análisis de la Situación de Salud.	Realización y utilización, según lo establecido en el Manual y Programa de Estomatología. Adecuado: Cuando se cumple. Inadecuado: Cuando no se cumple.	Trimestral.
	Dispensarización de la población.	Bueno: Cuando tiene dispensarizado más del 90 % de la población que lo requiere. Regular: Cuando tiene dispensarizado entre el 70-90 % de la población que lo requiere. Malo: Cuando tiene menos del 70 %.	Trimestral.
	Vigilancia de la población.	Cumplimiento de lo establecido para cada grupo de clasificación epidemiológica. Adecuado: Cuando se cumple. Inadecuado: Cuando no se cumple.	Trimestral.
	Clínico Epidemiológicas.	Realización de la actividad de acuerdo a lo establecido. Se realiza. No se realiza.	Mensual.

Mensual.	Mensual.	Mensual.	Mensual.	Mensual.	Mensual.	Mensual.
Vinculación con la comunidad de los técnicos de atención estomatológica, tecnólogos y Estomatólogos de atención primaria, según lo establecido en el Reglamento y Programa. Adecuada: Cuando se cumple. Inadecuada: Cuando no se cumple.	Vinculación de las especialidades con el nivel primario de atención, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento y el Programa para ello, en especial el sistema de turnos. Adecuado: Cuando se cumple. Inadecuado: Cuando no se cumple.	Referencia: Si se cumple la referencia del paciente al nivel superior de atención de acuerdo a la regionalización establecida. Adecuado: Si se cumple lo anterior. Inadecuado: Si no se cumple.	Contrarrefencia: Si existe la retroalimentación al sistema para su evolución y seguimiento, cumpliéndose con la regionalización establecida. Adecuado: Si se cumple lo anterior. Inadecuado: Si no se cumple.	Equipos multidisciplinarios: Existencia y funcionamiento. Adecuado: Se cumple lo anterior. Inadecuado: No se cumple.	Interconsultas: Si se realizan con la documentación y periodicidad establecida acorde al sistema de turnos. Adecuado: Si se cumple lo anterior. Inadecuado: Si no se cumple.	Cumplimiento de las indicaciones para la emisión de este documento: Adecuado: Si se cumple. Inadecuado: Si no se cumple.
Trabajo en la Comunidad.	Continuidad de la atención.		Sistema de referencia y contrarreferencia.			Certificados Médicos.
		Organizativas	(cont.)			

		_
		C
•		7
		š
		Ξ
	į	Ξ
	,	Ξ
		۶
		L

Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
Recepción de pacientes en admisión.	Información, Llenado adecuado de modelos establecidos, trato al paciente.	Adecuado: Cuando se cumplen todos los requisitos. Inadecuado: Cuando no se cumple alguno.	Diario.
		Atención en la Consejería de Salud Bucal. Adecuado: Es atendido y se cumplen todas las indicaciones. Inadecuado: No se cumple lo anterior.	Semanal.
Atención directa al naciente	De la Promoción v Prevención.	Acciones educativas y preventivas por el profesional y técnico en el proceso de atención en los servicios y por los técnicos en otros lugares (hogares, centros escolares, de trabajo, entre otros). Adecuado: Se realizan según indicaciones del Reglamento, Programa y Guías Prácticas Clínicas (Historias Clínicas y por observación). Inadecuado: No se realiza.	Diario.
		Realización de enjuagatorios, aplicaciones de laca flúor y otros métodos preventivos: Según indicaciones establecidas en el Programa de Estomatología, por observación. Adecuado: Se realiza según indicaciones. Inadecuado: No se realiza.	Mensual.
		Examen del PDCB: Según indicaciones del Programa, por observación. Adecuado: Se realiza según indicaciones. Inadecuado: No se realiza.	Diario.
	De la Curación y la Rehabilitación.	Cumplimiento de las Guías Prácticas Clínicas, según diagnóstico del paciente: Por observación, pases de visitas, discusión diagnóstica y revisión de Historias Clínicas Individuales. Adecuado: Se cumple lo establecido. Inadecuado: No se cumple.	Diario.

De la Atención de Urgencia (brindada por los Estomatólogos (Generales y Especialistas) en sus Consultas y en los Servicios de Urgencia. De la organización de los medios diagnósticos para su garantía cuando no se dispone en el propio servicio.
pone en el propio servicio. De la utilización de los medios diagnósticos.
Confección y utilización.

Continuacion			
Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
Esterilización.	Proceso de esterilización.	Cumplir lo establecido en el Manual de Bioseguridad del Programa, Reglamento y por el Área de Higiene y Epidemiología. Adecuado: Si se cumple todo lo establecido. Inadecuado: Si no se cumple alguna de las indicaciones.	Diario.
Biosamridad	De los trabajadores.	Cumplimiento de las indicaciones establecidas por Medicina del Trabajo y la Dirección Nacional de Estomatología en el Manual de Bioseguridad del Programa y Reglamento. Adecuado: Se cumplen todas las indicaciones. Inadecuado: No se cumple alguna de ellas.	Diaria.
Diosegan data.	De los pacientes.	Cumplimiento de las indicaciones establecidas por Medicina del Trabajo y la Dirección Nacional de Estomatología en el Manual de Bioseguridad del Programa y Reglamento. Adecuado: Se cumplen todas las indicaciones. Inadecuado: No se cumple alguna de ellas.	Diaria.

De los Resultados

Aplicación del Reglamento General de Servicios Estomatológicos, de Policlínicos y Hospitales, según corresponda, el Manual de Acreditación y otras indicaciones emitidas por el MINSAP y entidades vinculadas para la evaluación de los resultados que tiene el proceso de atención con el subsiguiente cambio en el estado de salud de la población, entre otros elementos.

califold en el estado de salud de	e la población, enue ouos elementos.		
Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
Nivel de Servicios.	Actividades realizadas en el servicio.	Indicadores estadísticos establecidos para la Estomatología: Aceptables: Superior a los de la etapa anterior. No aceptables: Cuando son iguales o menores.	Mensual.
	Población.	De acuerdo con los criterios expresados en las Encuestas realizadas. Satisfecha. Medianamente satisfecho. Insatisfecha.	Semestral.
:		Quejas, planteamientos de la población, y organizaciones de masas. Adecuado: No existen negativos. Inadecuado: Existe algún aspecto negativo.	Trimestral.
Safisfaccion.		De acuerdo con los criterios expresados en las Encuestas realizadas. Satisfecha. Medianamente satisfecha. Insatisfecha.	Trimestral.
	Todos los trabajadores del servicio.	Desarrollo del movimiento "Colectivo Moral" en las instituciones. Excelente: La institución es colectivo moral. Adecuado: Se está desarrollando el movimiento. Inadecuado: No se trabaja por alcanzar la condición.	Trimestral (Asamblea de Eficiencia).
		Planteamientos en asambleas, reuniones, y por otras vías. Adecuado: No existen negativos. Inadecuado: Existe algún aspecto negativo.	Trimestral.

Continuación			
Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
Eficiencia.	Costo Beneficio.	Adecuado: Si los benefícios son superiores a los costos. Inadecuado: Si los benefícios son inferiores o iguales a los costos.	Mensual.
Estado de Salud Bucal.	Población sana y saneada.	Bueno: Si la población sana y saneada se incrementa. Malo: Si se mantiene igual o disminuye.	Trimestral.

Guía para la Evaluación de las Historias Clínicas

Dr. José Rolando Alcolea Dra. Leonor Moreno Suárez.

Aspectos a evaluar	Valor Máximo	Observaciones
Identificación y enum or a ción de la Historia Clínica.	4	Debe ser registrado por el personal de admisión y controlado por el Estomatólogo, el que también es responsable.
Motivo de consulta.	2	
Historia de la enfermedad actual.	5	
Antecedentes personales.	4	Tener en cuenta los específicos y de interés para cada especialidad.
Identificación de factores de riesgo.	10	Tener en cuenta los específicos y de interés para cada especialidad.
Examen clínico intra y extra oral.	15	Describir la lesión o daño, no planteando los diagnósticos, exponiendo si es normal.
Dentigrama.	5	Tener en cuenta los específicos y de interés para cada especialidad.
Medios auxiliares diagnósticos.	10	Cuando no se disponga, especificar en la Historia Clínica.
Diagnósticos y Pronóstico.	15	
Plan de tratamiento.	15	
Cumplimiento del Plan de Tratamiento.	4	
Evoluciones.	9	
Próxima visita.	1	Reflejar actividad a realizar y fecha probable.
Remisiones e interconsultas.	4	Se reflejará cuando el caso lo necesita, si no se otorgan los punto s.
Total	100	

Observaciones generales

- El valor señalado a cada aspecto constituye la excelencia de este, por lo que al tener alguna deficiencia pierde todos los puntos previstos.
- Se realizará una evaluación general de la presentación de la Historia Clínica donde se tendrán en cuenta la organización, tachaduras, letra legible, uso de abreviaturas no autorizadas, ortografía, entre otras, y que afectan de manera integral la calidad del documento. Restar 3 puntos del total de obtenidos, ante cualquiera de estos señalamientos antes descrito.
- El número de Historias Clínicas a evaluar en el mes, será de 3 Historias Clínicas por Estomatólogo de las que se encuentran con tratamiento concluído y dos que están en proceso, evaluándose estas en el momento de la atención del paciente, desglosados por las siguientes especialidades:
 - Atención Primaria de Estomatología General.
 - Prótesis.
 - Ortodoncia
 - Periodoncia.
 - Cirugía Maxilofacial.

Evaluación final de las Historias Clínicas

Calificación	Puntuación
Excelente.	100 puntos
Muy Bien.	99-90
Bien.	89-80
Regular.	79-70
Mal.	Menos de 70

Índice

Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población / 5

Introducción / 5

Antecedentes y justificación / 5

Propósito / 6

Objetivos / 6

Responsabilidad del programa / 7

Actividades / 9

Organización y funciones del programa / 14

Evaluación y control / 34

Esquema organizativo del modelo de atención. Resumen / 36

ANEXO I. Manual de Organización y Procedimientos para los Servicios Estomatológicos / 37

ANEXO 1

Análisis de la Situación de Salud en las Comunidades. Componente Bucal. Una Guía para su ejecución / 39

ANEXO 2

Modelo 241-406-04. Actividades de Estomatología / 76

ANEXO 3

El Plan Director Institucional (PDI) / 85

ANEXO 4

Organización de los sistemas de turnos en los Servicios Estomatológicos / 87

ANEXO 5

Indicaciones generales a cumplimentar en los Servicios de Urgencia de Estomatología / 92

ANEXO 6

Documento para la referencia y contrarreferencia de los pacientes en los Servicios Estomatológicos / 95

ANEXO 7

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral / 97

ANEXO 8

Organización de la atención a la población de 0 a 19 años, embarazadas y madres con niños menores de 1 año, para garantizar la salud bucal de la población infantil y adolescente / 111

ANEXO 9

Programa de intervención "Mi amigo el Estomatólogo" para la población preescolar / 123

ANEXO 10

Programa Educativo "Aprendo a cuidar mis dientes" para los niños de preescolar / 131

ANEXO 11

Programa Educativo de Salud Bucodental "Cuida tu sonrisa y la de los tuyos" para niños y niñas de 6 a 10 años de edad / 138

ANEXO 12

Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes / 148

ANEXO 13

Programa Educacional para un Grupo de la Tercera Edad. Campaña de Educación para la Salud Dental (CESD) / 158

ANEXO 14

Consejerías de Salud Bucal / 184

ANEXO 15

JUVEDENTI / 186

ANEXO 16

Aplicaciones de laca flúor / 188

ANEXO 17

Enjuagatorios con solución de Fluoruro de Sodio (FNa) / 189

ANEXO 18

Determinación del riesgo a caries dental / 190

ANEXO 19

Sistema de vigilancia y monitoreo del programa de fluoración de la sal de consumo humano / 193

ANEXO 20

Indicaciones para el tratamiento de intoxicaciones por Fluoruros / 202

ANEXO 21

Manual de organización y procedimientos para el control del cáncer bucal / 204

ANEXO 22

Programa de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial / 227

ANEXO 23

Programa de desarrollo de la implantología / 239

ANEXO 24

Acciones a desarrollar con los grupos de población que se priorizan / 245

ANEXO 25

Atención Estomatológica a la población con discapacidad física y mental / 246

ANEXO 26

Atención Estomatológica a pacientes ingresados por largos períodos de tiempo / 248

ANEXO 27

Equipos multidisciplinarios en Estomatología / 249

ANEXO 28

Manual de Bioseguridad para Servicios Estomatológicos / 251

ANEXO 29

Guía de Evaluación para los Servicios Estomatológicos / 268

ANEXO 30

Indicaciones para la determinación de necesidades de prótesis en la realización del chequeo integral a la familia cubana y para la conformación de las listas de espera de prótesis / 278

ANEXO 31

Indicaciones para la organización y ejecución de la Atención Estomatológica a la población examinada en el chequeo integral a la familia cubana / 280

ANEXO 32

Anexo a la Historia Clínica Familiar / 283

ANEXO 33

Instrumento Metodológico para la Atención Estomatológica Integral a personas que viven con VIH-SIDA (PVVS) / 286

ANEXO 34

Programa de intervención educativa dirigido a personas que viven con VIH: "Me cuido, te cuido" / 289

ANEXO 35

Sobre la protección radiológica en los Servicios Estomatológicos / 304

ANEXO II. Programa de mejora continua de la calidad de la Atención Estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores / 309

Introducción / 311

Antecedentes / 311

Conceptualización / 312

Objetivos / 315

Límites / 316

Operacionalización de la estrategía / 316

Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE) / 317

Variables / 320

Guía para la Evaluación de las Historias Clínicas / 331