



*Programa de
Salud Bucodental*



Atenció Primària
Mallorca



ib-salut
servei de salut

PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
PALMA DE MALLORCA, AGOSTO 1.994

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

I.	Introducción	4
II.	Objetivos del Programa	7
III.	Población diana	11
IV.	Actividades del Programa	13
V.	Evaluación	18
PROTOCOLOS		25
1.-	Exploración bucodental	26
	Exploración para la detección de caries dental.	27
	Exploración de la enfermedad periodontal.	28
	Exploración de la maloclusión.	29
2.-	Ficha de Salud Bucodental. Instructivo	30
3.-	Protocolo de actuación.	34
4.-	Protocolo de la Educación Bucodental	35
5.-	Protocolo para la aplicación tópica de Flúor.	36
ANEXOS		37
1.-	Situación de la Salud Bucodental en Palma de Mallorca.	38
2.-	La dentición humana.	42
3.-	La caries dental. El Flor en la prevención de la caries dental.	47
4.-	Índices CAO (D), co (d)	51

5.- Las enfermedades periodontales.	52
6.- Maloclusiones.	54
7.- Consejos de hábitos alimenticios.	58
8.- Consejos de higiene bucal. Cepillado de dientes. Hilo dental.	60
9.- Sellados de fisuras	63
BIBLIOGRAFÍA	65

INTRODUCCIÓN

Existe una clara conciencia, tanto entre los profesionales como entre la población general, de la importancia de los problemas bucodentales: caries, enfermedad periodontal, maloclusiones, etc.

La caries dental, principal problema de salud bucodental, seguido de la enfermedad periodontal, de las maloclusiones es en efecto el problema de salud más prevalente entre la población pediátrica y adulta de nuestro medio. En su etiopatogenia, cuyo eje central es la colonización bacteriana del esmalte dental, se combinan factores individuales (dureza del esmalte, composición de la saliva), hábitos de alimentación (excesivo consumo de sacarosa), de higiene (eliminación de la placa bacteriana adherida al diente) y factores relacionados con el medio (cantidad de flúor en las aguas de consumo doméstico).

Ello hace que su abordaje, desde el punto de vista preventivo sea complejo e interesante, en cuanto que es preciso combinar actuaciones de diversa índole y precisa la movilización de recursos humanos a distintos niveles: profesional, individuo, escuela,...

Existen resultados positivos y esperanzadores de los diversos programas preventivos. Inclusive en nuestro medio, y especialmente a nivel escolar hay precedentes en este sentido.

Aun considerando que parece difícil llegar a la cobertura completa de los problemas bucodentales, en especial el tratamiento, puede ser oportuno acometer en esta etapa dos retos importantes: el primero incorporar la salud bucodental y en especial la prevención de la caries a las actividades de los Equipos de Atención Primaria, asumiendo progresivamente actuaciones comunitarias existentes e iniciando acciones específicas en los Centros de Salud. Ello deberá hacerse de común acuerdo con las entidades locales y autonómicas que están trabajando en este tema. El segundo, introducir un elemento de eficiencia en estos programas, detectando precozmente los individuos con riesgo elevado de padecerla y emprendiendo acciones preventivas y selectivas sobre estos grupos.

Esta propuesta parte por tanto de tres premisas que pensamos pueden hacerla más viable:

1.- Aprovechar las experiencias existentes y establecer colaboraciones con instituciones y equipos que desarrollan alguna actividad de salud bucodental.

2.- Establecer un doble nivel de actuación, individual y comunitario, en la actividad del EAP que asume el programa.

3.- Introducir medidas educativas y preventivas, además de actuaciones profilácticas dirigidas a grupos de riesgo.

OBJETIVOS

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVOS GENERALES

A.- Mejorar el conocimiento sobre el estado de salud bucodental de la población infantil del Área de Mallorca.

B.- Detectar precozmente la población de riesgo elevado para la caries dental.

C.- Detectar precozmente las maloclusiones que sean susceptibles de tratamiento.

D.- Introducir medidas para la prevención de la caries dental y las enfermedades periodontales, a nivel individual y comunitario.

E.- Aplicar medidas profilácticas a los individuos con riesgo elevado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A1.- Incorporar la Ficha de Salud Bucodental a la consulta pediátrica, dentro del Programa del Niño Sano.

A2.- Conseguir que el % de los niños de 7, 9, 11 y 13 años tengan ficha de salud bucodental.

B1.- Conseguir que el % de los niños tenga anotados datos a cerca del grupo de riesgo para la caries dental al que pertenecen (según protocolo 3).

C1.- Conseguir que el % de los niños de 9 y 13 tenga anotados en la Historia Clínica y/o en la Ficha de Salud Bucodental los datos relativos a si presenta o no maloclusión.

D1.- Prescribir al % de lactantes controlados flúor hasta los 6 años, según el Programa del Niño Sano. (Anexo 3)

D2.- Conseguir que en el % de las personas incluidas en el Programa se le hayan dado consejos de alimentación (Registrado en ficha de salud bucodental).

D3.- Conseguir que en el % de las personas incluidas en el Programa se le hayan dado consejos de cepillado dental (Registrado en la ficha de salud bucodental).

D4.- Determinar el número de personas incluidas en el Programa a los se ha derivado al odonto-estomatólogo.

D5.- Conseguir que el % de los niños/as de 9 y 13 años tengan anotados, en la ficha, datos a cerca de su salud gingivo-periodontal.

E1.- Aplicar cubetas de flúor tópico a los niños incluidos en algún grupo de riesgo (protocolo - 3).

E2.- Aplicar sellantes de fisuras a los niños en grupo de riesgo siempre que haya erupcionado el molar de los 6 años.

POBLACIÓN DIANA

POBLACIÓN DIANA

Este Programa va dirigido especialmente a la población infantil de la zona básica de salud, fundamentalmente a los niños incluidos en el Programa del Niño Sano.

También podrán quedar incluidos aquellos niños que no estando en el Programa del Niño Sano del Centro, van al colegio de la zona de salud perteneciente al mismo y por lo tanto se pueden beneficiar de las actividades comunitarias descritas en el Programa.

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

Como se ha dicho en la introducción se pretende establecer tres niveles de actuación. Éstas son complementarias y en función de las características de la zona y la disponibilidad del Equipo podrá optarse por todas ellas o sólo por algunas.

- Un primer nivel **comunitario**, centrado fundamentalmente en las escuelas que podrá ser asumido directamente por el EAP o bien aprovechar e integrar actividades de los equipos de salud escolar.
- Un segundo nivel de actuación sobre el **individuo** que sería competencia del equipo pediátrico del centro.
- Un tercer nivel, propio del profesional **odontólogo** en el que también podría colaborar los profesionales de los Centros.

Las actividades que se pueden realizar en cada uno de los niveles serán las que se indican a continuación.

NIVEL COMUNITARIO:

- El equipo de pediatría podrá realizar, en caso de ser asumidas las revisiones escolares, la valoración del estado de salud bucodental a los niños/as de la escuelas de la zona de salud.

Durante la misma se cumplimentará la ficha en los niños/as de 1º y 5º de EGB detectando a los individuos con riesgo para la caries dental los cuales serán derivados al propio equipo de pediatría o al odontólogo, según Protocolo - 3.

- Se podrán establecer los siguientes indicadores epidemiológicos:

. Caries: índice cod, CAO, porcentaje de niños con H^a de caries. Anexo 4.

. Maloclusión: índice de la OMS para la dentición definitiva. Consideraremos el mismo índice para la dentición temporal. Anexo-6.

- Se podrán realizar actividades de Educación para la Salud bucodental en las escuelas y guarderías de la zona. Dichas actividades las realizarán conjuntamente los profesionales de la educación junto con los del Equipo de Atención Primaria y los Odontólogos. Irán dirigidas preferentemente a enseñantes y padres con el objetivo de que estos a su vez realicen la acción educativa sobre los escolares.

Se realizará el seguimiento de actividades de educación dirigidas a los alumnos/as (participar en la elaboración de material didáctico, consultas, elaborar informes...)

Se proponen las siguientes actividades:

- Detección de necesidades de formación de los padres, maestros y niños/as de las escuelas de la zona de salud.

- Establecer calendario anual de actividades.

- Realizar información/educación para padres y maestros (charlas, folletos, material audiovisual,...)

- Enseñanza y supervisión de la técnica correcta de cepillado dental a los niños/as de las escuelas de la zona de salud.

- Mantener o incorporar los enjuagues periódicos con colutorio fluorado en las escuelas y guarderías de la zona de salud. Enseñanza y supervisión de la aplicación de colutorios de flúor. Calendario de aplicaciones.

(Pendiente realizar listado de material disponible para la realización de estas actividades.)

NIVEL INDIVIDUAL:

- Exploración bucodental periódica (6-7, 9, 11 y 13 años) en el marco de las revisiones programadas dentro del Programa del Niño Sano. (Protocolo - 1)

- Complimentación de la ficha de salud bucodental en la revisión de los 6-7 años, 9, 11 y 13 años. (Protocolo - 2)

- Realizar plan de actuación según protocolo - 3.

Aplicación de medidas profilácticas, fluoración tópica o sellados de fisuras, a los niños con riesgo para caries. La primera bajo supervisión del odontólogo y la segunda mediante la derivación al mismo.

Educación individualizada a los padres y a los niños/as dentro del Programa del Niño Sano.

Detección, educación y derivación si procede de niños con enfermedad periodontal y maloclusiones.

NIVEL ESPECIALISTA:

- Supervisar las diferentes actividades que se realizan en este programa.

- Aplicar directamente o controlar la aplicación de las cubetas de flúor tópico y sellantes de fisuras.

- Realizar obturaciones de caries dental.

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL

CENTRO DE SALUD: _____				
EQUIPO DE PEDIATRÍA: _____				
PERÍODO EVALUADO: _____				
POBLACIÓN PREVISTA PARA INCLUIR EN PROGRAMA:				
6-7 años	_____			
9 años	_____			
11 años	_____			
13 años	_____			
Nº NIÑOS/AS QUE SE LES HA REALIZADO LA REVISIÓN BUCODENTAL:				
6-7 años	_____			
9 años	_____			
11 años	_____			
13 años	_____			
Niños/as a los que se les da:		Nº		%
consejo alimenticio		_____		_____
consejo higiene		_____		_____
aplicación tópica de flúor		_____		_____
Deriva para sellado de fisuras		_____		_____
Deriva al odontólogo INSALUD		_____		_____
Deriva al odontólogo no INSALUD		_____		_____
Índices:				
	6-7	9	11	13 años
co (d)	_____	_____	_____	_____
CAO (D)	_____	_____	_____	_____

ACTIVIDADES COMUNITARIAS PREVISTAS:

ACTIVIDADES COMUNITARIAS REALIZADAS:

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

Firma del responsable del Programa

CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL

Se nombrará un responsable del Programa que realizará las actividades de coordinación con los equipos de pediatría de los Centros de Salud y con los odontólogos que participan en el Programa.

Anualmente se realizará una evaluación de la consulta recogiendo los datos de las fichas de Salud Bucodental individuales. Se cumplimentará el formato adjunto.

La Unidad de Programas elaborará el informe de evaluación anual juntamente con la evaluación de los Centros.

Se remitirá a la Unidad de Información un registro de actividad mensual.

EVALUACIÓN PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL

CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL

ODONTÓLOGOS:

PERÍODO EVALUADO:

N° NIÑOS/AS CITADOS:

6-7 años _____

9 años _____

11 años _____

13 años _____

N° NIÑOS/AS VISITADOS:

6-7 años _____

9 años _____

11 años _____

13 años _____

Niños/as a los que se les da:

consejo alimenticio/higiene

aplicación tópica de flúor

sellado de fisuras

Obturación de caries

Deriva al odontólogo no INSALUD

Otros (especificar) _____

N°

%

Índices:

6-7

9

11

13 años

co (d)

CAO (D)

N° niños/as derivados del C.S:

Camp Rodó: _____

Rafal Nou: _____

Son Gotleu: _____

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

Firma del responsable del Programa

PROTOSCOLOS

PROTOCOLO 1: LA EXPLORACIÓN BUCODENTAL

OBJETIVOS:

Conocer el estado de salud bucodental del niño/a.

Determinar la existencia de caries dental, de enfermedad periodontal y maloclusión.

PROFESIONAL QUE REALIZA LA EXPLORACIÓN: Pediatra y/o enfermera de pediatría en el marco de las revisiones periódicas (6-7, 9, 11, 13) del Programa del Niño Sano.

MATERIAL NECESARIO:

Mesa de exploración pediátrica

Luz intraoral (tipo ORL) o linterna

Espejo

Sonda odontológica

Espejo odontológico

Depresores linguales desechables

Revelador de placa

Cepillos dentales

Pasta dentrífica

Hilo de seda dental

EXPLORACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE CARIES DENTAL

Posición del paciente: El paciente se colocará sentado en la mesa de exploración, o bien el pediatra estará sentado con el niño/a de pie delante de él.

Exploración: La exploración se realizará por cuadrantes:

- maxilar superior derecho
- maxilar superior izquierdo
- mandibular izquierdo
- mandibular derecho

Iniciándose por la pieza dental más posterior de cada cuadrante. Se recorrerá con la sonda odontológica todas las superficies de los molares definitivos y temporales.

Para explorar las piezas superiores se podrá utilizar el espejo odontológico.

Se considerará **caries dental** a *toda cavidad existente en las piezas dentales que permita que la sonda quede enganchada o clavada.*

Registro: Se registrará en la ficha correspondiente las piezas en las que se enganche la sonda. (Protocolo 2)

Observaciones: En ocasiones la destrucción es tan grande que se ve a simple vista. Las caries pueden ser de color oscuro, pardo o muy semejante al del diente.

EXPLORACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Posición del paciente: El paciente se colocará sentado en la mesa de exploración, o bien el pediatra estará sentado con el niño/a de pie delante de él.

Exploración:

1. Para **visualizar la placa bacteriana** se utilizará un revelador de placa (Eritrosina, Tracer, Plac-Control,).

El niño/a masticará un comprimido de revelador de placa durante un minuto, sin lavarse los dientes.

Posteriormente se enjugara la boca con agua.

La placa existente sobre los dientes quedará tincionada de color rojo, lo que indicará el grado de higiene dental (correcta, deficiente, muy deficiente).

2.- Se determinará la **presencia de tártaro o sarro**, pasando la sonda odontológica por la zona donde se inicia la encía. Se notarán rugosidades o la existencia de pequeñas placas de calcio debido a la mineralización de la placa.

3.- Se determinará la **existencia de sangrado espontáneo de las encías** o si el paciente refiere sangrado de las encías al comer cosas duras (manzanas, galletas, durante el cepillado de dientes,).

Registro: Se anotará en la ficha si la higiene es correcta, incorrecta o muy deficiente según esté más o menos tincionados los dientes. Se anotará la existencia de sarro y/o la existencia de sangrado de las encías. En ambos casos se recomendará acudir al odontólogo.

EXPLORACIÓN DE LA MALOCLUSIÓN

Posición del paciente: El niño/a se colocará sentado con la boca cerrada y los dientes más posteriores (molares) en contacto.

Exploración:

Con un depresor lingual o un espejo odontológico separaremos los labios y mejillas para ver el contacto existente entre ambas arcadas.

Se valorará la existencia de uno o más de los siguientes puntos indicadores de tratamiento en cuyo caso se recomendará la consulta del odontólogo. (ver Anexo - 6)

Resalte maxilar > 9 mm
Resalte mandibular: presente
Mordida cruzada anterior: presente
Sobremordida: > 3/3
Mordida abierta: presente
Desviación de línea media: > 4 mm
Apilamiento anterior: > 4 mm
Espaciamiento anterior: > 4 mm

PROTOCOLO 2: FITXA DE SALUT BUCODENTAL. INSTRUCTIU

CENTRE DE SALUT: S'anotarà el nom del Centre.

EQUIP DE PEDIATRIA: S'anotaran els noms del pediatra i de la infermer/a de pediatria.

NOM I LLINATGES, CLAU PERSONAL, SEXE (F:Femení, M:Masculí) de l'usuari.

ANTECEDENTS FAMILIARS: Se senyalarà de la mare (M) i del pare (P):

- 1: si són sense interès,
- 2: si a algun membre de la família hi ha hagut o hi ha dents corcades severes,
- 3: si a algun membre de la família hi ha hagut o hi ha malaltia peirodental,
- 4: si hi ha 2 i 3 a algun membre de la familia.

ANTECEDENTS PERSONALS:

Es posarà "1" quan els antecedents personals siguin sense interès i un "2" quan hi hagi alguna malaltia sistèmica que pugui afectar al sistema immunitari.

Es senyalarà a cada una de les revisions que es realitzaran dins el Programa del Nin Sa, es a dir, la 1^a als 6-7 anys, la 2^a als 9 anys, la 3^a als 11 y la 4^a als 13.

EXPOSICIÓ AL FLUOR: Es posarà a la casella corresponent a cada revisió un:

- 1: no hi ha hagut exposició al Fluor
- 2: Hi ha hagut exposició a Fluorurs tòpics
- 3: Hi ha hagut exposició a Fluorurs sistèmics
- 4: Hi ha hagut exposició a Fluorurs tòpics i sistèmics.

Els 3 darrers ITEMS (2,3,4) es consideraran quant hi hagi hagut exposició almeys durant un any.

MALOCLUSIÓ: Es posarà a la casella corresponent a cada revisió un:

- 1: No n'hi ha
- 2: La maloclusiò es lleu, no necessita derivar per tractament.
- 3: Existeix maloclusió, es deriva a l'odontoleg per valoració i tractament.

HIGIENE: Es posarà a la casella corresponent a cada revisió un:

1: Si la higiene és correcta

2: Si la higiene és deficient, ha quedat part de les dents tincionades amb el revelador de placa.

3: La higiene és molt deficient, pràcticament totes les dents queden tincionades amb el revelador de placa.

SANGRAT DE LES GENIVES: Es posarà a la casella corresponent a cada revisió un: 1: Quant les genives sangren espontàneament, al respallarse les dents o al menjar coses dures (pomes, galletes,...)

2: No sangren.

ODONTOGRAMA: a cada revisió es complimentarà un odontograma per tal de determinar l'estat de cada una de les peces dentals. El quadre corresponent a cada dent es posarà un:

0: dent sana

1: dent corcada

2: dent obturada

3: dent ausent

4: segellat de fisura

5: corona

A cada visita es calculara l'index co (d), CAO (d) (Anexe - 4)

ACTIVITATS: A cada visita se senyalarà en el quadre amb una creu les activitatrs que s'han realitzat i si s'ha derivat a l'odontoleg.

Si l'usuari ha d'esser remès a la Consulta de Salut Bucodental (odontoleg de referència de l'INSALUD) es farà una fotocopia de la fitxa perquè l'usuari la dugui el dia de la consulta. L'odontòleg remetra una vegada feta la revisió la fitxa a l'equip de pediatria per introduir-la a la historia.

SAGNAT DE GENIVES:

- 1. SI: 6-7 anys | _____ |
- 2. NO: 9 anys | _____ |
- 11 anys | _____ |
- 13 anys | _____ |

MALOCCLUSIO:

- 1. No: 6-7 anys | _____ |
- 2. Lleu: 9 anys | _____ |
- 3. Es deriva: 11 anys | _____ |
- 4. l'odontòleg: 13 anys | _____ |

HIGIENE:

- 1. Correcta: 6-7 anys | _____ |
- 2. Deficient: 9 anys | _____ |
- 3. Molt deficient: 11 anys | _____ |
- 13 anys | _____ |

ODONTOGRAMA: 0:Sa 1:Càries 2:Obturat 3:Ausent
4:Segellat de fluor. 5:Corona

Revisió dels 6-7 anys.

co (d): _____ CAO (D): _____

SUPERIOR

		5	4	3	2	1	1	2	3	4	5		
7	6											6	7
T													
D													

INFERIOR

Revisió dels 9 anys.

co (d): _____ CAO (D): _____

SUPERIOR

		5	4	3	2	1	1	2	3	4	5		
7	6											6	7
D													
D													

INFERIOR

Revisió dels 11 anys.

co (d): _____ CAO (D): _____

SUPERIOR

		5	4	3	2	1	1	2	3	4	5		
7	6											6	7
D													
D													

INFERIOR

Revisió dels 13 anys.

co (d): _____ CAO (D): _____

SUPERIOR

		5	4	3	2	1	1	2	3	4	5		
7	6											6	7
D													
D													

INFERIOR

PROTOCOLO 3: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

	CONSEJOS ALIMENTACIÓN HIGIENE	APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR -CUBETAS-	DERIVACIÓN SELLADO DE FISURAS: 1. Sellado fisuras 2. Obturación caries	DERIVACIÓN ODONTÓGO NO INSALUD
NO CARIES NO FISURAS PROFUNDAS	X X			
SÓLO FISURAS PROFUNDAS	X		X (1)	
CARIES EN D. TEMPORALES CARIES EN PERMANENTES	X X			X
co + CAO < 4	X	X		
co + CAO ≥ 4	X	X	X (1) (2)	
MALOCLUSION				X
ENFERMEDAD PERIODONTAL	X			X

(1) Sellados de fisuras niños/as de 6-7 y 9 años.

(2) Obturación sólo a niños/as de 6-7 años.

PROTOCOLO 4: EDUCACIÓN BUCODENTAL INDIVIDUALIZADA

OBJETIVOS:

Enseñar al niño/a y a la familia a realizar una alimentación equilibrada no cariogena.

Enseñar al niño/a a realizar una adecuada higiene dental.

Enseñar al niño/a y familia a la importancia de las revisiones periódicas de la boca.

DIRIGIDO a los niños/as y padres/madres dentro del marco del Programa del Niño Sano.

MOMENTO DE REALIZAR LA EDUCACIÓN BUCODENTAL: Se aprovechará cada revisión bucodental (6-7, 9, 11, 13 años) dentro de las revisiones del Programa del Niño Sano para dar los consejos sobre hábitos alimenticios, hábitos de higiene y visitas periódicas al odontólogo.

CONTENIDO: Ver Anexo - 7 y Anexo - 8

PROFESIONALES QUE REALIZAN LA EDUCACIÓN BUCODENTAL:

La enfermera/o del equipo de pediatría será la responsable de la Educación bucodental que la realizará en el marco de las revisiones periódicas del Niño Sano. El pediatra y el odontólogo aprovecharán también las consultas para reforzar la educación bucodental.

PROTOCOLO 5: APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR

OBJETIVO: Administrar un suplemento de fluor a los dientes con el objeto de prevenir la aparición de caries dental.

DIRIGIDO: A niños/as de 6-7, 9 años que se haya determinado que son grupo de riesgo para la caries dental (Protocolo de actuación. pág.34). Se podrá realizar en grupos, citándose a los niños/as a la misma sesión, o individualmente en la consulta cuando se ha realizado la revisión bucodental.

PROFESIONALES QUE REALIZAN LA APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR: La enfermera de pediatría, previa supervisión.

MATERIAL NECESARIO: Cubetas de diferentes tamaños

TÉCNICA:

El paciente se limpia los dientes.

Se preparan las cubetas con una tira de gel fluorado, se colocan en el arco mandibular y maxilar.

Se hace mantener las cubetas durante 4 minutos.

Después del tratamiento no se podrá comer durante una media hora.

PERIODICIDAD: Semestral.

Cada 12 meses, se realizará un control. Si la incidencia de caries ha sido = 0, se realizará otro a los 24 meses. Si es > ó = 1, continuar.

ANEXOS

ANEXO - 1**SITUACIÓN EN MALLORCA****PRECEDENTES DE PROGRAMAS**

Existen iniciativas de Salud Bucodental en las que intervienen los EAP, en la mayoría de las Comunidades Autónomas con competencias en Sanidad. Está en marcha por otra parte un Programa del Ministerio de Sanidad por el que mediante un convenio con INSALUD, se lleva a término un programa en unos cincuenta Centros de toda España. Este programa que se dirige a la población infantil de 6 años, contempla actuaciones en el ámbito escolar y en el de los Centros de Salud.

Es sin embargo en el ámbito comunitario, y a través de equipos de salud escolar, dependientes de Ayuntamientos y CCAA, en el que se están llevando a cabo un mayor número de iniciativas.

En Mallorca concretamente existen desde hace algunos años y de forma irregular los siguientes programas:

- Promoción de la Salud. Ajuntament de Palma. Desde 1982 desarrolla un programa en una 50 escuelas públicas de Palma que incluye: educación para maestros, padres y niños, aprendizaje y seguimiento de higiene dental y enjuagues semanales con fluor.

El grupo ha publicado un trabajo en el que se sugiere que existe una disminución en la incidencia de caries en los escolares que siguen el programa.

- Conselleria de Sanitat. Ha publicado una guía para profesores de Higiene personal y salud bucodental. Sus actividades, vehiculizadas a través de los médicos titulares interesados, incluye la divulgación de estos materiales así como la distribución de fluor para enjuagues.

- Consell Insular. El Servei d'Educació Sanitaria puso en marcha en 1986 un programa dirigido a preescolares y escuelas de EGB. Se editaron guías para maestros, folletos para padres y material didáctico y de motivación para los alumnos. El programa, que también incluye buches con fluor es seguido de forma irregular por unas 30 escuelas de la zona rural.

Existe finalmente un interesante precedente en Esporles ya que, además de aprovechar algunos de los materiales de los grupos mencionados, ha incorporado al programa los servicios de un Odontólogo que realiza revisiones a los escolares e intervenciones profilácticas y ha implicado en el mismo al EAP del Centro de Salud de Esporles

EPIDEMIOLOGIA

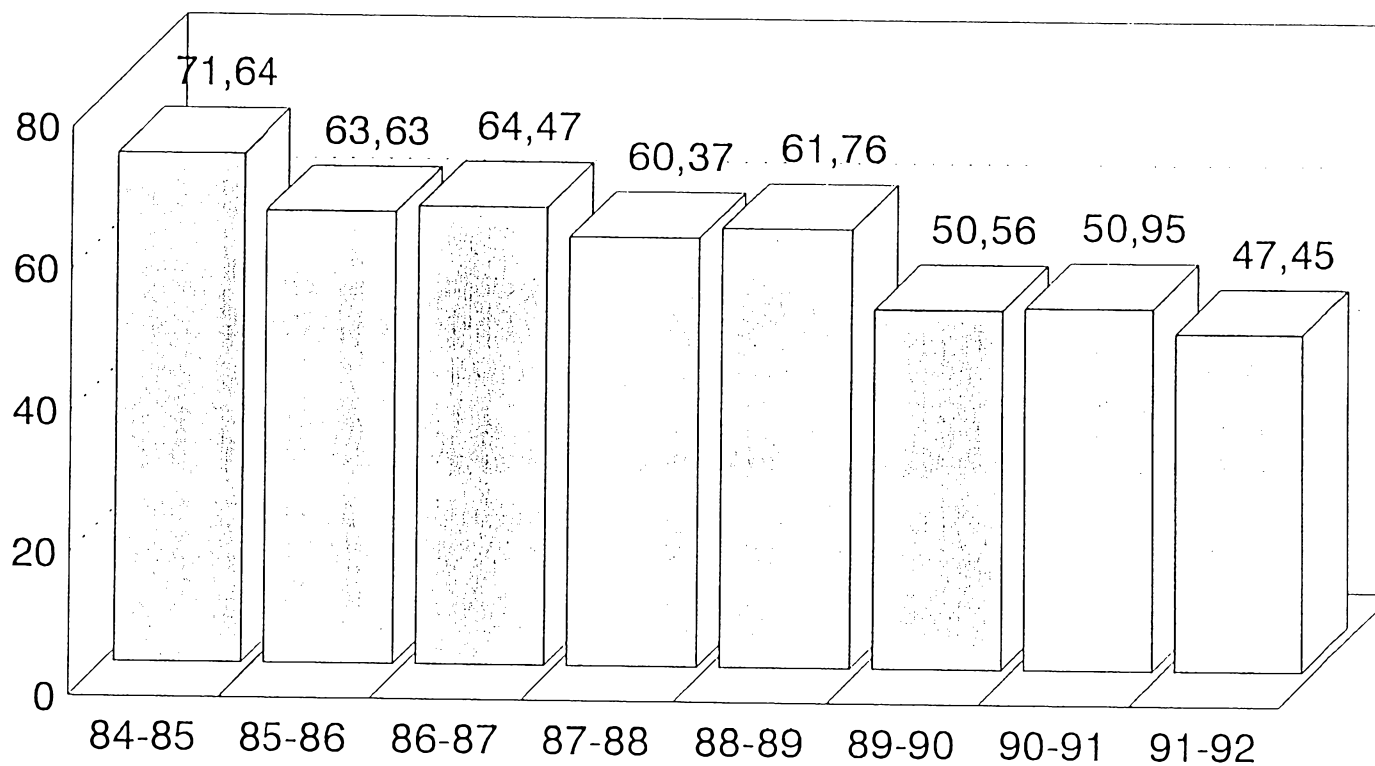
No se ha realizado todavía ningún trabajo exhaustivo sobre la Epidemiología de la Enfermedades Bucodentales en Baleares Palma de Mallorca. Existen sin embargo datos recogidos a través de las revisiones escolares cuyas exploraciones por hacerse, algunas veces con escasez de medios, recogen posiblemente datos de prevalencia por debajo de la realidad.

Algunos de los datos disponibles de la población escolar de 2 años, 1º, 5º y 8º de EGB revisada por *Salut Escolar del Ajuntament de Palma*, se pueden observar en la siguiente tabla.

	CAOd	COd
CURSO 1.984-1.985	1.34	1.40
CURSO 1.985-1.986	1.18	1.16
CURSO 1.986-1.987	1.31	1.20
CURSO 1.987-1.988	1.17	1.01
CURSO 1.988-1.989	1.02	0.73
CURSO 1.990-1.991	0.89	0.63
CURSO 1.991-1.992	0.78	0.53
CURSO 1.992-1.993	0.52	0.90
CURSO 1.993-1.994	0.26	0.38

Fte: Memorias de *Salut Escolar. Ajuntament de Palma*.

Evolución de la Prevalencia de caries Escolares revisados, cursos 84-92



"Servei de Promoció de la salut"
Ajuntament de Palma

ANEXO - 2

LA DENTICIÓN HUMANA

En la boca encontramos dos arcadas dentarias: la **arcada superior** en el maxilar superior y la **arcada inferior** en la mandíbula. Cada una de ellas se divide en dos hemiarcadas, derecha e izquierda.

Según sea la dentición temporal o definitiva encontraremos las siguientes piezas:

a) Dentición temporal en la que cada hemiarcada consta de un **grupo incisivo canino** formado por dos incisivos y un canino; y un **grupo molar** formado por dos molares.

Consta cada hemiarcada de 5 piezas, con un total de 20 piezas temporales

b) Dentición definitiva en la que cada hemiarcada consta de un **grupo incisivo canino** formado por dos incisivos y un canino (incisivo central, lateral y canino); **grupo premolar** formado por dos premolares, primer y segundo premolar. Y un **grupo molar** formado por tres piezas; primer, segundo y tercer molar partiendo de la línea media.

Cada hemiarcada consta de 8 piezas con un total de 32 piezas.

Cada pieza dentaria está formada por:

a) Dentina, ocupa la mayor parte de la pieza. Es de tejido conjuntivo calcificado para cuya formación se requiere del odontoblasto.

b) Esmalte, recubre la corona de los dientes, tiene un espesor variable que se acentúa en las cúspides, su dureza es mayor que en la dentina y en su composición química donde predominan las sustancias inorgánicas (hidroxiapatita, fluorapatita, etc.).

c) Cemento, capa delgada y calcificada que recubre la dentina en su porción radicular, su dureza y composición química es similar a la del hueso.

d) Cavidad pulpar, situada en el interior de las piezas dentarias. Contiene la pupa dentaria y consta de cámara pulpar y conductos radiculares que terminan en el ápice radicular en el que se abre un pequeño agujero llamado foramen apical. La pupa dentaria está formada por un tejido conjuntivo laxo de consistencia gelatinosa.

Por el foramen apical penetran en la cavidad pulpar vasos sanguíneos, linfáticos y fibras nerviosas.

Los dientes están alojados en el hueso maxilar y se mantienen sujetos a él por las siguientes estructuras:

a) Hueso alveolar, rodea las piezas dentarias, es una porción compacta de hueso que forma la pared del alvéolo.

b) Cemento, capa calcificada delgada, recubre la dentina en su porción radicular.

c) Membrana periodontal formada por fibras colágenas que van de la cortical ósea alveolar al cemento radicular.

d) La encía libre es la que contornea el cuello anatómico de los dientes y queda fijada al cemento. Y la encía adherida al hueso alveolar y que se continua con el epitelio bucal.

FORMULA DENTARIA

Son los números que nos sirven para identificar cada una de las piezas dentarias, se utiliza el método Dígito-dos recomendado por la Federación Dental Internacional.

Para enumerar las piezas se utilizan dos dígitos, el primero hace referencia al cuadrante donde se encuentra la pieza y el segundo a la pieza dentaria dentro del cuadrante.

Dentición definitiva

Se cuenta cómo si miráramos la boca de frente y siguiendo la dirección de las agujas del reloj.

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Por ejemplo el n° 17 sería el segundo molar superior del lado derecho del paciente.

Dentición temporal

En este caso iniciamos la numeración de los cuadrantes por el n° 5.

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

Por ejemplo el n° 54 es el primer molar temporal superior del lado derecho del paciente. El n° 71 es el incisivo central temporal del lado izquierdo del paciente.

ERUPCIÓN DENTARIA

Desde que se inicia la formación de la corona hasta que el diente queda colocado en su sitio en la arcada sufre una serie de modificaciones que aparecen tanto en el hueso como en el diente que le conducen a la oclusión y es lo que se llama ERUPCIÓN.

En el siguiente esquema se puede observar:

- .El inicio de la calcificación del esmalte, en semanas.
- .El final de la calcificación del esmalte, en meses.
- .La erupción de cada una de las piezas, en meses y
- .la calcificación completa de la raíz, en años.

CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN PERMANENTE

En el siguiente esquema se diferencian las edades medias de erupción de los dientes definitivos de niños y niñas.

CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN PERMANENTE

ANEXO - 3

LA CARIES DENTAL. EL FLUOR EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL.

La caries dental es una lesión destructora de los tejidos dentales que se inicia en la periferia de los mismos progresando en profundidad. Su inicio y posterior progresión están en relación con la suma de diversos factores predisponentes y desencadenantes.

Un individuo con riesgo de caries es aquel que tiene un elevado potencial de contraer la enfermedad debido a condiciones genéticas y/o ambientales (Krasse).

FACTORES QUE PUEDEN FAVORECER LA APARICIÓN DE CARIES:

EDAD - Los grupos de edad en los que se asocia mayor actividad de caries (1): 4 - 8 años para la dentición primaria;
hasta los 12 para la dentición permanente;
a partir de los 55 años para la caries de raíz.

SEXO - La incidencia parece ser mayor en la mujer, con una relación 3/2.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA - Fundamentalmente debido a la cantidad de Fluor en las aguas.

ENFERMEDADES ASOCIADAS - Fundamentalmente aquellas que disminuyen el flujo salival p.e. pacientes sometidos a irradiaciones de cuello por procesos neoplásicos; con tratamientos prolongados con otros fármacos.

HIGIENE ORAL - Los índices elevados de placa bacteriana está asociado a índices elevados de caries.

CONSUMO DE ALIMENTOS CARIÓGENOS - La cantidad y calidad del consumo de alimentos cariógenos junto con la frecuencia de la ingesta indica la posibilidad de mayor o menor riesgo de caries.

HISTORIA DE CARIES - La existencia de caries en la dentición decidua sugeriría la aparición de caries en la dentición permanente. Además la historia familiar de caries favorece la aparición de las mismas.

ASPECTO Y LOCALIZACIÓN DE LAS CARIES - Lesiones de caries "blandas" indican mayor actividad bacteriana que las negras y duras. Caries en superficies lisas y en dientes generalmente indemnes sugieren alta actividad cariógena.

Las fosas y fisuras suelen ser zonas donde se inician las caries. Así mismo todas las alteraciones salivares que disminuyan el Ph favorecen la aparición de caries.

Las caries según su localización pueden clasificarse en:

Caries de fosas y fisuras se forman en las caras oclusales de los premolares y molares y en la cara palatina de los incisivos.

Caries proximales se producen alrededor de los puntos de contacto de los dientes a causa de la retención de alimentos.

Caries cervicales se forman en las caras vestibulares de todas las piezas, en los cuellos de las mismas, cerca de la encía.

Patogenia

La teoría más aceptada que explica la formación de caries dental es la acidógena o quimioparasitaria.

Los ácidos son producidos en la superficie del diente o cerca de ella por la fermentación bacteriana de los carbohidratos de la alimentación y los ácidos disuelven los cristales de apatita que constituyen el 95 % de la composición del esmalte.

Muchas clases de bacterias se acumulan en zonas de la superficie dental para formar placa y si las clases de microorganismos cariogénos están presentes en cantidades suficientes pueden formarse concentraciones de ácido para causar daño.

Existe una correlación directa entre el tipo y frecuencia de la ingestión de carbohidratos y la reducción del Ph intraoral, y una correlación semejante entre las concentraciones de carbohidratos de la dieta y la frecuencia de caries.

EL FLUOR EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

La eficacia del fluor en la prevención de la caries dental está universalmente aceptada. El método más utilizado en la actualidad y el más eficaz desde el punto de vista coste/beneficio es la fluoración del agua de toda la comunidad.

Aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda la administración de Fluor sistémico hasta los 14 años, se ha considerado en este programa necesaria la recomendación y prescripción por parte del equipo de pediatría hasta los 6 años (objetivo específico D1). Consideramos que a partir de esta edad el niño/a puede realizar otras actividades (cepillado de dientes con dentrífico fluorado) que le aporten Fluor.

Además se ha considerado el frecuente incumplimiento en tratamientos preventivos de larga duración.

ANEXO - 4

ÍNDICES CAO (D) Y co (d)

ÍNDICE CAO (D) - Índice epidemiológico que permite conocer la intensidad de la afectación por caries de una población si se calcula periódicamente.

Es necesario realizar un examen de las piezas dentales y señalar:

C = Piezas con caries

A = Piezas ausentes por extracción debida a la caries.

O = Piezas tratadas, obturadas.

D = N° de dientes permanentes por individuo con caries, ausentes debido a la caries y obturadas.

$$\text{CAO (D)} = C + A + O$$

Para calcular el índice CAO de una población se calculara poniendo en numerador el número total de piezas careadas, obturadas y ausentes. En el denominador el número total de individuos examinados.

Cuando la **dentición es temporal** se utiliza en índice co (d).

Según la OMS el nivel de Severidad de Caries a los 12 años

es:	0 - 1.1	CAO (D)	----	MUY BAJO
	1.2 - 2.6	CAO (D)	----	BAJO
	2.7 - 4.4	CAO (D)	----	MODERADO
	4.5 - 6.5	CAO (D)	----	ALTO
	> 6.6	CAO (D)	----	MUY ALTO

ANEXO - 5

ENFERMEDADES PERIODONTALES

DEFINICIÓN:

Enfermedades del periodonto o estructuras que protegen y soportan las piezas dentarias: encía, cemento radicular, hueso alveolar, y ligamento periodontal.

Son las enfermedades de origen inflamatorio, específicamente producidas por bacterias que forman la denominada placa periodontopática (1). Otras enfermedades son las traumáticas debidas a las lesiones del periodonto producidas por el trauma de la oclusión.

ETIOLOGIA: presencia de bacterias y predisposición individual.

GINGIVITIS

Proceso inflamatorio de las encías relacionado con un incremento en la cantidad de bacterias. Estas se sitúan entre la encía y el diente produciendo la inflamación.

Produce cambios de color y forma de la encía y se manifiesta por sangre al sondaje.

Es muy frecuente, afecta a más del 80 % de la población. Un 10 % progresa a periodontitis.

TRATAMIENTO: Higiene oral. En la gingivitis aguda necrotizante se administra además Metronidazol.

PERIODONTITIS

Enfermedad destructiva dónde las bacterias penetran en el epitelio de inserción, descargando sus productos tóxicos y destruyendo el hueso alveolar.

Se puede clasificar en:

Periodontitis prepuberal: poco frecuente pero muy destructiva.

Periodontitis juvenil: se inicia entre la pubertad y los 21 años, se produce mucha destrucción del hueso, el pronóstico es malo.

Periodontitis de evolución rápida: aparece entre la pubertad y los 30 años. La destrucción ósea es irregular.

Periodontitis del adulto: muy frecuente. Individuos de más de 40 años que tiene una pérdida progresiva del aparato de sostén del diente.

TRATAMIENTO: Higiene oral, raspado pulido y alisado de las piezas, en algunas ocasiones tratamiento antibiótico y cirugía periodontal.

ANEXO - 6

MALOCCLUSIONES

DEFINICIÓN

Fenómeno complejo morfológico y funcional que se manifiesta con una disarmonía entre mandíbulas, diente y tejidos blandos.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO

Según la OMS, el tratamiento estará indicado si los rasgos que presenta el niño pueden suponerle un aumento del riesgo de:

1.- Pérdida de piezas, debido a caries, enfermedad periodontal, traumatismos o reabsorción radicular.

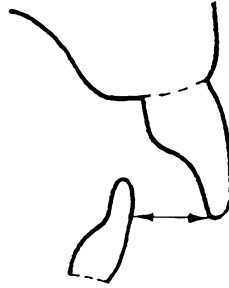
2.- Alteraciones fisiológicas en la función (patología de la articulación temporomandibular, defectos al hablar o alteraciones masticatorias.

3.- Alteraciones soci-psicológicas.

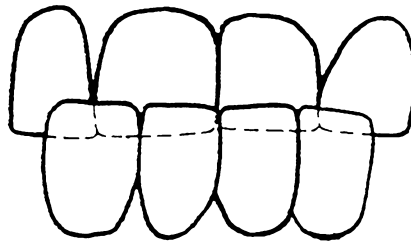
CRITERIOS PARA DERIVACION AL ODONTÓLOGO: Índice de la OMS para dentición permanente.

1. Overjet maxilar : 9 mm o más
2. Overjet mandibular: presente
3. Mordida cruzada anterior: presente
4. Sobremordida : incisivo superior cubre todo el inferior o más
5. Mordida abierta anterior: presente.
6. Desviación línea media de 4 mm o más
7. Apilamiento anterior de 4 mm o más.
8. Espaciamiento anterior de 4 mm o más.

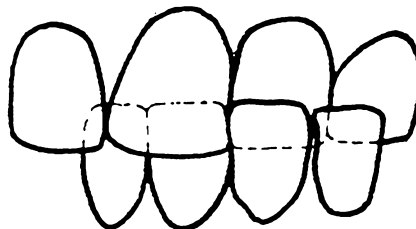
"Overjet" (Resalte) maxilar: Distancia que existe entre el borde labio incisal del incisivo central superior más predominante, hasta la superficie labial del incisivo central inferior.



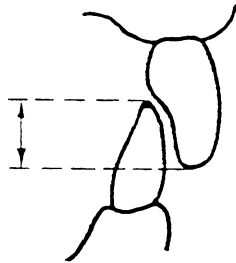
"Overjet" mandibular: Ocurre cuando los cuatro incisivos superiores ocluyen lingualmente respecto a los inferiores.



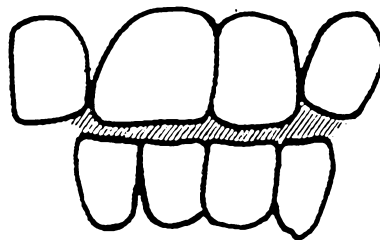
Mordida cruzada anterior: Ocurre cuando tres o menos incisivos superiores ocluyen lingualmente respecto a los inferiores.



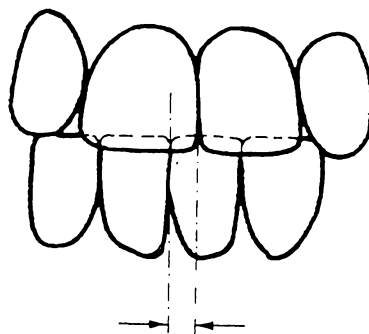
Sobremordida ("Overbite"): Es el recubrimiento de los incisivos inferiores por los superiores.



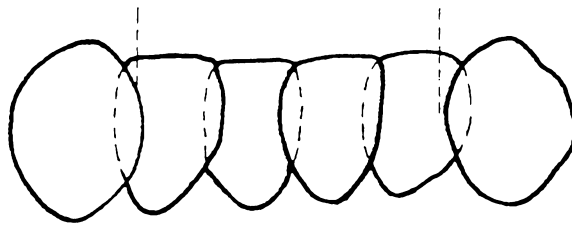
Mordida abierta anterior: Ninguno de los 4 incisivos superiores cubre a ningún incisivo inferior.



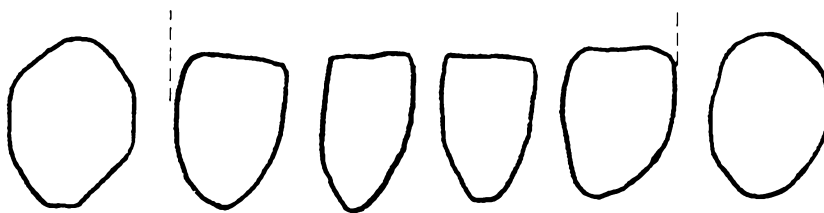
Desviación de la línea media: Ocurre cuando hay discordancia entre la línea media superior e inferior.



Apiñamiento: Estado en el que la cantidad de espacio en un segmento es insuficiente para alojar las piezas que lo forman.



Espaciamiento: Estado en el que la cantidad de espacio ofrecida en un segmento determinado excede de la necesaria para alojar las piezas de dicho segmento correctamente alineadas.



ANEXO - 7

CONSEJOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

Se darán los siguientes consejos sobre alimentación a los niños/as y padres que acudan a la consulta en el momento de la revisión bucodental.

1.- Llevar a cabo una alimentación equilibrada.

Ya desde el embarazo la madre deberá seguir una alimentación rica en leche y derivados.

En los niños/as la alimentación deberá ser equilibrada y variada (leche y derivados, verduras, frutas, carne, pescado).

2.- Aprender a masticar bien los alimentos.

3.- Reducir la frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados. Intentar limitarlos a las comidas principales

Tener en cuenta que:

* Son más cariogénos cuanto más concentrados y refinados están -Es más cariogénico un caramelo que una coca-.

* Son más cariogénos los duros y pastosos que los líquidos

* Es mejor tomarlos de una sola vez, que en pequeñas cantidades durante el día.

4.- No mojar el chupete en azúcar o miel.

5.- Evitar la utilización de dulces como premio.

6.- Potenciar el consumo de dulces más favorables para la salud bucodental: zumos naturales, frutas, frutos secos,...

7.- Habituarse a comer en horas determinadas.

Podemos considerar la siguiente escala de cariogenicidad de los alimentos (1):

- Alimentos sólidos retentivos que se consumen entre comidas, con bastante frecuencia y/o antes de acostarse.

- Alimentos sólidos retentivos azucarados consumidos durante las comidas.

- Alimentos que contengan azúcar, que sean líquidos, no retentivos, que se consuman entre comidas, con frecuencia y/o antes de acostarse.

- Alimentos líquidos que no sean retentivos, consumidos durante las comidas.

ANEXO - 8

CONSEJOS HÁBITOS HIGIENE BUCAL.

CEPILLADO DE DIENTES. HILO DE SEDA.

OBJETIVO DE LA HIGIENE DENTAL: Eliminación de la placa bacteriana adherida a la superficie de los dientes.

El cepillado dental está relacionado con la capacidad que tiene de eliminar restos alimenticios y destruir o desorganizar la placa bacteriana. Además tiene un efecto positivo sobre las partes blandas de la boca, fundamentalmente encías.

MOMENTO DE INICIAR EL CEPILLADO DENTAL: Se deberá iniciar el cepillado dental cuando el niño ya tiene todas las piezas dentales, alrededor de los 2 años. A esta edad se deberá realizar con ayuda de los padres y se deberá tener mayor atención en las caras oclusales de los molares ya que en las fosas y surcos se acumulan fácilmente restos de alimentos.

A los 6-7 años el niño ya puede aprender sólo la técnica correcta de cepillado dental. Habrá que hacer hincapié en los espacios interdentes.

FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL: Se recomendará el cepillado dental: Al levantarse y antes de ir a dormir, insistiremos en la importancia de este momento.

Después de las comidas importantes.

Después de comer dulces.

TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL: En niños se recomienda la horizontal o de barrido y en adolescentes y adultos la técnica de Bass; aunque lo más importante es el tiempo y llegar a cepillarse todas las superficies, incluidas las posteriores de más difícil acceso. Hay que prestar especial atención en las caras internas de los dientes y en las caras oclusales que son las que sirven para morder y triturar los alimentos por lo tanto en las que se acumulan restos de alimentos en los surcos.

Realizar el índice de placa previamente a la enseñanza del cepillado dental así como después de realizar el cepillado es importante para que el usuario vea dónde se localiza la placa y dónde debe insistir en el cepillado.

TIPO DE DENTRIFICO: Se recomendará la utilización de un dentrífico fluorado utilizando en cada cepillado pequeñas cantidades.

TIPO DE CEPILLO: Existen multitud de modelos en el mercado pero no hay evidencia científica de que uno elimine mejor que otro la placa. Depende fundamentalmente de la técnica utilizada, de la motivación y destreza del individuo.

Se recomiendan los de cerdas artificiales de nilón con puntas redondeadas de dureza media o suave y con cabezal adaptado el tamaño de la dentición.

Es importante recalcar la necesidad de renovar el cepillo como mínimo cada 3 meses aproximadamente.

SEDA DENTAL: Su utilización es eficaz en la prevención de enfermedades periodontales y en los usuarios con abundantes caries en las superficies interproximales y que ya estén altamente motivados por la higiene oral.

Según diversos estudios si no es bien utilizado no es eficaz en la prevención de caries. Sin embargo su utilización como mínimo una vez a la semana en adultos contribuye a la prevención de gingivitis.

FORMA DE UTILIZACIÓN: Se introduce con suavidad entre los dientes, deslizándola hasta el surco gingival, rodeando el diente y deslizándola hacia oclusal con movimientos de sierra en sentido vestíbulo lingual. Se utilizará un nuevo tramo de seda dental para cada espacio interdental, para evitar la transmisión de bacterias de un diente a otro.

ANEXO - 9

SELLADOS DE FISURAS

SELLADOS DE FISURAS - Consiste en la aplicación de una capa plástica sobre las superficies masticadoras de las muelas y superficies laterales de los dientes.

OBJETIVO: Evitar el desarrollo de caries oclusales, ya que las cavidades y fisuras son los lugares donde más difícilmente llega el Fluor.

El sellado de fisuras se aplica sobre los primeros molares, premolares y segundos molares tras la erupción del diente, siempre que se reúnan las condiciones clínicas y técnicas necesarias (cúspides altas, fosas y fisuras profundas).

INDICACIONES:

- Cuando la sonda no se queda enganchada en las fosas y fisuras, y se desprenda con facilidad y sin resistencia de estas últimas, que han de encontrarse intactas y sin alteraciones macroscópicas.

- El sellado ampliado se puede aplicar a la lesión inicial. La sonda se pega y ofrece cierta resistencia a la retirada.

En estos casos se observan alteraciones macroscópicas. Después de excavar las caries se toma la decisión que hay que seguir, ya sea mediante obturación con adhesivo y sellado u obturación con amalgama.

CONTRAINDICACIONES:

- Dentición con tendencia a la caries y lesiones únicas o múltiples de fosas y fisuras, caries proximales, deficiente higiene bucal, dientes con tratamiento intensivo de caries.

VENTAJAS:

- .Complementa las medidas preventivas
- .Determina una oclusión para la saliva y bacterias.
- .No es destructivo, es indoloro y consigue efectos estéticos superiores a la amalgama
- .No irrita la pupa, no altera la función dental ni produce daño.
- .Las lesiones iniciales de caries no diagnosticadas se inactivan con el sellado
- .El esmalte acidificado no cubierto con el sellador es muy sensible al aporte de fluor.
- .La aplicación con el sistema recall (cada 6 meses) aumenta el índice de retención y detiene la caries inicial.

INCONVENIENTES

- .La retención del sellador es limitada en el tiempo, debido a errores de la técnica de elaboración y al desgaste.
- .Si se producen perdidas de sellado deben aplicarse de nuevo.
- .La tasa de retención del sellador en denticiones no cuidadas es menor que en personas con buena higiene bucal.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Cuenca E., Manau C, Serra LL. Manual de Odontología Preventiva y Comunitaria. Ed. Masson. Barcelona 1.991.
- Smith E, Taracido M, Gestal JJ. El Fluor en la Prevalencia de la Caries Dental. Ediciones Díaz de Santos. Madrid 1.991.
- Programa de Salud Bucodental. Sector 4 de Madrid-Atención Primaria. Insalud. Madrid 1.992.
- Simon F, Trincado G. Fluoración del agua y otros usos del Fluor en salud pública dental en la Comunidad Autónoma Vasca. Documentos Técnicos de Salud Pública Dental. Serie B. N° 1. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Victoria-Gasteiz, 1.991.
- Estudio Epidemiológico de la Salud Buco-Dental Infantil en la Comunidad Autónoma Vasca. Documentos Técnicos de Salud Pública Dental. Serie B. N° 2. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Victoria-Gasteiz, 1.991.

- Sheiham A, Plamping D. Bases Científicas para la prevención y el tratamiento precoz de enfermedades dentales más comunes. Documentos Técnicos de Salud Pública Dental. Serie B. N° 3. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Victoria-Gasteiz, 1.991.

- Roses Carbonell V, Pomar Reynes J, Barcelo Ginard B y cols. Programa de Salut Dental. Guía del mestre (EGB). Consell Insular de Mallorca. Comissió de Sanitat. Servei de Promoció de la Salut. Octubre 1.988

- Cuenca E, Falgás J, Manau C, Martinez JM y cols. Programa Marc de Salut Bucodental a les Arees Bàsiques de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona, octubre 1.990.

Esteva Cantó M, March Cerdá JC, Abraham Paris, Quintana Torres L, Botey Ornedal A, Ferrer Riera J, Marí Torres G. Ensayo comunitario de evaluación del programa de enjuagues con Flúor en los escolares de Palma de Mallorca. Atención Primaria. Vol 8:11 Diciembre 1.991.