

EL TAMIZAJE BUCAL. FUNDAMENTOS Y PRESENTACIÓN DE UNA EXPERIENCIA

AICARDO TAMAYO L.*

RESUMEN. Este artículo presenta la experiencia de aplicación de una prueba tamiz para la identificación precoz de la patología bucal. Se expone el concepto, los componentes, las características, las ventajas y desventajas del método y se analizan los resultados de su aplicación en la práctica. Los índices precisos de caries en las colectividades no se conocen por la dificultad de realizar estudios masivos y periódicos, pero se infiere que su incidencia va en aumento porque los escolares no están acudiendo a los centros de atención, según informes recientes de instituciones odontológicas comprometidas con la salud pública en Antioquia. El tamizaje es una estrategia que permite la detección de factores de riesgo y el diagnóstico precoz de enfermedades desde la fase asintomática. Con el tamizaje bucal se induce la demanda a los centros de atención, detectando tempranamente muchas patologías orales en grandes poblaciones de niños y adolescentes. También se puede lograr un diagnóstico presuntivo del estado de salud bucal que provea información para establecer la magnitud de los problemas y un programa de tratamiento preventivo. En el municipio de Envigado, Antioquia, se tamizaron 10.489 niños de las escuelas públicas con el mínimo de costos, complejidad y demora y con buena aceptación de la comunidad. Se orientaron los niños afectados a sus respectivos servicios de salud por medio de remisiones a padres de familia y maestros. El tamizaje bucal debe efectuarse periódicamente con el fin de hacer vigilancia epidemiológica a problemas tan frecuentes como la caries dental.

Palabras clave: tamización, técnicas y procedimientos diagnósticos, diagnóstico temprano, diagnóstico bucal, odontología preventiva, prevención primaria.

ABSTRACT. This article presents a screening test for the early identification of many buccal pathologies. The concept, the components, the characteristics, the advantages and disadvantages of the method are presented, and the results of their application are analyzed in practice. The precise indexes of dental caries in the population are not known due to the difficulty of carrying out massive and periodic studies, but it is inferred that their incidence is increasing because the school population is not attending the health centers, according to recent reports of dental institutions responsible for public health in Antioquia. The screening test is a strategy that allows the detection of risk's factors and the early diagnosis of diseases since the early asymptomatic phase. With the buccal screening the demand is induced to the health centers detecting oral pathologies in the early stages in big populations of children and adolescents. One can also achieve a presumptive diagnosis of buccal health that provides information that would permit establish the prevalence of the problem and a program of preventive treatment. In the municipality of Envigado - Antioquia 10.489 children of the public schools were screened with a minimum of costs, complexity and delays and with good acceptance of the community. The affected children were referred to their respective health services by means of referrals to family parents and teachers. The buccal screening should be done periodically with the purpose of making epidemiologic surveillance to frequent problems such as dental caries.

Keys words: screening, diagnostic techniques and procedures, early diagnosis, diagnosis oral, preventive dentistry, primary prevention.

INTRODUCCIÓN

La actual legislación en salud recomienda a los ciudadanos tomar conciencia de sus derechos y deberes^{1, 2} y acceder a las entidades administradoras de planes de beneficios. Esta información

es dada por el Plan de Atención Básica (PAB), el cual comprende acciones educativas, preventivas y de vigilancia en salud pública.

Pero el establecimiento de una “cultura en salud” es un proceso a largo plazo y una responsabilidad

* Odontólogo Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Contratista del Programa Fomento de la Salud Bucal del PAB en el Municipio de Envigado entre 2000 y 2005, Medellín, Colombia. Dirección electrónica: aicardotl@yahoo.es.

TAMAYO L. AICARDO. El tamizaje bucal. Fundamentos y presentación de una experiencia. Rev Fac Odont Univ Ant, 2005; 17 (2): 86-95

RECIBIDO: MARZO 8/2005 - ACEPTADO: ENERO 31/2006

de diferentes sectores. Muchos afiliados no están motivados para detectar prematuramente las manifestaciones de la enfermedad o para acceder en forma oportuna a los servicios de salud, problemática que el PAB nacional trata de compensar —desde sus limitaciones— mediante estrategias como el IEC (información, educación y comunicación), que maneja una temática muy ligada a la de promoción de la salud. Además, permanece la división y no complementariedad entre las actividades PAB promocionales-preventivas de tipo masivo y las actividades terapéuticas del Plan Obligatorio de Salud (POS) de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Estas entidades administradoras de planes de beneficios además de su labor reparativa, deben inducir la consulta y fortalecer sus programas preventivos. Una consideración previa del acuerdo 117 de 1998 recordaba que

[...] los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea y por lo tanto las EPS (Entidades promotoras de salud), Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.³

En cuanto a los servicios odontológicos, hasta 1998 las patologías bucales representaban el primer motivo de consulta en la población de 5 a 14 años,⁴ sin embargo para el período 2004-2007 el Ministerio de la Protección Social y el Departamento de Antioquia no consideraron específicamente los problemas de salud bucal como prioridades en salud pública,^{5,6} lo que ocasiona que la financiación de programas odontológicos e investigaciones masivas para el seguimiento de eventos de interés como la caries dental no tenga la ponderación deseada dentro del paquete de inversiones municipales. Muchos de estos esfuerzos provienen de las instituciones formadoras del recurso humano, como un prerrequisito para alcanzar méritos de grado, pero son insuficientes para hacer el control epidemiológico relevante.

En la vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo, tercer componente del PAB, los esfuerzos de los municipios lucen incipientes, ya que esta actividad exige organización e implementación propias de un programa con infraestructura sólida... “Orientadas a la Identificación, seguimiento y control de los principales factores de riesgo biológicos, del comportamiento y del ambiente, así como a la observación y análisis de los eventos en salud que ellos ocasionan”.¹

Por todo lo anterior, se carece de sistemas de monitoreo de la enfermedad bucal y de búsqueda activa de casos que garanticen alta cobertura y seguimiento periódico y que permitan determinar el diagnóstico de la situación de salud en grandes poblaciones.

La expectativa entonces es realizar en forma articulada acciones de detección temprana, fortalecer mecanismos para la inducción de la demanda, hacer monitoreo y vigilancia en salud pública y sensibilizar a la población frente a deberes y derechos, tal y como se acordó sectorialmente para el próximo cuatrienio con la suscripción de El Pacto por la Salud Pública en Antioquia con el fin de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS.⁷

JUSTIFICACIÓN PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD BUCAL

Una de las estrategias fundamentales de las acciones de salud pública y función de apoyo constante en la disciplina epidemiológica es el desarrollo de la investigación y las tecnologías que... “permitan encontrar nuevas soluciones a viejos problemas en forma más eficiente”⁸ y que apliquen métodos apropiados para la atención primaria en salud de una comunidad,⁹ mediante promoción y prevención enérgicas y un control efectivo sobre la ocurrencia de la enfermedad.

Aplicando a la salud bucal el artículo 11 de la Resolución 4288, por el cual se define el PAB: “De otras acciones conducentes a orientar a la población hacia la prevención y la detección precoz” se

requiere definir una forma eficaz de “identificar a la población en riesgo”, aceptando que esta acción de salud pública garantice un entorno sano y que en su determinación se tengan en cuenta los criterios de impacto y beneficio social.¹

Los programas preventivos en salud tienen sentido al utilizar herramientas epidemiológicas como el sistema de *detección precoz* de la enfermedad, el cual es un elemento clave para la evaluación periódica de poblaciones vulnerables y su posterior tratamiento, y que permite tomar medidas pertinentes en patologías que, como la caries dental, son importantes por su frecuencia y severidad, trazando planes y políticas ajustadas a las necesidades.

El portafolio Estrategia de Escuelas Saludables del antiguo Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación recomienda a los profesores revisar periódicamente la boca de los alumnos¹⁰ en un intento de capacitarlos como multiplicadores de salud; pero en la práctica, al menos la nuestra, esto no funcionó por la falta de experiencia de los maestros y porque “no querían asumir funciones del odontólogo”.

Actualmente, la identificación temprana de necesidades bucales en los colectivos es limitada, pues en la práctica odontológica tradicional se requiere equipo, instrumental y condiciones ambientales especiales, además de una exploración detallada.

Por su parte, la salud pública tiene la estrategia de la tamización. Éste es un término emparentado con otros como tamizaje, prueba tamiz, prueba de cribado, test de filtración, diagnóstico preventivo, clasificación presuntiva u orientación para el diagnóstico. Se puede resumir la tamización como una estrategia de la prevención secundaria, de alta cobertura, que detecta precozmente factores de riesgo o enfermedad en las personas, desde la fase asintomática, dirigida a disminuir la morbilidad evitable y la incapacidad subsiguiente, mejorando su pronóstico y desplazando o eliminando el momento de la intervención.

El tamizaje es una fuente importante de información e investigación. Se recomienda que las

entidades hagan un ejercicio investigativo propio sistematizado y tabulado, que diagnostique la comunidad que atienden: escuelas, barrios e inclusive municipios.^{3, 11}

En materia de salud pública lo del pensamiento inflexible es un mito, porque las circunstancias cambian cualquier plan preestablecido, con esta perspectiva se ofrece a continuación una guía de trabajo llamada tamizaje bucal y una recopilación de experiencias que contribuyan a disminuir los índices de morbilidad oral.

EL TAMIZAJE BUCAL

El tamizaje bucal es un método de examen odontológico simple y no invasivo, que utiliza básicamente el recurso de la visión para detectar tempranamente grupos masivos de personas con alta probabilidad de presentar ciertos tipos de enfermedad bucal o su factor de riesgo asociado.

Aunque el carácter diagnóstico de algunas tamizaciones es un punto controversial todavía, y la sensibilidad y especificidad de este método está en estudio, puede decirse que el tamizaje bucal es una técnica que permite clasificar presuntivamente a una persona como sana, en riesgo de enfermar o enferma, minimizando al máximo los falsos negativos. Esta impresión diagnóstica de presencia de enfermedad requiere evaluación posterior, por eso la remitimos a los centros de servicio con el fin de hacer un examen clínico minucioso abriendo la historia odontológica con todos los requisitos y asistiendo el daño si es el caso. En esta confirmación de los probablemente positivos o en la corrección de falsos positivos con otra prueba de mayor sensibilidad se manifiesta el rasgo multietápico del tamizaje el cual aumenta la efectividad del diagnóstico final.¹²

Por ser entonces una actividad menos precisa el tamizaje bucal no sustituye la historia clínica, ni la descalifica, solamente la precede, y mejor, la valida como el paso siguiente necesario en todo el proceso de tratamiento a realizar. Para ser más ágil, este método no muestra la severidad, ni la localización de la lesión.

El tamizaje bucal fundamenta sus hallazgos en la observación directa de la anatomía y el color de las diferentes estructuras bucales; utiliza bajalenguas como elemento de trabajo, además de la protección en bioseguridad. No tiene necesidad de otros auxiliares diagnósticos (radiografías, hilos de seda, etc.) los cuales deben ser considerados como tales.¹² La utilización del espejo dental y del explorador (con el fin de realizar un examen táctil de la región) no es forzosamente necesario porque la inspección de manifestaciones clínicas se favorece con la luz circundante natural o artificial, el grado de apertura bucal y la separación de los dientes (deciduos principalmente). En algunas circunstancias beneficia la palpación, aunque los dedos del operador normalmente no se introducen en la boca.

Luego, los niveles de tamización o puntos de corte dependen del examen clínico visual. Un punto de corte más específico que utilice ayudas diagnósticas aumenta la sensibilidad pero conlleva también aumento de tiempo, costos y molestias.¹³

Hay altas probabilidades de confirmar o descartar la presencia de caries dental utilizando el tamizaje bucal. Sin embargo, se debe tener presente que todo método para el diagnóstico de caries presenta un porcentaje de error asociado. Aun con exámenes tradicionales hay problemas específicos relacionados con este diagnóstico. Una profilaxis previa, buena iluminación y el adecuado aislamiento disminuyen los índices de error, los cuales también dependen del examinador, el examinado y el instrumento.

Los parámetros cualitativos estandarizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la identificación de caries son los siguientes: se registra la lesión cuando tiene una cavidad inconfundible o un esmalte socavado; también se incluyen dientes con obturaciones temporales y raíces cuya corona ha sido destruida por la caries.¹⁴ La presencia de caries se corresponde sensiblemente con las características externas de los dientes. En el tamizaje bucal se aprovechan las que se identifican sin necesidad de secar las superficies como son la opacidad y decoloración visibles (incluye manchas

blancas), las fracturas localizadas en el esmalte y lógicamente la cavitación con dentina expuesta.¹²

Los criterios actuales de tamización del National Screening Committee del Reino Unido se refieren a cuatro aspectos importantes: la enfermedad o afección, la prueba, el tratamiento y el programa de tamización.¹⁵ Con base en estos elementos generales que evalúan la viabilidad, efectividad y conveniencia de una prueba tamiz, sumados el aporte de una experiencia obtenida en el área bucal, se proponen las siguientes condiciones de trabajo:

Condiciones necesarias para la realización de un tamizaje bucal

1. La enfermedad bucal buscada debe ser un problema importante en salud pública y debe conocerse su historia natural y social.
2. El tamizaje lo realiza un odontólogo con experiencia clínica y adecuados conocimientos en cariología.
3. El procedimiento es posterior a una profilaxis o autoprofilaxis.
4. Requiere luz artificial o natural adecuada.
5. El tratamiento en etapas tempranas de la enfermedad oral es viable y más efectivo que el realizado en etapas avanzadas.
6. La sensibilidad y la especificidad de la prueba tamiz deben ser al menos moderadas.¹⁶
7. El procedimiento debe ser rápido, simple, seguro, muy económico y posible de ser aplicado en masa.
8. Será aceptado por la población y los profesionales de la salud.

Se plantean las siguientes características, ventajas y desventajas para el tamizaje bucal:

Características del tamizaje bucal

Pondera enormemente la apreciación sensorial de la visión, buscando sistemáticamente lesiones perceptibles. Describe presuntivamente la presencia o

ausencia de la enfermedad bucal sin utilizar otros recursos diagnósticos tradicionales.

Ventajas del tamizaje bucal

Detecta tempranamente la enfermedad bucal o su factor de riesgo para la intervención preventiva.¹⁷ Disminuye el tiempo empleado en las revisiones. Aumenta el número de examinados (coberturas). Se puede tamizar en los lugares domiciliarios¹⁶ (barrio o escuela) con equipo y materiales mínimos disminuyendo los costos de atención. Al realizarse con cierta periodicidad se fomenta la vigilancia epidemiológica de los problemas bucales y se recoge información para la administración en salud y para evaluar la calidad de la atención. Todo lo anterior promociona la salud bucal e induce la demanda desde las áreas extramurales.

Desventajas del tamizaje bucal

Requiere confirmarse con una historia odontológica completa. No tiene acceso total a las zonas recónditas de la boca, por eso a partir del tamizaje bucal no es conveniente realizar índices como el COPD. Es más efectivo en la dentición decidua y la dentición mixta porque la baja dimensión ocluso-gingival de los deciduos permite buena visibilidad de los dientes.

Usos del tamizaje bucal

El tamizaje bucal se puede utilizar como método de prediagnóstico y riesgo de caries.

Otras entidades detectables con el tamizaje bucal (según la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades —CIE 10—¹⁸) son las alteraciones de la erupción dentaria, los trastornos del desarrollo de los dientes, depósitos (acreciones) en los dientes, fracturas de los dientes y abscesos periapicales con fístulas. También frenillos traccionantes y dientes supernumerarios. Inclusive la fluorosis desde sus estadios iniciales. La gingivitis asociada a placa blanda y de recuperación personal, la cual no fue registrada. Las maloclusiones, que no fueron registradas e informadas ya que casi todos sus tratamientos son costosos y están por fuera del POS. Enfermedades de la lengua y rasgos perceptibles de tumores malignos o benignos de la cavidad bucal.

La prueba de tamizado oral se constituye en una adaptación a la demanda real de intervención,¹⁹ aunque no se ha evaluado la confiabilidad o reproducibilidad mediante la concordancia general entre examinadores. La prueba demostró su utilidad en una práctica de salud pública municipal lo que anima a presentar la experiencia a pesar de estas limitaciones.

RESULTADOS DE UNA EXPERIENCIA ASOCIADA AL TAMIZAJE BUCAL

Si bien es difícil sistematizar lo experimental, las sucesivas tentativas terminan reglamentando los procesos, a medida que superan la prueba del tiempo.

Cuando en compañía de la óptometra se visitaban las escuelas para las labores de promoción y prevención, la pregunta reiterada de los escolares era si el odontólogo también iba a examinarlos. Ellos tenían la necesidad de ser evaluados ya que relataban signos y síntomas de patologías bucales de alta ocurrencia y cronicidad. El odontólogo del PAB ensayó un procedimiento que no precisara de equipos complejos, que evitara el desplazamiento de los usuarios y potenciara el efecto de los servicios ambulatorios del programa Fomento de la Salud Bucal de la Estrategia Escuela Saludable-PAB, que atendía grupos de gran vulnerabilidad y bajos recursos.

El tamizaje bucal se implementó desde el año 2002 en los preescolares, escuelas y colegios públicos del municipio de Envigado. Con un solo profesional se realizó tamizaje bucal a aproximadamente 11.000 niños. Se acompañó de un componente educativo que incluyó además la adquisición de destrezas y habilidades en salud bucal. En los años 2003 y 2004 nuevamente se tamizaron 10.489 niños de las 23 escuelas y preescolares oficiales.

El tamizaje se realizaba luego de una autoprofilaxis realizada con cepillo, sustancia profiláctica y seda dental. Se tuvieron en cuenta los signos de la enfermedad debidamente documentados por el quehacer odontológico que permitieron ser identificados mediante la sola inspección visual de la mayor

cantidad de superficies bucales. Lógicamente no se detectaron lesiones muy pequeñas y escondidas. En dentición permanente completa fue difícil evaluar el estado de todas las superficies con la sola inspección visual, por lo que se recomienda utilizar la prueba en niños hasta los 11 ó 12 años (6.º y 7.º grado). Aunque los parámetros clasificatorios fueron muy definidos, la evaluación se acogía a la presunción hasta que el examen clínico convencional confirmara el diagnóstico.

Con la información recogida mediante registros se logró una base de datos que ayudó a cuantificar la presencia de la enfermedad y a determinar el estado bucal según el ciclo escolar y la escuela, la afiliación en salud, el grado y la edad de 10.489 niños que estuvieron presentes en sus salones de clase en el momento del tamizaje y que representaron el 93% de los matriculados. Un sondeo de la población cercano al total, alcanza resultados y conclusiones más fidedignos que los proyectados sobre muestras pequeñas. Por eso la información de las patologías sensibles al procedimiento fue altamente significativa.

Patologías encontradas

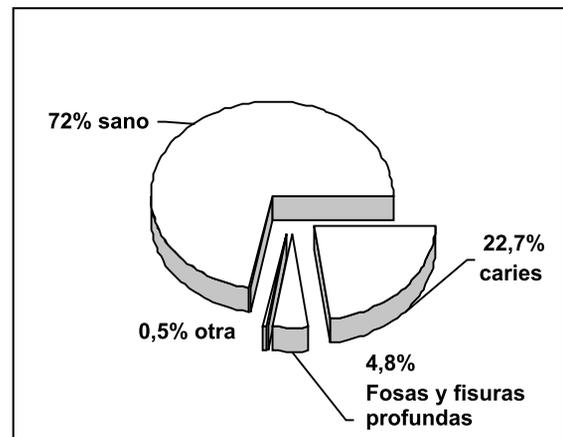
De los 10.489 niños tamizados, en el 23% (2.383) de los escolares y preescolares se reconocieron evidencias de caries, y en el 5% (507) fosas o fisuras profundas. Esta experiencia posiblemente ayudó a lograr las metas de cobertura en la aplicación de sellantes, ya que es una de las cuatro actividades preventivas de la Norma Técnica de Atención Preventiva en Salud Bucal 412 de 2000. Menos del 1% (50), mostraba una patología diferente a las mencionadas y a las descritas anteriormente como no registradas. Presuntivamente el restante 72% (7.549) de los escolares, se encontraba bucalmente sano (gráfico 1).

Estado bucal según ciclo escolar e institución

Las escuelas públicas se atendieron en dos grandes grupos, en el año 2003 las de alumnos con menos recursos económicos y las restantes en el año 2004. En cada escuela se determinó la prevalencia de caries dental con extremos del 37% la más afectada, una escuela rural, y 15% la menos, una escuela ur-

bana. Se encuentran entonces, dos tipos de escuelas públicas con diferentes grados de morbilidad según los sectores donde están ubicadas y la población que acogen. Las de mejor promedio (19%) reciben niños cercanos al parque principal y de la parte sur y occidental del municipio. Los barrios donde se encuentran ubicadas tienen mejores condiciones de vida. Las escuelas rurales y de barrios con mayores necesidades básicas insatisfechas tienen caries por encima del promedio (25%).

Gráfico 1
Estado bucal de escolares y preescolares de establecimientos públicos del municipio de Envigado. Programa Fomento de la Salud Bucal. PAB. Años 2003 y 2004



Se observan equivalencias entre los preescolares del municipio y los hogares ICBF. En los segundos, atendidos en el año 2004, el promedio de caries llega al 27%. Allí concurren niños entre los 2 y los 4 años. Por lo reciente de la evaluación esto puede significar que se está presentando una creciente incidencia de caries en la infancia temprana de bajos recursos. Por otra parte, si estos grupos no son atendidos a tiempo aumentarán las estadísticas de la primaria (tabla 1).

Tabla 1
Caries según ciclo escolar. Fomento de la salud bucal. PAB. Envigado. Años 2003 Y 2004

Ciclo escolar	Escolares		Preescolares		Total
	Año 2003	2004	2003	2004	
Con caries	1.385	716	158	124	2.383
% caries	25%	19%	20%	27%	23%

Caries según afiliación en salud

Los escolares y preescolares del régimen contributivo tienen una relación de un niño con caries por cada cinco niños sanos (20%, 1.309). Los escolares sisbenizados (subsidiados y vinculados) tienen promedio un poco mayor (30 y 26%, 634 y 440 respectivamente), explicado en parte, por las circunstancias económicas y por los menores conocimientos y prácticas de autocuidado que ejercen sus padres (gráfico 2).

Caries según grado escolar y edad

Hay una edad asociada a cada grado escolar. A los 8 años (3.º de primaria) se observa la prevalencia más alta de caries dental, la cual decrece a los 9 y 10 años (4.º y 5.º primaria) favorecida por la exfoliación dental o por la pérdida prematura de molares deciduos, la cual puede derivar en problemas de maloclusiones (gráfico 3).

Al comparar esta prevalencia a la edad de 5 y 7 años (23 y 25% respectivamente) con la del Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) de 1998 (54,8 y 63,8%)²⁰ se observa que la ocurrencia de caries en los escolares del sector oficial del municipio de Envigado corresponde a menos de la mitad de las estadísticas nacionales. Con tendencia a disminuir, si promediamos con las instituciones privadas.

Las remisiones

El valor del tamizaje bucal no depende de la aplicación de un tratamiento; incluso la posibilidad de obtenerlo oportuno es una de sus limitaciones.¹³ Sin embargo, mediante un programa de remisiones se canalizaron muchos niños tamizados a los servicios odontológicos. Se realizó por tres vías: remisiones individuales que fueron dadas a los pacientes, remisiones grupales a la EPS y ARS y remisiones a las escuelas.

Gráfico 2

Porcentaje de caries según tipo de afiliación en salud. Escuelas y preescolares públicos del municipio de Envigado. Programa fomento de la Salud Bucal. PAB. Años 2003 y 2004

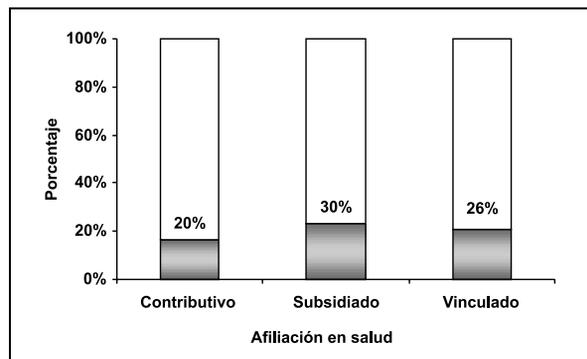
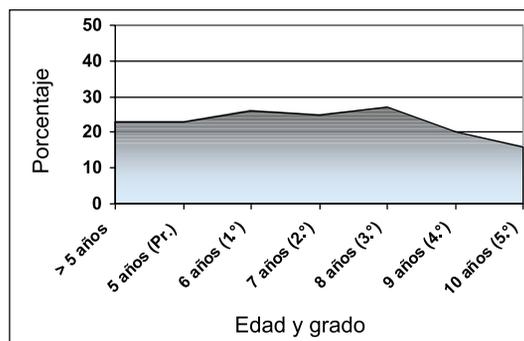


Gráfico 3

Escolares con caries según edad y grado. Escuelas y preescolares públicos del municipio de Envigado. Programa fomento de la Salud Bucal. PAB. Años 2003 y 2004



Las remisiones individuales dirigidas a los padres de familia tienen la mayor efectividad (véase formato). Enterados del problema de sus hijos, los padres los llevan a consulta por iniciativa propia. Dentro de la misma escuela se debe buscar mecanismos para hacer de los padres nuevos actores educativos y partícipes del conocimiento de las características de la enfermedad y sus factores de riesgo. Respecto a las escuelas, los directivos conservaron los listados de los niños afectados y algunos maestros se comprometieron a motivar y verificar la consulta.

ESTRATEGIA ESCUELA SALUDABLE-PAB FOMENTO DE LA SALUD BUCAL	
El usuario:	_____
Requiere:	
<input type="checkbox"/> Remoción de caries	
<input type="checkbox"/> Aplicación de sellantes	
<input type="checkbox"/> Otro:	_____
Recuerde asistir cada 6 meses a revisión odontológica en su EPS o ARS.	
Firma cuidador:	_____

Las remisiones a las ARS y EPS obligan a un compromiso de éstas, previo refuerzo de los aspectos normativos del programa y de los aspectos técnicos del tamizaje, ya que habrá resistencia profesional por su carácter novedoso en el medio como actividad preselectiva, sin embargo, la confirmación diagnóstica posterior aumentará la confianza en el método. Se recomienda facilitar el flujo de la información con el fin de apresurar la comunicación entre los odontólogos directamente responsables y asegurar datos fidedignos y actualizados desde las escuelas.

La efectividad de los programas masivos de Promoción y Prevención Oral (Tipo Escuela Saludable-PAB) tienen mayor impacto cuando se conjugan con mayor fuerza todos los demás factores responsables de la salud buco-dental diferentes a la educación y los estilos de vida, es decir, la oportunidad y accesibilidad a los tratamientos odontológicos, la

superación de los factores biológicos de herencia y de riesgo que son susceptibles a la enfermedad bucal y por último el factor ambiente.²¹ Si todos los niños reciben la misma porción educativa y las mismas medidas preventivas en salud bucal las diferencias de morbilidad entre aseguradoras están determinadas por los demás factores antes enumerados.

Podemos deducir que el proceso desde la captación del paciente hasta la atención final es complejo y largo y es posible que se pierda la posibilidad de atender al escolar, por eso cada paso acordado debe ser diligenciado correctamente. La verificación de la atención es un punto crítico. Esta información debe ser provista principalmente por los padres.

Con todo, se buscó implementar una de las acciones de la Resolución 4288 de 1996... "Realizar el seguimiento de las poblaciones que son atendidas en los servicios de detección precoz hasta lograr el diagnóstico definitivo y tratamiento oportuno".¹ Con esta labor de orientación se redujo el avance de la enfermedad, mediante el incremento de la demanda a los centros de atención. Lo anterior, en contravía de una situación presente donde muchas veces se represa la atención odontológica disminuyendo la oportunidad de la consulta.

Finalmente, con el tamizaje bucal se obtiene volumen de trabajo para el odontólogo general y el especialista tanto por el aumento de consultas en las EPS, ARS y los consultorios particulares, como por la incursión del profesional en el control municipal de las acciones de promoción y prevención bucales, y en la función social de adelantarse a la patología en los mismos espacios donde conviven las comunidades.

CONCLUSIONES

1. El tamizaje bucal propuesto identifica eficazmente a la población con necesidad de tratamiento odontológico.
2. Alienta la recolección de información y su posterior sistematización en procura de establecer prevalencias aproximadas, tradicionalmente

difíciles de conocer por la compleja logística de estos procesos y ayuda a determinar el estado bucal según el ciclo escolar y escuela, afiliación en salud, grado y edad, las cuales son variables valiosas para investigación.

3. El tamizaje bucal es sencillo, seguro, muy económico, rápido y de buena aceptación. Sus ventajas superan ampliamente sus inconvenientes.
4. Mediante su valor predictivo se pueden recoger cifras importantes para establecer políticas saludables, crear o direccionar los planes y los programas de salud bucal mediante la implementación de adecuados esquemas de atención.
5. Con la gestión posterior a la aplicación del tamizaje bucal se incentiva la demanda a los servicios odontológicos mediante un programa de remisiones disminuyendo los índices de morbilidad bucal, especialmente de caries dental. El tamizaje no pierde validez si no es posible implementar este programa.

RECOMENDACIONES

1. Puesto que las patologías bucales son de aparición constante se sugiere realizar en los primeros meses del año, un tamizaje masivo y temprano en todas las escuelas y preescolares con el fin de lograr perfiles de morbilidad bucal. Se debe disponer de recursos suficientes para establecer investigaciones que faciliten los controles anuales.
2. Analizar el método presentado en este trabajo en procura de su validación, haciendo un control a largo plazo, que incluya la presentación de experiencias aplicadas en poblaciones numerosas y de alto riesgo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, fuente de toda bendición. A la doctora Ángela María Franco y a la doctora Eliana Martínez H. A los maestros y alumnos de las escuelas públicas del municipio de Envigado y a su dirección local de salud.

CORRESPONDENCIA

Aicardo Tamayo L.
Calle 40 sur N.º 43ª-57. Loc. 202
Teléfonos: 270 10 52, 276 10 27
Celular: 310 450 84 85
Envigado, Antioquia, Colombia
Dirección electrónica: aicardotl@yahoo.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996. Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB). Bogotá: Ministerio de Salud, 1998.
2. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud, 1993.
3. Ministerio de Salud. Acuerdo 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: Ministerio de Salud, 1998.
4. Sierra ML, Vélez LM, Castañeda AM. Análisis de la morbilidad. *Rev Epidemiol Ant.* 2000; 25(1-3): 154.
5. Ministerio de Trabajo y Salud. Circular externa 000052 de 2002. Lineamientos para la ejecución de los recursos asignados para salud pública en el 2003 y de las acciones de estricto cumplimiento en el Plan de Atención Básica. Bogotá: Ministerio de Trabajo y Salud, 1998.
6. Departamento de Antioquia. Circular 041 de 2003. Directrices de salud pública y precisiones a la circular 000052 del Ministerio de Salud para el ajuste del PAB del Departamento de Antioquia para el año 2003
7. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Lineamientos para la Gestión del Plan de Atención Básica —PAB— Municipal 2004-2007. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2004.
8. Blanco JH, Maya JM. Fundamentos de salud pública. Medellín: CIB, 1997.
9. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Atención primaria a la Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud. Alma Ata, URSS: OMS / UNICEF, 1978.
10. Ministerio de Salud. Estrategia Escuelas Saludables. Portafolio. Bogotá: Ministerio de Salud, 1999.
11. Franco AM, Martínez CM, González MC. Los programas preventivos en salud bucal en el contexto del SGSSS. Medellín: Comunicación Integral, 2003.
12. Guedes AC. Rehabilitación bucal en odontopediatría: atención Integral. Bogotá: D'vinni, 2003.

13. Flórez J, Mazuera M. Curso modular de epidemiología básica. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1991.
14. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de salud bucodental: métodos básicos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997.
15. National Screening Committee. Second report. London: Department health of United Kingdom, 2000.
16. Londoño JL. Metodología de la investigación epidemiológica. Bogotá: El Manual Moderno, 2004.
17. Arias SA, Orozco DA. Tamización. Med Lab, 2002; 10: 465-473.
18. Ministerio de Salud. Resolución 1895 de 2001. Por la cual se adopta la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud —10a rev—. Bogotá: Ministerio de Salud, 2001.
19. Koch G, Modeer T, Poulsen S, Rasmussen P. Odontopediatría: enfoque clínico. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1994.
20. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal. Bogotá: Ministerio de Salud, 1998.
21. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare, 1974.

PROGRAMACIÓN XXXV SIMPOSIO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA / 2006 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS PARA EL SIGLO XXI

PRESIMPOSIO

Viernes 22 de septiembre
Auditorio principal
Facultad de Odontología

8:00 a 9:30

Importancia de la imagen en el diagnóstico y la prevención / Doctor Germán Aguilar

9:30 a 11:00

La interpretación radiográfica en odontología / Doctor Raúl Cadavid

11:00 a 12:00

Técnicas y tecnología / Doctora Olga Aguilar

Valor de la inversión \$20.000. Para odontólogos, docentes y estudiantes

Inscripción

Pagar en la caja de la Facultad a nombre del Presimposio del XXXV Simposio Internacional **Imágenes Diagnósticas en Odontología para el Siglo XXI**

Ubicar al odontólogo en los diferentes desarrollos tecnológicos y en las diferentes alternativas que se tienen a la mano para establecer diagnósticos oportunos y exactos, a través de ayudas de punta con mayor precisión basados en una correcta selección e interpretación de las imágenes.

La tendencia mundial es salir de lo convencional para entrar al análisis de lo tridimensional con imágenes más cercanas a la realidad de los tejidos y de sus procesos patológicos.

SIMPOSIO

Jueves 28 de septiembre
Mañana

7:00 a 8:00

Inscripciones

8:00 a 8:30

Instalación

8:30 a 10:00

Patología bucal / Doctor Hugo Aguayo

10:00 a 10:30

Refrigerio / Visita muestra comercial

10:30 a 12:30

Implantes dentales / Doctor Hugo Aguayo

Tarde

14:00 a 15:30

Trauma maxilofacial y dentoalveolar / Doctor Claudio Fróes de Freitas

15:30 a 16:00

Refrigerio / Visita muestra comercial

16:00 a 17:30

Senos paranasales y vías aéreas / Doctor Claudio Fróes de Freitas

17:30 a 18:30

Panel de preguntas / Coordina Doctor Germán Aguilar

18:30 a 20:00

Coctel de bienvenida

Viernes 29 de septiembre
Mañana

8:00 a 10:00

Articulación temporomandibular / Doctora Adalsa Hernández

10:00 a 10:30

Refrigerio / Visita muestra comercial

10:30 a 12:00

Imágenes diagnósticas y marketing / Doctor Germán Aguilar

Tarde

14:00 a 15:30

Operatoria, endodoncia, periodoncia y rehabilitación oral / Doctor Claudio de Freitas

15:30 a 16:00

Refrigerio / Visita muestra comercial

16:00 a 18:00

Odontopediatría, ortopedia, ortodoncia y cirugía

18:00 a 19:00

Panel de preguntas / Doctor Germán Aguilar

CONTROL DEL PROCESO INFECCIOSO

Curso teórico-práctico
Doctor Alejandro Botero
8 horas
Fechas: 25 y 26 de agosto

INTENSIVO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Curso teórico-práctico
Facilitadores: Olga Lucía Giraldo,
Luz Marina Orozco, Óscar Ramón Morales
16 horas
Fechas: 20, 21, 27 y 28 de octubre

Informes: Coordinación Programa de Educación Permanente
Facultad de Odontología
Tels.: 210 67 60 / 67 04. Fax: 211 00 67
Correo electrónico:
extension@chami.udea.edu.co
http://chami.udea.edu.co