

Clara Santos Bistué

Evaluación del programa de
atención dental infantil en Aragón:
estado de salud oral de los niños
de 12 años, opinión de usuarios y
de profesionales

Departamento
Microbiología, Medicina Preventiva y Salud
Pública

Director/es
Rubio Calvo, Emilio
García Felipe, Ana Isabel

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DENTAL INFANTIL EN ARAGÓN: ESTADO DE
SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS,
OPINIÓN DE USUARIOS Y DE PROFESIONALES**

Autor

Clara Santos Bistué

Director/es

Rubio Calvo, Emilio
García Felipe, Ana Isabel

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública

2013



Universidad Zaragoza

TESIS DOCTORAL

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DENTAL INFANTIL EN ARAGÓN: ESTADO DE
SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS. OPINIÓ
DE USUARIOS Y DE PROFESIONALES**

**Presentada por
Clara Santos Bistué**

**Dirigida por:
Prof.Dr.D. Emilio Rubio Calvo- Prof^a.Dra.D^a Ana Isabel García Felipe**

TESIS DOCTORAL

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL EN ARAGÓN: ESTADOS DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS. OPINIÓN DE USUARIOS Y DE PROFESIONALES

Clara Santos Bistué
Director. Prof. Dr. D. Emilio Rubio Calvo-Prof^a.Dra.D^a Ana Isabel García Felipe
Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Zaragoza

Zaragoza Junio 2013

D. Emilio Rubio Calvo, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública (Bioestadística) de la Universidad de Zaragoza y Dña. Ana Isabel García Felipe, profesora titular de Medicina Preventiva y Salud Pública (Bioestadística) de la Universidad de Zaragoza

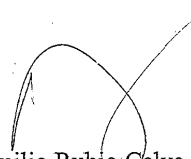
CERTIFICAN

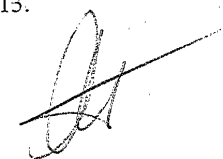
Que la memoria de tesis doctoral, "EVALUACION DEL PROGRAMA DE ATENCION DENTAL INFANTIL EN ARAGON: ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS. OPINION DE USUARIOS Y PROFESIONALES", presentada por Dña Clara Santos Bistué, para optar al grado de Doctor, por la Universidad de Zaragoza, ha sido realizada en el Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, bajo nuestra dirección.

Y que reúne la suficiente materia original e inédita para ser considerada como tesis doctoral y que reúne los requisitos exigidos por esta Universidad.

Y para que conste, en cumplimiento de la legislación vigente, presenta el referido trabajo para que la pueda defender en público.

Lo que firmamos en Zaragoza a 20 de Junio de 2013.


Fdo. Emilio Rubio Calvo


Fdo. Ana Isabel García Felipe

“Vive como si fueras a morir mañana. Aprende como si fueras a vivir siempre”

Mahatma Gandhi

**Para mi padre
Mi mejor maestro**

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar quiero dar las gracias a mis directores de tesis ya que sin su ayuda e indicaciones este trabajo no hubiera sido posible.

A mis padres por haberme guiado siempre por el camino del trabajo y el aprendizaje, gracias a ellos he llegado hasta aquí. Y a mis hermanos por haber compartido este camino conmigo.

A Belén por haberme ayudado a la hora de crear las imágenes que tanto me han ayudado en esta tesis a la hora de enseñar a los niños a cepillarse.

A Silvia mi segundas manos y mis segundos ojos en este proyecto, esta claro que sin ella no lo hubiera podido llevar a cabo.

A Elena por sus consejos, sin ellos este trabajo hubiera sido diferente.

A todos mis compañeros de profesión que de forma totalmente desinteresada me han dado su opinión.

A los padres de los alumnos que no han dudado en ayudarme a que este proyecto se convierta en realidad.

A los niños que hemos visitado, ya que han hecho de nuestra visita una experiencia muy positiva.

A los directores y el personal de los colegios que hemos visitado, que nos han recibido con los brazos abiertos ya que han contribuido a que este trabajo haya sido una experiencia muy agradable.

A Luis por estar ahí

Y en general a todas las personas que han contribuido a que un bonito proyecto se haya hecho realidad.

A todos muchas gracias.

INDICE

| | |
|---|----|
| ACRÓNIMOS | 1 |
| JUSTIFICACIÓN | 3 |
| OBJETIVOS | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| a. LA CARIES DENTAL Y PREVENCIÓN | 13 |
| b. PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PADI) EN ESPAÑA: | 26 |
| ANDALUCIA | 28 |
| ARAGÓN | 30 |
| PRINCIPADO DE ASTURIAS | 34 |
| ISLAS BALEARES | 37 |
| CANARIAS | 38 |
| CANTABRIA | 41 |
| CASTILLA LA MANCHA | 41 |
| CASTILLA LEON | 44 |
| CATALUÑA | 46 |
| EXTREMADURA | 47 |
| GALICIA | 49 |
| COMUNIDAD DE MADRID | 49 |
| REGION DE MURCIA | 50 |
| NAVARRA | 51 |
| PAIS VASCO | 52 |
| LA RIOJA | 53 |
| COMUNIDAD VALENCIANA | 54 |
| CEUTA Y MELILLA | 54 |
| c. ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS: | 55 |
| OBJETIVOS DE SALUD ORAL PARA NIÑOS DE 12 AÑOS | 55 |
| DATOS DE SALUD ORAL Y PROGRAMAS PARA NIÑOS EN DIFERENTES PAISES DEL MUNDO | 58 |
| SALUD ORAL A LOS 12 AÑOS EN ESPAÑA | 69 |
| ENCUESTAS DE SALUD ORAL POR AUTONOMIAS | 70 |
| ESTUDIOS EN POBLACIONES CONCRETAS | 79 |
| ESTUDIOS EN BARBASTRO | 80 |
| d. SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES CON EL PABIJ | 80 |
| e. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON EL PABIJ | 83 |

| | |
|---|------------|
| MATERIAL Y MÉTODOS | 87 |
| NIÑOS QUE EN EL AÑO 2011 CUMPLEN 12 AÑOS, | |
| MATRICULADOS EN LOS COLEGIOS DE BARBASTRO | 89 |
| ENCUESTA A LOS PADRES O TUTORES DE LOS NIÑOS | 91 |
| ENCUESTA A LOS DENTISTAS ADSCRITOS AL PABIJ | |
| EN ARAGÓN DURANTE EL AÑO 2010-11 | 92 |
| PROGRAMAS DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL EN LAS | |
| DISTINTAS COMUNIDADES AUTONÓMAS ASI COMO EN | |
| OTROS PAISES | 93 |
| ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS A NIVEL EUROPEO, | |
| NACIONAL Y EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTONÓMAS | 93 |
| MÉTODOS ESTADÍSTICOS | 93 |
| ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS | 95 |
| a. DIFERENCIAS ENTRE LOS PROGRAMAS DE SALUD | |
| ORAL EN ESPAÑA. | 97 |
| b. ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS | 102 |
| ÍNDICE CAOD | 102 |
| ÍNDICE cod | 108 |
| ÍNDICE IR O INDICE DE RESTAURACIÓN | 110 |
| ÍNDICE CAOM | 113 |
| ÍNDICE IR PARA EL PRIMER MOLAR PERMANENTE | 116 |
| PREVALENCIA DE CARIES | 117 |
| PREVALENCIA DE CARIES EN DENTICIÓN | |
| PERMANENTE | 120 |
| %LIBRE DE CARIES | 123 |
| %LIBRE DE CARIES EN DENTICIÓN PERMANENTE | 126 |
| INDICE SiC O CARIES SIGNIFICANTES | 129 |
| c. OPINIÓN DE LOS PADRES DE LOS USUARIOS DEL | |
| PROGRAMA PABIJ | 131 |
| d. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL | |
| PROGRAMA PABIJ | 142 |
| DISCUSIÓN | 157 |
| a. DIFERENCIAS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL | |
| INFANTIL Y JUVENIL DE ARAGÓN (PABIJ) CON OTROS | |
| PROGRAMAS DEL MUNDO Y CON LOS QUE SE LLEVAN A | |
| CABO EN LAS DIFERENTES AUTONOMÍAS ESPAÑOLAS | 159 |
| b. ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS | |
| ESCOLARIZADOS EN BARBASTRO DURANTE EL AÑO 2010-11 | 163 |

| | |
|---|------------|
| c. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN EL SERVICIO PABIJ | 178 |
| d. OPININIÓN DE LOS USUARIOS (PADRES O TUTORES) DEL PABIJ EN BARBASTRO | 182 |
| CONCLUSIONES | 191 |
| PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS | 195 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. | 199 |
| ANEXOS | 219 |

ACRÓNIMOS

ADA: American Dental Association

C.A: Comunidad Autónoma

CAOD: índice de salud oral que tiene en cuenta solamente los dientes permanentes, suma los dientes careados, ausentes y obturados y se dividen por el número de individuos estudiados

CAOM: índice que indica el grado de afectación por caries del primer molar permanente. Suma de ausentes, careados y obturados teniendo en cuenta únicamente los primeros molares permanentes. El valor va de 0 a 4.

CC.AA.: Comunidades Autónomas

cod: índice que recoge el número de piezas temporales obturadas y careadas dividido por el número de individuos estudiados.

FDI: Federación Dental Internacional

IADR: International Association for Dental Research

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

IR: Índice de Restauración

OMS: Organización Mundial de la Salud

PABIJ: Programa de Atención Bucal Infantil y Juvenil (se denomina de esta manera en Aragón)

PADI: Programa de Atención Dental Infantil

PADICAN: Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil de Canarias.

PADIEX: Programa de Atención Dental Infantil de Extremadura.

SESCAM: Servicio de Salud de Castilla- La Mancha.

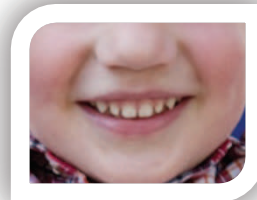
SERGAS: Servicio Gallego de Salud

SESPO: Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral.

SiC: índice de caries significativas. Se calcula el índice CAOD del tercio de la población más afectado por caries



JUSTIFICACIÓN



JUSTIFICACIÓN:

La caries es la tercera enfermedad más frecuente en nuestro país, después del cáncer y de las enfermedades cardio-vasculares. Es una enfermedad pandémica en nuestro medio, hasta tal punto que es aceptado por la mayoría de la población como algo normal.

Se trata de una enfermedad prevenible y con una prevención accesible a todo el mundo. Es destacable la importancia de comenzar la prevención de caries y la educación en la higiene y salud dental en la infancia.

El primer programa de prevención de caries a nivel nacional fue realizado por el INSALUD a partir de 1988, en la zona de salud de Barbastro se inició en el año 1998, llegando a las diferentes comunidades autónomas con dificultades estructurales y prácticas. Este programa abarcaba únicamente revisiones y tratamientos preventivos a la población infantil.

Desde hace 20 años y comenzando en el País Vasco este programa evoluciono hacia un mayor grado de prestaciones cubriendo también tratamientos restauradores, denominándolo PADI.

Hoy en día existen en España comunidades autónomas que continúan con las prestaciones del antiguo programa del INSALUD y otras en las que se realiza el PADI. Se realiza mediante convenios con los colegios de odontoestomatólogos y en otros casos por los Servicios públicos de salud. En Aragón se puso en marcha el PABIJ durante el año 2005, incluyendo en ese momento a los niños que cumplían durante ese curso los 6 años.

En nuestra practica clínica diaria atendemos a niños que forman parte del PABIJ por lo que nos hemos dado cuenta de que en estos niños esta aumentando la incidencia de caries, a raíz de este hallazgo y siguiendo nuestros estudios previos, realizados en los años 1986,1999, 2004 y 2009, sobre la salud oral de los escolares barbastrenses nos planteamos este trabajo con la hipótesis previa de que los resultados de los índices de caries en los escolares de 12 años de Barbastro en el año 2011, los primeros que entraron a

formar parte del PABIJ, van a ser peores que los resultados en nuestros estudios previos, en otros estudios a nivel de otros países, en las encuestas nacionales en España, en las encuestas nivel autonómico y las realizadas en poblaciones concretas españolas.

De la misma manera nos planteamos conocer la opinión tanto de profesionales como de usuarios del programa PABIJ, ya que esto puede ayudar a que el programa evolucione.



OBJETIVOS



OBJETIVOS:

- GENERAL:

Conocer los resultados que esta obteniendo el PABIJ mediante un conocimiento fiel del estado de salud oral de los niños de 12 años de Barbastro, así como la opinión de los profesionales, padres y tutores relacionados con este programa de salud oral.

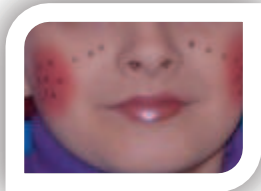
- ESPECIFICOS:

- Conocer y comparar los diferentes programas de salud oral que se están llevando a cabo en las distintas comunidades autónomas.
- Conocer la manera en la que se da cobertura en materia de salud oral a niños y adolescentes en otros países, para compararlo con lo que se realiza en Aragón y España.
- Conocer el estado de la salud oral de los niños de Barbastro que durante el año 2011 forman parte del PABIJ. Comparar los índices de salud oral con otros estudios realizados en otros países, en España, en otras comunidades autónomas, en poblaciones concretas y con nuestros estudios previos en Barbastro.
- Conocer la opinión de los profesionales que estén llevando a cabo el programa de atención dental infantil en Aragón, comparar esta opinión con la de los profesionales que prestan sus servicios en otras comunidades autónomas

- Conocer la opinión sobre el programa de los usuarios (padres/tutores) del programa de atención dental infantil, comparar esta opinión con la de los usuarios de los programas similares al PABIJ en otras comunidades autónomas.



INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

a. CARIES DENTAL Y PREVENCIÓN

Antes de hablar de su prevención vamos a recordar una serie de conceptos generales para entender esta enfermedad, su mecanismo y las diferentes maneras de prevenirla.

La forma en que se ha intentado explicar la aparición de la caries a lo largo del tiempo es interesante. ^(3,4)

- Desde Babilonia hasta el siglo XVIII se creyó que la caries estaba causada por unos gusanos que vivían en la pulpa del diente para “poder chupar la sangre y roer el hueso”
- Galeno habló de que la caries estaba causada por un estado anormal de los humores en el cuerpo.
- En 1778 Hunter planteó que la causa de la caries era una inflamación de la pulpa por el consumo inadecuado o excesivo de algunos alimentos.
- En 1819 Parry se fijó en que la caries se iniciaba en aquellos lugares en los que había retención de alimentos.
- Con anterioridad, en 1817, Magitot había demostrado que la fermentación de los azúcares disolvía las estructuras dentales

A partir de aquí surgieron una serie de teorías:

- TEORIA QUIMIOPARASITARIA (Miller): es la más aceptada. Miller la comprobó en 1882. La caries la causan los microorganismos al producir ácidos, esta bajada de pH hace que haya más actividad de los microorganismos y que se desmineralice el esmalte
- TEORIA PROTEOLITICA (Gottlieb): enunciada en 1947, la caries se inicia en la placa. En esta teoría defienden que los microorganismos que causan la caries son proteolíticos es decir destruyen proteínas

- TEORIA PROTEOLISIS-QUELACIÓN (Shatz 1954): unen la teoría proteolítica y la quelación para explicar la destrucción del diente. Se producen dos reacciones simultáneas: la destrucción de los componentes orgánicos del esmalte por los microorganismos y la pérdida de apatita.
- TEORIA ENDOGENA (Csernyei): la caries se produce por un desequilibrio bioquímico, se alteran el metabolismo del flúor y del magnesio del cuerpo, esto estimula la formación de ácido fosfórico por parte de la pulpa y se disuelven los tejidos calcificados.
- TEORIA DEL GLUCÓGENO (Egyedi): la presencia de caries se relaciona con haber consumido grandes cantidades de hidratos de carbono durante la formación del diente, quedando atrapado el glucógeno en la estructura dental.

Muy criticada, por su poca base

- TEORIA ORGANOTRÓPICA (Leimbruger): explica la caries mediante un equilibrio entre tejidos duros, blandos y saliva. Los tejidos duros son una barrera entre la sangre y la saliva, a su vez en la saliva están en equilibrio minerales y la matriz de esmalte y dentina, si este equilibrio se rompe se destruyen los tejidos.

Tiene escasos fundamentos

- TEORIA BIOFÍSICA (Neumann y Di salvo): las grandes fuerzas de compresión a que están sometidos los dientes producen cambios en la estructura del diente lo que provoca una menor resistencia de los tejidos ante los ataques de los microorganismos. No está comprobada esta teoría.

Actualmente se considera que la caries tiene una etiología multifactorial y su aparición la determinan los siguientes factores: ⁽⁴⁻⁸⁾

- El huésped (saliva y piezas dentarias)
- Los microorganismos
- El sustrato, es decir la dieta

A estos tres factores propuestos por Keyes, Newbrun añadió el tiempo en 1984

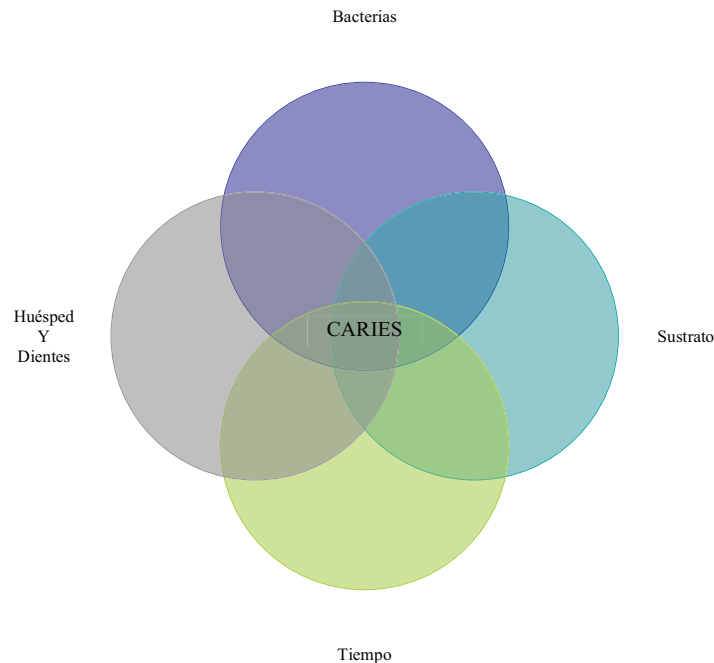


Fig 1 Diagrama de Keyes modificado
Fuente: Santos (1989)

MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE CARIES:

Entendemos como prevención “cualquier medida que permita reducir la posibilidad de una afectación o enfermedad, o bien disminuir o aminorar su progresión” ⁽⁵⁾

Antes de hablar de la prevención de caries debemos de tener claro los diferentes niveles de prevención que existen para las enfermedades y en que momento de estas actúan. La prevención la podemos clasificar en: ⁽⁵⁻⁸⁾

- **Primaria:** su objetivo es disminuir la posibilidad de que ocurran las enfermedades o afecciones. Dentro de esta prevención, existen dos subniveles a la que muchos autores llaman primer nivel y segundo nivel, Leavell y Clark (1965) lo denominan:

- Prevención inespecífica: evitar la enfermedad en general. Por ejemplo tener una buena casa, una buena alimentación etc.
- Prevención específica: va dirigido hacia una enfermedad determinada. Hablamos de vacunas, fluoración de agua de consumo...
- Secundaria: solo se pone en marcha cuando la primaria ha fracasado o no ha existido. Se trata del diagnóstico y tratamiento precoz (los autores que hablan de primer y segundo nivel consideran un tercer nivel)
- Terciaria: cuando la enfermedad ya esta establecida. Cuenca et al 2007 ponen todas las medidas juntas pero hay autores que vuelven a diferenciar dos subniveles:
 - 4º nivel: limitación del daño. Por ejemplo recubrimiento pulpar, endodoncia etc.
 - 5º nivel: rehabilitación, es decir prótesis dental.

En cuanto a prevención de caries hablaremos de cuatro maneras principales de hacerlo: todas ellas tienen la misma importancia y solo combinándolas y consiguiendo motivar tanto a los padres como a los niños, para que cumplan estos puntos, podremos aspirar a una correcta prevención de caries, ya que la mayor parte de esta prevención se ha de llevar a cabo en casa y a lo largo de toda la vida

1. Flúor: ya que aumenta la resistencia del esmalte, favorece la remineralización de éste e inhibe los microorganismos causantes de la caries.
2. Enseñanza de higiene oral: enseñando a eliminar correctamente los restos de alimentos cuya fermentación causa la caries
3. Sellado de fosas y fisuras: creando una barrera física que impide el acumulo de comida en las zonas oclusales que por fisonomía su esmalte es más fino; tienden a acumular más restos de alimentos y el efecto del flúor en esas zonas es menor.

4. Enseñanza de hábitos dietéticos saludables: enseñando a los padres a evitar las comidas entre horas y a restringir en la dieta los alimentos azucarados.

1. Flúor

El flúor tiene gran afinidad con el fosfato de calcio por lo que se deposita con gran facilidad en los dientes proporcionando: ⁽⁹⁾

5. Mayor resistencia a los ácidos, ya que la fluorapatita es más resistente que la hidroxiapatita
6. Disminuye el metabolismo bacteriano ya que modifica la fermentación de los azúcares por parte de las bacterias.
7. Remineraliza las lesiones iniciales de caries.

La SESPO (2000) clasifica los fluoruros de la siguiente manera ⁽¹⁰⁾ :

1. Según la acción:
 - a. Pre-eruptiva
 - b. Post-eruptiva
2. Según su modo de aplicación:
 - a. Preparados de flúor sistémico: se deposita en dientes en formación aumentando la resistencia del diente tras la erupción, pero su acción principal es pre-eruptiva.
 - i. Fluoración de aguas de consumo público
 - ii. Sal
 - iii. Comprimidos
 - b. Preparados de flúor tópico: actúan principalmente post-eruptivamente ya que su acción es directa sobre la superficie del diente.
 - i. Colutorios,
 - ii. Dentífrico

iii. Geles

iv. Barnices

3. Según su aplicación

- a. Profesional: se trata de una aplicación poco frecuente con alta concentración
- b. Autoaplicación: baja concentración y aplicación frecuente

DESCRIPCION DE LOS CASOS SEGÚN SU MODO DE ACCIÓN

El flúor protege el diente de dos formas: sistémica y tópica⁽¹⁰⁻¹¹⁾

1) Hablando de ACCIÓN SISTÉMICA:

Si se ingiere el flúor durante la formación del diente este se incorpora a las estructura del diente, de la forma de ingestión sistémica una parte también actúa de forma tópica ya que queda en la saliva⁽¹²⁾

FLUORACIÓN DE LAS AGUAS DE CONSUMO PÚBLICO: ⁽⁹⁻¹²⁾

La fluorización del agua es un método muy efectivo para prevenir la caries tanto en niños como en adultos

El flúor existe de forma natural en todas las fuentes de agua para consumo humano ya que se encuentra presente en la estructura de las rocas y el agua al pasar la recoge. ⁽¹¹⁾

En Estados Unidos tienen una experiencia de fluorización de las aguas de 60 años, Gran Rapids Michigan fue la primera ciudad del mundo en fluorar el agua, en un estudio a 15 años los niños que desde su nacimiento habían consumido agua fluorada tenían un 50-63% menos de caries. ⁽¹¹⁾

El problema con la fluoración del agua es que la OMS recomienda que exista una población mayor de 50.000 habitantes para fluorar el agua y en España solo el 49% de la población habita en ciudades de más de 50.000 habitantes por lo que hay que dar solución al resto de la población. ⁽⁹⁾

Se emplean unas concentraciones entre 1 y 1,2 ppm ^(11,13) De vez en cuando surge controversia sobre la fluorización de las aguas ya que las personas no pueden elegir el tomarla o no.

En España, se fluoró por primera vez el agua en Andalucía en los años 80⁽¹²⁾ y existen plantas de fluorización de aguas en⁽¹³⁾ : Aljarabe (Sevilla); Badajoz; Córdoba; Córdoba zona norte; Gerona; Letur (Murcia-Albacete); Linares (Jaén); Lorca (Murcia); Sevilla capital; Vitoria capital y Bilbao.

SAL:

Se comenzó a emplear en Suiza donde el 75% de la población la toma, con dosis de 250 ppm. En España las dosis son de 125 ppm.⁽⁹⁾

Al poder elegir tomarla o no, no hay oposición.

COMPRIMIDOS Y GOTAS:

En sitios donde las aguas no están fluoradas, recomiendan su uso hasta los 13 años⁽⁹⁾

2) Respecto al uso TÓPICO de flúor

La forma de aplicación tópica hace más fuertes los dientes que ya están presentes en la boca, protección local de la superficie del diente podemos diferenciar la aplicación profesional y la auto aplicación con los dentífricos y colutorios de uso diario. En el caso de aplicación profesional, tenemos:⁽⁹⁾

- a. GELES
- b. SOLUCIONES
- c. BARNICES
- d. PASTAS DE PROFILAXIS

Lo que se suele usar son los geles, excepto en niños menores de 6-7 años y en disminuidos psíquicos, ya que no controlan la deglución.

Para su aplicación se realiza una limpieza del esmalte y después se coloca el flúor durante 4 minutos, dependiendo del riesgo de caries de cada niño se puede aplicar hasta 4 veces al año.

Es importante que el paciente no coma ni beba ni se aclare durante los 30 minutos posteriores a la aplicación del flúor. ⁽¹⁴⁾

2. Enseñanza de Higiene Oral:

Unas buenas pautas de higiene oral son básicas para la salud oral. La Federación Dental Internacional (FDI) estableció el cepillado dental con una pasta fluorada al menos 2 veces al día como patrón básico del cuidado dental personal ⁽¹⁶⁾

La mayoría de los autores establecen la siguiente pauta para adquirir hábitos dentales. Cambian de un autor a otro en las edades ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

8. Comenzar con la erupción de los primeros dientes, que tiene lugar alrededor de los 6 meses de edad, que han de ser limpiados mediante una gasa húmeda.
9. Al año de edad se comienza con el cepillado por parte de los padres sin pasta y a partir de los tres años colocar pasta fluorada de 500 ppm una vez al día. Se deja al niño que lo intente sin pasta.
10. A partir de los 6 años el niño ya debería ser capaz de realizar un correcto cepillado por si solo y cepillarse al menos 2 veces al día con pasta fluorada de una concentración de 1000 ppm.
11. Empezar a utilizar los enjuagues una vez controlada la deglución que debe ser alrededor de los 6 años

Respecto a la técnica a emplear:

12. En niños la técnica horizontal de cepillado
13. En la adolescencia se introduce la técnica de Bass que será empleada en toda la vida adulta: que consiste en colocar el cepillo a 45° sobre el surco gingival y hacer movimientos vibratorios en sentido vertical para eliminar la placa.

Es interesante la tabla de Casals (2005) sobre los hábitos higiénicos orales de los escolares españoles: se puede observar que el número de niños que se cepillan más de una vez en ningún caso pasa del 61%; sin tener en

cuenta que muchas veces, en estas encuestas, los niños tienden a contestar lo que es socialmente aceptado

| Ámbito | Año del trabajo de campo | Edad | Muestra | Cepillado Diario | Una vez | Más de una vez |
|----------|--------------------------|-------|---------|------------------|---------|----------------|
| Canarias | 1990 | 12 | | 95,15% | | 44,3% |
| Canarias | 1997 | 0-14 | 231 | 79% | | |
| Canarias | 1998 | 12 | 1063 | 90,5% | 39,2% | 51,3% |
| Navarra | 1997 | 12 | | 795 | 39,5% | 39,5% |
| Navarra | 1997 | 14 | | 79,6% | 46,4% | 30,9% |
| Navarra | 2002 | 12 | 392 | 85,7% | 36,3% | 49,4% |
| Navarra | 2002 | 14 | 412 | 79,6% | 26,6% | 53% |
| C. León | 1993 | 12 | 953 | 80,9% | 41,3% | 39,6% |
| C. León | 1993 | 14 | 913 | 78,2% | 38,2% | 40% |
| C. León | 1997 | 14 | 19803 | 96,4% | 34,8% | 61,6% |
| C. León | 1999 | 12 | | 89% | 35,6% | 53,3% |
| C. León | 1999 | 14 | | 93,4% | 36,3% | 57,1% |
| Vitoria | 1999 | 13-20 | 1292 | 95,7% | 53,8% | 41,9% |
| Galicia | 2000 | 12 | 1117 | 83,1% | | |
| España | 1997 | 7-13 | 123 | 78% | 22,7% | 55,3% |

Tabla 1. Hábitos de cepillado en los escolares españoles Fuente: Hábitos de cepillado de los escolares españoles. Casals (2005)

3. Sellado de Fosas y Fisuras:

Las evidencias sugieren que el 90% de la caries en niños ocurre en las fosas y fisuras ^(19,20)

Gran cantidad de estudios proponen los selladores de fisuras como una medida efectiva en la prevención de caries ⁽²⁰⁾. Ya que se coloca una barrera física sobre unas zonas muy susceptibles a caries del diente, las fosas y

fisuras, impidiendo que se acumulen allí restos de comida, así como que los microorganismos tengan acceso.

Kaja et al (2008) comparan una clínica en la que se sellaban sistemáticamente todos los molares permanentes de los niños y otra en la que se evaluaba el riesgo individual de caries; se comprobó que, aunque el sellado sistemático, sin determinar el riesgo de caries, no es el tratamiento de elección, redujo significativamente el número de caries.

El éxito de los selladores de fisuras depende sobre todo de la técnica de aplicación ⁽²⁰⁾, de las etapas que hay que seguir para colocarlos. Todos los autores proponen el siguiente protocolo de aplicación de los selladores de fisuras, salvo en pequeñas variaciones, en el tiempo de aplicación del grabador ácido.

1. Limpiar la superficie de fosas y fisuras: con una copa o cepillo, con una sonda y agua; con un buen cepillado o con aire abrasivo. No hay diferencias en la retención entre limpiar de una forma u otra
2. Aislamiento. Es sin duda el paso más importante para que el sellado tenga éxito, puede hacerse un aislamiento relativo con rollitos de algodón o un aislamiento absoluto con dique de goma.
3. Grabar la superficie del esmalte con ácido ortofosfórico durante 15"
4. Lavar y secar el diente.
5. Aplicar el sellador tapando todas las fosas y fisuras.

Existen diferentes tipos de materiales para usar como selladores:

- a. Resinas autopolimerizables
 - b. Resinas fotopolimerizables
 - c. Resinas fotopolimerizables con contenido en flúor.
 - d. Cementos autopolimerizables de ionómero de vidrio
 - e. Ionómero de vidrio fotopolimerizable. (el ionómero de vidrio es el material que ha obtenido peores resultados)
6. Evaluar el sellador y asegurarse que esta todo sellado.

Los selladores son efectivos durante todo el tiempo que permanecen en boca por lo que se ha de procurar conseguir una buena retención ⁽²⁰⁾

Las piezas en las que están indicados los selladores las podemos resumir en:

- Los primeros y segundos molares permanentes son los más susceptibles a los sellados, pero hay que tener en cuenta otros aspectos:
 - La profundidad de las fosas y fisuras de la pieza dental.
 - Estado de erupción, que la pieza haya erupcionado lo suficiente para poder sellarla correctamente y sellarla antes de que pasen 4 años de su erupción.
 - Historia individual de caries
 - Ver si hay caries en la pieza, si la caries solo afecta al esmalte hay autores que recomiendan sellar la pieza ya que detiene el proceso de caries.
- Otros autores recomiendan sellar las piezas temporales de niños con mucho riesgo de caries y los premolares permanentes. ⁽²³⁾

4. Dieta:

La dieta tiene un papel fundamental en la etiopatogenia de la caries por lo que es muy importante una educación nutricional

En la dieta, al igual que en la higiene oral, es bueno adquirir hábitos saludables, desde la infancia, para que así los individuos sean capaces de mantenerlos a lo largo de toda su vida.

Se debe seguir una alimentación equilibrada y variada; para verlo de manera representativa consideramos la pirámide alimenticia fig 3, Navarro (2009).

La dieta es un hábito que se va adquiriendo poco a poco en la infancia, se van introduciendo los alimentos de forma escalonada por lo que es

importante que los niños adquieran hábitos saludables desde el principio ya que estos hábitos son muy difíciles de cambiar más adelante⁽²⁷⁾

Hay que tener en cuenta que los hábitos alimenticios saludables evitan la obesidad y promueven un correcto desarrollo físico y dental del niño ^(27,28)

Existen múltiples factores que influyen en los hábitos dietéticos de una persona ⁽²⁷⁾

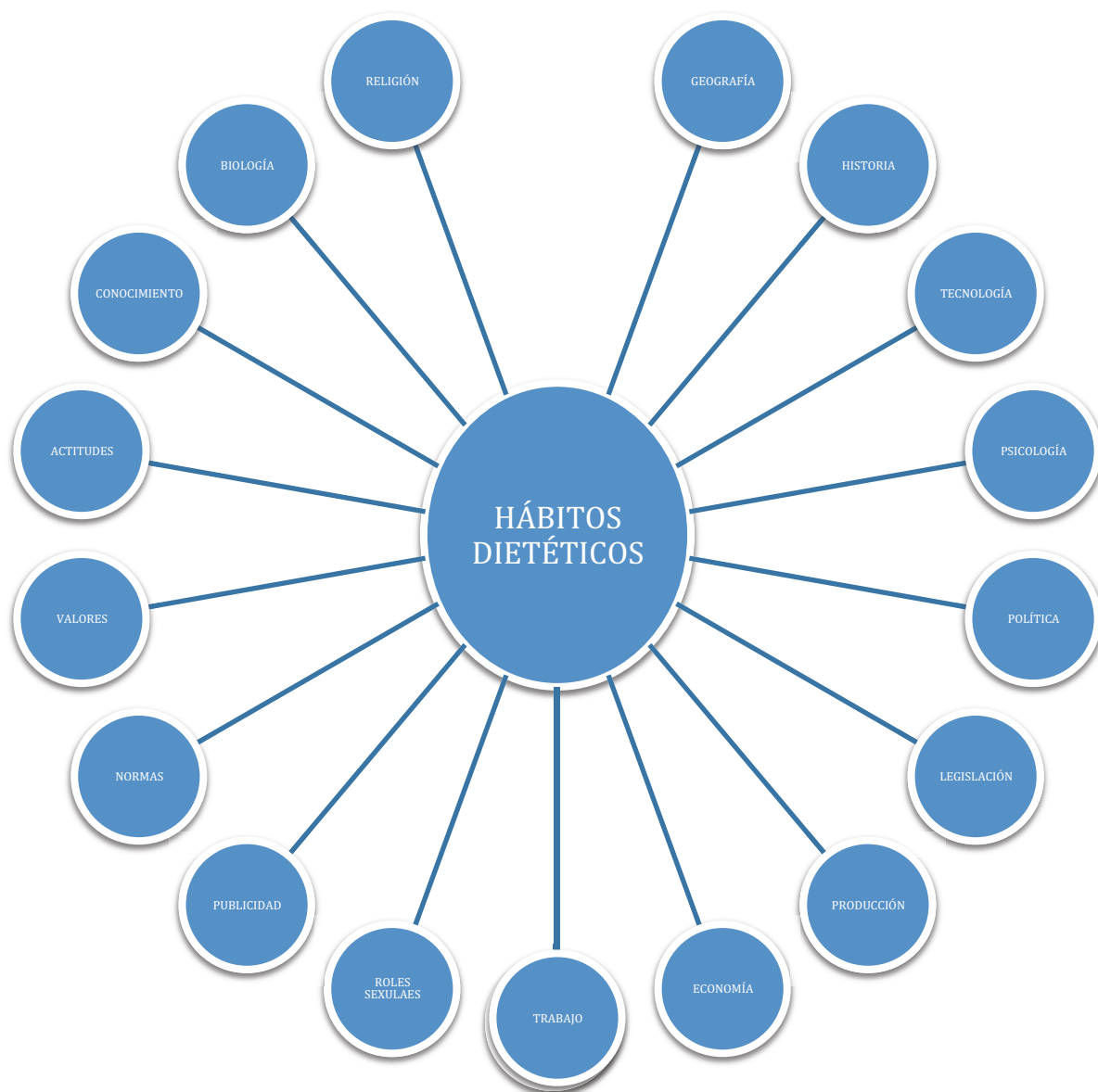


Fig 2: Aspectos que influyen en los hábitos alimenticios

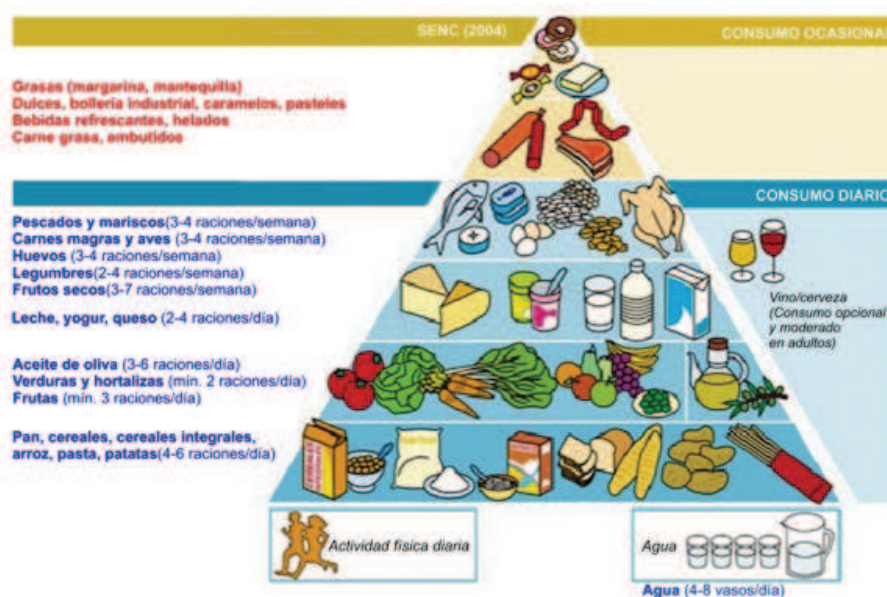


Fig 3: Pirámide Alimentaria. Fuente: Navarro (2009)

Los azúcares tienen alto potencial cariogénico ya que el E. mutans los metaboliza en ácidos que provocan una disminución del pH, favoreciendo la desmineralización del esmalte y la proliferación bacteriana. Por ello se considera que el máximo de azúcar recomendado en la dieta son 70-80 g/día aunque lo aceptable son 50g/día^(29,30)

Llena y Forner 2008 reflejan que el consumo de azúcar en España en 1970 eran 80g/día y se ha mantenido hasta hace unos años en que el azúcar diario ha descendido a 13,5 g/día pero ha aumentado el consumo de alimentos industrializados que tienen gran cantidad de azúcares. Esto es común en los países desarrollados. Es difícil que los individuos reconozcan como azúcar la gran cantidad que se usa, de estos productos, en fabricar alimentos.

Hay que resaltar que es más importante la frecuencia de ingesta, que la cantidad de azúcar, ya que si las ingestas son muy seguidas no damos tiempo a la remineralización del esmalte.

En el estudio realizado por estos autores, los niños de 6 a 10 años de una muestra de Valencia, tienen una media de ingesta de productos azucarados de 7,8 veces/día.

Hay alimentos que disminuyen más que otros el pH bucal, bien por que quedan durante mucho tiempo pegados a los dientes o porque tardan mas en disolverse; algunos de esos alimentos son⁽³⁰⁾

Albaricoque seco, Arroz, Copos de avena, Crema de cacahuete, Caramelos, Cereales preendulzados o simples, Bebidas de cola, Galletas, Gelatinas, Manzana, Pan, Pastas, Pasteles, Uvas y Zanahorias cocidas

Ante estos datos, podemos concluir que es muy importante que el odontólogo de algunas recomendaciones dietéticas a padres y niños, del siguiente estilo:

1. La alimentación debe ser variada y equilibrada⁽²⁹⁾
2. Hay que reducir el consumo de productos azucarados; si se consumen hacerlo en las comidas y no entre ellas^(9,29)
3. Reducir, también, el consumo de sacarosa a un máximo de 50 g/día^(9,29)
4. Añadir vegetales y frutas a las comidas, para aumentar el flujo salival^(28,30)
5. Promover el uso edulcorantes no cariogénicos, como el xilitol en chicles y chucherías^(9,29)
6. Evitar biberón con leche, zumo u otra bebida azucarada cuando el niño va a dormir⁽²⁹⁾
7. No “picar” entre horas⁽⁹⁾
8. Disminuir los alimentos pegajosos⁽⁹⁾

b. PROGRAMAS DE SALUD DENTAL INFANTIL EN ESPAÑA

Se trata de un tema de actualidad, ya que la transferencia de la competencias de sanidad a cada comunidad autónoma ha hecho que cada comunidad instaure su programa de atención dental infantil, existiendo diferencias en cuanto a la atención que cubren, dependiendo de cada comunidad. Existen tres modelos diferenciados de programa: ⁽³⁸⁾

1. Modelo público. Son servicios de la red pública de Atención Primaria de cada administración sanitaria, prestados por dentistas asalariados, e integrados en los equipos de salud. El usuario acude a su Centro de Salud donde los dentistas realizan todos los tratamientos según la cobertura de cada Comunidad y programa de su zona .

2. Modelo mixto, público-privado. En la C.A. donde rige este modelo, la administración sanitaria ha concertado con la red privada la realización de determinados tratamientos. El usuario es atendido por los dentistas de la red pública (asalariados) que realizan los tratamientos genéricos, y derivan a los pacientes a la red privada concertada para los tratamientos denominados especiales. Estos tratamientos especiales se concretan en: endodoncia, apicoformación, traumatismos, malformaciones y tratamientos protésicos restauradores. El pago a los dentistas concertados es por “acto médico” a tarifa concertada. En este modelo, las CC.AA. tienen su propia legislación y cartera de servicios.

3. Modelo PADI. La provisión es mixta, a través de la red pública (dentistas asalariados) y de la privada, con un peso mayoritario de ésta última (90-95%). Existe libre elección de dentista y el pago a los privados es por capitación para la patología general y por acto médico, a tarifa concertada, para los traumatismos y malformaciones de incisivos y caninos. Ambos sectores realizan los mismos tratamientos. Las CC.AA. con este modelo tienen legislación y cartera de servicios propios. El usuario puede elegir libremente cualquier dentista de la red pública o privada y cambiar de dentista, si así lo desea, finalizado el año. Este modelo se apoya mayoritariamente en la red privada concertada para la oferta de sus servicios, y la pública, que provee los mismos servicios que la privada, actúa como garante del servicio ante posibles lagunas no cubiertas por aquélla. Es el modelo instaurado por País Vasco y Navarra a comienzos de los años 90 y posteriormente adoptado por otras Comunidades, en algunas de ellas con ligeras modificaciones.

Veamos las prestaciones que tiene el programa dental de salud en cada Comunidad Autónoma para poder analizarlos.

ANDALUCIA ⁽³⁹⁾

La prestación de salud oral infantojuvenil se regula en el decreto 281/2001 de 26 de diciembre de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Este programa se puso en marcha en el año 2002; incluye a los niños desde el 1 de Enero del año que cumplan los 6 años hasta el 31 de diciembre del año que hayan cumplido los 15 años; como en todas las comunidades autónomas se irán incluyendo las cohortes de edad progresivamente.

Una vez al año los padres o tutores del menor tienen derecho a escoger profesional perteneciente al sistema de salud público andaluz o un dentista del sector privado habilitado.

El programa tiene:

1. Prestaciones básicas, el usuario tiene el TADA (talón de asistencia dental de Andalucía) por las que se les pagara una cantidad por niño y año a los profesionales capacitados que son las siguientes:
 - a. Revisión anual en la que se incluyen instrucciones de higiene y dieta, en esta revisión el profesional valorara si es necesario en cada caso más de una visita al año.
 - b. Sellado de fosas o fisuras en piezas permanentes, se realizará:
 - i. Cuando niño haya padecido o padezca caries.
 - ii. Cuando se detecte caries, obturación o alguna pieza ausente por caries.
 - c. Obturación de piezas permanentes.
 - d. Tratamientos pulpares y exodoncias en piezas permanentes
 - e. Exodoncias de piezas temporales
 - f. Asistencia de urgencias.
 - g. Tartrectomías de la dentición permanente por presencia de cálculo o pigmentación.

2. Tratamientos especiales por malformación o trauma en el sector incisivo canino permanente, estos tienen una retribución económica extra, por lo que es necesaria la conformidad del Delegado Provincial de Salud antes del tratamiento. Se incluyen en estos tratamientos:
 - a. Apicoformación
 - b. Corona completa de metal noble-porcelana
 - c. Corona completa de porcelana
 - d. Endodoncia
 - e. Extracción de supernumerarios
 - f. Ferulización del grupo anterior
 - g. Gran reconstrucción
 - h. Muñón metálico colado unirradicular
 - i. Perno prefabricado intrarradicular
 - j. Mantenedor de espacio
 - k. Reconstrucción
 - l. Recubrimiento pulpar directo
 - m. Reimplante dentario
 - n. Sutura de tejidos blandos.
3. No están incluidos en el programa los siguientes tratamientos:
 - a. Tratamiento de traumas cuando hay un tercero obligado al pago
 - b. Tratamientos ortodóncicos, excepto en personas con discapacidad con maloclusión severa en pacientes con fisura palatina, labio leporino o malformaciones esqueléticas, que serán atendidos por el sistema público de salud.
 - c. Tratamientos en dentición temporal.

Respecto a los resultados de PADI Muñoz y cols 2004 ⁽⁴⁰⁾ exponen que esta teniendo resultados deficientes en Andalucía ya que el primer año solo acudieron al dentista entre el 8 y el 10% de los niños que tenían derecho, además los profesionales están descontentos ya que no se consultó la

opinión de los colegios de dentistas a la hora de poner en marcha el programa y la retribución económica es escasa.

Si nos fijamos en la educación para la salud oral, en Andalucía tienen el programa APRENDE A SONREIR que va dirigido a los niños de entre 3 y 12 años. Trata de desarrollar hábitos de Higiene bucodental y alimentación sana, con la implicación de las familias y los profesionales de los centros educativos. Se les da a los niños un cuaderno de actividades, un cepillo de dientes y dentífrico. ⁽⁴¹⁾

ARAGÓN ⁽⁴²⁻⁴⁶⁾

Los centros educativos juegan un gran papel en la formación es por esto por lo que el gobierno de Aragón tiene en la actualidad en marcha dos programas; el primero Almarabú va dirigido a niños de primer ciclo de educación primaria; el segundo, Dientes sanos, esta dirigido a los niños que cursan tercero de educación primaria. Consisten en libros de actividades y juegos para que los niños trabajen en clase tanto los hábitos dietéticos como los de higiene oral ^(42,43)

El programa de atención dental infantojuvenil entro en vigor en Aragón el 8 Abril de 2005. ⁽⁴⁴⁾

Este programa se lleva a cabo por los dentistas del servicio público de Salud aragonés y también por profesionales privados a los que tras haber solicitado participar, se les concede la habilitación

El año 2005 este programa cubrió a los niños que ese año cumplían los 6 años, es decir los nacidos en el año 1999. Cada año se van incluyendo a los niños que en ese año cumplen los 6 por lo que en el año 2009 están incluidos los niños entre 6 y 10 años que recibirán las prestaciones que otorga el programa hasta el momento que cumplan los 17 años.

Hasta este año 2011 los usuarios podían escoger entre un profesional del SERVICIO Aragonés de Salud o un profesional del sector privado concertado

(con una capitación de 51 euros por niño y año); pero a partir del 2011 los niños de 6 años que entran a formar parte del programa han de dirigirse al profesional del Servicio Aragonés de Salud que les corresponda y en caso de que necesiten algún tratamiento que no se les pueda practicar en el sector público serán referidos al sector privado.

El programa incluye:

1. Prestaciones generales:

- a. Revisión diagnóstica del estado de salud bucodental: el mínimo obligatorio es una visita anual. Se exploran tejidos duros y blandos y se intentan detectar maloclusiones. El dentista establecerá la frecuencia con que quiere ver al paciente si este tiene especial tendencia a caries, enfermedad periodontal o maloclusión.
- b. Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta: promocionaran la higiene dental mediante el adiestramiento y se darán consejos de dieta; implicando en ello al padre o tutor de los niños. Además se debe explicar la importancia de una visita de revisión anual.
- c. Sellado fisuras de premolares y molares permanentes: a criterio del profesional, pero se han de sellar si el niño presenta caries en los temporales o alguna caries en una pieza permanente
- d. Aplicación de flúor tópico: a criterio del dentista y teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente, se marcan los siguientes criterios a seguir:
 - i. Se aplicara semestralmente cuando el riesgo de caries sea alto esto nos lo da el índice CAOD :
 1. Entre 6 y 9 años valores $^3 6^2 10$
 2. Entre 10 y 12 valores $^3 4$
 3. Entre 13 y 16 $^3 5$

- e. Tratamiento preventivo periodontal en dentición permanente: se realizara tartrectomía siempre que exista cálculo que haga imposible la salud gingival
 - f. Extracción de piezas temporales y permanentes: si el tratamiento conservador es imposible
 - g. Obturación de piezas permanentes: si el dentista considera que se trata de una lesión irreversible
 - h. Recubrimiento pulpar directo
 - i. Pulpotomía
 - j. Endodoncia
 - k. Reconstrucción
 - l. Radiografía periapical diagnóstica
 - m. Tratamiento de urgencias bucodentales
2. Asistencia dental especial:
- a. Tratamiento por malformación o traumatismo en el sector anterior permanente:
 - i. Obturación anterior
 - ii. Reconstrucción anterior
 - iii. Recubrimiento pulpar directo
 - iv. Pulpotomía
 - v. Apicoformación
 - vi. Endodoncia
 - vii. Ferulización
 - viii. Reimplante dentario
 - ix. Extracción de supernumerario erupcionado
 - x. Extracción de restos radiculares
 - xi. Prótesis parcial removible provisional de 1-4 piezas.
 - xii. Reparación de prótesis
 - xiii. Perno colado
 - xiv. Coronas protésicas.
 - xv. Radiografía apical diagnóstica.

- b. Tratamiento protésico por caries de piezas permanentes en niños con enfermedades sistémicas que afecten gravemente al estado de salud bucodental:
 - i. Ferulización
 - ii. Prótesis parcial removible
 - iii. Reparación de prótesis
 - iv. Perno colado
 - v. Coronas protésicas
 - vi. Radiografía apical diagnóstica

También se especifica en la orden los tratamientos excluidos, que son:

1. Tratamientos de ortodoncia, en todas sus fases
2. Atención en dentición temporal, a excepción de exodoncias cuya causa no sea la ortodoncia, la revisión diagnóstica y el tratamiento de urgencias.
3. Tratamientos cuya finalidad sea la estética
4. Cualquier tratamiento cuando haya un tercero obligado al pago.

Respecto a los resultados de PADI podemos decir que en 2008 hicieron uso de este programa el 54,2% de los niños que tenían derecho a el, es decir 24.654 niños. ⁽⁴⁵⁾

Durante 2009 se atendieron 32.069 niños lo que supone el 55% del total de los niños, se realizaron 9466 intervenciones y a 1 de cada 3 niños se les aplicó flúor tópico. ⁽⁴⁶⁾

Durante 2011 se atendieron un total de 44105 niños lo que supone un poco más del 50% de los niños que se pueden beneficiar del programa. Durante el 2012 se podrán beneficiar del programa de atención dental 95.789 niños nacidos entre 1999 y 2006, a fecha de 13 de julio de 2012 habían acudido a la visita con su dentista 20.870 niños. ⁽⁴⁷⁾

En Aragón se sigue llevando a cabo el programa que se utilizaba previamente hasta que todos los niños entren a formar parte del PADI, este programa consiste básicamente en la prevención de caries, incluye a los niños hasta los 15 años. ⁽⁴⁸⁾

1. Una revisión anual.
2. Sellado de los primeros molares permanentes.
3. Aplicación de flúor tópico.
4. Instrucciones de higiene oral y dieta.

PRINCIPADO DE ASTURIAS ⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾

En Asturias, de momento, no se realiza PADI; la prevención la lleva a cabo el Servicio Público de Salud de la comunidad desde principios de los 90, a través del Programa de Promoción de la Salud Bucodental (PSBD).

El programa fue actualizado en 2010 Incluye a los niños de entre 5 y 14 años y presta los siguientes servicios, diferenciados según la cohorte de edad

- Actividades para la cohorte de 5 y 6 años:
 - Talleres escolares integrados en el proyecto pedagógico en salud bucodental.
 - Actividades didácticas que desarrollara el Proyecto Educativo del Centro, y que se incluyen en dicho proyecto.
 - Exodoncia de dientes deciduos o definitivos enfermos.
 - Los casos considerados como “de riesgo” por el/la pediatra de Atención Primaria en las revisiones de su cartera de servicios, serán derivados a la Unidad de Salud Bucodental para su valoración. Si fuera necesario realizar alguna de las actuaciones incluidas en el Programa para las cohortes superiores, le serán facilitadas por la Unidad de Salud Bucodental.
- Actividades para las cohortes de entre 7 y 10 años:
 - Talleres escolares integrados en el proyecto pedagógico en salud bucodental.

- Actividades didácticas que desarrollara el Proyecto Educativo del Centro, y que se incluyen en dicho proyecto.
- Exploración clínica anual con exploración radiográfica si procede.
- Instrucciones en materia de higiene oral y dieta saludable, tanto para el niño/a como para sus progenitores o tutores legales.
- Fluoraciones tópicas. (cubetas o barnices fluorados) cuando se cumplan los criterios de riesgo.
- Sellados en la dentición definitiva.
- Obturaciones en la dentición definitiva, una vez que se ha comprobado que la lesión no es susceptible de remineralización.
- Exodoncia de dientes deciduos o definitivos enfermos.
- Tartrectomías para eliminar el cálculo o la pigmentación extrínseca en la dentición definitiva.
- Tratamientos pulpares en la dentición definitiva de aquellos procesos (caries, malformación o traumatismo) que han generado un daño pulpar irreversible, y siempre que esté indicado un tratamiento conservador de ese diente.
- Reconstrucción o protésica de incisivos y caninos definitivos que ha sufrido caries, malformación o traumatismo. Esta prestación y la anterior (tratamiento pulpar) se realizarán en la Unidad central.
- Actividades para la cohorte de 12 años:
 - Talleres escolares integrados en el proyecto pedagógico en salud bucodental.
 - Actividades didácticas que desarrollara el Proyecto Educativo del Centro, y que se incluyen en dicho proyecto.
 - Exploración clínica cada 2 años con exploración radiográfica si procede.
 - Instrucciones en materia de higiene oral y dieta saludable, tanto para el niño/a como para sus progenitores o tutores legales.
 - Fluoraciones tópicas. (cubetas o barnices fluorados) cuando se cumplan los criterios de riesgo.
 - Sellados en la dentición definitiva.

- Obturaciones en la dentición definitiva, una vez que se ha comprobado que la lesión no es susceptible de remineralización.
- Exodoncia de dientes deciduos o definitivos enfermos.
- Tartrectomías para eliminar el cálculo o la pigmentación extrínseca en la dentición definitiva.
- Solo durante el año 2010 y gracias al proyecto financiado desde el Ministerio de Sanidad y Política Social , se incluyen los siguientes tratamientos:
 - Tratamientos pulpares en la dentición definitiva de aquellos procesos (caries, malformación o traumatismo) que han generado un daño pulpar irreversible, y siempre que esté indicado un tratamiento conservador de ese diente.
 - Reconstrucción o protésica de incisivos y caninos definitivos que ha sufrido caries, malformación o traumatismo. Esta prestación y la anterior (tratamiento pulpar) se realizarán en la Unidad central.
- Tratamientos para la cohorte de 14 años:
 - Exploración clínica cada con exploración radiográfica si procede.
 - Instrucciones en materia de higiene oral y dieta saludable, tanto para el niño/a como para sus progenitores o tutores legales.
 - Fluoraciones tópicas. (cubetas o barnices fluorados) cuando se cumplan los criterios de riesgo.
 - Sellados en la dentición definitiva.
 - Obturaciones en la dentición definitiva, una vez que se ha comprobado que la lesión no es susceptible de remineralización.
 - Exodoncia de dientes deciduos o definitivos enfermos.
 - Tartrectomías para eliminar el cálculo o la pigmentación extrínseca en la dentición definitiva.

Se excluyen del programa los tratamientos en la dentición decidua, la ortodoncia, la prótesis y los implantes.

ISLAS BALEARES ⁽⁵¹⁾

El programa de salud dental infantil en las islas Baleares esta regulado por el decreto 87/2005 de 29 de julio. Cubre a los niños desde el 1 de Enero del año que cumplen los 6 años hasta el 31 de diciembre del año que cumplen los 15. En el año 2005 se incluyeron a los que cumplían 6 años y así se han ido incluyendo cada año los que cumplían 6.

Los padres o tutores del menor podrán escoger una vez al año entre una lista de profesionales que incluye a los incluidos en el sistema publico de salud balear y también a dentistas privados concertados.

Entre los tratamientos se incluyen unos servicios básicos que son:

1. Revisión anual diagnostica en la que se darán instrucciones de dieta e higiene oral y además el profesional decidirá con que frecuencia quiere ver al niño. En caso necesario se aplicara flúor tópico.
2. Sellado de fosas y fisuras en molares permanentes: cuando haya caries en dientes temporales, en alguna pieza permanente o cuando el facultativo lo considere necesario.
3. Obturación piezas permanentes.
4. Tratamiento pulpar o extracción de piezas permanentes.
5. Tartrectomía dentición permanente.
6. Tratamiento de urgencias que incluye lo anterior más tratamiento farmacológico.

Los tratamientos especiales por trauma o malformación, se dividen en dos grupos los que no son urgentes y deben comunicarse antes al director General del Servicio Balear de Salud para su aprobación y los que se deben realizar con urgencia y se comunicaran después de ser realizados ya que estos tratamientos son pagados aparte a los dentistas:

1. No urgentes:
 - a. Corona provisional de resina.
 - b. Corona definitiva.

- c. Gran reconstrucción.
 - d. Mediana reconstrucción.
 - e. Muñón metálico colado.
 - f. Tornillo prefabricado intrarradicular.
 - g. Mantenedor de espacio de resina.
2. Urgentes:
- a. Endodoncia con gutapercha
 - b. Extracción dental por traumatismos.
 - c. Reimplante dentario con ferulización.
 - d. Ferulización de dos o más dientes.
 - e. Apicoformación.
 - f. Sutura de tejidos blandos.

En el decreto se especifica que están excluidos en el programa los siguientes tratamientos:

1. Tratamiento de ortodoncia o extracciones necesarias para este tratamiento
2. Tratamiento dentición temporal reparador.
3. Implantes y prótesis sobre implantes.
4. Tratamientos por estética.
5. Traumas que no sean del grupo incisivo canino

CANARIAS ⁽⁵²⁻⁵³⁾

El PADICAN (programa de atención dental infantil y juvenil de Canarias) cubrirá a los niños desde el momento que cumplan los 6 años hasta el día que cumplan los 16. El programa se puso en marcha en 2008.

1. Tratamientos básicos:

- a. Revisión del estado de salud de la cavidad oral
- b. Sellados de fisuras o fosas en las piezas permanentes
- c. Obturaciones en piezas dentarias permanentes
- d. Exodoncias de piezas dentarias temporales y permanentes
- e. Tartrectomías
- f. Educación para la salud individual
- g. Aplicación tópica de flúor: aplican gel tópico al menos 1 vez al año y si el riesgo de caries es elevado cada 6 meses
- h. Detección de maloclusión
- i. Diagnóstico de gingivitis
- j. Radiología simple
- k. Ortopantomografía, no por indicación ortodóncica.
- l. Tratamiento de urgencias.

2. Tratamientos especiales:

- a. Tratamientos pulpares en piezas permanentes uni, bi y multirradiculares.
- b. Tratamiento caninos e incisivos permanentes en caso de trauma o malformación:
- c. Exodoncia supernumerarios
- d. Gran reconstrucción.
- e. Apicoformación: uni, bi y multirradicular.
- f. Ferulización
- g. Reimplante dentario
- h. Perno prefabricado en cualquier diente.
- i. Sutura tejidos blandos
- j. Muñón metálico colado
- k. Corona resina
- l. Tratamiento mediante mantenedor de espacio

No se incluyen en el programa:

- Extracciones por indicación ortodóncica.
- Atención dental ortodóncica
- Cualquier tratamiento si hay terceros obligados al pago
- Prótesis dental

En Canarias se seguirá prestando el programa de atención dental antiguo hasta que todos los cohortes de edad entren a formar parte del PADICAN. EL programa de salud bucodental de la comunidad canaria 1999-2000 que comprende las siguientes prestaciones:

- Información y educación en materia de higiene y salud bucodental
- Medidas preventivas y asistenciales: aplicación de flúor tópico, obturación simple del molar de 6 años, sellado de fosas y fisuras, tartrectomías y exodoncias.

En cuanto a la educación en materia de salud dental Canarias tiene diferentes programas dependiendo de la edad. ⁽⁵⁴⁾

- En los niños de 3 a 5 años: Cepillin- Cepillán.
- En educación primaria:
 - o Mi boca para toda la vida.
 - o Dientes.
- En educación secundaria:
 - o Educación y cuidado bucal.
 - o Técnicas de Higiene dental.

CANTABRIA ⁽⁵⁵⁾

En Cantabria existe el Centro de Salud Bucodental situado en el Hospital de Santa Cruz de Liendres, también hay unidades móviles y se presta también el servicio en los centros de salud del Servicio Cántabro de salud. No hay convenio con el sector privado.

En la cartera de servicios de este centro se incluye a niños de entre 6 y 15 años e incluye:

- Promoción de la salud bucodental de los ciudadanos
- Enseñanza de higiene oral
- Actividades educativas que implican a la familia y los educadores
- Reconocimiento cada año de los niños que cursan 1º a 4º de primaria con información a los padres, se les entrega a los padres la ficha dental de su hijo y en el caso de que haya patología se les indican los pasos a seguir
- Tratamientos preventivos: geles fluorados y selladores
- Obturación de piezas definitivas careadas y fracturadas en niños en los cursos que hemos citado anteriormente (solo dientes y muelas definitivas?)
- Tratamiento de maloclusiones, los aparatos de ortodoncia tanto fijos como removibles se ofrecen a precios públicos.
- Tratamiento bajo anestesia general en aquellos pacientes con discapacidad física o psíquica que indiquen este tipo de anestesia
- Tratamiento de odontología general y ortodoncia a menores tutelados por el gobierno de Cantabria.

CASTILLA LA MANCHA ⁽⁵⁶⁾

El decreto 273/2004 de 09-11-2004, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla la Mancha de edades comprendidas entre 6 y 15 años

El programa lo presta el servicio público de salud (SESCAM) y si es necesario realizar algún tratamiento especial se les deriva a profesionales privados concertados. El programa incluye:

1. Revisión salud dental.
2. Tratamientos dentales básicos:
 - a. Sellado fosas y fisuras primeros y segundos molares permanentes.
 - b. Fluoración tópica y educación para la salud.
 - c. Obturación molares permanentes,
 - d. Extracción piezas temporales y permanentes,
 - e. Tartrectomías en piezas permanentes.
3. Tratamientos de urgencias dentales
4. Tratamientos especiales:
 - a. Tratamiento del grupo incisivo-canino por malformación o trauma:
 - i. Apicoformación
 - ii. Extracción supernumerario no erupcionado
 - iii. Ferulización del grupo anterior.
 - iv. Gran reconstrucción.
 1. Por trauma reconstrucción de mas de 1/3 de la corona.
 2. Por malformación toda la corona con material estético.
 - v. Perno prefabricado intrarradicular.
 - vi. Reconstrucción grupo incisivo canino.
 - vii. Recubrimiento pulpar directo
 - viii. Reimplante dentario.
 - ix. Sutura tejidos blandos,
 - b. Tratamiento pulpar de piezas permanentes: endodoncia grupo incisivo canino, premolar y molar.

- c. Tratamientos específicos de patologías bucodentales, para niños con discapacidades psíquicas o físicas que incidan en la extensión o gravedad de su patología bucal
 - d. Métodos diagnósticos especiales por ejemplo la ortopantomografía
5. Ortodoncia para determinadas situaciones clínicas, que son las siguientes:
- a. Discapacidad física o psíquica que indica directamente en la extensión, gravedad o dificultad de su patología bucal.
 - b. Maloclusión severa tras ser intervenidos de fisura palatina, labio leporino u otra malformación esquelética facial.
6. Quedan excluidos del programa los siguientes tratamientos:
- a. Tratamientos reparadores de la dentición temporal
 - b. Tratamientos de ortodoncia que no sean los citados anteriormente
 - c. Tratamientos de prótesis
 - d. Realización de pruebas complementarias para fines no financiados por el Sescam.

Los tratamientos especiales solo los realizan dentistas privados cuando son prescritos por los profesionales del sistema público de salud.

En Castilla la Mancha tienen un programa para promover los buenos hábitos de higiene oral y dieta en los colegios llamado “Caries, no gracias”: Va dirigido a los alumnos de educación primaria e incluye un estuche con enjuagues de flúor para realizarlos en casa cada 15 días, un cepillo y dentífrico, y un folleto explicando la forma correcta de cepillarse, y buenos hábitos de dieta. ⁽⁵⁷⁾

CASTILLA LEON ⁽⁵⁸⁾

La asistencia dental a niños y jóvenes en la comunidad de Castilla León está regulada por el decreto 142/2003 que especifica:

Cobertura: desde los 6 años hasta los 14 (14 años incluidos)

1. Asistencia dental básica:
 - a. Revisión anual
 - b. Instrucciones sanitarias:
 - i. Hábitos dietéticos saludables.
 - ii. Instrucciones y adiestramiento en higiene.
 - c. Flúor tópico.
 - d. Sellado de primeros y segundos molares dentro de los dos primeros años de erupción en pacientes con alto riesgo de padecer caries,
 - e. Obturación piezas dentales permanentes.
 - f. Tartrectomías, si hay calculo en la dentición permanente incompatible con salud oral.
 - g. Exodoncias tanto de piezas temporales como permanentes.
 - h. Extracción supernumerarios erupcionados.
 - i. Reevaluación y seguimiento de:
 1. Caries
 2. Enfermedad periodontal
 3. Maloclusión.
 4. Pacientes médicamente comprometidos o de riesgo.
2. Tratamientos especiales:
 - m. Apicoformación.
 - n. Corona completa metal porcelana
 - o. Corona de acrílico
 - p. Pulpectomia (endodoncia)

- q. Ferulización grupo anterior
- r. Gran reconstrucción anterior por trauma o malformación: más de 1/3 de la corona o toda la corona con material estético por malformación.
- s. Muñón metálico colado intrarradicular.
- t. Perno prefabricado intrarradicular
- u. Mantenedor de espacio
- v. Reconstrucción del grupo anterior
- w. Reimplante dentario.

Se excluyen en el programa los siguientes tratamientos:

- Los tratamientos de traumatismos cuando existen terceros obligados al pago.
- Los tratamientos de ortodoncia
- Tratamientos reparadores de la dentición temporal
- Tratamientos cuya finalidad es exclusivamente la estética
- Exodoncias de piezas sanas
- Las pruebas complementarias para tratamientos que no estén incluidas en las prestaciones del programa

En Castilla y León tienen un programa de educación para la salud oral en colegios CUIDA TUS DIENTES: ⁽⁵⁹⁾

- Niños de 6 a 12 años.
- Se lleva a cabo en los centros docentes.
- Actividades:
 - o Enjuagues con solución de flúor, de forma semanal durante 20 semanas a lo largo del curso escolar (se aconseja que los padres lo sigan haciendo durante las vacaciones)
 - o Educación para la salud: objetivo principal la promoción de hábitos y comportamientos sanos en los niños (cepillado adecuado, alimentación adecuada, disminuir consumo de azúcares)

CATALUÑA ⁽⁶⁰⁾

En Cataluña el programa de atención dental a niños será llevado a cabo exclusivamente por el sector público en 350 centros de atención primaria. En 2008 se incluyeron los niños que este año cumplían los 7 y 8 años y cada año se ira incluyendo este cohorte de edad de manera que en 2016 estarán incluidos en el programa los niños de entre 7 y 15 años

El programa incluye:

- Instrucciones de higiene dental y dieta, tanto a los niños como a sus padres y tutores,
- Aplicación tópica de flúor según las necesidades de cada niño.
- Sellado de fisuras en molares permanentes.
- Obturación de dientes permanentes
- Tratamiento pulpar de piezas permanentes
- Exodoncias
- Tartrectomías
- Tratamiento de incisivos y caninos por malformación o traumatismo, excepto si hay terceros obligados a pago.

El programa excluye:

- Tratamiento reparador dentición temporal
- Ortodoncia
- Implantes dentarios
- Tratamiento de traumatismos cuando hay terceros obligados a pago.

En Cataluña existe también un programa de enseñanza de higiene oral y prevención con enjuagues de flúor llamado “Dents fortes y sanes” ⁽⁶¹⁾ incluye a los niños de 1º a 4º de primaria , se les dan instrucciones de higiene oral, un cepillo y 20 enjuagues de F uno por semana.

EXTREMADURA ⁽⁶²⁾

La atención dental a los niños de Extremadura queda regulada en el Decreto 195/2004, de 29 de diciembre sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

El programa en Extremadura PADIEX se comenzó a aplicar el año 2005 con los niños que ese año cumplían 6 y 7 años, cada año se incluyen los niños que cumplen 6 años. Incluye a los niños desde el día 1 de enero del año que cumplen los 6 años hasta el 31 de diciembre del año que cumplen los 15.

En este decreto, se contemplan las siguientes prestaciones:

1. Revisión anual estado salud bucodental.
2. Asistencia de urgencias bucodentales.
3. Prestaciones básicas:
 - a. Sellado de fisuras primeros y segundos molares permanentes.
 - b. Fluoración tópica, dependiendo del programa y las necesidades de cada niño.
 - c. Obturación de molares permanentes.
 - d. Extracción de piezas temporales y permanentes.
 - e. Extracción supernumerarios erupcionados.
 - f. Reevaluación del estado del niño.
4. Prestaciones especiales: han de ser autorizados previamente por el Servicio extremeño de salud, que comprobará que el niño haya cumplido con las visitas y demás indicaciones del programa, si no lo ha cumplido no se autorizará
 - a. Tratamiento del grupo incisivo canino en caso de trauma, excepto cuando existen terceros obligados al pago:
 - i. Ferulización grupo anterior.
 - ii. Reconstrucción.
 - iii. Gran reconstrucción
 - iv. Perno prefabricado intrarradicular.
 - v. Reimplante dentario
 - vi. Sutura de tejidos blandos.

- b. Tratamiento pulpar de piezas permanentes:
 - i. Apicoformación.
 - ii. Recubrimiento pulpar directo
 - iii. Endodoncia.
- 5. Quedan excluidas del programa las siguientes prestaciones:
 - a. Tratamientos restauradores de la dentición temporal.
 - b. Ortodoncia, incluidos los mantenedores de espacio.
 - c. Tratamientos del grupo incisivo canino por agenesia.
 - d. Los tratamientos de traumatismos cuando existen terceros obligados al pago.
 - e. Cualquier prueba complementaria que no este relacionada con alguna de las prestaciones del programa.

En cuanto al profesional que atenderá al niño los padres, o tutores, pueden elegir una vez al año entre unos de los profesionales del sistema público de salud extremeño o alguno de los profesionales privados habilitados para esto.

A los dentistas del sector privados se les pagará una cifra fija por niño y año para los tratamientos básicos y unas tarifas para los tratamientos especiales, que son los siguientes:

- Apicoformación
- Endodoncia
- Recubrimiento pulpar directo
- Perno prefabricado intrarradicular
- Ferulización grupo anterior
- Gran reconstrucción (fractura de + de 1/3 de la corona que ha requerido tratamiento endodontico)
- Reconstrucción
- Reimplante dentario
- Sutura tejidos blandos, exceptuando si esta incluida en los tratamientos anteriores.

GALICIA ⁽⁶³⁾

En Galicia la atención bucodental a niños es llevada a cabo por el SERGAS (Servicio Gallego de Salud) en los Centros de Salud por las Unidades de Salud Bucodental creadas para este fin.

En 2002 se modernizó el programa añadiendo a los niños de entre 6-15 años, en 2012 cubrirá ya todos los cohortes de edad los cuales tienen asignado un dentista de cabecera para todo este tiempo y que presta los siguientes servicios:

- Información y educación en materia de higiene y salud bucodental.
- Detección precoz de la maloclusión
- Aplicación profesional tópica de flúor.
- Aplicación sellado de fisuras.
- Obturación de caries simple en dientes permanentes.
- Tratamiento procesos agudos odontológicos y urgencias.

COMUNIDAD DE MADRID ⁽⁶⁴⁾

En Madrid todavía no se realiza el programa PADI. La Atención dental se presta a los niños de entre 6 y 14 años en las unidades de salud bucodental de los centros de salud, en el año 2010 la comunidad adjudica la atención dental infantil a Sanitas

Se incluyen como prestaciones:

- Información y educación en materia de higiene y salud bucodental.
- Medidas asistenciales y preventivas específicas dirigidas a la población infantil:
 - Sellado de fisuras.
 - Flúor tópico
 - Obturación del primer molar.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos:
 - Urgencias
 - Extracciones.

REGION DE MURCIA ⁽⁶⁵⁾

El programa de atención dental en Murcia incluye a los niños desde los 6 años hasta el momento que cumplen los 15. Entró en vigor en el año 2003 y cada año se han ido incluyendo a los que cumplían 6 años.

Atenderán a los niños tanto profesionales del sistema público de salud como profesionales del sector privado habilitados para ello.

Tiene unas coberturas básicas que son:

1. Una revisión anual en la que se incluyen las instrucciones de higiene oral y normas dietéticas.
2. Asistencia dental para el tratamiento de las urgencias bucodentales
3. Tratamientos asistenciales, que son:
 - a. Sellado de fisuras de primeros y segundos molares permanentes
 - b. Fluoración tópica
 - c. Obturación de molares permanentes
 - d. Extracción de piezas temporales y permanentes
 - e. Tartrectomía en dentición permanente

Y unos tratamientos asistenciales especiales que son:

1. Tratamientos del grupo incisivo- canino por trauma o malformación a no ser que en el caso de traumatismo existan terceros obligados al pago.
2. Tratamiento pulpar de piezas permanentes
3. Asistencia a niños con discapacidad física o psíquica

No se incluyen en el programa los tratamientos de ortodoncia ni las extracciones dentales necesarias para ello.

NAVARRA ⁽⁶⁶⁾

En Navarra esta presente el programa de atención dental infantil desde el año 1991, cuando se pone en marcha con carácter incremental y en 1999 cubría a todos los niños entre 6 y 15 años

En 2003 se actualiza el programa mediante la orden foral de 1 Julio de 2003 y se desarrolla el programa de atención dental. Por el que cubrirá progresivamente a los niños desde los 6 a los 18 años que hayan nacido a partir 1 enero 1988.

Incluye las siguientes prestaciones sanitarias:

1. Revisión diagnóstica del estado de salud oral
2. Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta
3. Sellado de fisuras molares permanentes
4. Obturación piezas permanente
5. Tratamiento pulpar de piezas permanente
6. Extracción de piezas temporales y permanentes
7. Tratamiento periodontal en dentición permanente
8. Tratamiento de urgencias
9. Tratamientos especiales: serán facturados por acto médico al servicio navarro de salud, previa conformidad excepto si se trata de algo urgente que no puede esperar
 - a. Tratamiento de caninos e incisivos permanentes por trauma o malformación:
 - i. Ferulización del sector anterior
 - ii. Endodoncia
 - iii. Gran reconstrucción
 - iv. Muñón metálico colado unirradicular
 - v. Perno intrarradicular prefabricado
 - vi. Reconstrucción
 - vii. Recubrimiento pulpar directo
 - viii. Reimplante dentario

- b. Aplicación profesional flúor tópico: cuando existe alto riesgo de caries y como máximo dos aplicaciones al año
- c. Intervenciones de cirugía bucal:
 - i. Apicectomía/quistectomía
 - ii. Apicoformación
 - iii. Exodoncia de permanentes incluidos y sem incluid os
 - iv. Exodoncia de supernumerarios
 - v. Exodoncia de temporales con ostectomía
 - vi. Fenestración.
 - vii. Sutura de tejidos blandos
- d. Tratamiento de prótesis en dentición permanente: coronas provisionales y definitivas y muñón colado. Las coronas definitivas en el sector posterior serán metálicas y el niño ha de tener 12 años o más en el sector anterior han de ser de resina o metal resina

Quedan excluidas del programa las siguientes prestaciones:

- 1. La atención en dentición temporal, excepto atención de urgencias y extracción no ortodoncica
- 2. Implantes dentales
- 3. La ortodoncia en todas sus fases
- 4. La exodoncia de cordales excepto:
 - a. Cuando hay sintomatología inflamatoria o quística
 - b. Cuando es asintomático pero se encuentra en posición mesioangular y horizontal y están semierupcionados o erupcionado.

PAIS VASCO ⁽⁶⁷⁾

El País Vasco fue la primera comunidad autónoma española que aplicó el PADI en el año 1990. La asistencia dental infantil está regulada por el decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la comunidad autónoma del país Vasco. Incluye a los niños de entre 7 y 15 años

Las prestaciones ofrecidas por el programa son:

- Una revisión anual
- Atención dental a los niños por su dentista de cabecera, tantas veces como sea necesario, para atención de urgencias y tratamiento preventivo (sellado de fisuras) y terapéutico (tratamiento de caries) en la dentición permanente.
- Tratamiento de traumatismos
- Extracción de piezas temporales y permanentes (excepto por indicación ortodóncica)

El programa excluye:

- Tratamiento de la dentición decidua
- Tratamiento de ortodoncia.

En 2011 acudieron a su visita con el dentista el 65% de los niños cubiertos por el programa de atención dental, este porcentaje se ha mantenido durante 12 años ⁽⁶⁸⁾

LA RIOJA ⁽⁶⁹⁾

En la Rioja se viene realizando un programa de Salud Bucodental infantil desde 1991, da cobertura dental gratuita a los niños de entre 6 y 15 años.

Lo llevan a cabo profesionales del Servicio de salud riojano en 6 centros de salud.

Incluye educación, diagnóstico y tratamiento de las patologías orales para ello los odontoestomatólogos se desplazan a los centros de salud visitando a los niños que cursan 1º, 3º y 5º de primaria y 1º y 3º de la ESO remitiendo a los padres un informe y citándolos en caso necesario para ser atendidos en el centro de salud incluyendo:

- Prevención en molares definitivos: sellados de fisuras.
- Aplicación de flúor tópico.
- Obturación de piezas definitivas.
- Diagnóstico de maloclusiones

COMUNIDAD VALENCIANA ⁽⁷⁰⁾

El programa de salud dental en la comunidad valenciana se lleva a cabo en los centros de salud por las unidades odontológicas. Incluye:

- Revisión del estado de salud de la boca
- Asesoramiento sobre dieta e higiene
- Aplicación de flúor
- Sellado fosas y fisuras dentición permanente
- Extracción de dientes temporales
- Tartrectomía si es necesaria para la salud gingival
- Atención de traumatismos
- Detección y orientación sobre maloclusiones.

Además en el año 2008 a los niños nacidos en 2000 y 2001 se les amplió la cobertura del programa con lo siguiente:

- Revisión anual de salud oral.
- Obturación dientes permanentes.
- Tratamiento pulpar dientes permanentes.
- Tratamiento caninos e incisivos permanentes en caso de enfermedad, malformación o traumatismo.

Se da gran importancia a la educación en el colegio y a la aplicación de flúor una vez por semana en los cursos de primero a quinto de primaria

CEUTA Y MELILLA ^(71,72)

En Ceuta y Melilla la atención dental a niños es gestionada por INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria). El plan será llevado en los centros de salud, en 2012 se llegó a cubrir el cohorte de edad de entre 7 y 15 años.

Entre sus prestaciones se encuentra:

- Instrucciones sobre dieta e higiene dental.
- Aplicación de flúor tópico según necesidades individuales de cada niño.

- Revisión anual, incluyendo exploración radiográfica si es necesario.
- Sellado fisuras piezas permanentes.
- Obturación piezas permanentes.
- Extracción de piezas temporales y permanentes.
- Tartrectomía en piezas permanentes.
- Tratamiento grupo incisivo canino por trauma o malformación.

Excluye la endodoncia.

c. ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS

OBJETIVOS DE SALUD ORAL PARA LOS NIÑOS DE 12 AÑOS:

Nuestros antiguos trabajos se regían a la hora de evaluar los datos que estábamos obteniendo en salud oral por los objetivos de salud oral marcados conjuntamente por la OMS y la FDI en el año 1981 para todo el mundo y que se deberían haber cumplido para el año 2000: ⁽⁷³⁾

- En el grupo de edad de 5-6 años el 50%
- En el grupo de edad de 12 años 3 o menos dientes careados, perdidos u obturados.
- A los 18 años el 85% debe conservar todos los dientes.
- A los 35-44 años una reducción del 50% de los niveles de anodoncia registrados en 1981.
- A los 65 o más años una reducción del 25% de los niveles de anodoncia registrados en 1981.

Al analizar los datos de salud oral llegados al año 2000, vieron que se habían cumplido e incluso superado estos objetivos por lo que en 2003 la OMS publica un documento conjunto OMS/FDI/ IADR en el que se marcaron unas nuevas directrices para que cada país establezca unos objetivos de salud oral para el año 2020, dejando total libertad para que

cada uno establezca los suyos, en base a su patología , su sistema de salud y sus recursos ^(74,75) . Aunque se recomienda trabajar en unas áreas prioritarias:

- Reducir el dolor oral.
- Reducir los desordenes funcionales.
- Reducir cánceres oro-faríngeos
- Reducir caries (en la edad de 12 años disminuir el CAOD)
- Reducir enfermedades periodontales.
- Reducir pérdidas dentarias.
- Aumentar la accesibilidad a servicios dentales, establecer programas de salud dental.

Por ello El Consejo de dentistas de España publica en 2009 el Estudio prospectivo Delphi donde se marcan unos objetivos de salud para el 2020 para la población infantil y adolescente: ⁽⁷⁶⁾

- Al menos el 91% de los sujetos de 12 y 15 años se cepillarán al menos 1 vez al día con pasta fluorada.
- Al menos el 50% de los sujetos de 12 y 15 años presentará un diente sellado.
- Al menos el 72% de los sujetos de 12 y 15 años visitarán al dentista al menos 1 vez en los últimos 12 meses.
- Al menos el 73% de los sujetos de 1-15 años con discapacidad psíquica tendrán acceso a la asistencia dental básica gratuita.
- Al menos el 90% de los sujetos de 3 años, el 83% de 4 y el 75% de 5-6 años estarán libres de caries.
- El índice cod a los 5-6 años ente los que tengan al menos una caries, no sobrepasará 2.4.
- Al menos el 68% de los sujetos de 12 años el 57% de los de 15 se encontrará libre de caries en dentición permanente

- El índice de caries en primeros molares permanentes será inferior o igual al 0.85 y el índice de caries en segundos molares no sobrepasará el 0.45.
- El índice de restauración en los primeros molares permanentes a la edad de 12 años y en los molares permanentes a la edad de 15 años será al menos del 72%
- Al menos el 55 % de los sujetos de 12 y 15 años no presentará ni gingivitis ni cálculo.
- No más del 8% de sujetos de 12 y 15 años experimentarán algún problema para comer o masticar debido a causas dentarias en los últimos 12 meses.

A su vez, un grupo de expertos de la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral) se reúne en 2006 y marca unos objetivos en materia de salud oral para el 2015 (en escolares) y el 2020 (en adultos) con el fin de: ⁽⁷⁷⁾

- Reducir la morbilidad y mortalidad derivada de las enfermedades orales.
- Reducir las desigualdades en salud oral entre la población.
- Minimizar el impacto de las enfermedades de origen oral en la salud en general y el desarrollo psico-social, enfatizando la promoción de la salud oral.
- Facilitar la planificación de los recursos y actividades necesarios para su consecución.
- Permitir la evaluación de las actividades sanitarias desarrolladas.

El grupo de expertos de la SESPO formuló la siguiente propuesta de objetivos para el 2015 (en escolares) y 2020 (en adultos): para la edad de 12 años, que es la que nos ocupa en este trabajo, se estableció que los niños han de tener un CAOD menor o igual a 1, un índice SiC menor o igual a 3 y un índice de restauración (IR) mayor o igual al 65%. A

continuación incluimos la tabla publicada por los expertos de la SESPO para todos los rangos de edad

Objetivos de Salud Oral para España 2015 (escolares) / 2020 (adultos). Propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO).

| Indicador ^a | Edad | Meta propuesta | |
|---|-------|----------------|------|
| | | 2015 | 2020 |
| cod=0 (%) | 5-6 | ≥65% | |
| CAOD ^b (media) | 12 | ≤1.0 | |
| Índice SIC ^c (media) | 12 | ≤3.0 | |
| Índice de restauración ^d (%) | 12 | ≥60% | |
| | 15 | ≥65% | |
| Dientes ausentes (media) | 35-44 | | ≤2.5 |
| Población con al menos 21 dientes (%) | 65-74 | | ≥40% |
| Desdentados (%) | 65-74 | | ≤15% |
| CPI=0 (%) | 15 | ≥45% | |
| | 35-44 | | ≥25% |
| Cepillado diario con pasta fluorada (%) | 12 | ≥90% | |
| | 15 | ≥90% | |
| | 35-44 | | ≥90% |
| | 65-74 | | ≥85% |
| Dificultad para comer/masticar (%) ^e | 35-44 | | ≤15% |
| | 65-74 | | ≤20% |

a: Tomadas del Manual de la OMS para realización de encuestas de salud Oral, y del *European Global Oral Health Indicators Development Project*.

b: suma de dientes deciduos cariados y obturados.

c: suma de dientes permanentes cariados, ausentes por caries y obturados.

d: índice SIC de Brathall. Corresponde al CAOD del tercio poblacional con el mayor índice CAOD.

e: porcentaje que representa los dientes obturados del total del índice CAOD.

f: Índice periodontal comunitario.

g: A partir de la pregunta "¿Ha tenido dificultad para comer/masticar en los últimos 12 meses, debido a

Fig 4 Propuesta de la SESPO para el año 2015 en salud oral infantil.

Fuente grupo experto SESPO 2008

DATOS SOBRE SALUD ORAL Y PROGRAMAS PARA NIÑOS EN DIFERENTES PAISES EL MUNDO:

La siguiente imagen (fig 5) realizada por el Dr.Poul Erik Petersen para la OMS muestra el nivel de CAOD en cada país, vemos que España esta situada entre los países con niveles de CAOD bajo entre con valores entre 1,2 y 2,6⁽⁷⁸⁾

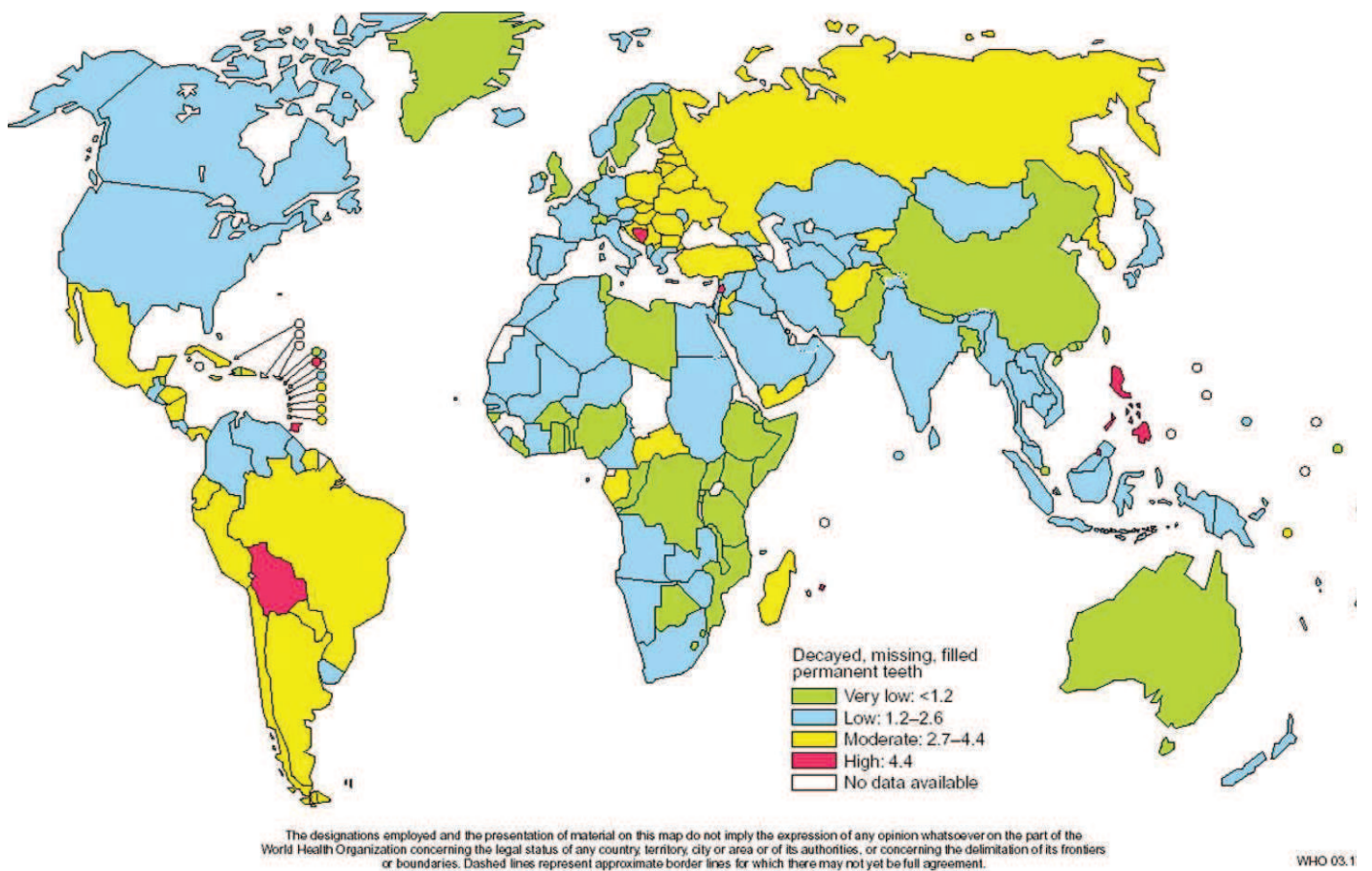


Fig 5: CAOD en el mundo. Fuente: Dr. Petersen OMS

Tras conocer a fondo el Programa de Atención dental infantil en España y de forma concreta en cada comunidad autónoma queremos conocer lo que se esta realizando en otros países

Australia (79-80)

El Australian Governement Department of Human Services es responsable del programa de salud dental infantil llamado “Medicare teeth dental plan” en 2013 este programa cambia de nombre para llamarse “Chil Dental Benefits Schedule”

Este programa da cobertura a los niños de entre 12 y 17 años, los niños procedentes de familias desfavorecidas no han de efectuar ningún pago al entrar a formar parte del programa y el resto de niños que quieran ser

atendidos han de pagar 40\$. La atención se presta en las School Dental Clinics.

El programa cubre los siguientes tratamientos:

- Revisión Dental.
- Información salud oral y nutrición
- Rx
- Limpieza de dientes.
- Aplicación de flúor y sellado de fisuras para prevenir caries.
- Empastes
- Extracciones
- Derivaciones a especialistas.

Uruguay ⁽⁸¹⁻⁸²⁾

En Uruguay, disponen de un programa de atención dental infantil en el que se visita a unos 70.000 niños al año, visitando las escuelas, e incluye:

- Prevención
- Promoción de las conductas saludables
- Eliminación de caries y problemas gingivales

Chile ^(83,84)

Existe el Programa de Salud bucal que comenzó en 1991, en ese momento solo el 15% de los niños de 6-8 años estaba libre de caries y el 98% de los niños de entre 6 y 18 años presentaba gingivitis. Este programa busca el manejo integral: educativo-preventivo- curativo del problema de salud bucal de los escolares. Es responsabilidad de la Junta Nacional de Auxilio escolar y becas. Incluye acciones clínicas y educativo-preventivas:

- Atención odontológica integral a los escolares en módulos dentales de salud bucal:
 - Altas integrales (restablecer la salud oral) a los niños de 1° básico
 - Controles en 3°,5° y 7°
- Educación salud dental en escuelas.
- Leche fluorada a los niños que viven en comunas sin agua potable.

Portugal ⁽⁸⁵⁾

Entre 1999 y 2005 el programa de atención dental para niños y adolescentes se llamaba PPSOCA: Programa de Promoção de Saúde Orañ em Crianças e Adolescentes e incluía

- Instrucciones de dieta e Higiene oral.
- Enjuagues de flúor.
- Sellado de:
 - Primeros molares permanentes en niños mayores de 7 años
 - Premolares y segundos molares en niños mayores de 13 años.
 - Restauraciones.

En 2005 el programa sufrió algunas modificaciones y paso a llamarse PNPSO: Programa Nacional de Promoção de Saude Oral.

- Se añade el cepillado en el ámbito escolar.
- Se establecen los grupos con más riesgo de caries y se aplican a estos medidas de prevención como: Sellados, barnices, clorhexidina.

El programa cubre a niños de entre 0 y 16 años.

Canadá ^(86,87)

El programa de asistencia dental infantil recibe el nombre “Childrens Dental Health Program”.

Da cobertura a niños menores de 12 años , el acceso es universal. A partir de los 12 años solo para familias con ingresos bajos, familias con ingresos anuales menores a 30.000 dólares canadienses. En estos casos la cobertura se amplía hasta los 17 años.

El programa incluye hasta los 12 años:

- Revisiones cada 6 meses
- Limpieza cada 12 meses
- Flúor de los 6 a los 12 años cada 12 meses.
- Algunas radiografías.
- Obturaciones
- Extracciones
- Sellados

Entre los 13 y los 17 años cubre:

- Revisiones cada 24 meses
- Algunas Rx
- Obturaciones
- Extracciones
- Revisiones de urgencia en caso de dolor, infección o traumatismo.

En Toronto también se incluye una revisión anual en los colegios.

Estados Unidos ⁽⁸⁸⁻⁹³⁾

Existe el programa MEDICAID que depende de cada Estado, y que cubre: ⁽⁸⁸⁻⁸⁹⁾

- Instrucciones de higiene oral y dieta
- Suplementos de flúor
- Aplicación profesional de flúor tópico
- Sellado de fosas y fisuras
- Protectores para niños que hacen deporte.
- Mantenedores de espacio

Como depende de cada estado, no en todos se cubre lo mismo, al menos se ha de cubrir:

- Solucionar el dolor y la infección.
- Restauraciones.
- Mantener la salud dental
- Visitas periódicas

La crisis esta afectando también a estos programas por ejemplo en California se suspendió de forma indefinida en 2009.⁽⁹⁰⁾

En el estado de Massachusets existe además un programa de prevención de caries llamado ForshythKids program,^(91,92) que persigue la prevención de caries. Este programa incluye a todos los niños especialmente aquellos que no tienen cobertura de 1 vez/año, cubriendo los siguientes tratamientos, a los niños que ya están cubiertos por el estado o tienen un seguro privado se les cobran estos servicios:

- Examen dental 2 veces al año
- Limpieza 2 veces al año.
- Flúor tres veces al año
- Sellados
- Educación de salud
- Cepillo y pasta dos veces al año
- Informe para los padres
- Seguimiento si es necesario
- Ayuda para encontrar dentista.

Francia⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾

Desde 2007 existe el programa M,T dents del que es responsable L'Assurance Maladie. Es un programa gratuito que se basa principalmente en la prevención dando cobertura a los niños de 6, 9, 12 y 15 años.

Incluye :

- Visitas
- Rx si son necesarias
- Explicar hábitos saludables para la prevención de caries.

Los padres han de pagar los siguientes tratamientos pero l'Assurance Malaltie le reembolsa el 100%:

- Obturación de caries
- Detartraje
- Extracciones
- Radiografías
- Tratamiento de conductos

Bélgica ⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

El programa de salud dental para niños da cobertura a los niños de entre 0 y 12 años incluyendo restauraciones y sellados, los padres han de pagar el tratamiento y se les reembolsa el 95% del coste.

Dinamarca ⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

Hasta los 16 años el gobierno cubre todos los tratamientos dentales de los niños incluyendo la ortodoncia.

Alemania ⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

Se incluye la prevención hasta los 16 años con elevado riesgo de caries.

Grecia ⁽⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

Se incluye la prevención y los tratamientos sencillos a menores de 18 años. El instituto de la seguridad social paga el 75% del tratamiento, los padres han de pagar el resto.

Hungría ⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

Se revisa a los niños de entre 0 y 18 años 2 veces al año.

Se incluye de forma gratuita:

- El tratamiento de urgencias.
- Visita
- Diagnostico
- Empastes
- Endodoncias
- Tratamiento periodontal
- Extracciones
- La ortodoncia. Pero la familia paga el 15%

Islandia ⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

El Sistema Nacional de Salud reembolsa el 75% del coste del tratamiento de los niños menores de 18 años.

No esta incluido el tratamiento de ortodoncia, que tiene un precio fijo de 1750 euros.

Irlanda ⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

Desde el año 2000 los niños menores de 16 años tienen asistencia dental gratuita. Además los niños de 7,9,11 y 13 años tienen control y se les aplican medidas preventivas.

Italia ⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

El sistema nacional de salud cubre a los niños hasta 14 años, incluyendo una revisión y algún tratamiento prevención.

Noruega ⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

La atención dental es gratuita hasta los 19 años y los jóvenes de entre 19 y 20 años pagan solo el 20%

Suiza⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

Los niños de hasta 20 años pagan solo 1 parte del tratamiento dependiendo de sus ingresos.

ANALISIS DE LOS PAISES:

Al ver estos datos, vemos la diversidad que existe entre países por lo que autores como Mathews y Windsor trataron de establecer una clasificación y propusieron 6 modelos diferentes de atención dental en Europa^(83.85)

1. Sistema o modelo nórdico (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia y en algunos aspectos Islandia):

En estos países existe una gran implicación gubernamental en la salud de los ciudadanos por lo que se ofertan un gran número de tratamientos públicos dentales, que son financiados por impuestos locales o generales. Existe un acceso público y universal a los tratamientos dentales para los niños y acceso con facilidades para los adultos. También hay un sector privado que puede ser subvencionado por el seguro de salud público.

2. Sistema Bismarkian (Alemania, Austria, Francia, Luxemburgo y Bélgica):

Basado en el principio de obligatoriedad de seguros sociales, para trabajadores y empresarios, que reembolsa a través de las compañías aseguradoras parte o la totalidad de los costes del cuidado bucodental. Algunos países están teniendo problemas debido al elevado coste.

3. Sistema Británico (Reino Unido):

La atención dental es proporcionada en su mayoría por dentistas independientes contratados por el National Health Service (NHS) por lo que hay una gran implicación gubernamental.

Existe atención gratuita a los niños y cuidado subvencionado para los adultos.

Subvencionado directamente por el gobierno.

4. Sistema Europa del sur (Chipre, España, Italia, Grecia, Portugal y Malta):
Predominantemente privado, los servicios sanitarios públicos pueden estar disponibles para proporcionar tratamiento de urgencias dentales, extracciones o cirugías orales.
Se prestan ciertos servicios públicos más amplios a los niños y grupos con necesidades especiales. En España se presta amplia cobertura a niños en las diferentes comunidades autónomas.
5. Sistema Híbrido (Holanda, Irlanda, Malta)
Es una mezcla del sistema Bismarkian y el Británico. Holanda ha privatizado la atención a los adultos y presta un modelo nórdico para los niños (privado subvencionado)
6. Sistema Transicional – Europa del este (Eslovenia, Eslovaquia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa):
Al adherirse a la unión Europea estos países están desarrollando sistemas de seguros para cubrir los costes de los servicios bucodentales.

Podemos observar que el sistema nórdico, el británico, el de Europa del Sur (en el que se engloba a España) y el sistema híbrido, dan una cobertura gratuita a los niños. El Sistema Birmanian también da facilidades para la atención de los niños reembolsando parte del tratamiento. El único en el que no se habla de cobertura a niños es el Sistema-transicional de Europa del este, ya que son países en los cuales se están desarrollando los sistemas sanitarios.

Respecto a los datos de salud oral en Europa para los niños de 12 años vamos a enumerar en primer lugar datos de la OMS para 1996 y 2009 respectivamente:

Datos para el índice CAOD 1996 ⁽⁹⁹⁾

Bélgica: 1,93

Alemania: 2,58

Grecia: 2,35

Irlanda: 1,85

Italia: 2,24

Escocia: 1,82

Valencia: 1,75

La OMS da los siguientes datos sobre caries a los 12 años para diferentes países de la Unión Europea⁽¹⁰⁰⁾ :

El índice CAOD es el siguiente:

Francia:1,2 en el año 2006

Alemania: 0,7 en el año 2005

Italia: 1,1 en el año 2004

Rumania: 2,4 en el año 2006

Inglaterra 1,2 en el año 2001

Suecia: 1,0 en el año 2005

España: 1,1 en el 2004 (Valencia)

El índice SiC en los mismos países y para la misma fecha es el siguiente:

Francia: 3,2

Alemania: 2,1

Italia: 3,1

Rumania: 6,3

Inglaterra: 3,2

Suecia: 2,9

España: 2,9

En el anexo 1 incluimos la tabla la recoge los datos para CAOD a los 12 años en Europa e información sobre como se provee a los ciudadanos de salud oral en cada país de Europa.⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾

SALUD ORAL A LOS 12 AÑOS EN ESPAÑA:

La primera encuesta de salud oral en España fue realizada por Gimeno de Sande y colaboradores en 1969⁽¹⁰¹⁾, después de esta en 1984 se publicó un informe sobre la salud oral en España que el Ministerio de Salud y Consumo encargo a la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁰²⁾, posteriormente se han realizado 5 encuestas más una en 1987, una en 1994, en 2000, en 2005 y en 2010.

A partir de 1994 se emplean los mismos criterios y diseño para las encuestas por lo que son comparables

A continuación recogemos los datos de CAOD obtenidos en cada encuesta para la edad de 12 años: (tabla 2)

| AÑO | CAO |
|---------------------------|------|
| 1984 ⁽¹⁰²⁾ | 4,2 |
| 1987 ⁽¹⁰³⁾ | 3,5 |
| 1994 ⁽¹⁰⁴⁾ | 2,32 |
| 2000 ⁽¹⁰⁵⁾ | 1,12 |
| 2005 ⁽¹⁰⁶⁾ | 1,33 |
| 2010 ^(107,108) | 1,27 |

Tabla 2: CAOD en encuestas a nivel nacional en España

Podemos ver que el índice de piezas careadas, ausentes u obturadas han ido descendiendo hasta 2000 y en 2005 han subido ligeramente. Estas encuestas también reflejan el índice de restauración IR: (tabla 3)

| AÑO | IR |
|---------------------------|-------|
| 1984 ⁽¹⁰²⁾ | 7,14% |
| 1987 ⁽¹⁰³⁾ | 14,3% |
| 1994 ⁽¹⁰⁴⁾ | 37,9% |
| 2000 ⁽¹⁰⁵⁾ | 53% |
| 2005 ⁽¹⁰⁶⁾ | 53% |
| 2010 ^(107,108) | 52,7% |

Tabla 3: Índice IR en encuestas nacionales

Vemos que el porcentaje de piezas obturadas ha ido aumentando hasta estancarse entre 2000 y 2005 en un 53%.

ENCUESTAS DE SALUD ORAL POR AUTONOMIAS:

No todas las Comunidades Autónomas realizan encuestas de salud oral a escolares, a continuación enumeramos las encuestas realizadas por comunidad autónoma y los resultados que estas obtuvieron:

Andalucía:

En la comunidad autónoma andaluza se han publicado 4 estudios a nivel autonómico en 1985, 1995, 2001 y 2006 y una tesis doctoral en el año 2009 en los que se incluya la salud oral de los niños de 12 años. En la tabla 4 se resumen los datos que obtuvieron estas encuestas:

| AÑO | Nº NIÑOS | CAOD | %LIBRE CARIES PERMAN | IR | Nº MEDIO DIENTES PERM PRESENTES |
|---------------|----------|---------------------------|----------------------|--------|---------------------------------|
| 1985 (109) | 994 | 2,7 | 29% | 12,2% | ----- |
| 1995 (110) | 1004 | 2,69 | 26,9% | 25,3% | ----- |
| 2001 (111) | 922 | 1,38 | 50,4% | 42,02% | ----- |
| 2006 (112) | 4228 | 1,23 | 56,9% | 49,6% | 24,07 |
| 2011 (113) | ----- | 0.67 (0.51 obturación) | 32,5% preval caries | ----- | ----- |

Tabla 4: Índices de Salud oral en Andalucía

Aragón:

En Aragón encontramos una sola encuesta realizada en 2004 por Abad y cols ⁽¹¹⁴⁾, se revisaron las edades marcadas por la OMS para las encuestas de salud oral en escolares: 6,12 y 15 años. Dentro del grupo de 12 años, que es el que ocupa nuestro trabajo, se revisaron 10.599 niños y los resultados que obtuvieron en este cohorte de edad fueron los siguientes:

- CAOD: 0,65
- Cod: 0,09
- % libre de caries: 65,1%
- % libre de caries en permanentes: 68,8%
- % libre de caries en temporales: 93, 5
- IR:81,8%
- IR en temporales: 40,02

Asturias:

Existe únicamente una encuesta realizada por Álvarez A y cols en 1992, cuyos datos son los siguientes: ⁽¹¹⁵⁾

- se realizó a una muestra de 617 niños.
- CAOD: 3,3
- Cod: 0,44
- % libre de caries: 26%
- % libre de caries en permanentes: 79,4%
- % libre de caries en temporales: 29%

Canarias:

La Comunidad Canaria tiene publicadas 3 encuestas realizadas en los años 1991, 1998 y 2006, en la tabla 5 se enumeran los resultados que estas encuestas obtuvieron para la edad de 12 años:

| AÑO | MUESTRA | CAOD | IR | % LIBRE CARIES EN PERMANENTES |
|-----------------------|---------|---------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 1991 ⁽¹¹⁶⁾ | 1160 | 1,87 | 24,6 | 41,1 |
| 1998 ⁽¹¹⁷⁾ | 1083 | 1,21 | 45,83 | 55,08 |
| 2006 ⁽¹¹⁸⁾ | ----- | 1,51 (CAOM 1,16) | Ir primer molar 23,98% | Prev caries 51,9 |

Tabla 5: Índices de salud oral en Canarias

Cantabria:

Existen datos para 1990 y 2007

En 1989 se instaura en Cantabria el primer programa de salud bucodental para escolares, tabla 6: resultado de las encuestas de salud oral en Cantabria para la edad de 12 años

| AÑO | MUESTRA | CAOD | Media de caries permanentes | de en | % CARIES PERMANENTES | LIBRE EN | Prevalencia Caries |
|-----------------------|---------|--|-----------------------------|-------|----------------------|----------|---------------------------|
| 1990 ⁽¹¹⁹⁾ | ----- | 3,44 | 2,47 | | 41,1 | | |
| 2007 ⁽¹¹⁹⁾ | 311 | 0,99 1,02 mujeres 0,95 hombres | 0,27 | | 52,8 | | 39,4 en permanentes |

Tabla 6: Índices de Salud oral Cantabria

Castilla la Mancha:

En Castilla la Mancha encontramos tres estudios a nivel autonómico que incluyan los niños de 12 años, uno en 1992, otro en 2004 y el siguiente en 2010. A continuación mostramos los datos registrados en estos estudios.(tabla 7)

| AÑO | Nº NIÑOS | CAOD | Cod | %libre caries | % LIBRE CARIES EN PERM | IR |
|-----------------------|----------|------|-------|---------------|------------------------|-------|
| 1992 ⁽¹²⁰⁾ | 1242 | 1,65 | 0,47 | 44% | 34,5% | 25,5 |
| 2004 ⁽¹²¹⁾ | 865 | 1,09 | ----- | ----- | 59,2% | 49,51 |

Tabla 7: Índices de Salud oral en Castilla la Mancha

Castilla y León:

En 1993 se realizó una encuesta cuyos resultados en los niños de 12 años fueron los siguientes:⁽¹²²⁾

CAOD: 2,32

cod: 0,31

% libre de caries: 25,9%

% libre de caries en permanentes: 28,8%

IR: 30,17

Cataluña:

En Cataluña hay publicadas 5 encuestas de salud oral a nivel autonómico en las que se incluya la cohorte de edad de 12 años. Se realizaron en los años 1984,1991,1997,2006 y un plan de salud en el que se marcaron unos objetivos para el año 2010.

A continuación incluimos la tabla 8 con los resultados de estas encuestas:

| AÑO | Nº NIÑOS | CAOD | CAOS | Cod | Cos | %LIBRE CARIES | IR |
|----------------------|-------------|------|-------|-------|-------|------------------|------|
| 1984 (123) | | 2,98 | 4,6 | ----- | ----- | 14% | 12 |
| 1991 (124) | 472 | 1,66 | ----- | 0,43 | ----- | 38% | 35 |
| 1997 (125) | 504 | 0,9 | 1,44 | 0,33 | 0,53 | 53,4% | 44,6 |
| 2006 (126) | 856 | 0,73 | ----- | 0,4 | ----- | 54,3% | 52,5 |

Tabla 8: Índices de Salud Oral en Cataluña

El plan de salud de la Generalitat de Cataluña marcaba como objetivos para el año 2010: ⁽¹²⁷⁾

- Que al menos un 60% de los niños de 12 años este libre de caries.
- Un IR a los 12 años de 65%
- Mantener el CAOD a los 12 años por debajo de 1.

Comunidad de Madrid:

En 1991 la Consejería de salud de la Comunidad de Madrid realiza una encuesta de salud oral que incluye los niños de 12 años, los datos que obtuvo son los siguientes: ⁽¹²⁸⁾

- CAO(D): 2,69
- co(d): 0,22
- IR: 41,26

Comunidad Valenciana:

Existen 3 estudios a nivel autonómico que recojan datos sobre la salud oral de los niños de 12 años en la Comunidad Valenciana en los años 1986, 1998 y 2004. (tabla 9)

| AÑO | MUESTRA | CAO(D) | CAO(S) | Co(d) | Co(s) | %LIBRE CARIES PERM | %LIBRE CARIES TEMP | %LIBRE CARIES TEMP | IR | IR TEMP |
|----------------------|---------|--------|--------|-------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|------------|
| 1986 (129) | ----- | 2,53 | --- | 0,34 | ---- | 26,4 | 29,8 | 81,8 | 17,9 | 9 |
| 1998 (130) | 569 | 1,08 | 1,65 | 0,25 | 0,47 | ----- | 54,1 | 86 | 45,3 | 20 |
| 2004 (131) | 478 | 1,07 | 1,56 | 0,19 | 0,35 | ---- | ----- | ----- | ----- | ----- |

Tabla 9: Índices de Salud oral en la Comunidad Valenciana

Extremadura:

En 2001 se realizó una encuesta, los resultados para la edad de 12 años son los siguientes: ⁽¹³²⁾

CAOD: 1,31

% Libre de caries en permanentes: 50%

IR: 36

Islas Baleares:

En 2005, los resultados a la edad de 12 años son : ⁽¹³³⁾

CAO(D): 0,89

Nºmedio de dientes permanentes: 22,46

%Libre de caries en permanentes: 55,05.

Galicia:

En Galicia existen varias encuestas publicadas, realizadas en 1990,1995,2000 y 2005. La tabla 10 recoge los datos de estas publicaciones para los niños de 12 años:

| AÑO | MUESTRA | CAO(D) | cod | CAO(S) | %LIBRE CARIES | %LIBRE CARIES PERMAN | %LIBRE CARIES TEMPO | IR | IR TEMP |
|----------------------|---------|--------|------|--------|------------------|----------------------------|---------------------------|------|------------|
| 1990 (134) | 215 | 3,7 | -- | 2,86 | 9,8 | 15,84 | 64,19 | 23 | 12 |
| 1995 (135) | 645 | 1,6 | 0,27 | ----- | 35,8 | 41,8 | 14,8 | --- | ---- |
| 2000 (136) | 1056 | 1,52 | 0,31 | 2,95 | 45 | 45 | 93,8 | 41,7 | 21,5 |
| 2005 (137) | 1327 | 0,99 | 0,44 | ---- | 47,3 | 57,65 | 78,06 | 56,3 | 33 |

Tabla 10: Índices de Salud Oral en Galicia

Murcia:

Para la comunidad de Murcia existe un trabajo que compara los datos en 1989 y en 1997, los datos son los siguientes: ⁽¹³⁸⁾

- En 1989:
 - o CAO(D): 2,32.
 - o %libre de caries: 30
 - o %libre de caries en permanentes: 33,3
 - o IR:20,5
- En 1997: se revisaron 1316 niños de 12 años.
 - o CAO(D): 2,27.
 - o %libre de caries: 34
 - o %libre de caries en permanente: 35,2
 - o IR:23,

Navarra:

Existe un trabajo realizado en 1987 sobre población infantil pero no refleja la edad de 12 años que es la que nos interesa.

Existen 3 trabajos más uno en 1997, otro en 2002 y otro en 2007 , la tabla 11 refleja estos trabajos para la edad de 12 años:

| AÑO | MUESTRA | CAO(D) | CAO(S) | co(d) | co(s) | %libre caries | %libre caries prem | %libre caries temp | IR | IR temp |
|------------------------------|---------|--------|--------|-------|-------|---------------|--------------------|--------------------|------|---------|
| 1997 (139) | 344 | 0,9 | 1,32 | 0,55 | 0,8 | 57,8 | 57,8 | 73,8 | 81,1 | 46,3 |
| 2002 ⁽¹⁴⁰⁾ | 392 | 0,7 | 1,0 | 1,58 | 0,93 | | | | 36,8 | 77,3 |
| 2007 (141) | 488 | 0,63 | 0,82 | --- | --- | 58,2 | 71,5 | 79,5 | 68,9 | 42 |

Tabla 11: Índices de Salud oral en Navarra

País Vasco:

Tabla 12: resultados de las encuestas de salud oral para 12 años en País Vasco.

| AÑO | MUESTRA | CAO(D) | CAO(S) | %LIBRE CARIES | %LIBRE CARIES PERMAN | IR |
|------------------------------|---------|--------|--------|---------------|----------------------|------|
| 1998 ⁽¹⁴²⁾ | 968 | 1,05 | 1,48 | 67,2 | 57,2 | 73,3 |
| 2008 ⁽¹⁴³⁾ | 1065 | 0,52 | 0,67 | 73,8 | ----- | 75 |

Tabla 12: Índices de salud oral en el País Vasco

A continuación añadimos una tabla 13 que incluye los índices que más frecuentemente se incluyen en las encuestas de salud oral a escolares: índice CAOD, % libre de caries en permanentes e índice de restauración

| LUGAR | AÑO | CAOD | %LIBRE CARIES PERMANENTES | IR |
|---------------------|------|------|---------------------------------|-------|
| ANDALUCIA | 1985 | 2,7 | 29 | 12,2 |
| | 1995 | 2,69 | 26,9 | 25,3 |
| | 2001 | 1,38 | 50,4 | 42,02 |
| | 2006 | 1,23 | 56,9 | 49,06 |
| ARAGON | 2004 | 0,65 | 68,8 | 81,8 |
| ASTURIAS | 1992 | 3,3 | 26 | 79,4 |
| CANARIAS | 1991 | 1,87 | 24,6 | 41,1 |
| | 1998 | 1,21 | 45,83 | 55,08 |
| | 2006 | 1,51 | ----- | ---- |
| CANTABRIA | 1990 | 3,44 | 41,1 | ---- |
| | 2007 | 0,99 | 52,8 | ---- |
| C.LA MANCHA | 1992 | 1,65 | 34,5 | 25,5 |
| | 2004 | 1,09 | 59,2 | 49,51 |
| C.LEON | 1993 | 2,32 | 28,8 | 30,17 |
| CATALUÑA | 1984 | 2,98 | 14 | 12 |
| | 1991 | 1,66 | 38 | 35 |
| | 1997 | 0,9 | 53,4 | 44,6 |
| | 2006 | 0,73 | 54,3 | 52,5 |
| C.MADRID | 1991 | 2,69 | ----- | 41,26 |
| C.VALENCIANA | 1986 | 2,53 | 29,8 | 17,9 |
| | 1998 | 1,08 | 54,1 | 45,3 |
| | 2004 | 1,07 | ----- | ----- |
| EXTREMADURA | 2001 | 1,31 | 50 | 36 |
| I.BALEARES | 2005 | 0,89 | 55,05 | --- |
| GALICIA | 1990 | 3,7 | 15,84 | 23 |
| | 1995 | 1,6 | 41,8 | --- |
| | 2000 | 1,52 | 45 | 41,7 |
| | 2005 | 0,99 | 57,65 | 56,3 |
| MURCIA | 1989 | 2,32 | 33,3 | 20,5 |
| | 1997 | 2,27 | 35,2 | 23,9 |
| NAVARRA | 1997 | 0,9 | 57,8 | 81,1 |
| | 2002 | 0,7 | ---- | 36,8 |
| | 2007 | 0,63 | 71,5 | 68,9 |
| P. VASCO | 1998 | 2,05 | 67,2 | 73,3 |
| | 2008 | 0,52 | 73,8 | 75 |

Tabla 13: Resumen Índices Salud oral en las diferentes comunidades autónomas

ESTUDIOS DE POBLACIONES CONCRETAS:

En la tabla 14 recogemos los datos de una serie de estudios realizados en diferentes poblaciones de España:

| LUGAR | AÑO | Nº NIÑOS | CAO(D) | CAO(S) | CAO(M) | co d | co s | %LIBRE CARI ES | IR | PREVA L CARI ES | Sic |
|--|--------------------------------------|---------------------------|---|--------|--------|------|------|----------------|--|--|------|
| BARCELONA ⁽¹⁴⁶⁾ | 1998 | | 0,85 | | | | | | 44,8 | 37 | |
| CÉE (CORUÑA) ⁽¹⁴⁷⁾ | 1997-98 | | 2,54 | | | | | | 33,3 | 64,2 | |
| Padrón ⁽¹⁴⁸⁾ | 1998 | | 2,2 | | | | | | 66,3 | 67,5 | |
| Guitiriz (lugo) ⁽¹⁴⁹⁾ | Tres mediciones en 1998, 2000 y 2001 | | 1998= 1,61 2000= 1,47 2001= 1,3 | | | | | | 1998 = 44% 2000 = 62% 2001 = 63% | 1998= 41,85% 2000= 34,91% 2001= 27,99% | |
| CEUTA ⁽¹⁵⁰⁾ | 2001 | 142 | 3,91 NIÑAS:4,39 NIÑOS: 3,49 MUSULMAN: 5,00 NO MUSUL: 3,26 | | | | | | | | |
| LOJA ⁽¹⁵¹⁾ | 2001 | | 4,47 | | | | | | | | |
| BURELA LUGO ⁽¹⁵²⁾ | 2001 | | 1,77 | | | | | | 32,2 | 70,3 | |
| BADAJOS ⁽¹⁵³⁾ | 2002 | 63 | | | | | | | | 86,6 TEM:6 8,7 PER:84,2 | |
| MOSTOLE S (Madrid) ⁽¹⁰⁰⁾ | 2007 publicado o 2009 | 399 | 0,61 | 0,81 | 0,33 | | | 71% | | 28,8 | 1,82 |
| Madrid ⁽¹⁵⁴⁾ | Realizado 2009, publicado 2011 | 548 niños (20 de 12 años) | 1,16 | | | 0,33 | | | | 16,7 | |

Tabla 14: Índices de Salud oral en poblaciones concretas en España

ESTUDIOS EN BARBASTRO:

En 1986 se realiza en Barbastro el primer estudio sobre escolares, realizado por JM Santos Martí como parte de su tesis doctoral, posteriormente publica varios trabajos entre 1999 y 2004.

La tabla 15, que incluimos a continuación muestra los resultados obtenidos en los diferentes estudios realizados en escolares de 12 años de Barbastro:

| FECHA | CAO | PREVALENCIA | IR |
|-----------------------|------|-------------|-------|
| 1986 ⁽¹⁵⁵⁾ | 1,65 | 43,47 | ----- |
| 1999 ⁽¹⁵⁶⁾ | 1,52 | 52,85 | 20,09 |
| 2004 ⁽¹⁾ | 0,67 | 29,83 | 78 |
| 2009 ⁽¹⁵⁷⁾ | 0,68 | 29,11 | 23,14 |

Tabla 15: Índices Salud oral en Barbastro a lo largo del tiempo

d. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL PADI

Existen encuestas para recoger el grado de satisfacción de los profesionales que atienden a los niños pertenecientes al PADI, en el País Vasco, Navarra y la Región de Murcia.

En País Vasco y Navarra se realizaron encuestas en 1990, 1994 y 2003. ⁽¹⁵⁷⁾ Al inicio más del 50% tenía una opinión negativa, un 36.38% era escéptico y solo el 5% apoyaba el programa. En 2003 el 65% de los profesionales estaba satisfecho con el programa.

Datos de la encuesta de 2003:

Nota del 1 al 10 para:

- Capitación 4,7
- Programa en conjunto 5,9
- Cuantía de la retribución 4,0
- Información administración sanitaria 6,3
- Trato de la administración sanitaria.
- Fluidez comunicación con la administración sanitaria

- Plazos de cobro 5,0
- Relación con los padres 7,7
- Papel del colegio 5,0

Grado de satisfacción con el PADI:

- Muy satisfecho 8%
- Bastante 57%
- Poco 30%
- Nada 3%
- NS/NC 2%

Intención de continuidad:

- Si 99%
- No 0%
- NS/NC 2%

Opinión sobre capitación:

- Sobresaliente/notable 24%
- Aprobado 32%
- Notable 53%

Como conclusión los autores destacan que los profesionales están satisfechos con el PADI en general , aunque la cuantía de la retribución sigue siendo el aspecto más criticado.

En 2008 se realizó en La Región de Murcia una encuesta para evaluar la satisfacción de los profesionales a los 5 años de la instauración del PADI en la comunidad autónoma ⁽¹⁵⁸⁾ . Se entrevistó a 165 profesionales de los 453 de los que prestan el servicio, 142 del sector privado y 23 públicos. Los datos recogidos son los siguientes:

- el 98% piensa que está siendo positivo para los niños.
- La satisfacción con el PADI:
 - o De los dentistas privados 7,38 sobre 10
 - o De los dentistas públicos 7,5 sobre 10.
- A la relación con los padres le dan un 9.

- Al papel desempeñado por el colegio un 8,5.
- Como aspectos positivos del programa destacan:
 - o Prevención de la salud bucodental de los niños.
 - o Interés mostrado por los padres
 - o Familiarización de los niños con el dentista.
 - o Fin social del programa, permite a muchas personas optar por el cuidado bucal de manera gratuita.
- Aspectos negativos:
 - o Falta de información de los padres.
 - o Burocracia.
 - o Que no se incluya la obturación de las piezas de leche
 - o Exceso de trabajo.
 - o Escasa remuneración.
- Nota a la cuantía de la retribución 5
- Sistema de capitación 7,6
- Plazos de cobro 6,8
- ¿presenta el seguimiento del PADI algún problema.
 - o 50,05 inconveniente.
 - o 49% inconvenientes leves
 - o 0,5% graves inconvenientes.
- Clasificación de la salud bucodental de los niños (este dato depende de donde tiene cada profesional situada la consulta y de el nivel socioeconómico de los pacientes)
 - o 48% mala
 - o 51% bien
 - o 1,5 % muy buena
- El 98% de los profesionales dice no establecer diferencias entre los niños PADI y el resto de sus pacientes, el 2% de los profesionales atiende a los niños PADI en un horario especial.
- La motivación para tener PADI:
 - o Ampliación pacientes.
 - o Fidelización pacientes.

e. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS PADI

Hay tres razones para considerar importante la satisfacción del paciente (o en nuestro caso de los padres del paciente): ⁽¹⁵⁹⁾

1. Los estudios han demostrado que la satisfacción predice el compromiso del paciente con el tratamiento y la continuidad en las visitas.
2. La satisfacción del paciente es un instrumento útil a la hora de evaluar la clínica y los modelos de comunicación como involucrar al paciente en la decisión del tratamiento.
3. Las opiniones de los pacientes pueden ser empleadas para mejorar la atención.

Tabla 16: Resultados encuesta satisfacción valencia: se realizaron un total de 384 encuestas ⁽¹⁵⁹⁾

1= muy satisfecho

2= satisfecho

3= ni satisfecho ni insatisfecho

4= no muy satisfecho

5= nada satisfecho

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NR |
|---|-----|-----|-----|------|----|----|
| Trato recibido al pedir cita | 44 | 140 | 180 | 12 | 8 | -- |
| Información dada por el dentista | 149 | 194 | 41 | --- | -- | -- |
| El dentista escucha y entiende | 153 | 182 | 46 | 3 | -- | -- |
| Información dada por la higienista | 139 | 184 | 61 | ---- | -- | -- |
| Interés por atender al usuario | 112 | 181 | 89 | 2 | -- | -- |
| Competencia del dentista | 164 | 167 | 52 | 1 | -- | -- |
| Competencia de la higienista | 144 | 175 | 64 | 1 | -- | -- |
| Manejo de la conducta del niño | 143 | 155 | 71 | 1 | -- | -- |
| Satisfacción general | 121 | 177 | 8 | 6 | -- | -- |

Tabla 16: Satisfacción de los usuarios del PADI en Valencia

En el estudio de Universidad de Granada, Rosel 2011.

Junto con el consentimiento informado se incluye una pequeña encuesta de satisfacción a los padres, las siguientes tablas resumen los resultados a las preguntas que se les formularon:

Pregunta 1: ¿Cuándo fue la última vez que su hijo visitó al dentista?

| ¿Cuándo fue la última vez que su hijo visitó al dentista? | 6-7 AÑOS | 8-9 AÑOS | 10-12 AÑOS |
|---|----------|----------|------------|
| En los últimos 3 meses | 43,4 | 41,3 | 47,6 |
| En los últimos 12 meses | 30,6 | 37,3 | 32,5 |
| Más de 12 meses | 9,6 | 12,6 | 14,3 |
| Nunca | 16,3 | 8,7 | 5,6 |

Tabla 17: frecuencia con que acuden los niños al dentista en Rosel 2009 Andalucía

Pregunta 2: ¿Dónde le realizaron la visita?

| | 6-7 años | 8-9 años | 10-12 años |
|--|----------|----------|------------|
| Un dentista del centro de salud | 17,9 | 14,9 | 19,2 |
| A un dentista privado pero utilizando los talones de la junta de Andalucía | 53,4 | 50,7 | 32 |
| A un dentista privado pagándolo | 24,7 | 29,2 | 43,5 |

Tabla 18: ¿dónde se realizó la visita al dentista? Rosel 2009 Andalucía

Pregunta 3: ¿Qué tratamientos se le realizaron al niño?

| Que tratamientos se le realizaron a su hijo | 6-7 años | 8-9 años | 10-12 años |
|---|----------|----------|------------|
| Revisión | 82,2 | 76,3 | 75,8 |
| Sellado | 25,63 | 45,8 | 39,1 |
| Limpieza | 1,7 | 9,0 | 12,2 |
| Empaste permanente | 6,2 | 19,5 | 22,7 |
| Exodoncia pieza de leche | 14,7 | 16,9 | 24,4 |
| Tratamientos especiales | 3,1 | 6,8 | 5,1 |
| No recuerdo | 0,3 | 0,8 | 2,4 |
| otros | 0,7 | 0,3 | 0 |

Tabla 19: ¿qué tratamientos se realizaron al niño? Rosel 2009 Andalucía

Pregunta 4: El que hayan llevado a su hijo a este dentista ha hecho que usted o algún miembro de la familia hayan recibido tratamiento dental también en esta clínica

En torno al 50% de las familias ha hecho uso del dentista algún miembro más de la familia

¿Está usted satisfecho con el tratamiento recibido por su hijo?

El 85% está satisfecho con la atención recibida por su hijo si incluimos todas las edades.

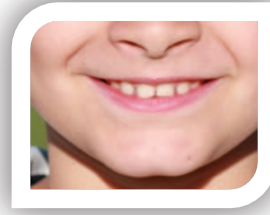
Si nos fijamos únicamente en la franja de edad de 10 a 12 años un 93% de los usuarios está satisfecho.

Posteriormente en 2012 se publica en un trabajo de Romeo y cols en el que se recoge la opinión de los usuarios del PADIA, para ello se reúne a un grupo de padres y se realiza una técnica de grupo nominal en la que se generan ideas, se enuncian, se discuten y fusionan y posteriormente se hace una votación. Las ideas que más se repitieron fueron las siguientes:

- Financiar un porcentaje de los tratamientos de ortodoncia
- Poder cambiar de especialista en el mismo año ante una falta de entendimiento entre el usuario y el profesional.
- Incrementar el tramo de edad de cobertura.
- Incrementar los mecanismos de vigilancia para evitar el posible cobro por tratamientos que están incluidos.
- Sustituir el TADA (talón) por una tarjeta sanitaria para que así el dentista privado pueda recetar medicación y además evitarán los problemas por la pérdida del talón.

A su vez los profesionales dan cuenta de la desinformación de los padres en cuanto a los tratamientos que cubre el PADIA y destacan que no den ninguna importancia a que no estén incluidos los tratamientos en piezas temporales.

En el estudio sobre la satisfacción de los usuarios del PADI en Andalucía publicado por la junta de Andalucía en 2005 se vio que el 85% de los usuarios están satisfechos con el programa ⁽¹⁴⁶⁾



MATERIAL

Y

MÉTODOS



MATERIAL Y MÉTODOS:

NIÑOS QUE EN EL AÑO 2011 CUMPLEN 12 AÑOS, MATRICULADOS EN LOS COLEGIOS DE BARBASTRO:

Se realizó una revisión del estado de salud oral de los niños de 12 años matriculados en los colegios de Barbastro para el curso 2010-11. Ya que estos niños fueron los primeros en entrar a formar parte del PABIJ y la OMS marca los 12 años como edad de referencia para las encuestas de salud oral.

Antes de realizar la revisión se envió una carta a los directores explicándoles nuestro estudio y pidiendo concertar una cita con ellos (ANEXO 2), en la reunión que mantuvimos con cada uno de los directores se les explico el estudio y se les hizo llegar la carta de explicación para los padres (ANEXO 3), junto con un consentimiento informado (ANEXO 4) y la encuesta para los padres o tutores (ANEXO 5).

Cada colegio hizo llegar estos papeles a los padres o tutores de los alumnos a través de los niños. Una vez que estos trámites estaban realizados, concretamos con los responsables de cada curso una fecha para ir a revisar a los niños, de manera que nuestra visita entorpeciera lo menos posible a las clases.

Las revisiones las realizó un solo profesional con la ayuda de un auxiliar. Para ello se creo una ficha dental (ANEXO 6) siguiendo las directrices que marca la OMS en su publicación: Encuestas de Salud Bucodental. Métodos básicos. 4ª edición. OMS. Ginebra. 1997.

Para cada niño empleamos un espejo y una sonda dental debidamente esterilizados (Imagen 1), guantes estériles, mascarilla, gafas de protección y un contenedor para el material sucio. También usamos un modelo dental y un cepillo para instruir a los niños en el modo de realizar una

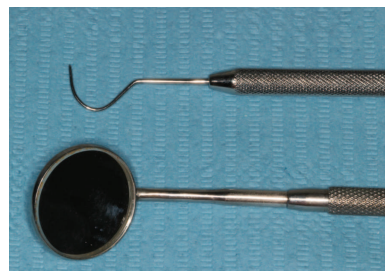


Imagen 1: Espejo y sonda

correcta higiene dental. El operador utilizo un foco frontal.

Para la realización de las revisiones, cada colegio nos facilito una sala con luz natural, dos sillas y una mesa para dejar nuestro material (imagen 2). Los niños se dirigieron a la sala de uno en uno Empleamos una media de 2 minutos por niño



Imagen 2: Cuarto para revisión en uno de los colegios

En la revisión nos fijamos en el número de piezas careadas, ausentes, obturadas; el estado de salud gingival, la presencia de placa o sarro, la oclusión, la presencia de defectos de formación del esmalte y si son portadores de ortodoncia.

Tras la revisión se entrego a cada niño un informe para sus padres o tutores (ANEXO 7) y las instrucciones para mantener una buena salud e higiene oral (ANEXO 8), esta instrucciones incluían unas imágenes que hemos creado para este fin en las que se representa la técnica de cepillado de Bass de una forma gráfica y sencilla; para que los niños las tengan en casa y puedan practicar.

Las revisiones se realizaron los días:

Colégio Alto Aragón: 27-4-2011

Colégio Pedro I:16-5-2011

Colegio La Merced:10-6-2011

Colegio San José de Calasanz:14-4-2011

Colegio San Vicente de Paul: 12-4-2011

En cada colegio se revisaron el siguiente número de niños:

Colegio Alto Aragón: 21 niños (de los 34 niños matriculados)

Colegio La Merced:31 (de los 48 niños matriculados)

Colegio Pedro I: 33 (de los 50 niños matriculados)

Colegio San José de Calasanz:17 (de los 20 niños matriculados)

Colegio San Vicente de Paul:19 (de los 22 niños matriculados)

Lo que supone el 69,54% del total de los niños matriculados

Tras la visita a los colegios se hizo llegar a los directores una carta de agradecimiento(ANEXO 9)

ENCUESTA A LOS PADRES O TUTORES DE LOS NIÑOS:

El colegio entrega a los niños para que hagan llegar a sus padres una carta explicando el motivo de nuestro trabajo (ANEXO 3), un consentimiento informado (ANEXO 4) y una encuesta de opinión sobre el programa PABIJ y de hábitos de higiene oral de sus hijos (ANEXO 5). Los niños trajeron de vuelta estos papeles al colegio antes de realizarles la revisión.

En la encuesta nos interesa saber:

- a) Si hace uso del PABIJ.
- b) Si ha acudido cada año a su visita con el dentista.
- c) el grado de satisfacción con el programa de atención dental del que forman parte sus hijos.
- d) el grado de satisfacción con la atención recibida.
- e) Si se les ha realizada algún tratamiento a sus hijos
- f) Si se les han explicado normas de higiene oral
- g) Frecuencia de cepillado y si utiliza pasta o colutorio fluorado.

La encuesta es anónima y la respuesta puede ser cuantitativa, dando una nota, o de respuesta múltiple.

En cada colegio contestaron las siguientes encuestas:

Colegio Alto Aragón: 30 (de los 34 niños matriculados)

Colegio La Merced: 32 (de los 48 niños matriculados)

Colegio Pedro I: 35 (de los 50 niños matriculados)

Colegio San José de Calasanz: 15 (de los 20 niños matriculados)

Colegio San Vicente de Paul: 20 (de los 22 niños matriculados)

Se contestaron el 75,86% de las encuestas

ENCUESTA A LOS DENTISTAS ADSCRITOS AL PABIJ EN ARAGÓN DURANTE EL AÑO 2010-11

Se hizo llegar por correo postal (ordinario) una carta explicando nuestro estudio y pidiendo su colaboración (ANEXO 10) junto con la encuesta (ANEXO 11) a todos los dentistas adscritos al PABIJ en Aragón, siguiendo el listado que publica el colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Aragón en su pagina web se envió la encuesta a un total de 333 dentistas, eliminamos una de las direcciones de los profesionales que tenían mas de una. La encuesta se enviaba junto con un sobre franqueado para que les supusiera menor molestias posibles a nuestros compañeros remitírnosla. De estas encuestas nos devolvieron 154

En la encuesta nos interesa saber:

- a) El grado de satisfacción con el PABIJ.
- b) Si piensa continuar adscrito al programa.
- c) Nota media al programa
- d) Opinión sobre la cuantía de la retribución
- e) Si están satisfechos con los plazos de cobro
- f) Si cree suficientes las medidas preventivas
- g) Si cree que el programa hacer restar importancia a la dentición temporal.

En la pregunta en que se da la posibilidad de hacer comentarios y sugerencias sobre el programa a los profesionales, vamos a dividir las respuestas en positivas, neutras y negativas y a la vez cada grupo en con idea y sin idea. Para facilitar la lectura y comprensión de las respuestas.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTONOMAS EN ESPAÑA, ASÍ COMO EN OTROS PAÍSES:

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes fuentes: Google, PubMed, Embase, base de datos de la Universidad de Malmö páginas web de los diferentes colegios de odontólogos de España, y de los servicios de salud de cada Comunidad Autónoma.

Con los datos que recopilamos podemos hacer una comparación entre lo que cubre cada comunidad en su programa, que edades cubre, que prestaciones da a los usuarios y desde cuando.

ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS A NIVEL EUROPEO, NACIONAL Y EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTONOMAS:

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes fuentes: Google, PubMed, Embase, la base de datos de la Universidad de Malmö donde se recogen datos de salud oral de los distintos países Europeos y la base de datos epidemiológicos de la SESPO (Sociedad Española de Salud Pública Oral) donde se recogen estudios sobre Salud oral realizados en España.

Nos fijamos tanto en las encuestas de salud a nivel Nacional, autonómico, regional como en los estudios de poblaciones concretas.

MÉTODOS ESTADÍSTICOS:

Entre los objetivos está conocer y comparar los diferentes programas de salud oral para niños, comparar los índices de salud oral para niños matriculados en el curso 2010/2011 en Barbastro; que durante este curso cumplirán los 12 años. Comparar con otros estudios y con otras comunidades autónomas, y con los datos de otros países.

Son unas cifras tan dispares, tan orientativas y tan claras que no hemos considerado necesario realizar comparaciones estadísticas, por ello los métodos estadísticos empleados han sido descriptivos.

Por otro lado muchos de los estudios consultados no reflejan el tamaño de la muestra.

Los últimos objetivos que eran conocer la opinión de profesionales y padres sobre el programa PABIJ; y los resultados que esta obteniendo el programa tampoco necesitan estadística diferencial ni exploratoria, con la estadística descriptiva nos basta para obtener los resultados deseados.



ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS



ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS:

A la hora de recoger los resultados de nuestro estudio vamos a diferenciar 5 puntos:

- a. Programas de salud dental infantil en diferentes países del mundo
- b. Diferencias entre los programas de salud oral infanto-juvenil que se llevan a cabo en las diferentes Comunidades autónomas españolas.
- c. Estado de salud oral, índices e indicadores de salud oral, de los niños de 12 años
 - i. En distintos países
 - ii. En España
 - iii. En las diferentes comunidades autónomas españolas
 - iv. En poblaciones concretas en España
 - v. En Barbastro
 - vi. En nuestro estudio en Barbastro: índice CAO, cod e IR, CAOM, SiC, Prevalencia de caries, prevalencia de caries en piezas definitivas, % libre de caries, %libre de caries en definitivas.
- d. Resultados de la encuesta de opinión de los profesionales, en nuestro estudio y en otras comunidades
- e. Resultados de la encuesta de opinión de los padres de los niños, en nuestro estudio y en otras comunidades

a. PROGRAMAS DE SALUD DENTAL INFANTIL EN DIFERENTES PAISES DEL MUNDO

Hay numerosos países que dan cobertura gratuita a los niños en materia de salud dental, pero con diferencias en cuanto a las edades y los tratamientos que cubren, la tabla 20 recoge los datos a este respecto:

| | R E V I S I Ó N | E D U C A C I Ó N | R X | T A R T R E C T | F L Ú O R | S E L L A D O | E X O D O N C I A | O B T U R A C I Ó N | CEPILLADO EN COLEGIO | E N D O D O N C I A |
|-----------|--|---|--------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|--|----------------------------|--|
| AUSTRALIA | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| URUGUAY | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| ITALIA | ✓ | | | | | | | | | |
| CHILE | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| PORTUGAL | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| CANADA | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| EEUU | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| FRANCIA | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | ✓ |
| BELGICA | ✓ | | | | | ✓ | | ✓ | | |
| DINAMARCA | EL GOBIERNO PAGA TODOS LOS TRATAMIENTOS HASTA LOS 16 AÑOS INCLUYENDO LA ORTODONCIA | | | | | | | | | |
| NORUEGA | EL GOBIERNO PAGA TODOS LOS TRATAMIENTOS HASTA LOS 16 AÑOS INCLUYENDO LA ORTODONCIA | | | | | | | | | |
| SUIZA | 16 AÑOS INCLUYENDO LA ORTODONCIA | | | | | | | | | |

Tabla 20: Tratamientos dentales para niños que se cubren en diferentes países

b. DIFERENCIAS ENTRE LOS PROGRAMAS DE SALUD ORAL INFANTIL EN ESPAÑA:

La primera diferencia, entre programas de las distintas comunidades autónomas la podemos establecer en cuanto al tipo de programa que tiene cada una: público, PADI (prestado por profesionales odontológicos del sector privado, habilitados para este fin) o mixto (los pacientes se dirigen al sector público y en el caso de que haya que realizarles algún tratamiento se les remite a profesionales habilitados del sector privado). Estos datos se recogen en la tabla 21

| | A N D A L U C I A | A R D A G L Ó N I A S S | A T L R A E S S | B A L R A R I A S S | C A N A R I B A R I A | C A N Ó N C H A | C L M E A N C H A | C M T A R L E C I D U R A | C A T R I C I D A D U R A | E X T R I C I D A D U R A | G A L D R C I D A | M A R C I D A | M U R C I A | N A V A R A | P A Í S J A R V A S C O | R I O J A C I M E L L A | V A L E N T I N A C I M E L L A | C E U T A N C I M E L L A |
|------------------|---|--|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|--|--|---|
| TIPO DE PROGRAMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PADI | X | | | X | X | | | | | X | | | X | X | X | | X | |
| MIXTO | | X | | | | | X | X | | | X | | | | | | | |
| PUBLICO | | | X | | | X | | | X | | X | | | | | X | | X |

Tabla 21: tipo de programa según donde se atiende a los niños

Hay que comentar que en Aragón desde el año 2011 podríamos hablar de un programa mixto, ya que desde ese año los niños que cumplen 6 años (es decir a partir de los niños nacidos en 2005 y así sucesivamente en los diferentes años) primero se dirigirán al dentista del servicio público de salud aragonés y en el caso de que necesiten un tratamiento se les derivara a un dentista del sector privado concertado por el programa PABIJ. Sin embargo los niños nacidos desde 1999 hasta 2004 seguirán pudiendo elegir a su dentista entre

los del sector Público y los concertados, es decir seguirán teniendo un programa de los que denominamos tipo PADI

Para reflejar las diferencias en cuanto a los tratamientos que incluye en su programa cada Comunidad Autónoma, hemos realizado dos tablas, en la primera (tabla 22) se representan los tratamientos básicos que incluye cada Comunidad Autónoma. En la segunda (tabla 23) lo que cada comunidad considera tratamientos especiales. Esta marcado con una X verde la casilla en caso de que el tratamiento este incluido

| | A N D A L U C I A | A R A G U N I A | A S T U R I A | B A L A R I A S | C A N A R I A S | C A T A L U N I A | C A N A R I A S | C A N A R I A S | C A N A R I A S | C A N A R I A S | E X T R A M U R A | G A L I C I A | M A D R I D | M U R C I A | N A V A R R A | P A Í S V A S C O | R I O J A | V A L E N C I A | C E U T A M E L L I L L A | |
|--------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|---|-----------------------|--------------------------------------|---|---|
| Revisión | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Educación | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | | | X | X |
| Flúor | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Sellado Fisuras | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | X |
| Obturación | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Tartrectomía | X | X | X | X | | | | X | | X | | | | X | | | | | X | X |
| Urgencias | X | X | X | X | X | | | X | | X | X | | | X | | | | | | |
| Exodoncia | X | X | X | X | | | | X | X | X | | | | X | X | X | X | X | X | X |
| Reconstruir | | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recubrimiento | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pulpotomía | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endodoncia | X | X | X | X | | | | | | | | | | X | | | | | X | |
| Rx | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | | | X |

Tabla 22: tratamientos básicos por Comunidad Autónoma

| | A N D A L U C I A | A R A G Ó N | A S T U R I A S | B A L E R I A S | C A N A R I A S | C A N T A B R I A | C L E O N | C M A N C H A | C A T A L U Ñ A | E X T R E M A D U R A | G A L I C I A | M A D R I D | M U R C I A | N A V A R R A | P A I S V A S C O | R I O J A | V A L E N C I A | C E U T A M E L I L L A |
|-----------------------|---|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|---|-----------------------|--------------------------------------|--|
| Apicoformación | X | X | | X | X | X | X | X | | X | | | | X | | | | |
| Endodoncia | X | X | X | X | | | | X | | X | | | | X | | | | |
| Exodoncia | | X | | X | X | | | X | | | | | | | | | | |
| Ferulización anterior | X | X | | X | X | | X | X | | X | | | | X | | | | |
| Reconstrucción | X | X | X | X | X | X | | X | | X | | | | X | | | | |
| Muñón metal | X | X | | X | X | | X | | | | | | | | | | | |
| Perno | X | | | X | X | | X | | | | | | | | | | | |
| Ortodoncia | X | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | |
| Recubrim pulpar | X | X | | | | | X | | | X | | | | X | | | | |
| Reimplante | X | X | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| Obturación | | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prótesis removible | | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Corona | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| Rx | | X | | | | | | X | | | | | | | | | | |
| Pulpotomía | | X | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| Sutura | X | X | | X | X | | | | | X | | | | X | | | | |

Tabla 23: tratamientos especiales por Comunidad Autónoma

c. ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS

Los datos que aquí se recogen son el resultado de nuestra búsqueda bibliográfica acerca de las salud oral de los escolares de 12 años en otros países, en España a lo largo del tiempo, en las diferentes comunidades autónomas y en poblaciones concretas españolas. Además analizamos los resultados de la revisión, en los cinco colegios de Barbastro a los niños que durante el año 2011 cumplirán 12 años

Los resultados los vamos a dividir en cada colegio por sexos y después haremos otra valoración diferenciando los colegios entre públicos (Alto Aragón, La Merced y Pedro I) y concertados (San José de Calasanz y San Vicente de Paul) y por último recogeremos los resultados para el total de los niños estudiados en Barbastro

En cada colegio se revisan a los siguientes niños (tabla 24):

| COLEGIO | NIÑOS | NIÑAS | TOTAL |
|------------------------|-----------|-----------|------------|
| ALTO ARAGON | 14 | 7 | 21 |
| LA MERCED | 15 | 18 | 33 |
| PEDRO I | 14 | 17 | 31 |
| SAN JOSÉ CALASANZ | 8 | 9 | 17 |
| SAN VICENTE DE PAUL | 6 | 13 | 18 |
| TOTAL | 57 | 64 | 121 |

Tabla 24: Escolares revisados en cada colegio.

INDICE CAOD:

Tiene en cuenta solo dientes permanentes, suma los dientes careados, ausentes y obturados y se dividen por el numero de individuos estudiados.

Datos sobre el CAOD en diferentes países europeos^(84-95,100) (gráfico 1):

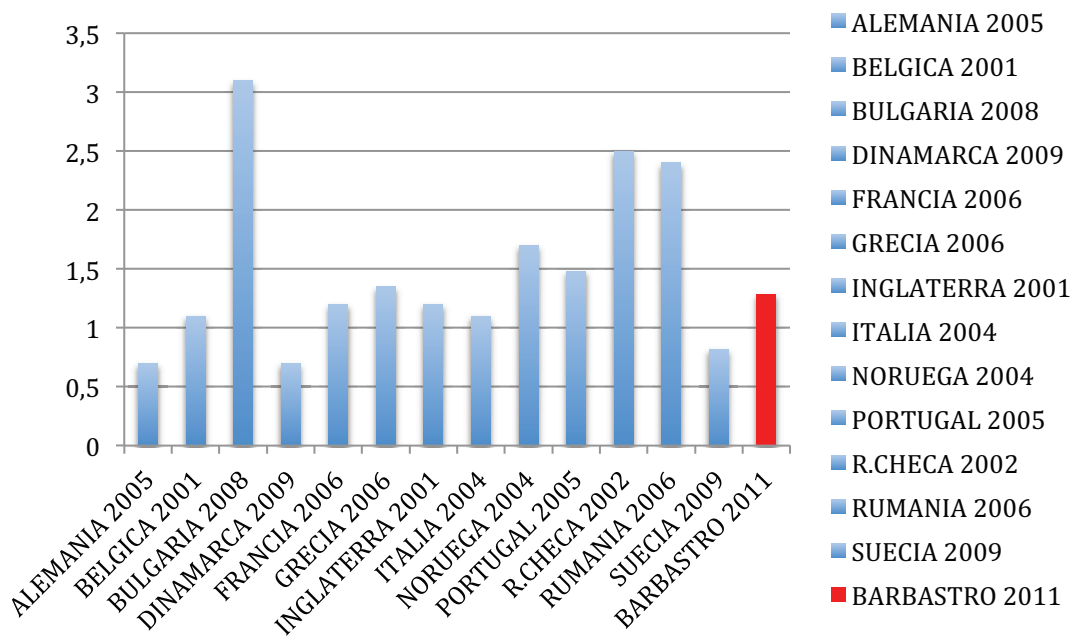


Gráfico 1: CAOD en diferentes países europeos

En el gráfico 2 representamos los datos sobre el CAOD en las diferentes encuestas a lo largo del tiempo que se han realizado en España en las que se incluye a los escolares de 12 años.⁽¹⁰²⁻¹⁰⁸⁾

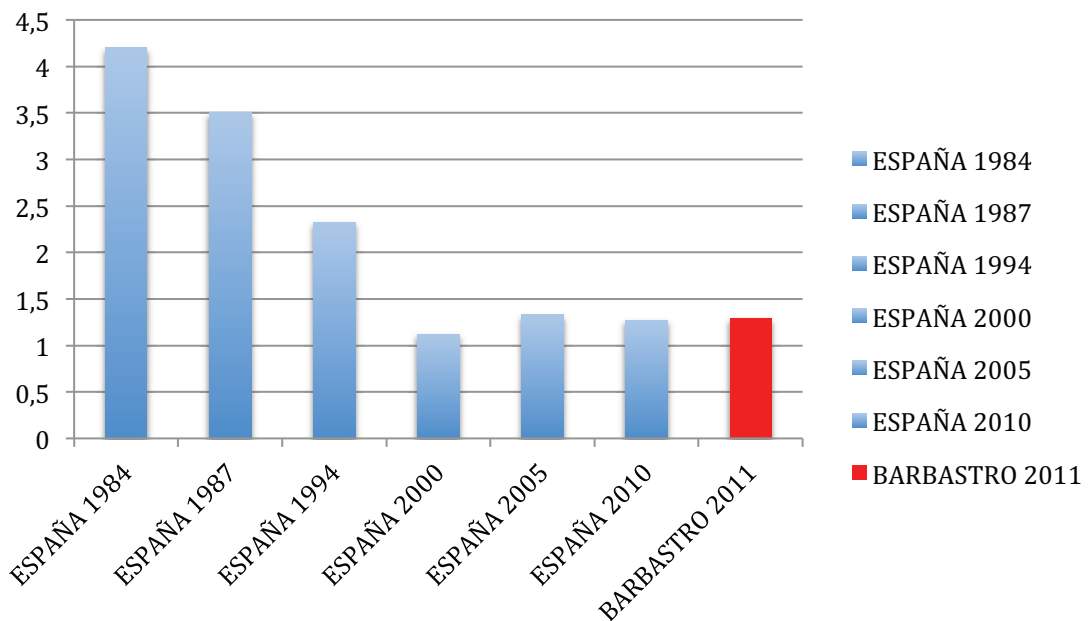


Gráfico 2: CAOD a los 12 años en España a lo largo del tiempo

Numerosas encuestas por autonomías recogen datos acerca de las piezas careadas ausentes y obturadas en los niños de 12 años, gráfico 3, hay que destacar que algunas de estas encuestas son lejanas en el tiempo.⁽¹⁰⁹⁻⁴³⁾

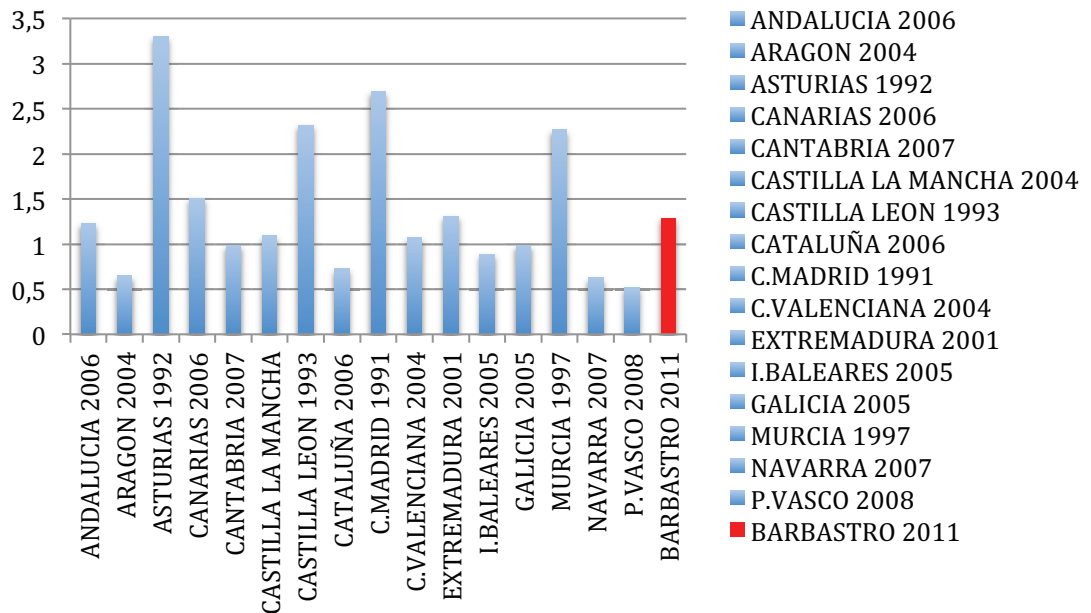


Gráfico 3: CAOD en encuestas por autonomías

De la misma manera numerosos autores han realizado encuestas en materia de salud oral en poblaciones concretas españolas^(100,146-54), gráfico 4:

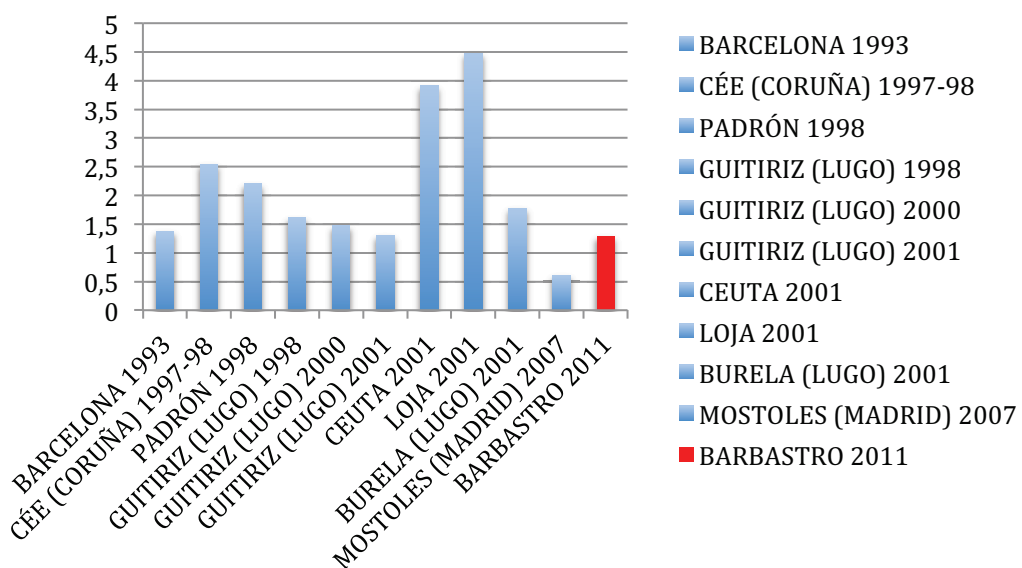


Gráfico 4: CAOD en diferentes poblaciones españolas

Es interesante ver, a través de estudios anteriores, la evolución que ha tenido el CAOD en Barbastro a lo largo del tiempo^(1,156-57), gráfico 5:

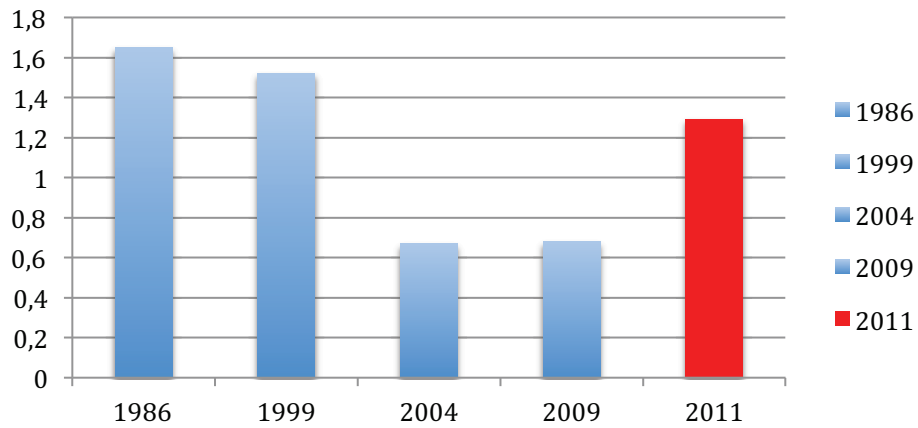


Gráfico 5: Evolución del índice CAOD en Barbastro en el tiempo

A continuación los datos obtenidos sobre piezas careadas, ausentes y obturadas (CAOD) en nuestra encuesta epidemiológica, realizada en los colegios de Barbastro durante el curso 2010-11 a los niños que durante ese curso cumplirán 12 años.

Dividiremos los datos por colegios y sexos, también los dividiremos según colegio concertado o público.

La tabla 25 y el gráfico 6 recogen los datos obtenidos en nuestro estudio para el índice CAOD, estos datos están separados por colegio y por sexos:

| COLEGIO | CAOD NIÑOS | CAOD NIÑAS | CAOD TOTAL |
|------------------|------------|------------|------------|
| ALTO ARAGÓN | 1,21 | 0,57 | 1 |
| LA MERCED | 1,6 | 1,33 | 1,45 |
| PEDRO I | 1,57 | 1,64 | 1,61 |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 1,5 | 0,89 | 1,18 |
| SAN VICENTE PAUL | 0,83 | 0,92 | 1,18 |
| TOTAL BARBASTRO | 1,4 | 1,19 | 1,29 |

Tabla 25: CAOD en Barbastro año 2011, por colegios y sexo

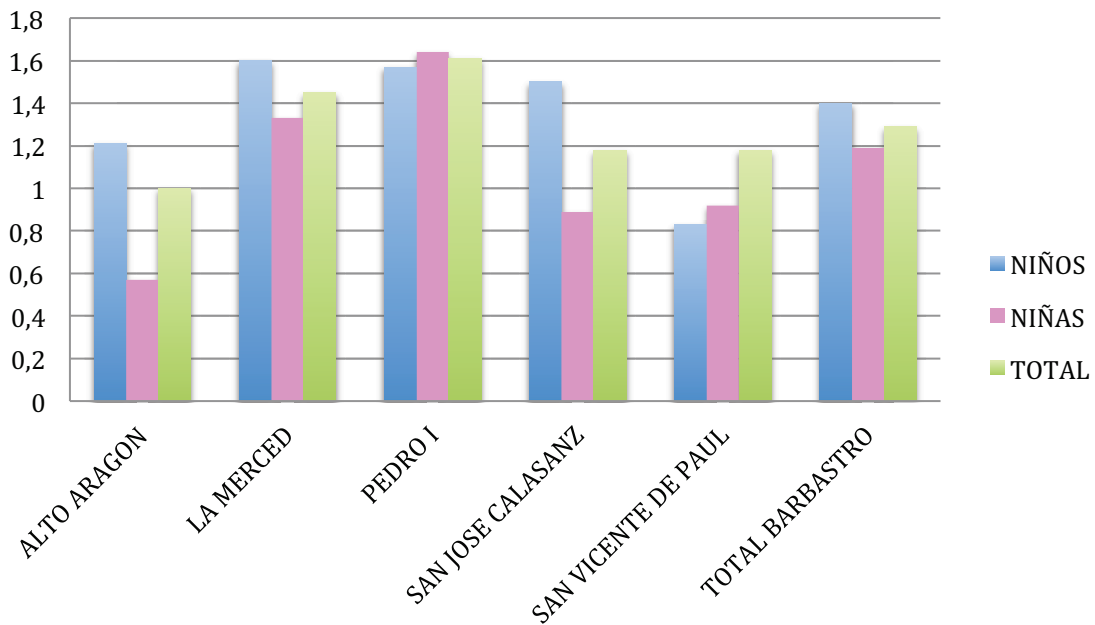


Gráfico 6: Índice CAOD en Barbastro 2011 por colegios y sexo

A continuación, en la tabla 26 y el gráfico 7, el índice CAOD según colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | CAOD NIÑOS | CAOD NIÑAS | CAOD TOTAL |
|-----------------|------------|------------|------------|
| PÚBLICOS | 1,47 | 1,33 | 1,4 |
| CONCERTADOS | 1,21 | 0,9 | 1,03 |
| TOTAL BARBASTRO | 1,4 | 1,19 | 1,29 |

Tabla 26: CAOD Barbastro colegios públicos vs concertados

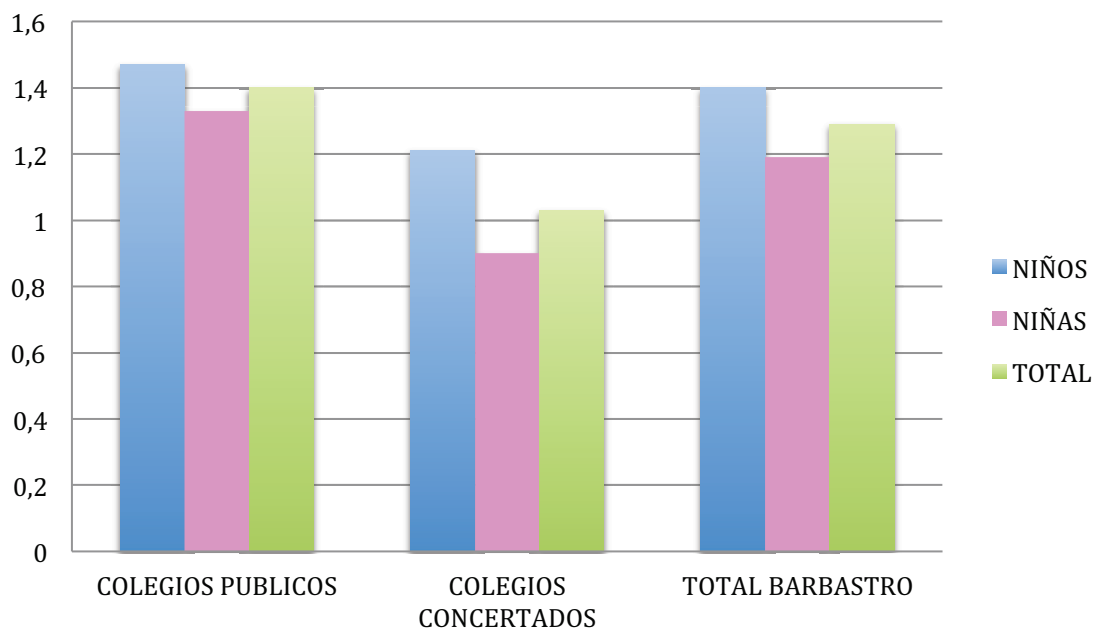


Gráfico 7: CAOD Barbastro colegios públicos vs concertados

INDICE cod:

Tiene en cuenta las pieza temporales, cuenta las piezas careadas y obturadas y las divide por el número de individuos que hemos explorado. Hay pocos estudios que reflejen este dato: Cataluña 2004 con un valor de 0,4⁽¹²⁶⁾, Comunidad de Madrid en 1991 0,22⁽¹²⁸⁾, Comunidad Valenciana 2004: 0,19⁽¹³¹⁾, Galicia 2005: 0,44⁽¹³⁷⁾, Navarra 2002: 1,0⁽¹⁴⁰⁾ y Madrid 2009: 0,33⁽¹⁵⁴⁾

La tabla 27 y el gráfico 8 recogen los datos obtenidos en nuestro estudio para el índice cod , estos datos están separados por colegio y por sexos:

| COLEGIO | cod NIÑOS | cod NIÑAS | cod TOTAL |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| ALTO ARAGÓN | 0,57 | 0 | 0,38 |
| LA MERCED | 0,4 | 0 | 0,18 |
| PEDRO I | 0,36 | 0,59 | 0,48 |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 0,25 | 0,33 | 0,29 |
| SAN VICENTE PAUL | 0,17 | 0,54 | 0,42 |
| TOTAL BARBASTRO | 0,39 | 0,31 | 0,35 |

Tabla 27: cod Barbastro según sexo y colegios

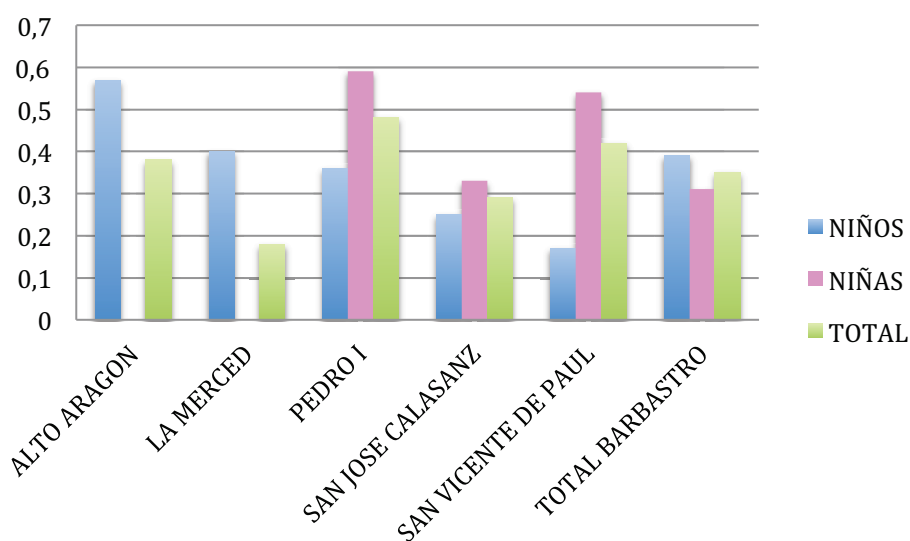


Gráfico 8: cod en los diferentes colegios y el total de Barbastro

Hay que destacar que es normal haya valores bajo e incluso de 0 ya que a los 12 se ha completado casi totalmente el recambio dentario y hay pocas piezas de leche.

En la tabla 28 y el grafico 9, el índice cod según colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | cod NIÑOS | cod NIÑAS | cod TOTAL |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| PÚBLICOS | 0,44 | 0,24 | 0,34 |
| CONCERTADOS | 0,21 | 0,45 | 0,44 |
| TOTAL BARBASTRO | 0,39 | 0,31 | 0,35 |

Tabla 28: índice cod Barbastro colegios públicos vs concertados

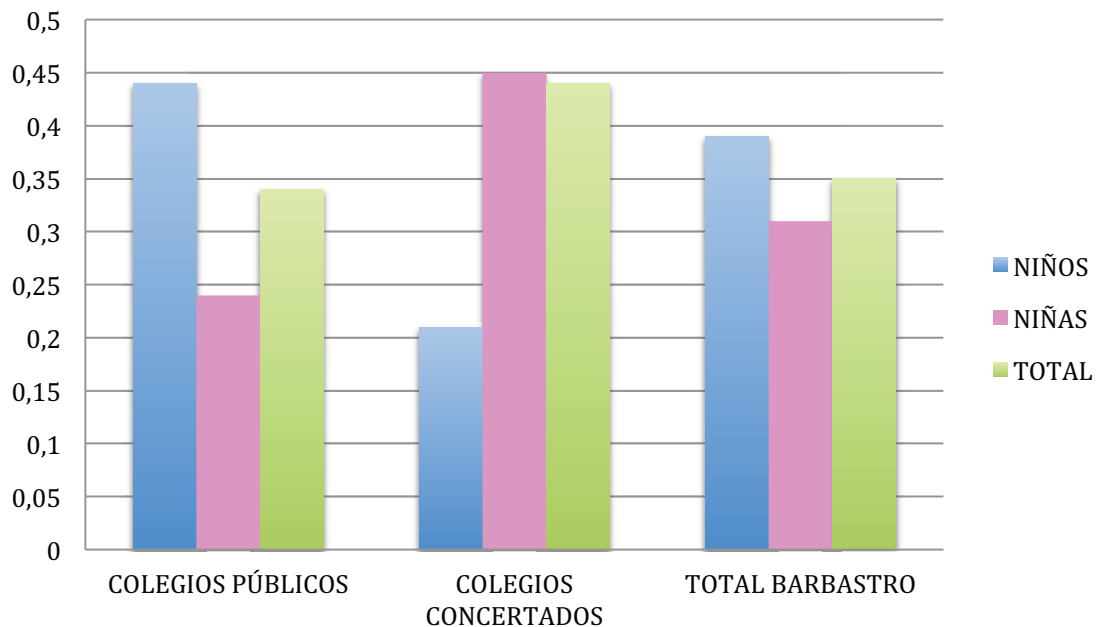


Gráfico 9: índice cod Barbastro colegios públicos vs concertados

ÍNDICE IR o ÍNDICE DE RESTAURACIÓN:

Sirve para conocer el porcentaje de piezas dentales que hay obturadas, se dividen las piezas obturadas por las careadas + ausentes + obturadas (es decir el CAO) y se multiplica por 100.

El índice IR a los 12 años en España a lo largo del tiempo lo podemos recoger gracias a las encuestas realizadas a nivel nacional a lo largo de los años⁽¹⁰²⁻¹⁰⁸⁾, gráfico10:

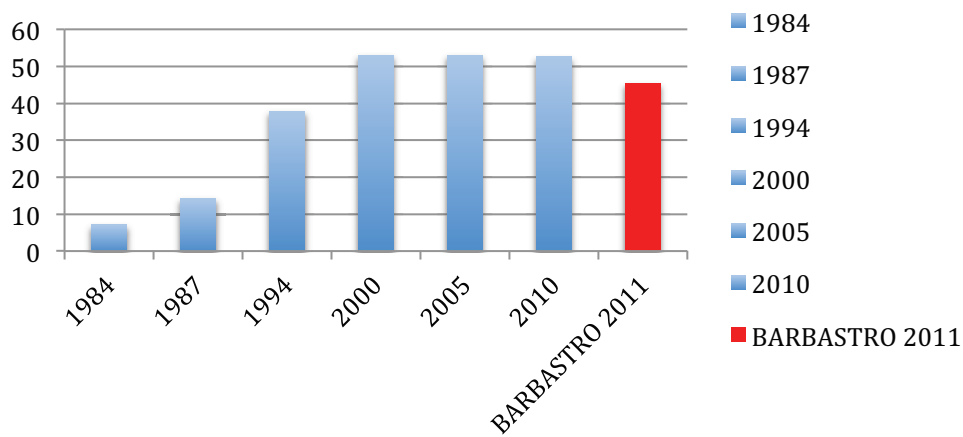


Gráfico 10: IR en España en el tiempo

Existen numerosas encuestas por autonomías en las que se habla del índice IR⁽¹⁰⁹⁻⁴³⁾, gráfico 11:

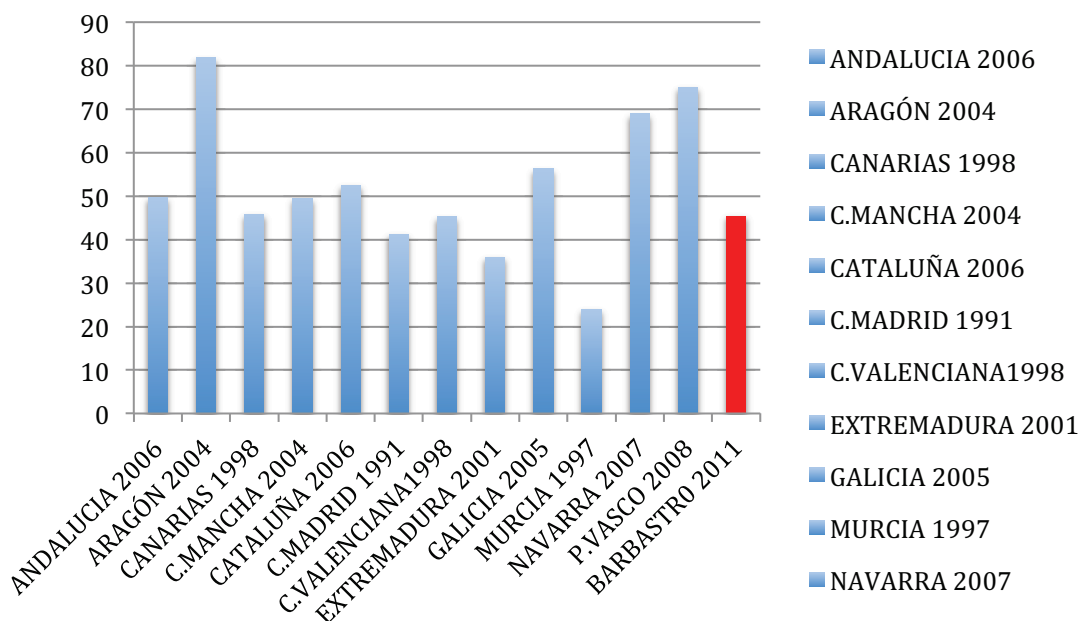


Gráfico 11: IR en las diferentes comunidades autónomas

De la misma manera en los estudios realizados en Barbastro a lo largo del tiempo podemos ver los siguientes datos acerca del índice IR^(1,136-7), gráfico 12:

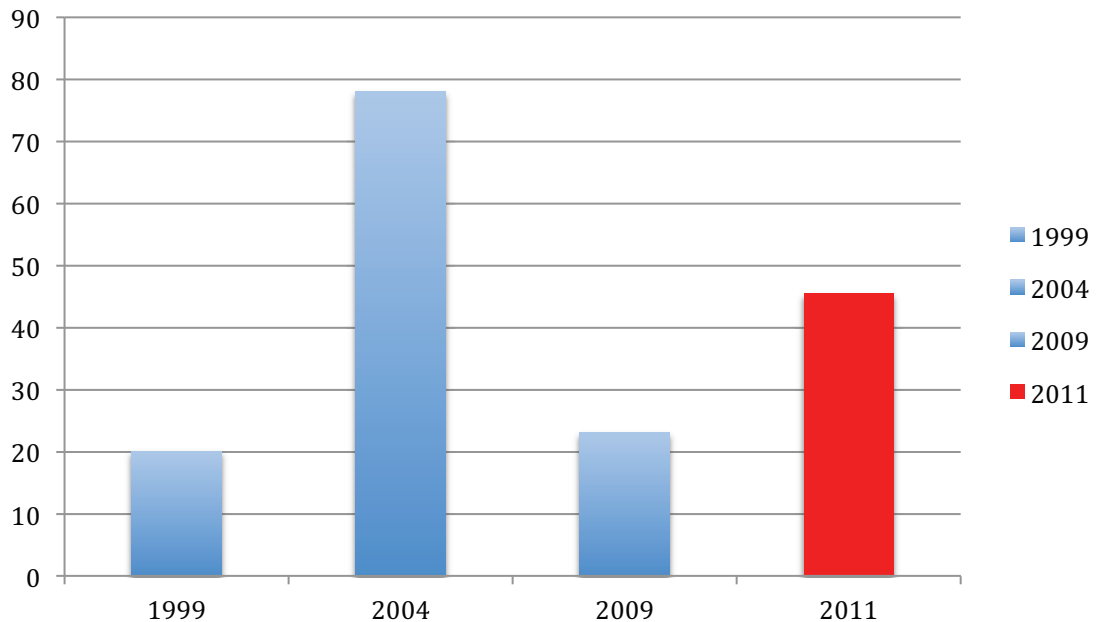


Gráfico 12: IR en Barbastro a lo largo del tiempo

El índice IR en nuestro estudio, al igual que otros datos lo vamos a separar por sexos y por colegios, y después según colegios concertados y públicos.

En la tabla 29 y el gráfico13 los datos obtenidos en nuestro estudio para el índice de restauración o IR , estos datos están separados por colegio y por sexos:

| COLEGIO | IR NIÑOS | IR NIÑAS | IR TOTAL |
|-------------------------|----------|----------|----------|
| ALTO ARAGÓN | 64,7% | 25% | 57,1% |
| LA MERCED | 33,3% | 58,3% | 43,75% |
| PEDRO I | 63,64% | 32,14% | 46% |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 33,33% | 62,5% | 45% |
| SAN VICENTE PAUL | 20% | 58,3% | 35,29% |
| TOTAL BARBASTRO | 47,5% | 40,79% | 45,5% |

Tabla 29: IR en Barbastro 2011 por colegios y sexo

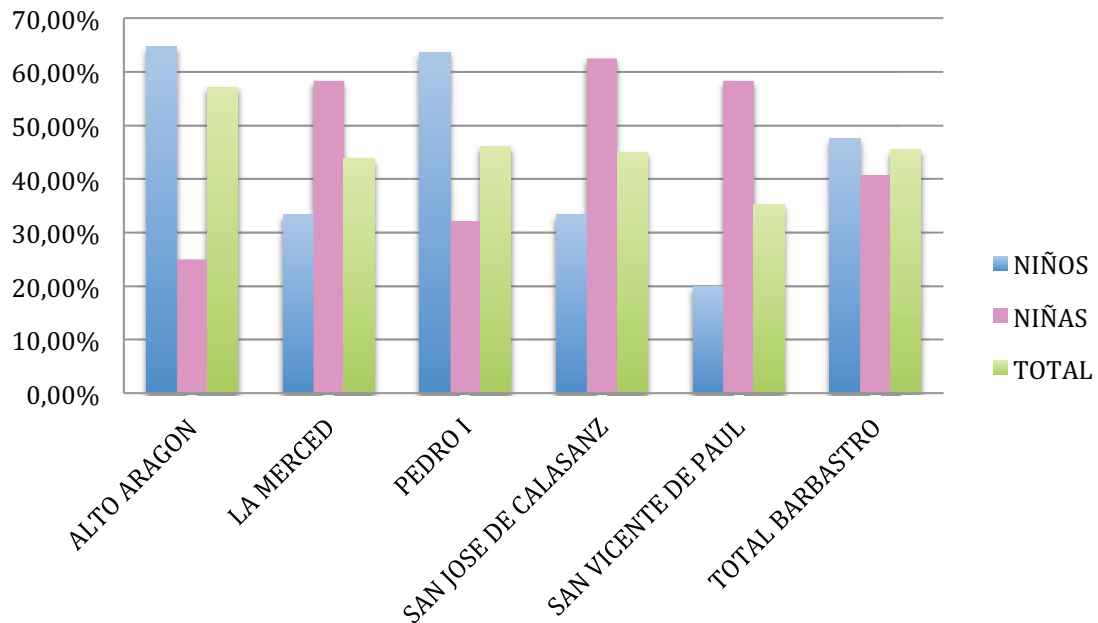


Gráfico 13: IR en Barbastro 2011 por colegios y sexo

En la tabla 30 y el gráfico 14, el índice de restauración o IR según colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | IR NIÑOS | IR NIÑAS | IR TOTAL |
|------------------------|----------|----------|----------|
| PÚBLICOS | 52,38% | 33,93% | 43,70% |
| CONCERTADOS | 29,41% | 60% | 45,95% |
| TOTAL BARBASTRO | 47,5% | 40,79% | 45,5% |

Tabla 30: IR Barbastro colegios públicos vs concertados

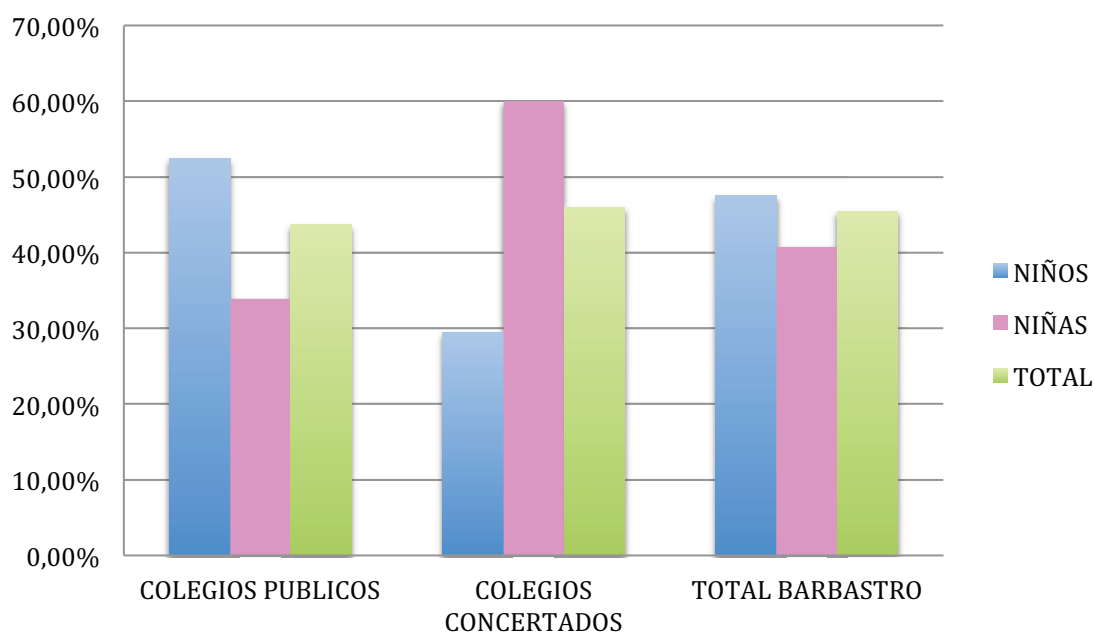


Gráfico 14: IR Barbastro colegios públicos vs concertados

INDICE CAOM:

Este índice se fija únicamente en los primeros molares definitivos, ya que estos molares son de suma importancia muchos autores los llaman “la llave de la oclusión”. Se suma en cada niño los primeros molares careados, ausentes y obturados y se dividen por el nº de individuos estudiados. El valor puede oscilar únicamente entre 0 y 4.

La tabla 31 y el gráfico 15 representan los datos obtenidos en nuestro estudio para el índice CAOM , separados por colegio y por sexos:

| COLEGIO | CAOM NIÑOS | CAOM NIÑAS | CAOM TOTAL |
|------------------|------------|------------|------------|
| ALTO ARAGÓN | 1.07 | 0.29 | 0.8 |
| LA MERCED | 1.47 | 1 | 1.21 |
| PEDRO I | 1 | 1.35 | 1.19 |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 0.75 | 1.22 | 1 |
| SAN VICENTE PAUL | 0.67 | 0.62 | 0.63 |
| TOTAL BARBASTRO | 1,07 | 0,97 | 1,02 |

Tabla 31: CAOM en Barbastro 2011

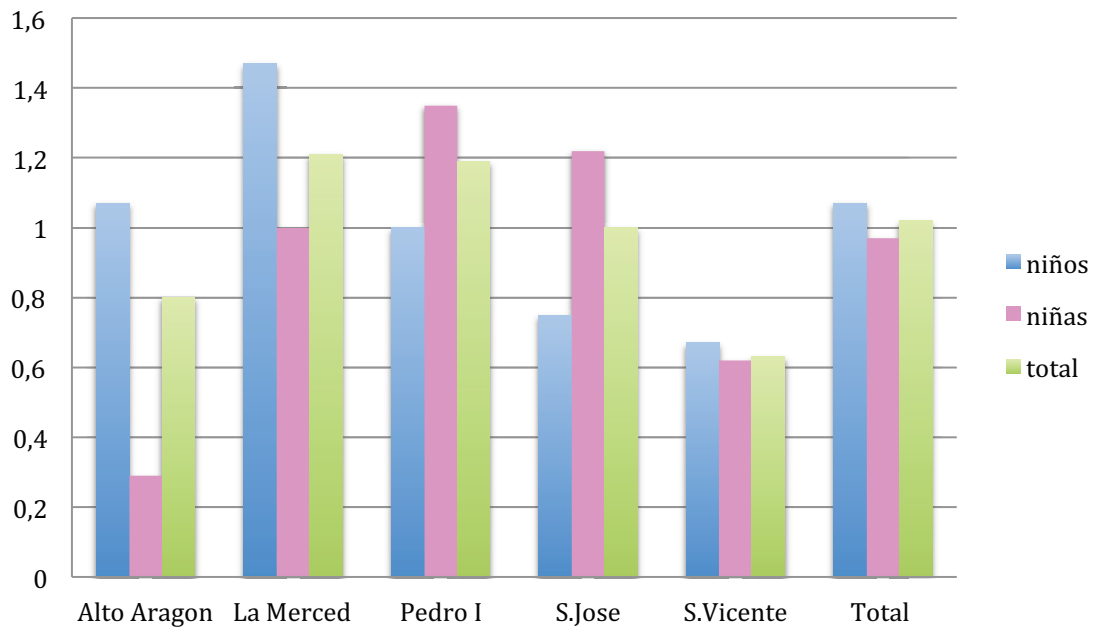


Gráfico 15: índice CAOM Barbastro 2011

En la tabla 32 y el gráfico 16, los datos para el índice CAOM según colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | CAOM NIÑOS | CAOM NIÑAS | CAOM TOTAL |
|------------------------|------------|------------|------------|
| PÚBLICOS | 1.19 | 1.02 | 1.11 |
| CONCERTADOS | 0.71 | 0.86 | 0.8 |
| TOTAL BARBASTRO | 1,07 | 0,97 | 1,02 |

Tabla 32: CAOM Barbastro colegios públicos vs concertados

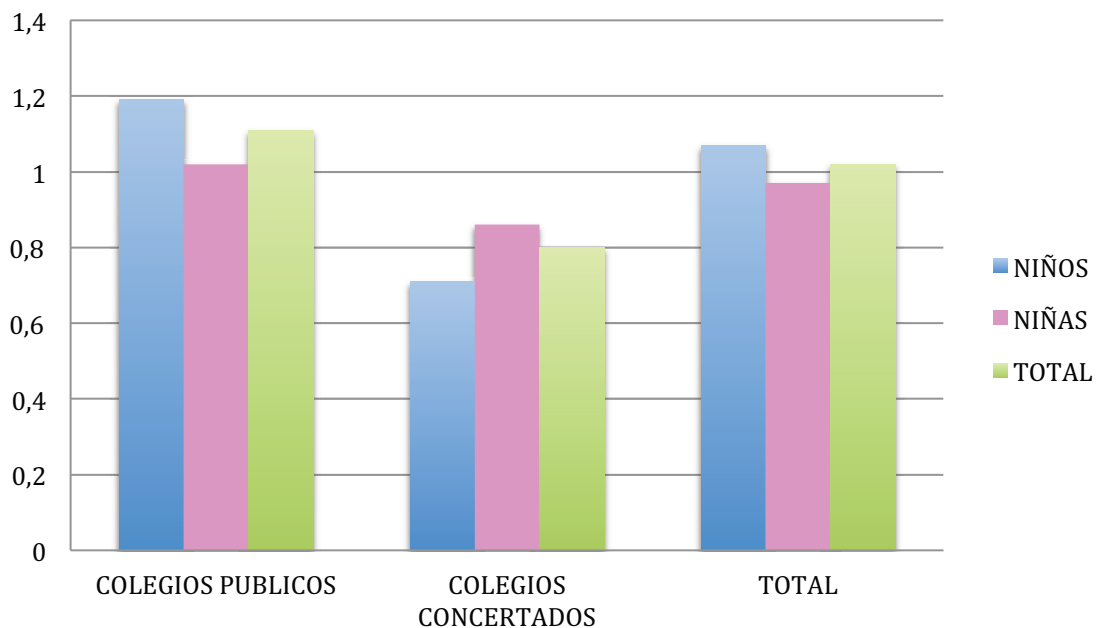


Gráfico 16: CAOM Barbastro colegios públicos vs concertados

IR PARA EL PRIMER MOLAR PERMANENTE:

Se calcula igual que el índice de restauración total pero teniendo en cuenta únicamente el primer molar permanente.

La tabla 32 y el gráfico 17 coligen los datos obtenidos en nuestro estudio para el índice de restauración o IR para el primer molar permanente , estos datos están separados por colegio y por sexos:

| COLEGIO | IR 1 MOLAR NIÑOS | IR 1 MOLAR NIÑAS | IR 1 MOLAR TOTAL |
|-------------------------|------------------|------------------|------------------|
| ALTO ARAGÓN | 66,7% | 50% | 64,70% |
| LA MERCED | 33,36% | 77,8% | 55% |
| PEDRO I | 64,3% | 56,5% | 59,46% |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 50% | 55,5% | 52,94% |
| SAN VICENTE PAUL | 0% | 75% | 50% |
| TOTAL BARBASTRO | 50,82% | 62,9% | 56,91% |

Tabla 32: IR para el primer molar Barbastro 2011

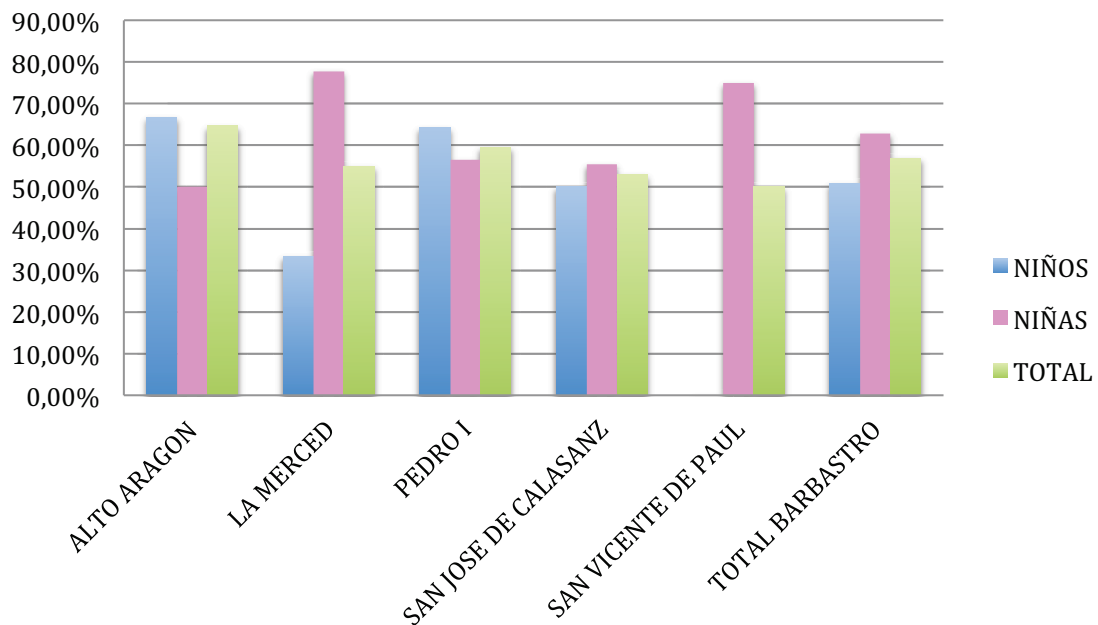


Gráfico 17: IR para el primer molar Barbastro 2011

A continuación, tabla 34 y gráfico 18, el índice de restauración o IR según colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | IR 1 MOLAR NIÑOS | IR 1 MOLAR NIÑAS | IR 1 MOLAR TOTAL |
|------------------------|------------------|------------------|------------------|
| PÚBLICOS | 52,94% | 65,12% | 58,51% |
| CONCERTADOS | 40% | 57,89% | 51,72% |
| TOTAL BARBASTRO | 50,82% | 62,9% | 56,91% |

Tabla 34: IR colegio publico vs concertado Barbastro 2011

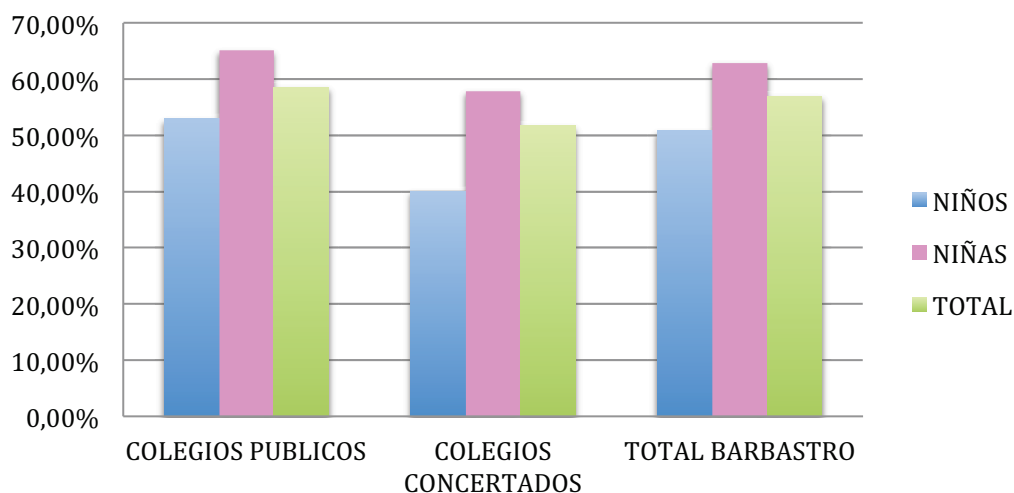


Gráfico 18: IR colegio publico vs concertado Barbastro 2011

PREVALENCIA DE CARIES:

Se suma el número de niños que tienen caries, se dividen por el total de niños estudiados y se multiplica por 100.

Prevalencia de caries a los 12 años en estudios en poblaciones concretas en España llevados a cabo por numerosos autores^(100,147-54), gráfico 19:

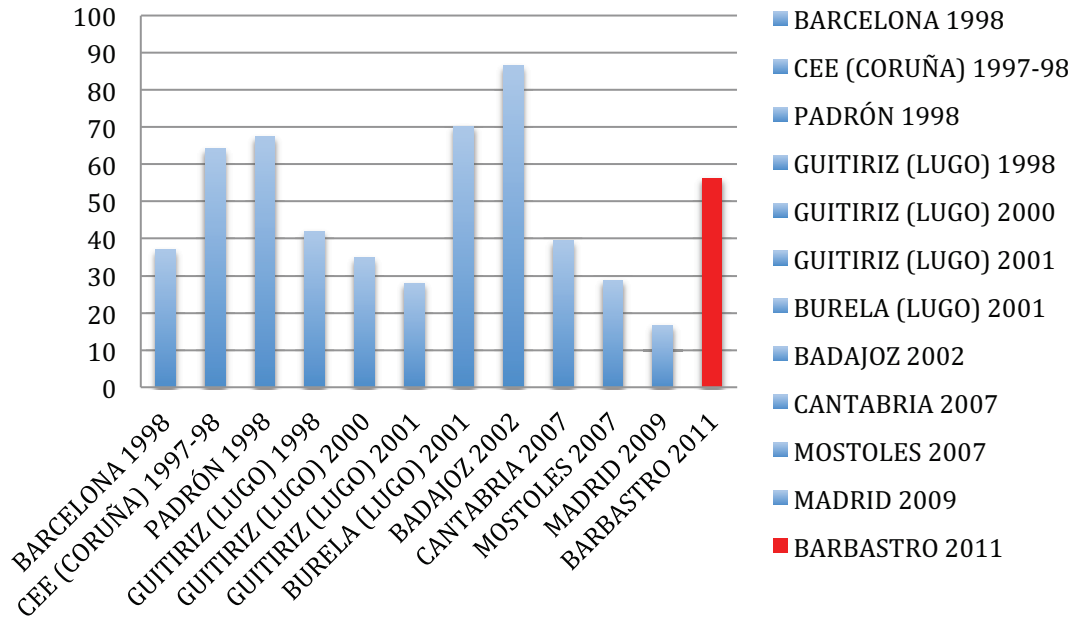


Gráfico 19: Prevalencia de caries en diferentes poblaciones españolas

Prevalencia de caries a los 12 años en Barbastro a lo largo del tiempo^(1,155-57), gráfico 20:

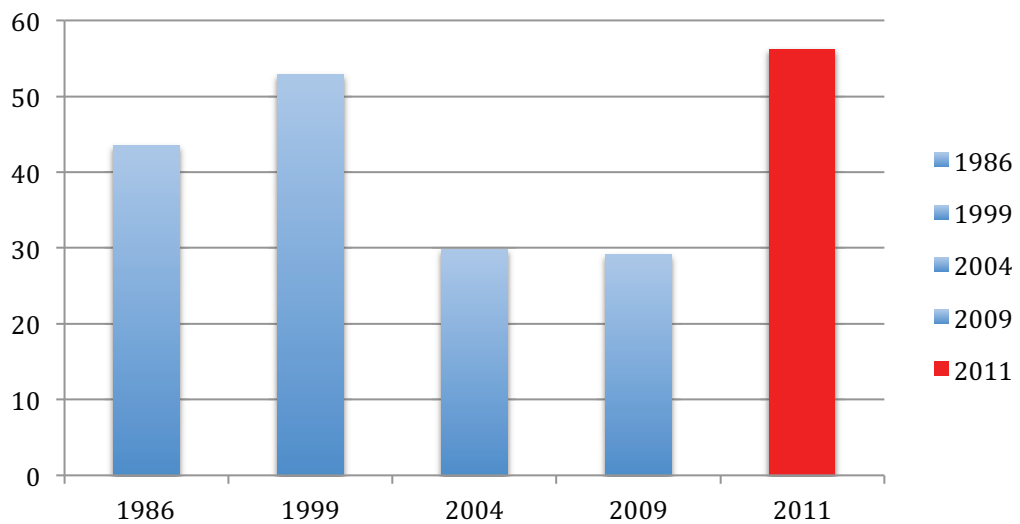


Gráfico 20: Prevalencia de caries en Barbastro en el tiempo

A continuación los datos obtenidos en nuestro estudio acerca de la prevalencia de caries, tabla 35 y gráfico 21 ,según el colegio y según el sexo de los escolares:

| COLEGIO | PREVALENCIA CARIES NIÑOS | PREVALENCIA CARIES NIÑAS | PREVALENCIA CARIES TOTAL |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ALTO ARAGÓN | 57,14% | 28,57% | 47,62% |
| LA MERCED | 60% | 55,56% | 57,57% |
| PEDRO I | 64,28% | 64,7% | 64,52% |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 50% | 44,44% | 47,06% |
| SAN VICENTE PAUL | 33,33% | 69,23% | 57,69% |
| TOTAL BARBASTRO | 56,14% | 56,25% | 56,20% |

Tabla 35: prevalencia de caries en Barbastro 2011

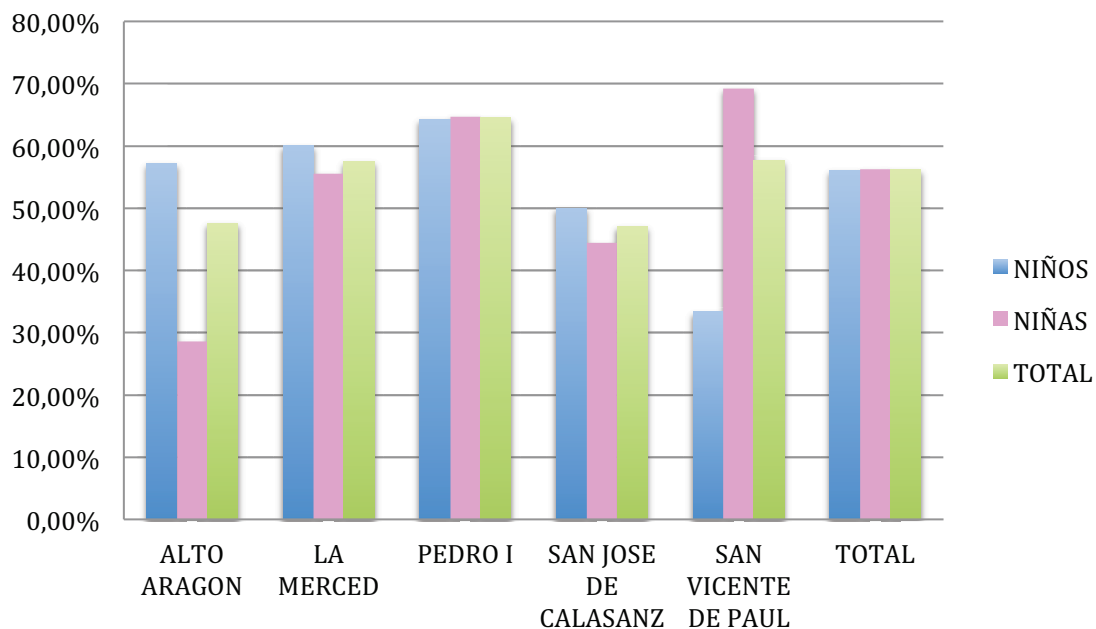


Gráfico 21: prevalencia de caries en Barbastro 2011

En la tabla 36 y gráfico 22, la prevalencia de caries según colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | PREVALENCIA CARIES NIÑOS | PREVALENCIA CARIES NIÑAS | PREVALENCIA CARIES TOTAL |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PÚBLICOS | 60,47% | 54,76% | 57,65% |
| CONCERTADOS | 42,86% | 59,09% | 52,78% |
| TOTAL BARBASTRO | 56,14% | 56,25% | 56,20% |

Tabla 36: Prevalencia de caries colegio público vs concertado Barbastro 2011

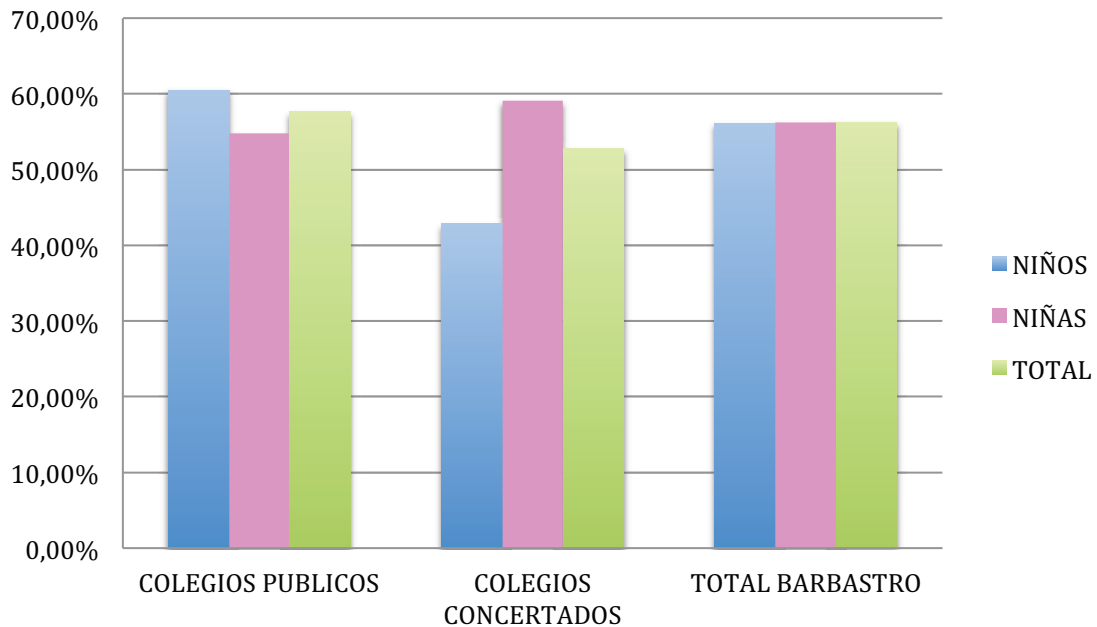


Gráfico 22: prevalencia de caries colegios públicos vs concertados, Barbastro 2011

PREVELENCIA DE CARIES EN DENTICIÓN PERMANENTE:

Se calcula de la misma forma que la prevalencia de caries pero teniendo en cuenta únicamente la dentición permanente.

La tabla 37 y el gráfico 23, que incluimos a continuación representa los datos obtenidos para prevalencia de caries divididos por colegios y por sexo.

| COLEGIO | PREVALENCIA DE CARIES EN PERMANENTE NIÑOS | PREVELENCIA DE CARIES EN PERMANENTE NIÑAS | PREVALENCIA DE CARIES EN PREMENATE TOTAL |
|------------------|---|---|--|
| ALTO ARAGÓN | 50% | 28,57% | 42,86% |
| LA MERCED | 60% | 61,11% | 60,60% |
| PEDRO I | 57,14% | 52,94% | 54,84% |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 50% | 33,33% | 41,18% |
| SAN VICENTE PAUL | 33,33% | 61,53% | 52,63% |
| TOTAL BARBASTRO | 52,63% | 51,56% | 52,07% |

Tabla 37: Prevalencia de caries en dentición permanente Barbastro 2011

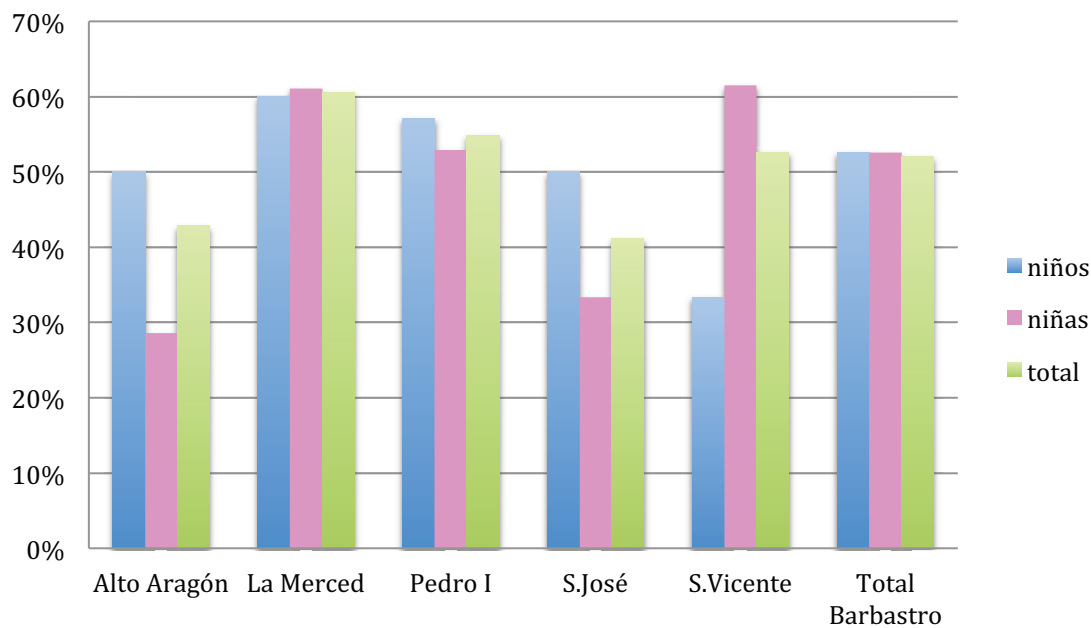


Gráfico 23: Prevalencia de caries en dentición permanente, Barbastro 2011.

En la tabla 38 y el gráfico 24 , la prevalencia de caries en dentición permanente para colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | PREVALENCIA DE CARIES EN PERMANENTE NIÑOS | PREVALENCIA DE CARIES EN PERMANENTE NIÑAS | PREVALENCIA DE CAREIS EN PERMANETE TOTAL |
|-----------------|---|---|--|
| PÚBLICOS | 55,81% | 52,38% | 54,12% |
| CONCERTADOS | 42,86% | 50% | 47,22% |
| TOTAL BARBASTRO | 52,63% | 51,56% | 52,07% |

Tabla 38: prevalencia de caries colegios públicos vs concertados, Barbastro 2011

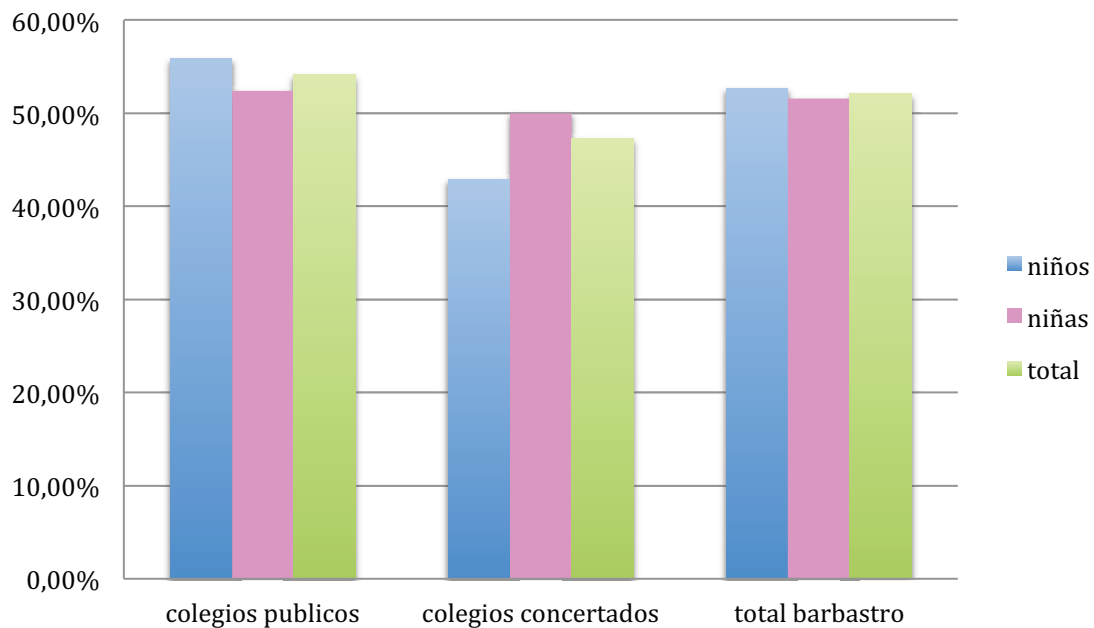


Gráfico 24: prevalencia de caries colegios públicos vs concertados, Barbastro 2011

%LIBRE DE CARIES:

Se suman los niños que no presentan ninguna caries, se dividen por el número total de niños revisados y se multiplica por 100

A la hora de conocer el % Libre de caries en España nos vamos a fijar en los diferentes estudios realizados las distintas autonomías, gráfico 26, ya que se trata de un dato sobre salud oral infantil que esta reflejado en menos estudios^(114,119,138-43).

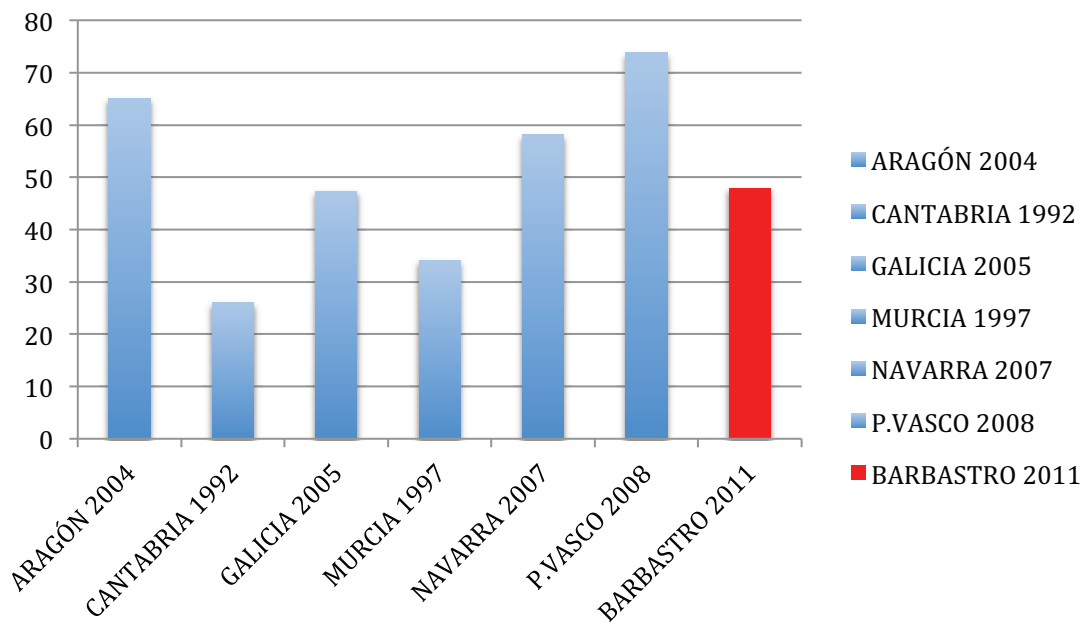


Gráfico 25: % libre de caries a los 12 años en las distintas comunidades autónomas españolas

Incluimos la tabla 39 y el gráfico 26 que contienen los datos para el % libre de caries según colegio y divididos por el sexo:

| COLEGIO | % LIBRE DE CARIES NIÑOS | %LIBRE DE CARIES NIÑAS | % LIBRE DE CARIES TOTAL |
|------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| ALTO ARAGÓN | 42,86% | 71,43% | 52,38% |
| LA MERCED | 40% | 44,44% | 42,42% |
| PEDRO I | 35,71% | 35,29% | 35,48% |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 50% | 55,56% | 52,94% |
| SAN VICENTE PAUL | 66,67% | 30,77% | 42,11% |
| TOTAL BARBASTRO | 43,86% | 43,75% | 43,80% |

Tabla 39: % libre caries, Barbastro 2011

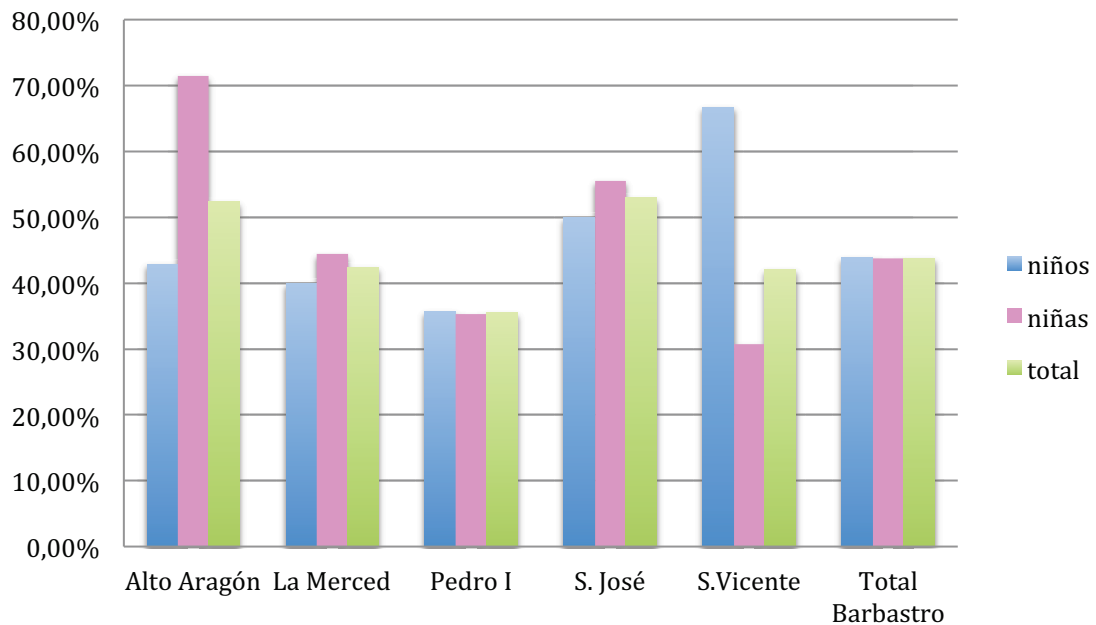


Gráfico 26: % libre caries, Barbastro 2011

A continuación, la tabla 40 y el gráfico 27, el % LIBRE DE CARIES según colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | %LIBRE DE CARIES NIÑOS | % LIBRE DE CARIES NIÑAS | % LIBRE DE CARIES TOTAL |
|-----------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| PÚBLICOS | 39,53% | 45,24% | 42,35% |
| CONCERTADOS | 57,14% | 40,91% | 47,22% |
| TOTAL BARBASTRO | 43,86% | 43,75% | 43,80% |

Tabla 40: % libre de caries colegios públicos vs concertados Barbastro 2011

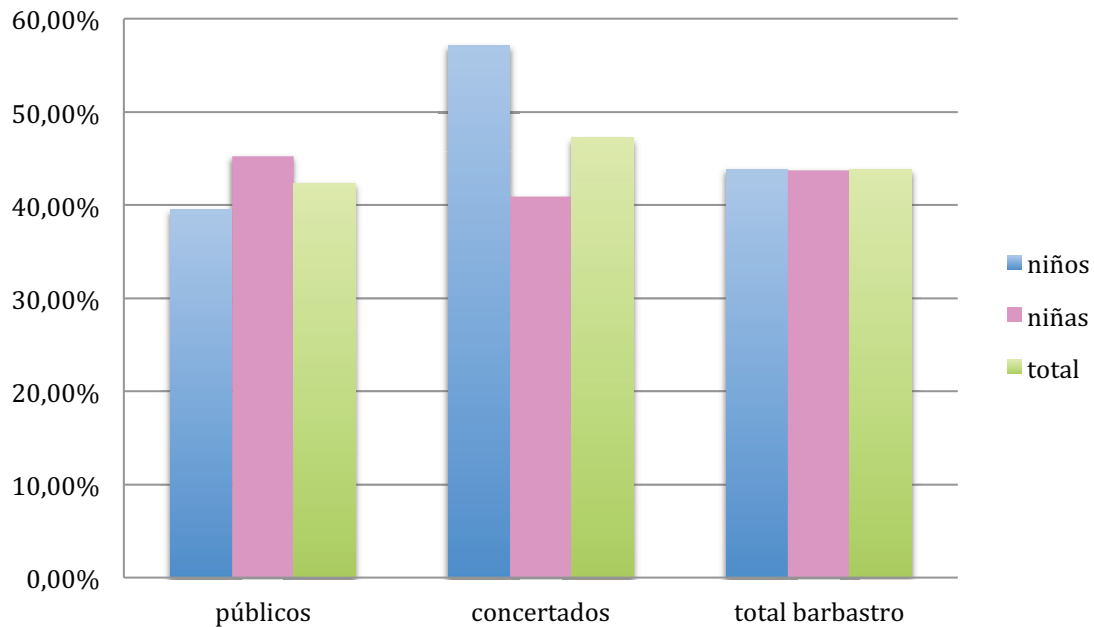


Gráfico 27: % libre de caries colegios públicos vs concertados Barbastro 2011

% LIBRE DE CARIES EN DENTICIÓN PERMANENTE:

Se suman los niños que no presentan ninguna caries en dentición permanente, se dividen por el número total de niños revisados y se multiplica por 100

Para conocer el % libre de caries en dentición permanente en poblaciones concretas en España, y de esta manera poder posteriormente compararlo con los resultados obtenidos en nuestro estudio, vamos a recoger en el gráfico 28 los datos de las diferentes encuestas realizadas en España por autonomías⁽¹¹²⁻⁴²⁾:

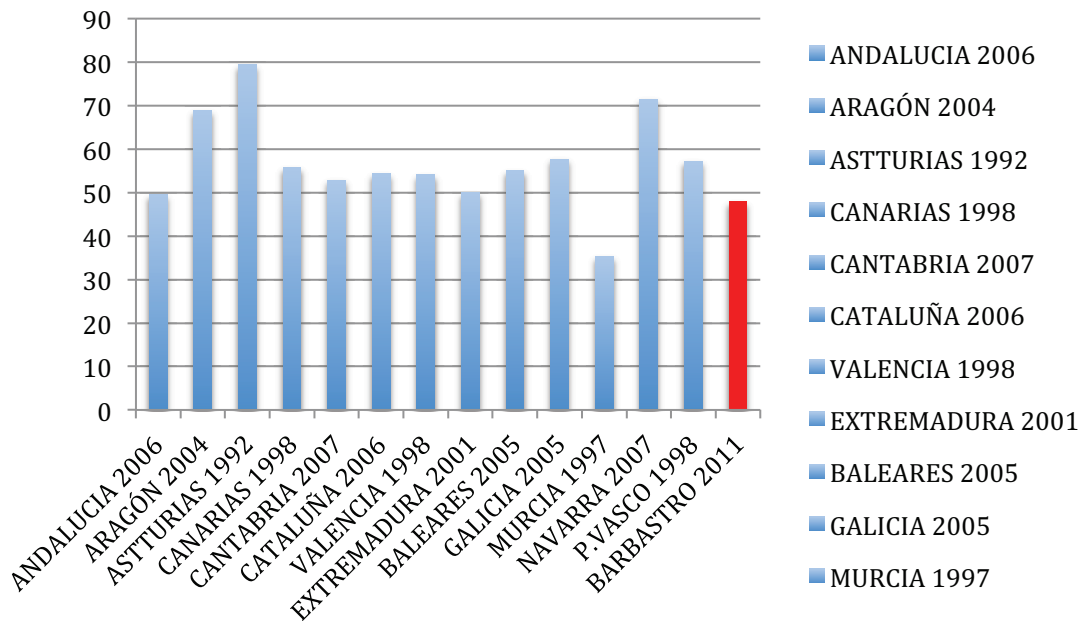


Gráfico 28: % libre de caries en dentición permanente por autonomías

A continuación los datos obtenidos en nuestro estudio en la revisión oral en los colegios.

La la tabla 41 y el gráfico 29 que incluyen los datos para el % libre de caries según colegio y divididos por el sexo:

| COLEGIO | % LIBRE DE CARIES EN PERMANENTE NIÑOS | %LIBRE DE CARIES EN PERMANENTE NIÑAS | % LIBRE DE CARIES EN PERMANENTE TOTAL |
|------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ALTO ARAGÓN | 50% | 71,43% | 57,14% |
| LA MERCED | 40% | 38,89% | 39,39% |
| PEDRO I | 42,86% | 47,06% | 45,16% |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 50% | 66,67% | 58,82% |
| SAN VICENTE PAUL | 66,67% | 38,46% | 47,37% |
| TOTAL BARBASTRO | 47,37% | 48,44% | 47,93% |

Tabla 41: % libre de caries en dentición permanente en Barbastro 2011

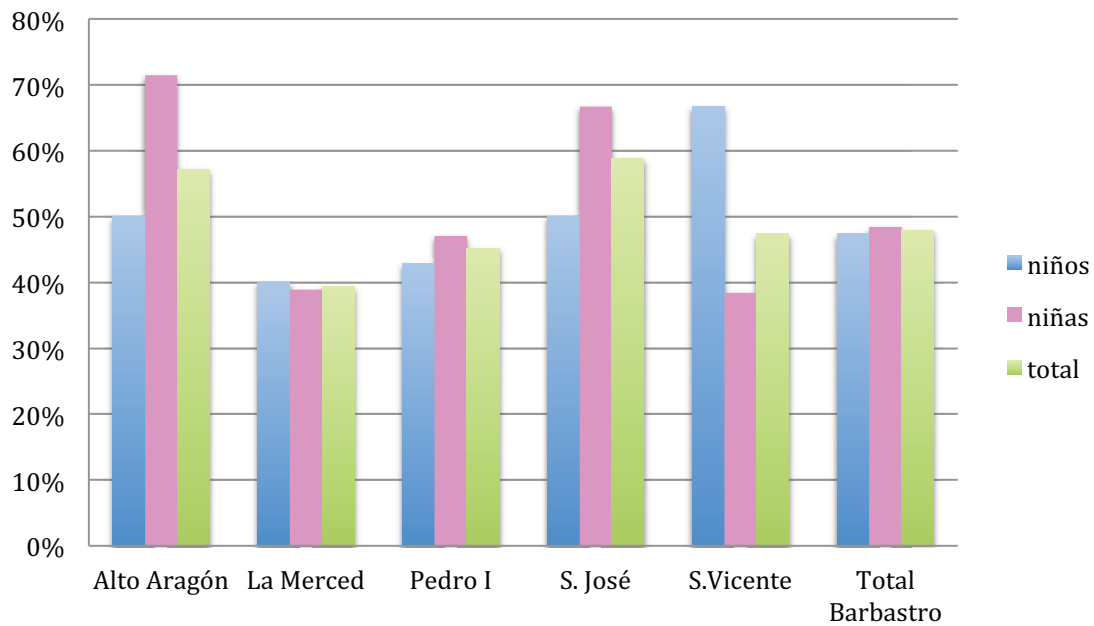


Gráfico 29: % libre de caries en dentición permanente en Barbastro 2011

La tabla 42 y el gráfico 30 representan el % LIBRE DE CARIES EN PERMANENTE según colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | %LIBRE DE CARIES EN PERMANENTE NIÑOS | % LIBRE DE CARIES EN PERMANENTE NIÑAS | % LIBRE DE CARIES EN PERMANENTE TOTAL |
|-----------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| PÚBLICOS | 44,19% | 47,62% | 45,88% |
| CONCERTADOS | 57,14% | 50% | 52,78% |
| TOTAL BARBASTRO | 47,37% | 48,44% | 47,93% |

Tabla 42: % libre de caries en dentición permanente colegios públicos vs concertados en Barbastro 2011

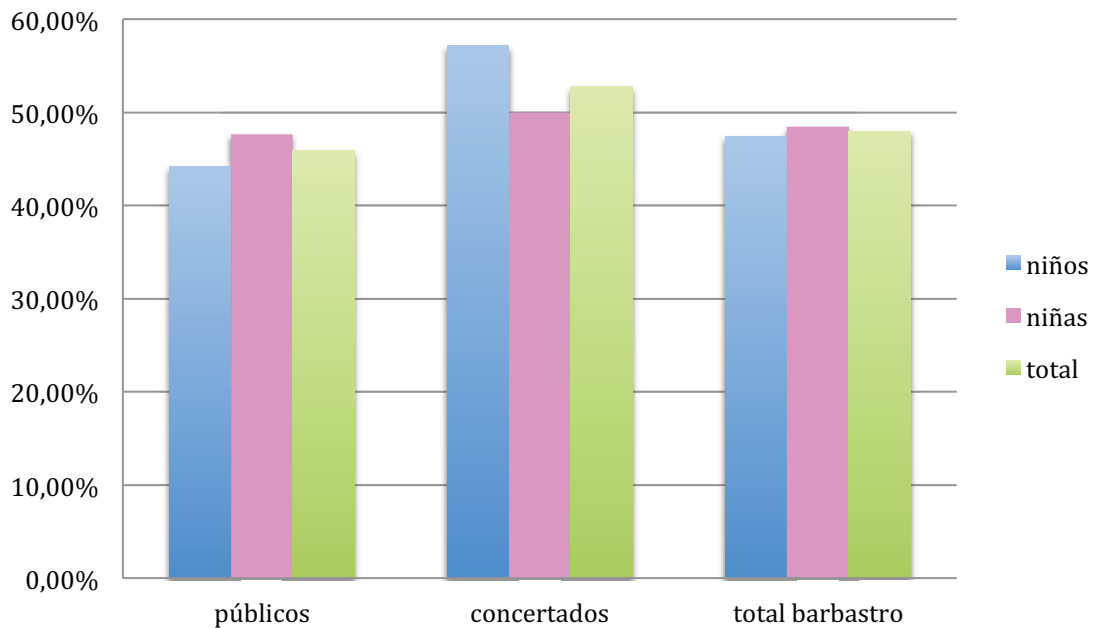


Gráfico 30: % libre de caries en dentición permanente colegios públicos vs concertados en Barbastro 2011

INDICE SiC O INDICE DE CARIES SIGNIFICANTES:

Media del índice CAOD obtenido en el 1/3 muestral con más CAOD. Se suma el CAOD del tercio de individuos con CAOD más alto y se divide por el número de individuos que incluye este tercio.

Incluimos la tabla 43 y el gráfico 31 que recogen los datos para el índice SiC según colegio y divididos por el sexo:

| COLEGIO | SiC NIÑOS | SiC NIÑAS | SiC TOTAL |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|
| ALTO ARAGÓN | 2,6 | 2 | 2,43 |
| LA MERCED | 3,6 | 3,33 | 3,45 |
| PEDRO I | 3,2 | 4,5 | 4,3 |
| SAN JOSÉ CLASANZ | 2,33 | 4,33 | 3,17 |
| SAN VICENTE PAUL | 2,5 | 2 | 2,7 |
| TOTAL BARBASTRO | 3,05 | 3,38 | 3,23 |

Tabla 43: índice SiC Barbastro 2011

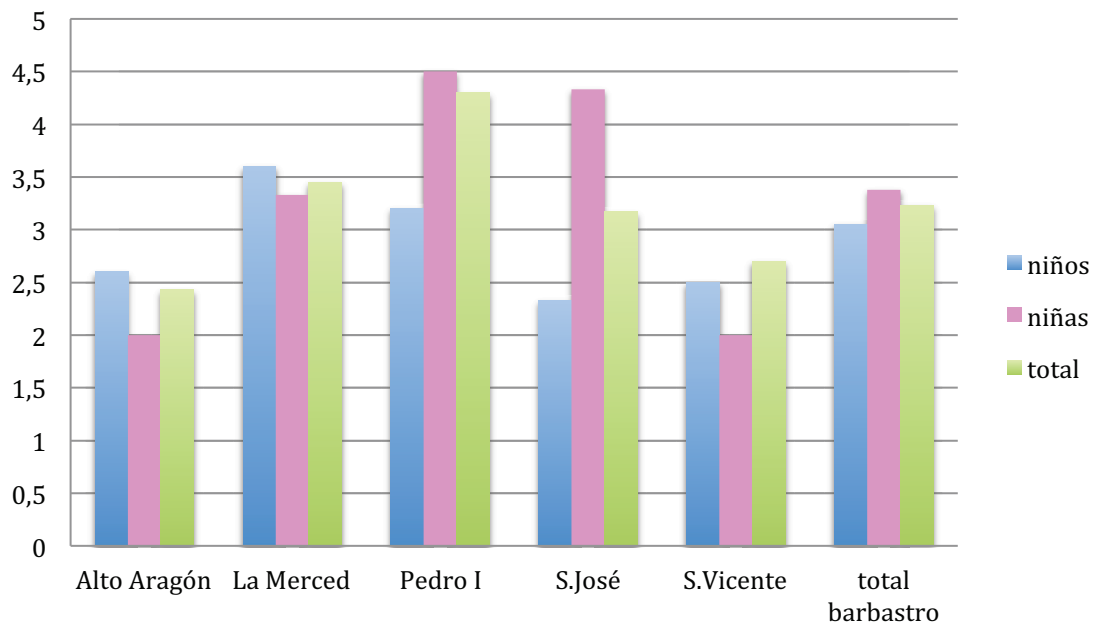


Tabla 31: índice SiC Barbastro 2011

En la tabla 44 y el gráfico 32, el SiC según colegio público (Alto Aragón + La Merced + Pedro I) o concertado (San José de Calasanz + San Vicente de Paul) y separado también según el sexo:

| COLEGIO | SiC NIÑOS | SiC NIÑAS | SiC TOTAL |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| PÚBLICOS | 3,29 | 3,64 | 3,46 |
| CONCERTADOS | 2,4 | 2,86 | 2,67 |
| TOTAL BARBASTRO | 3,05 | 3,38 | 3,23 |

Tabla 44: índice SiC, colegios públicos vs concertados, Barbastro 2011

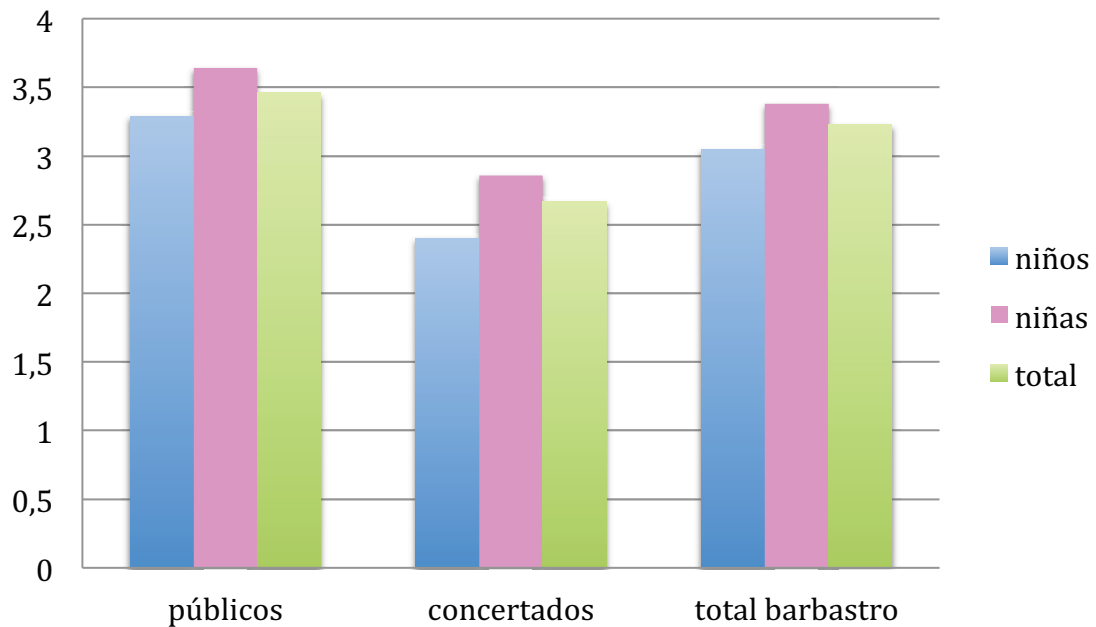


Gráfico 32: índice SiC, colegios públicos vs concertados, Barbastro 2011

d. OPINIÓN DE LOS PADRES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA**PABIJ:**

Las encuestas se hicieron llegar a los padres, junto al consentimiento informado para la revisión, a través de los colegios. De las 174 encuestas enviadas se nos devolvieron contestadas 132.

Las encuestas se recogieron en los colegios y se revisaron antes de la visita a los centros para la revisión oral de los escolares.

La encuesta que se les hizo llegar a los padres de los niños obtuvo los siguientes resultados:

A la pregunta 1 : ¿Su hijo hace uso del Programa de atención dental infantil? Tabla 45

| | SI | NO | NS/NC |
|------------------------------|-----|----|-------|
| ALTO ARAGON | 25 | 5 | 0 |
| LA MERCED | 29 | 3 | 0 |
| PEDRO I | 31 | 4 | 0 |
| SAN JOSE CALASANZ | 15 | 0 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | 15 | 5 | 0 |
| TOTAL | 115 | 17 | 0 |

Tabla 45: Uso del programa de atención dental en Barbastro

A la pregunta 2: ¿Desde que su hijo cumplió los 6 años y entró en el programa, cuantas veces han acudido al dentista? (solo tenemos en cuenta las encuestas en las que se ha contestado que los niños si hacen uso del programa) tabla 46

| | CADA AÑO | TODOS MENOS 1 | ALGUNO | NINGUNO | NS/NC |
|--------------------------|----------|------------------|--------|---------|-------|
| ALTO ARAGON | 19 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| LA MERCED | 22 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| PEDRO I | 23 | 0 | 5 | 0 | 3 |
| SAN JOSE CALASANZ | 14 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| SAN VICENTE | 13 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| TOTAL | 91 | 7 | 14 | 0 | 3 |

Tabla 46: ¿Ha utilizado el niño el programa todos los años?

A la pregunta 3: ¿Piensa seguir haciendo uso del programa de atención dental infantil? Tabla 47

| | SI | NO | NS/NC |
|--------------------------|-----|----|-------|
| ALTO ARAGON | 25 | 0 | 0 |
| LA MERCED | 28 | 1 | 0 |
| PEDRO I | 31 | 0 | 0 |
| SAN JOSE CALASANZ | 15 | 0 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | 15 | 0 | 0 |
| TOTAL | 114 | 1 | 0 |

Tabla 47: Seguirán haciendo uso del programa

A la pregunta 4: ¿En su opinión tiene alguna carencia el programa? Tabla 48

| | SI | NO | NS/NC |
|--------------------------|-----|----|-------|
| ALTO ARAGON | 9 | 16 | 0 |
| LA MERCED | 28 | 1 | 0 |
| PEDRO I | 31 | 0 | 0 |
| SAN JOSE CALASANZ | 15 | 0 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | 15 | 0 | 0 |
| TOTAL | 114 | 1 | 0 |

Tabla 48: Opinión de los usuarios sobre las carencias del programa

A la pregunta 5:¿EN CASO DE QUE CONSIDERE QUE EL PROGRAMA TIENE ALGUNA CARENCIA QUE AÑADIRIA? HAN CONTESTADO:

- COLEGIO ALTO ARAGON:
 - Ortodoncia aunque fuese con copago.
 - No incluye los empastes en los dientes de leche.
 - Puntualidad en la recepción de los talones para poder hacer uso de ellos desde principio de año (se reciben a mediados de febrero)
 - Cobertura de TODAS las necesidades de atención bucodental de los niños, sin exclusiones.
 - Ortodoncias o tratamientos.
 - Algún servicio más gratuito: empaste, extracción...
 - Hay carencias en la implicación del dentista ya que la atención suele ser muy superficial, en breve tiempo y dando por hecho que en caso de algún problema, desviando o comentando que no está en sus manos el tema.
 - En verdad considero que en España para hacernos ver como un país adelantado y primermundista la cobertura en odontología infantil es muy deficiente. Por eso no acudo al servicio. Y ortodoncia es imprescindible.

- COLEGIO LA MERCED:

- Más veces cada año.
- El trato que nos fue dado por el dentista no fue satisfactorio y no somos la primera familia descontenta, es una pena.
- Más dentistas y tratamientos.
- Que todos los aparatos que tienen que usar, fueran gratis, o más baratos ya que valen mucho dinero y todo el mundo no de se lo puede permitir, lo cual significa que muchos niños no los podrán llevar.
- Sería necesario la inclusión de todos los tratamientos (sellados, empastes...) así como aparatos correctores.

- COLEGIO PEDRO I:

- Colaboración económica para niños que lo necesitan.
- Más información o insistencia de explicación a los niños más mayores (10-12 años) que se vuelven más reacios a seguir con sus costumbres de lavado de dientes ya que si les dicen que tienen que lavárselos bien, pero quizá les tendrían que explicar las consecuencias de no hacerlo, porque aunque se los digamos los padres no hacen caso porque nadie entendido se los ha explicado.
- Que si el niño lleva un retraso considerable en la dentición, el programa hasta los 12 años se queda corto, ya que no se les pueden tratar los problemas que les surgen a los demás desde los 6 años hasta los 12. Con 12 años solo se le han caído 8 piezas.
- Tendría que ser menos superficial de lo que es.
- Incluir los empastes.
- Los empastes en piezas definitivas.

- Aumentar el periodo del plan de atención bucodental pues los 12 años creo que es un poco justo, pues hay niños que aun tienen muchas piezas de leche.
- COLEGIO SAN JOSE DE CALASANZ:
 - No tienen derecho a empastes, RX y ortodoncia.
- COLEGIO SAN VICENTE DE PAUL:
 - Gratis deberían ser los empastes.
 - Corrección de piezas dentales cuando hiciera masticar bien.
 - Tengo la sensación de que justo al terminar el periodo de los 12 años gratuitos es cuando el dentista empieza a ver los problemas.

A la pregunta 6: ¿Cuál es su grado de satisfacción con el Programa de Atención Dental Infantil? Tabla 49

| | MUY SATISFECHO | BASTANTE | POCO | NADA | NS/NC |
|--------------------------|----------------|----------|------|------|-------|
| ALTO ARAGON | 8 | 13 | 4 | 0 | 0 |
| LA MERCED | 8 | 18 | 2 | 0 | 1 |
| PEDRO I | 4 | 22 | 1 | 0 | 4 |
| SAN JOSE CALASANZ | 5 | 9 | 1 | 0 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | 4 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 29 | 73 | 9 | 0 | 5 |

Tabla 49: Grado de Satisfacción de los usuarios del PABIJ en Barbastro

A la pregunta 7: ¿Considera suficiente la información que le hace llegar el Gobierno de Aragón sobre el programa? Tabla 50

| | SI | NO | NS/NC |
|--------------------------|----|----|-------|
| ALTO ARAGON | 22 | 3 | 0 |
| LA MERCED | 23 | 5 | 1 |
| PEDRO I | 26 | 4 | 1 |
| SAN JOSE CALASANZ | 12 | 3 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | 13 | 2 | 0 |
| TOTAL | 96 | 17 | 2 |

Tabla 50: Satisfacción de los usuarios con la información que se les hace llegar acerca del PABIJ

A la pregunta 8: ¿Se le ha realizado algún tratamiento a su hijo? Tabla 51

| | SI | NO | NS/NC |
|--------------------------|----|----|-------|
| ALTO ARAGON | 13 | 12 | 0 |
| LA MERCED | 12 | 17 | 0 |
| PEDRO I | 7 | 20 | 4 |
| SAN JOSE CALASANZ | 7 | 8 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | 5 | 10 | 0 |
| TOTAL | 44 | 67 | 4 |

Tabla 51: ¿se realizo algún tratamiento al niño en su visita al dentista?

A la pregunta 9: ¿Cuál?

- COLEGIO ALTO ARAGON:
 - Extracción de piezas que no se caían, flúor, empastes.
 - Estimulación crecimiento mandíbula inferior.
 - Tratamiento preventivo y algún empaste superficial.
 - Quitarle un diente y una muela.
 - Empaste.
 - Se han empastado 2 muelas, le han matado el nervio de otra.
 - Empastes.
 - Ortodoncia.
 - Sellado muelas.
 - Ortodoncia

- COLEGIO LA MERCED:
 - Empaste.
 - Un empaste.
 - Le protegieron las muelas y debido a un accidente se le tuvo que injertar un incisivo, ya que sufrió una fractura de maxilar superior que no me cubrió la asistencia sanitaria del gobierno pese a acudir de urgencia.
 - Endodoncia.
 - Un empaste.
 - Un empaste, la Rx la tuve que pagar 50 Euros.
 - Empaste varias piezas.
 - Un empaste en una pala rota tras un traumatismo.
 - Empaste y sellados.

- COLEGIO PEDRO PRIMERO:
 - Empastes, flúor.
 - Empaste muela.
 - Un empaste.
 - Dos empastes.
 - Ortodoncia.

- COLEGIO SAN JOSE DE CALASANZ:
 - Empaste.
 - Extracción dentaria y aparato de colocación.
 - Flúor en los dientes.
 - Extracción.
 - Empastes.
 - Solucionar sus caries.
 - Aparato para dormir pero no entra en el programa por lo cual he tenido que pagar.

- COLEGIO SAN VICENTE DE PAUL:
 - Reparación de un diente.
 - Ortodoncia.
 - Aplicación de Flúor local.
 - Algún empaste.
 - Reconstruir un diente.

A la pregunta 10: ¿Se le han explicado a su hijo normas Higiénico-dietéticas? Tabla 52

| | SI | NO | NS/NC |
|--------------------------|-----|----|-------|
| ALTO ARAGON | 25 | 0 | 0 |
| LA MERCED | 28 | 1 | 0 |
| PEDRO I | 24 | 3 | 4 |
| SAN JOSE CALASANZ | 14 | 1 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | 14 | 1 | 0 |
| TOTAL | 105 | 6 | 4 |

Tabla 52: ¿se le explicaron al niño normas higiénico dietéticas en su visita al dentista?

A la pregunta 11: ¿Está satisfecho con la atención recibida? Tabla 53

| | MUY SATISFECHO | BASTANTE | POCO | NADA | NS/NC |
|--------------------------|----------------|----------|------|------|-------|
| ALTO ARAGON | 10 | 13 | 2 | 0 | 0 |
| LA MERCED | 5 | 23 | 0 | 0 | 1 |
| PEDRO I | 6 | 19 | 1 | 0 | 5 |
| SAN JOSE CALASANZ | 6 | 8 | 1 | 0 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | 7 | 6 | 1 | 0 | 1 |
| TOTAL | 34 | 69 | 5 | 0 | 7 |

Tabla 53: Satisfacción de los usuarios en Barbastro con la atención recibida en el PABIJ .

En la pregunta 12,13 y 14 vamos a incluir las respuestas dadas por las personas que no hacen uso del programa

A la pregunta 12: ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes su hijo?

Tabla 54

| | | 1 vez/semana | 1 vez/día | 2 veces/día | 3 veces/día | Más de 3 veces/día |
|--------------------------|-------------|--------------|-----------|-------------|-------------|--------------------|
| ALTO ARAGON | Si programa | 1 | 8 | 7 | 9 | 0 |
| | No programa | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 |
| LA MERCED | Si programa | 1 | 13 | 12 | 3 | 0 |
| | No programa | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| PEDRO I | Si programa | 2 | 9 | 13 | 7 | 0 |
| | No programa | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| SAN JOSE CALASANZ | Si programa | 0 | 5 | 7 | 2 | 1 |
| | No programa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | Si programa | 0 | 4 | 9 | 2 | 0 |
| | No programa | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| TOTAL | Si programa | 4 | 39 | 48 | 23 | 1 |
| | No programa | 1 | 6 | 9 | 1 | 0 |

Tabla 54: frecuencia de cepillado Barbastro 2011

A la pregunta 13: ¿Utiliza una pasta fluorada? Tabla 55

| | | SI | NO | NS/NC |
|--------------------------|-------------|----|----|-------|
| ALTO ARAGON | Si programa | 22 | 3 | 0 |
| | No programa | 4 | 0 | 1 |
| LA MERCED | Si programa | 25 | 3 | 1 |
| | No programa | 2 | 1 | 0 |
| PEDRO I | Si programa | 24 | 4 | 3 |
| | No programa | 2 | 1 | 1 |
| SAN JOSE CALASANZ | Si programa | 14 | 1 | 0 |
| | No programa | 0 | 0 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | Si programa | 10 | 4 | 1 |
| | No programa | 5 | 0 | 0 |
| TOTAL | Si programa | 95 | 15 | 5 |
| | No programa | 13 | 2 | 2 |

Tabla 55: utilización de pasta fluorada en el cepillado, Barbastro 2011

A la pregunta 14: ¿Hace uso de algún suplemento de flúor? Tabla 56

| | | SI | NO | NS/NC |
|--------------------------|-------------|----|----|-------|
| ALTO ARAGON | Si programa | 9 | 16 | 02 |
| | No programa | 2 | 2 | 1 |
| LA MERCED | Si programa | 4 | 24 | 1 |
| | No programa | 2 | 1 | 1 |
| PEDRO I | Si programa | 7 | 21 | 3 |
| | No programa | 1 | 2 | 1 |
| SAN JOSE CALASANZ | Si programa | 3 | 12 | 0 |
| | No programa | 0 | 0 | 0 |
| SAN VICENTE PAUL | Si programa | 4 | 11 | 0 |
| | No programa | 0 | 4 | 1 |
| TOTAL | Si programa | 27 | 84 | 4 |
| | No programa | 5 | 9 | 3 |

Tabla 56: utilización suplemento de flúor Barbastro 2011

d. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL PABIJ

De las 330 encuestas que se enviaron han sido devueltas 154, cuyos resultados son los siguientes:

En la tabla 57 y el gráfico 33 la respuesta a la pregunta 1: ¿Esta satisfecho con el PABIJ

| SATISFACCIÓN CON EL PABIJ | MUY SATISFECHO | BASTANTE SATISFECHO | POCO SATISFECHO | NADA SATISFECHO | NS/NC |
|------------------------------|-------------------|------------------------|--------------------|--------------------|------------|
| | 8 5,19% | 78 50,65% | 51 33,12% | 13 8,44% | 4 2,60% |

Tabla 57: Satisfacción de los profesionales aragoneses con el PABIJ

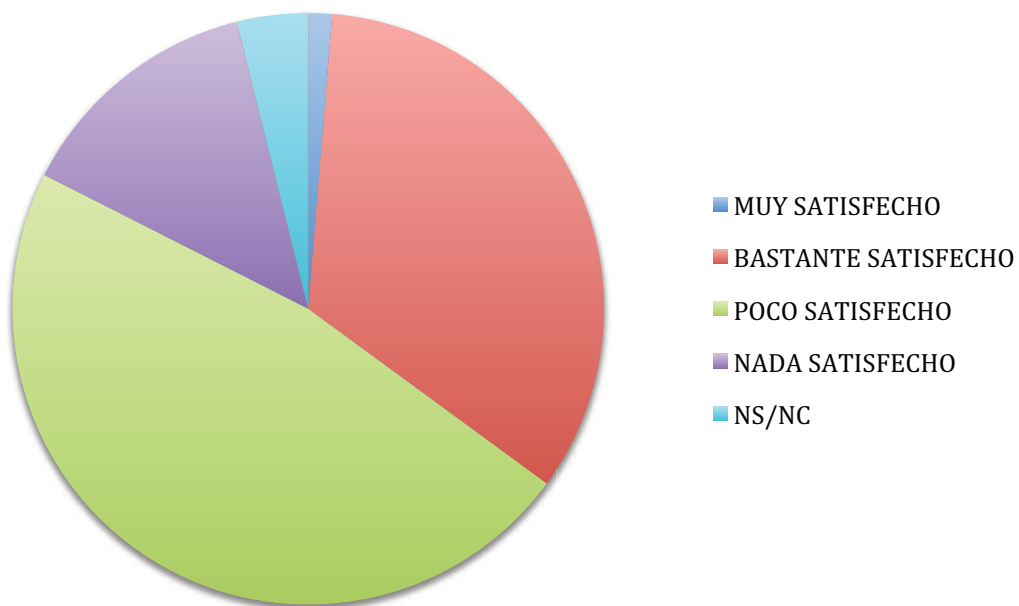


Gráfico 33: Satisfacción de los profesionales aragoneses con el PABIJ

En esta pregunta nos podemos fijar también en la satisfacción de los profesionales que reflejan las encuestas en otras comunidades autónomas, como es la de País Vasco-Navarra en 2003 ⁽¹⁵⁷⁾, tabla 58:

| | ARAGÓN | PAÍS-VASCO, NAVARRA ⁽¹⁵⁷⁾ |
|------------------------|--------|---|
| MUY SATISFECHO | 5,19% | 8% |
| BASTANTE SATISFECHO | 50,65% | 57% |
| POCO SATISFECHO | 33,12% | 30% |
| NADA SATISFECHO | 8,44% | 3% |
| NS/NC | 2,60% | 2% |

Tabla 58: Satisfacción de los profesionales aragoneses vs País Vasco y Navarra

con el PABIJ

La pregunta 2 fue anulada ya que había una errata en las respuestas de las encuestas que se enviaron

A la pregunta 3: ¿Pretende seguir con el programa de atención dental el próximo año? Tabla 59

| | SI | NO | NC |
|---|---------------|------------|------------|
| 3.¿PRETENDE SEGUIR CON EL PABIJ? | 141 91,56% | 9 5,84% | 4 2,60% |

Tabla 59: Intención de continuidad en el programa de los profesionales aragoneses

A la pregunta 4: En caso negativo ¿Por qué?

- Pagan poco, tarde y mal.
- Si siguen con la política de este año

A la pregunta 5: ¿Cuál es su opinión sobre la cuantía de la retribución?

Tabla 60 y gráfico 34

| 5.CUANTIA DE LA RETRIBUCIÓN | MUY SATISFECHO | BASTANTE SATISFECHO | POCO SATISFECHO | NADA SATISFECHO | NS/NC |
|-----------------------------|----------------|---------------------|-----------------|-----------------|------------|
| | 2 1,30 | 52 33,77% | 73 47,40% | 21 13,64% | 6 3,90% |

Tabla 60: Opinión de los profesionales aragoneses acerca de la cuantía de la retribución

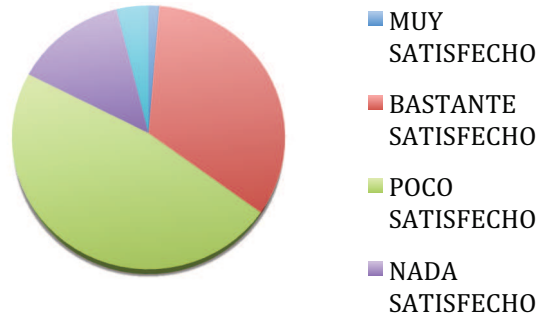


Gráfico 34 Opinión de los profesionales aragoneses acerca de la cuantía de la retribución.

A la pregunta 6: ¿Está satisfecho con los plazos de cobro? Tabla 61 y gráfico 35

| 6.PLAZOS DE COBRO | MUY SATISFECHO | BASTANTE SATISFECHO | POCO SATISFECHO | NADA SATISFECHO | NS/NC |
|-------------------|----------------|---------------------|-----------------|-----------------|------------|
| | 1 0,65% | 14 9,09% | 77 50% | 60 6,49% | 2 1,30% |

Tabla 61: Opinión de los profesionales aragoneses acerca de los plazos de cobro

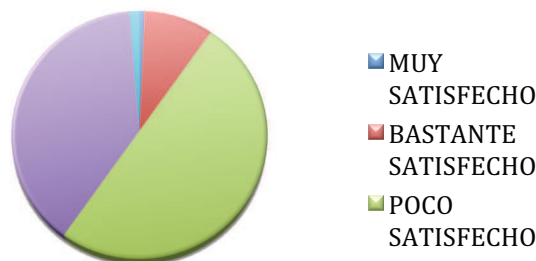


Gráfico 35: Opinión de los profesionales aragoneses acerca de los plazos de cobro

A la pregunta 7: Ponga nota entre el 0 y el 10 a la información que le hace llegar la administración. Tabla 62

| 7. NOTA A LA INFORMACION QUE LE HACE LLEGAR | | Nº dentistas |
|---|----|--------------|
| %0 | 19 | 12,34% |
| 1 | 9 | 5,84% |
| 2 | 13 | 8,44% |
| 3 | 15 | 9,74% |
| 4 | 15 | 9,74% |
| 5 | 26 | 16,68% |
| 6 | 14 | 9,09% |
| 7 | 20 | 12,99% |
| 8 | 13 | 8,44% |
| 9 | 3 | 1,95% |
| 10 | 5 | 3,25% |
| NS/NC | 2 | 1,39% |

Tabla 62: Nota media que dan los profesionales aragoneses a la información acerca del PABIJ

Los profesionales dan una nota media de 4,38 a la información que les hace llegar el colegio sobre el PABIJ.

A la pregunta 8: ¿Cree que el colegio de dentistas tendría que consultar la opinión de los profesionales mediante una encuesta antes de establecer convenios con el gobierno de Aragón? Tabla 63

| | SI | NO | NC |
|---|---------------|--------------|------------|
| 8.¿CREE QUE EL COLEGIO DEBERIA CONSULTAR LA OPINION DE LOS DENTISTAS? | 134 87,05% | 19 12,33% | 1 0,65% |

Tabla 63: opinión sobre la necesidad de una encuesta antes de establecer convenios con el gobierno de Aragón

A la pregunta 9: Por favor ponga una nota entre el 0 y el 10 al PABIJ Tabla 64

| 9.NOTA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | NC |
|-----------------------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|---|----|----|
| QUE DA AL PABIJ | 4 | 4 | 6 | 6 | 14 | 27 | 31 | 34 | 17 | 7 | 1 | 3 |

Tabla 64: Nota media que dan los profesionales aragoneses al PAFIJ

La nota media que recibe el PABIJ es 5,57.

A la pregunta 10: ¿Cree suficientes las medidas preventivas que marca el programa? Tabla 65

| | SI | NO | NC |
|---|---------------|--------------|------------|
| 10. ¿CREE SUFICIENTES LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL PROGRAMA? | 111 72,08% | 42 27,27% | 1 0,65% |

Tabla 65: ¿creen suficientes las medidas preventivas los profesionales?

A la pregunta 11: ¿Aplica las medidas preventivas tal como dicta el programa o aplica prevención a todos los niños? Tabla 66

| | SEGÚN PROGRAMA | TODOS NIÑOS | NC |
|---|-------------------|---------------|------------|
| 11. ¿CÓMO APLICA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS? | 43 27,92% | 110 71,43% | 1 0,65% |

Tabla 66: Modo de aplicación de las medidas preventivas

A la pregunta 12: En caso de aplicar prevención a todos los niños ¿qué medidas aplica? Tabla 67

| 12. MEDIDAS | FLÚOR | SELLADO | H.ORAL | DIETA |
|-------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| TODOS NIÑOS | 69 62,73% | 76 69,09% | 109 99,09% | 90 81,82% |

Tabla 67: Medidas preventivas aplicadas a todos los niños

A la pregunta 13: ¿Cree que el programa hace que las familias resten importancia a la dentición temporal? Tabla 68

| | SI | NO | NC |
|---|--------------|--------------|------------|
| 13. ¿CREE QUE EL PROGRAMA HACE QUE LAS FAMILIAS RESTEN IMPROTANCIA A LA DENTICIÓN TEMPORAL? | 58 37,66% | 95 61,69% | 1 0,65% |

Tabla 68: ¿Creen los profesionales que el programa hace restar importancia a la dentición decidua?

A la pregunta 14: ¿Cree que es una medida positiva el cambio en el PABIJ por el que los niños de 6 años serán atendidos en los centros públicos de salud en primera instancia? Tabla 69

| | SI | NO | NC |
|--|--------------|---------------|------------|
| 14. ¿CREE QUE ES UNA MEDIDA POSITIVA QUE LOS NIÑOS DE 6 AÑOS SEAN ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD? | 29 18,83% | 124 80,52% | 1 0,65% |

Tabla 69: Opinión de los profesionales sobre la atención de los niños en los centros de salud

A la pregunta 15: Si tiene algún comentario o sugerencia hágalo constar a continuación Tabla 70

Las respuestas a esta pregunta las vamos a clasificar en respuesta positiva, positiva con idea, neutra, neutra con idea, negativa y negativa con idea:

| TIPO DE RESPUESTA | RESPUESTA |
|-------------------|---|
| NEGATIVA | <ul style="list-style-type: none"> - El programa tiene deficiencias a nivel estructural y conceptual, con información ambigua tanto para usuarios como para profesionales. - La administración se aprovecha del colectivo dirigido por un grupo de ellos que han sido elegidos por una minoría, ya que la mayoría no vota. - El retirar a los niños de 6 años es contraproducente para el seguimiento de los niños y también para nuestra rentabilidad. La mayoría de ellos no presentan patología y el cobro de su capitación compensaba a los que hay que hacerles 2 o 3 obturaciones + sellados + flúor, por el mismo importe. - El cambio en los niños de 6 años no esta bien planteado. - Se resta importancia a la dentición temporal con la consiguiente maloclusión que eso puede llevar a cabo. - Es un impuesto revolucionario. |

| | |
|-----------------|--|
| NEGATIVA | <ul style="list-style-type: none">- No todos los profesionales trabajan eficazmente porque hay niños de 8-9 años que vienen de otros compañeros con caries grandes en los primeros molares.- El cambio en el PABIJ para los niños nacidos en 2005, es el principio del fin del PABIJ.- Los niños de 6 años que son hermanos o hijos de pacientes representan un problema porque es “obligado” hacerles la revisión igualmente.- No estamos de acuerdo con el cambio que afecta a los niños nacidos en 2005.- No me parece bien la tardanza del cobro, todavía me falta por cobrar noviembre-diciembre 2009 entre otros.- Se informa poco a las familias y hay poca motivación en general.- Hay muchos compañeros que cuando los pacientes pasan a dentición permanente, no los atienden y los remiten ¿hay derecho?- Medida hecha por políticos y para políticos.- Incertidumbre y cambios de programas y personal responsable.- Pienso que la salida de los niños de 6 años del PABIJ a los centros de salud es una medida de ahorro económico que será mala para la salud bucodental.- QUE PAGUEN YA!- El PABIJ es la manipulación política de la administración de un colectivo de lameculos que ha sido gestionado por profesionales que hoy están muchos de ellos viviendo de la administración. Otros: Los odontopediatras y ortodoncistas “pillando” clientela para el futuro, |
|-----------------|--|

| | |
|----------------------------------|--|
| NEGATIVA | <p>y los demás con miedo a que con los niños se lleven a los padres también de la consulta. El pago: VERGONZOSO: POLITICA DE LA MALA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Están utilizando al colectivo para medidas políticas y el colectivo está representado por una cuadrilla de lameculos de la Administración. Tenemos lo que merecemos. - Está diseñado por políticos para hacer política, en connivencia con el colegio. - Creo que cuando los centros públicos se vean saturados por los tratamientos, los pasaran a los centros privados. Si vienen niños con 3 endodoncias que no han sido controlados por nosotros ¿a que precio serán retribuidas al de capitación?, eso me parece injusto. |
| NEGATIVA CON IDEA | <ul style="list-style-type: none"> - Los tratamientos en discontinuos tendrían que ser pagados por los padres. - Creo que nos deberían aumentar la retribución, gastas tiempo y material por prácticamente nada de dinero. - Debería ser un programa que cubriese también la dentición decidua pero seria demasiado coste y ahora esta prácticamente para desaparecer. - Creo que el hecho de que los niños de 6 años se visiten en los centros públicos es solo para reducir costes ya que son los niños que menos tratamiento restaurador requieren y deberían visitarse en las consultas privadas para sopesar la relación coste-beneficio que tenemos con otros niños de edades superiores que requieren tratamiento conservador. - Creo que los dentistas lo hacemos de forma más bien altruista. El pago por capitación seria |

| | |
|----------------------------------|---|
| NEGATIVA CON IDEA | <p>correcto si solo hay que hacer revisiones y profilaxis. Los centros públicos de salud tendrían que haber atendido a los niños del PABIJ desde el primer momento, por razones económicas del gobierno de Aragón y porque creo que disponen de tiempo suficiente como para hacerlo otra cosa son las ganas de trabajar que tengan. El PABIJ es una prestación estupenda pero creo que esta muy mal aplicado</p> <ul style="list-style-type: none">- Salvo que los niños de 6 años continúen hasta edad adulta en el centro público, se interrumpirá la continuidad preventiva del profesional encargado de ella. ¿qué pasará con las caries de mediano calibre y cuando haya varios hermanos que tengan que acudir a diferentes consultas?- No es justo que un niño que no acude al PABIJ en 23 meses porque no quiere (a pesar de ser advertido de que tiene caries y que son gratuitos sus tratamientos) no sea discontinuo y haya que tratarlo con caries grandes e incluso endodoncias en los molares gratuitamente por parte de la DGA.- Estoy en el PABIJ pq no estoy en ninguna compañía de seguros y eso ya me hacer perder pacientes que van a hacerse la limpieza y las extracciones “gratis” y si además no estuviese en el PABIJ los hijos de mis pacientes se irían a otro.- El cobro del PABIJ es un tema en el que el colegio debería mostrarse mucho más firme. Deberíamos negarnos todos (todos ¿eh!) a prestar nuestra consulta , adelantar nuestro trabajo y pagar material de sellados etc. para que la DGA siga anotándose el “tanto” de |
|----------------------------------|---|

| | |
|----------------------------------|---|
| NEGATIVA CON IDEA | <p>prestar un servicio, que en realidad casi financiamos nosotros. En algún caso han tardado más de un año en pagarnos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Noto que el gasto sanitario público para sufragar el PABIJ, a la hora de la verdad, es para pagar los tratamientos de la población inmigrante que son quienes tienen realmente mal la boca. Se debería plantear que aportan esas familias al estado (impuestos) y desde cuando, para poder acceder a utilizar el PABIJ.- No tiene actualmente la salud pública de Aragón la capacidad, ni la preparación, ni los medios físicos para atender de forma completa y eficaz este programa. Antes habría que capacitar y adecuar tanto equipos como a los profesionales.- No se informa bien a las familias. El 90% vienen pensando que el programa lo cubre todo, por ejemplo empastes en temporales. Con los problemas que ello nos trae al decírselo y cobrarles.- En este programa la DGA no ha puesto casi nada de empeño: ni existe publicidad, no se dan charlas de prevención en los colegios, se hace mucho énfasis en burocracia etc. ¿se hace la campaña porque se cree en ella o porque la hace el resto de España?- Con los horarios de atención al público y las listas de espera en la seguridad social los padres desistirán de llevar a los niños a las revisiones.- El Gobierno de Aragón debería tomarse más en serio el programa y que no sea solo un cartel electoral. |
|----------------------------------|---|

| | |
|----------------------------------|---|
| NEGATIVA CON IDEA | <ul style="list-style-type: none">- El programa debería dejar más claro que no incluye el tratamiento conservador de los dientes de leche. La DGA debería insistir más en la importancia de la prevención. Creo que el 50% de los niños con derecho no han asistido nunca. Y los que acuden, muchos no repiten.- La falta de un mismo criterio a la hora de diagnosticar caries, lo que hace que halla niños que sufran caries grandes que debían haber sido tratadas años atrás.- Que si siguen en el plan de este año deberíamos borrarlos todos los profesionales como colectivo.- Muchas veces tenemos que hacer nosotros, los dentistas, de informadores y eso conlleva mucho tiempo si se tienen muchos niños.- Esta bien pero es un oligopolio sobre la dentición infantil. Estoy en contra de los monopolios como dentista. Deberíamos hacer algo.- No todos los tratamientos tendrían que estar incluidos como endodoncias...- La información que nos hace llegar la administración es confusa, podría ser más sencilla. |
| NEUTRA | <ul style="list-style-type: none">- Sorprende la cantidad de gente que no hace uso de los talones cada año.- Las medidas preventivas deben aplicarse en orden de importancia:<ul style="list-style-type: none">o 1º Higieneo 2º Hábitos dietéticos.o 3º Sellados |

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>NEUTRA</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 4ºFlúor. - Tengo el PABIJ por razones económico-morales. - Tenemos el programa porque hacemos ortodoncia. - Ya he tenido algún niño de 5-6 años, hermano de algún niño de PABIJ que viene a mi consulta. - Razón para estar adscrito al PABIJ: Fidelización de pacientes. - Atiendo a muy pocos niños del PABIJ. Aproximadamente uno o dos al mes como mucho, a veces ninguno. Pertenezco al plan para no perder a los padres como clientes. - La razón para estar adscrito al PABIJ es económica. - Estoy en el PABIJ porque me gustan los niños y por ¿dinero? - Estudiare si sigo en el PABIJ a final de año. - Enviar al colegio de dentistas para conocimiento general los resultados de su tesis. - La razón de estar adscrito al PABIJ es porque creo en la SALUD PUBLICA, aunque trabaje en la privada. - |
| <p>NEUTRA CON IDEA</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Niños discontinuos deben tener distinto trato (económico únicamente) que los continuos dado que los padres que no se responsabilizan delas revisiones periódicas están perjudicando su salud. - Creo que debe dar más importancia a la dentición temporal. |

| | |
|--------------------------------|--|
| NEUTRA CON IDEA | <ul style="list-style-type: none">- Habría que ir revisando si los profesionales realizan todo el tratamiento que se presenta ese año en cada niño, porque sino el siguiente año el tratamiento que tiene que hacer el nuevo odontólogo es mayor.- Debería ser más amplio, existir más programas: abuelos, deficientes, minusválidos, presos.- Deberían atender a todos los niños en el gabinete odontológico de la seguridad social.- Mejorar la comunicación de la administración con los padres. Informar mejor del PABIJ a las familias, colegios y centros de salud (pediatras). Hay que conseguir que llegue a más niños.- Hay que buscar una formula de premio a los que se mantienen en el programa y ser más estrictos con los que buscan soluciones puntuales ya que salen más caros a la administración y a los profesionales adheridos al programa.- Si la campaña empieza en Enero el niños tiene que ser discontinuo desde el 1 de enero.- Se debería anular el concepto de campaña y ver la prevención como una continuidad, por ejemplo los talones no se deberían mandar todos a la vez, ya que los padres creen que solo tienen derecho a una sola consulta en esa época, enero queda a la buena voluntad de los profesionales, a finales de diciembre se ponen problemas para suministrar talones.- Creo que los padres deben elegir centro como hasta ahora.- No me parece bien la tardanza del cobro, todavía me falta por cobrar nov.dic 2009 entre otros.- Los padres deberían poder elegir entre pública y privada en primera estancia. |
|--------------------------------|--|

| | |
|----------------------------------|---|
| NEUTRA CON IDEA | <ul style="list-style-type: none"> - Creo que lo mejor sería que al niño lo viera el mismo dentista de los 6 a los 16 años. - Los padres deben tener libertad para elegir entre la pública y la privada para ser atendidos en primera instancia. - Se tendría que penalizar al paciente que no cumple sus tratamientos (discontinuo) - Preguntar la razón real por la que se visitan los niños de 6 años inicialmente en el SALUD. |
| POSITIVA | <ul style="list-style-type: none"> - Estoy adscrito al PABIJ por razones económicas y el placer de hacer preventiva. |
| POSITIVA CON IDEA | <ul style="list-style-type: none"> - Niños 6 años en Salud: Me parece bien siempre y cuando realicen todas las medidas preventivas que marca el programa como sellar todos los molares definitivos. - Una cobertura más reducida pero más enfocada a la prevención que al tratamiento, sería más positiva tanto para la salud dental de los niños como para los presupuestos de la Administración y más satisfactoria para los profesionales. - La idea es buena; hay matices muy mal aplicados; hay que responsabilizar más a las familias; individualizar más los casos, no son todos iguales. |

Tabla 70: comentarios de los profesionales aragoneses acerca del PABIJ



DISCUSIÓN



DISCUSIÓN:

a. DIFERENCIAS DEL PROGRAMA DE ATENCION DENTAL INFANTIL Y JUVENIL DE ARAGÓN (PABIJ) CON OTROS PROGRAMAS DEL MUNDO Y CON LOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTONOMAS ESPAÑOLAS.

Dentro de España existen diferencias importantes entre unas comunidades y otras en lo que respecta a la cobertura de los programas de atención dental infantil.

El primer aspecto importante es el modo en como se presta la atención: podemos diferenciar tres tipos de programa ⁽³⁸⁾: Público (el servicio se da en los centros de salud), PADI (el servicio lo dan tanto profesionales del servicio publico de salud como profesionales privados, el paciente puede elegir el que desea), Mixto (el paciente es atendido en los centros de salud y son derivados a dentistas privados concertados en el caso de necesitar algún tratamiento).

En 2005 al instaurarse el programa de atención dental para niños en Aragón se creo como un programa modelo PADI pero en 2011 se comenzó un programa mixto en el que a partir de ese año los niños que cumplan 6 años deberán dirigirse a los centros públicos de salud siendo derivados a dentistas privados en caso necesario. como advertiremos posteriormente al tratar esta cuestión en la encuesta que se realizó a los dentistas que prestan el servicio PABIJ este es un aspecto del que los dentistas están descontentos ya que pierden las cohortes de edad que tienen menos patología (los niños de 6 años tienen pocas piezas definitivas) y se quedan cobrando la misma capacitación (51 euros por niño/año en 2011) con los niños que concentran más patología.

En todas las comunidades autónomas se diferencia entre tratamientos básicos y especiales, al comparar las diferentes Comunidades autónomas con Aragón vemos que:

Los tratamientos básicos:⁽³⁹⁻⁷²⁾

- Educación todas salvo Extremadura y La Rioja
- Revisión anual y Obturación lo tienen las 17
- Flúor todas salvo Andalucía
- Sellado fisuras, todas salvo Murcia
- Tractectomía, no lo tienen Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Comunidad de Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja
- Tratamiento de urgencias, no lo tienen Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Comunidad de Madrid, Navarra, País Vasco, La Rioja, Comunidad Valenciana y Ceuta-Melilla.
- Exodoncias, todas salvo Cantabria, Castilla y León, Galicia, Comunidad de Madrid, Navarra y La Rioja.
- Reconstrucción lesiones en piezas permanentes, Recubrimiento Pulpar Directo y Pulpotomía SOLO la tiene Aragón.
- Endodoncia, la tienen Andalucía, Aragón, Asturias Baleares, Navarra y Comunidad Valenciana.
- Radiografía diagnóstica, solo la tienen Aragón, Canarias y Ceuta-Melilla.

Es decir, **la Comunidad Autónoma que más tratamientos básicos cubre es Aragón.**

Respecto a los tratamientos especiales existen más diferencias entre comunidades, las comunidades que ya realizan PADI tienen mucha más cobertura que las que no y aun dentro de estas comunidades hay diferencias.⁽³⁹⁻⁷²⁾

- La apicoformación la cubren Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla León y Navarra.
- La endodoncia Andalucía, Aragón, Asturias Baleares, Castilla la Mancha, Extremadura y Navarra.

- Extracción de supernumerarios Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla la Mancha.
- Aragón incluye también la extracción de restos radiculares.
- La ferulización del grupo dental anterior la incluye Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura y Navarra.
- La reconstrucción la incluyen Andalucía, Aragón, Asturias Baleares, Canarias, Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura y Navarra.
- El Muñón colado intrarradicular lo incluyen Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias y Castilla León.
- El Perno prefabricado intrarradicular lo incluye Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura y Navarra.
- El Mantenedor de espacio, Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria y Castilla León.
- Además hablando de ortodoncia Cantabria ofrece a los beneficiarios del programa la ortodoncia a precio público.
- El recubrimiento pulpar directo lo incluyen Andalucía, Aragón, Extremadura y Navarra.
- El reimplante dentario Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla León, Extremadura y Navarra.
- La obturación la incluye solamente Aragón.
- La prótesis removible Aragón, de 1 a 4 piezas.
- Las coronas tanto provisionales como definitivas. Andalucía, Aragón, Asturias Baleares, Canarias y Castilla León.
- La radiografía solo Aragón.
- La pulpotomía Aragón.
- La sutura de tejidos blandos Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura y Navarra.

Al igual que con los tratamientos Básico **Aragón es la comunidad autónoma que más cobertura en tratamientos especiales da**, solo deja de ofrecer el perno prefabricado intrarradicular y el mantenedor de

espacio. Mientras que la obturación (como tratamiento especial), la prótesis removible y la pulpotomía solo las ofrece Aragón

Hay muchas comunidades que hablan de tratar traumatismo y malformación pero no especifican de que manera; estas son Cataluña⁽⁶⁰⁾, Murcia⁽⁶⁵⁾, País Vasco⁽⁶⁷⁾, Ceuta y Melilla^(71,72).

Para poder comparar los programas de salud oral para niños y adolescentes que se llevan a cabo en España con los realizados en otras partes del mundo, vamos a establecer como tratamientos en España aquellos que se presten en al menos 13 de las 18 comunidades autónomas españolas.

Así podemos decir que el programa de atención dental infantojuvenil en España cubre:⁽³⁹⁻⁷²⁾

- Revisión.
- Educación en materia de higiene oral y dieta.
- Flúor
- Sellado de fisuras.
- Obturación.
- Exodoncia.

Al comparar estos datos con los resultados obtenidos en nuestra revisión bibliográfica sobre los programas de atención dental para niños que se realizan en otros países del mundo⁽⁷⁹⁻⁹⁵⁾.

Hay que decir que todos los países que presta atención dental gratuita para niños cubre la revisión dental.

La educación en materia de higiene oral la cubre todos excepto Canadá y Bélgica.

Las radiografías únicamente las cubren únicamente Australia, Canadá y Francia.

El Flúor lo cubren todos excepto Francia y Bélgica.

El Sellado lo cubren todos menos Chile y Francia.

La exodoncia únicamente la cubren Australia, Canadá y Francia.
Y la obturación la cubren Australia, Uruguay, Canadá, Estados Unidos, Francia y Bélgica.

Hay países como Francia que cubren en todo el país la endodoncia en España solo se cubre en algunas comunidades autónomas.

En España ocurre algo similar a lo que pasa en Estados Unidos⁽⁸⁸⁻⁹³⁾, donde el gobierno marca unos tratamientos mínimos y cada estado establece lo suyo; lo mismo ocurre en España en las autonomías.

Si comparamos estos tratamientos con los dados en Aragón vemos que en nuestra comunidad se cubren todos ellos y muchos mas tratamientos básicos y especiales, asemejándose nuestro programa a los realizados en los países nórdicos como Dinamarca y Noruega⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾ donde se cubre absolutamente todos los tratamientos en niños, incluida la ortodoncia y el tratamiento en piezas de leche, en Aragón no se cubren únicamente estos dos tratamientos

b. ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS ESCOLARIZADOS EN BARBASTRO DURANTE EL AÑO 2010/2011

Otra de las cuestiones que nos planteamos cuando realizamos este trabajo es de que manera esta afectando el PABIJ a la salud oral de los niños que forman parte de este programa. Para ello se realizó la revisión dental en los colegios, previa autorización paterna y del colegio, de los niños de 12 años escolarizados en Barbastro para el curso escolar 2010-11, se revisaron los siguientes niños en cada colegio:

Colegio Alto Aragón: 21 niños (de los 34 niños matriculados)

Colegio La Merced:31 (de los 48 niños matriculados)

Colegio Pedro I: 33 (de los 50 niños matriculados)

Colegio San José de Calasanz:17 (de los 20 niños matriculados)

Colegio San Vicente de Paul:19 (de los 22 niños matriculados)

Los niños que no se visitaron fue por la no autorización de los padres o tutores. Durante la revisión se relleno la ficha que creamos siguiendo las directrices de la OMS de la que vamos a extraer los datos para establecer los indicadores de salud oral e índices de caries que con mayor frecuencia se utilizan en las encuestas de salud oral.

En primer lugar vamos a analizar el CAOD, para este índice de salud oral la SESPO⁽⁷⁶⁾, siguiendo las directrices marcadas por la OMS para el año 2020 en las que deja total libertad para que cada país establezca sus metas, establece que para el año 2015⁽⁷⁷⁾ los escolares de 12 años en España deberían presentar un CAOD menor o igual a 1. Con anterioridad la OMS marco como objetivo para el año 2000 que el CAOD en los niños de 12 años fuera menor o igual a 3.⁽⁷³⁾

El valor para el CAOD que encontramos en nuestro estudio para el total de niños visitados en Barbastro es de 1,29, en varones el valor es de 1,4 y en mujeres es de 1,19. Vemos que estos valores son superiores al marcado por la SESPO para el 2015 pero que son mucho mejores que los marcados por la OMS para el año 2000.

Al comparar el CAOD total en Barbastro a los 12 años que es 1,29 con. Para facilitar la lectura de los datos creamos los siguientes gráficos que hacen referencia a gráficos anteriores, se pondrá entre paréntesis el gráfico al que corresponden por ejemplo el gráfico 36 se corresponde al 1 gráfico 36 (gráfico1):

- Con los últimos datos en algunos países europeos^(84-95,100) observamos el gráfico 36(gráfico 1):



Gráfico 36(gráfico1): comparación del CAOD en Barbastro 2011 con datos de países europeos

En Barbastro tenemos un valor más bajo que Bulgaria (con un valor de 3,1 en 2008), Grecia (con un valor de 1,35 en 2006-07), Noruega (con un valor de 1,7 en 2004), Portugal (con un valor de 1,48 en 2005), Republica Checa (con un valor de 2,5 en 2002) y Rumania (con un valor de 2,4 en 2006). Y más alto que en el resto de países estando muy alejado de los que tienen mejores valores como Dinamarca (0,7 en 2004) y Alemania (0,7 en 2005).

- Con las Encuestas a nivel nacional en España ⁽¹⁰²⁻¹⁰⁸⁾ vemos que:



Gráfico 37(gráfico 2): comparación del CAOD en Barbastro 2011 con datos de países europeos

El CAOD en España descendió hasta 2000 donde el valor era de 1,12 y que después ascendió ligeramente hasta ser de 1,27 en 2010. Podemos decir que en Barbastro en 2011 tenemos para la edad de 12 años un valor muy similar al encontrado en España en 2010 ya que en Barbastro es de 1,29 y en la encuesta a nivel nacional realizada en 2010 se obtuvo un CAOD para los 12 años de 1,27.

-Al compararlo con las ultimas encuestas realizadas por autonomías: (109-143)

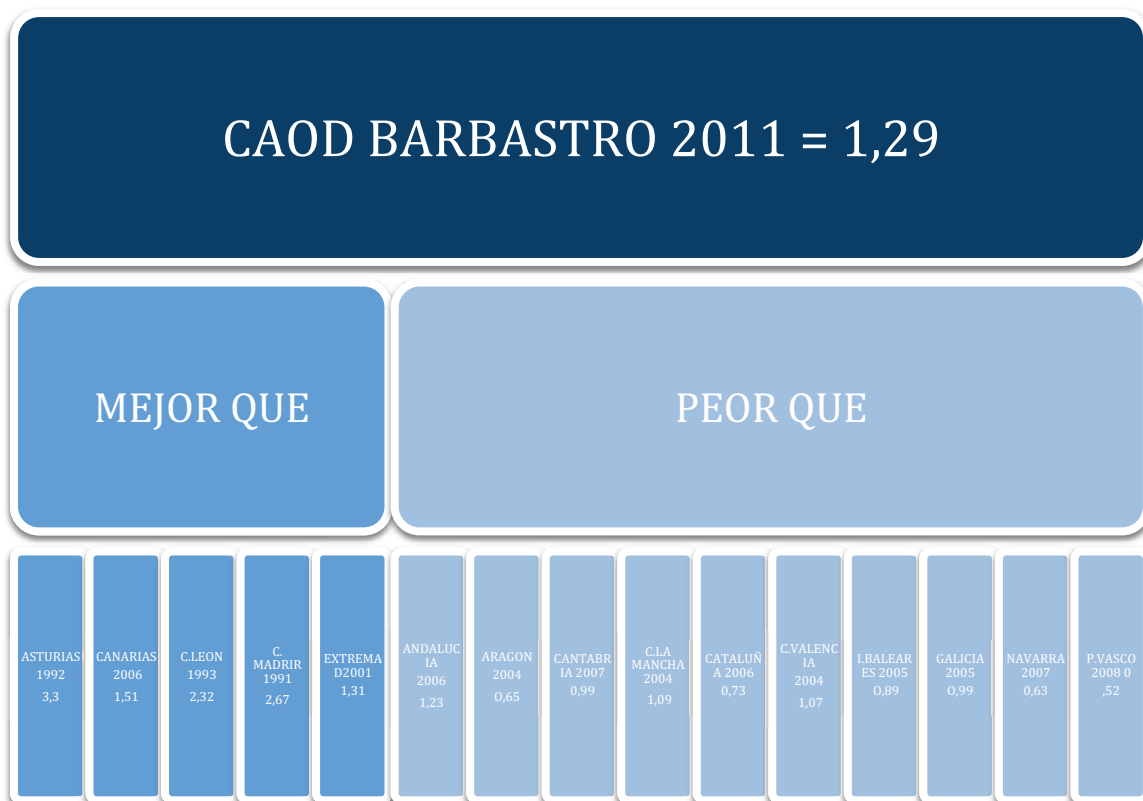


Gráfico 38 (gráfico 3): comparación del CAOD en Barbastro 2011 con datos de otras autonomías

Tenemos valores mucho más altos que las encuestas más cercanas a nuestro trabajo, en el tiempo Cataluña en 2006 con 0,75 o Navarra en 2007 con 0,63. En el caso de la realizada en nuestra comunidad autónoma en 2004 tenemos un CAOD que casi dobla el que recoge esta encuesta siendo el nuestro de 1,29 y el de Aragón en 2004 de 0,6

- Con trabajos realizados sobre poblaciones concretas en España.^(100,146-154)



Gráfico 39 (gráfico 4): comparación del CAOD en Barbastro 2011 con datos de poblaciones españolas

Tenemos valores similares a Gutiriz en el año 2000 que tiene un valor de 1,47 o a Barcelona en 1993 con un valor de 1,37. Si miramos encuestas mas cercanas a nuestro tiempo como es la de Móstoles en 2007 vemos que nuestro valor de 1,29 es mucho mas elevado que el de esta encuesta con un valor de 0,61.

- Con los trabajos realizados en Barbastro^(1,155-157)



Gráfico 40 (gráfico 5): comparación del CAOD en Barbastro a lo largo del tiempo

Observamos que el CAOD desciende desde 1986 en el que se encontraba en un valor de 1,65 hasta estancarse entre 2004 y 2009 con unos valores de 0,67 y 0,68 respectivamente, vemos que tras la instauración del programa en Abril de 2005 bajo el índice CAOD pero esto no quiere decir que sea por el programa ya que los niños revisados en 2009 no formaban parte del programa PABIJ estaban englobados en la cohorte de edad que era visitada en los programas de prevención en los centros de salud pública, subiendo después hasta un valor de 1,29 en 2011.

Hay que destacar que nuestro valor de CAOD no está aumentado por el componente obturador como sucede con el trabajo realizado por Rosel y cols Granada 2009 en el que el CAOD lo aumenta el gran número de restauraciones que presentan los niños.

En nuestro caso las piezas obturadas suponen menos de la mitad del CAOD ya que el IR o índice de restauración es del 45,5% en el total de niños encuestados en Barbastro, 47,5% en varones y 40,7% en mujeres. Tampoco hay diferencias en cuanto a los valores en colegios concertados con un IR de 45,93% y públicos con un valor de 43,70%.

La SESPO, siguiendo las directrices de la OMS, marca como objetivo de salud oral en los niños de 12 años españoles para el año 2015 un IR \geq 60%. Podemos decir que hay que trabajar para poder cumplir este objetivo.

Al comparar con el IR en España a lo largo del tiempo, gráfico 41: ⁽¹⁰²⁻¹⁰⁸⁾



Gráfico 41 (gráfico 10): comparación del IR en Barbastro 2011 con las encuestas nacionales

En España, el IR ha ido ascendiendo desde 1984 con un valor de 7,14 hasta 2000 con un valor de 53 permaneciendo estable entre 2000 y 2010 con unos valores próximos al 53%, vemos que el IR en Barbastro en 2011 con un valor del 45,5% es menor que el de España en 2010 con un valor de 52,7%.

- Con las ultimas encuestas por autonomías, gráfico 42 (gráfico 11): ⁽¹⁰⁹⁻¹⁴³⁾

No todas las encuestas recogen el Índice de restauración en piezas permanentes. Las más actuales por autonomía y que lo recogen son las siguientes:



Gráfico 42 (gráfico 11): comparación del IR en Barbastro 2011 con las encuestas autonómicas

El índice de restauración en Aragón en 2004, con un valor de 81,8, es muy alto, ni siquiera el País Vasco con un valor del 75% o Navarra con un valor de 68,9% que fueron las primeras comunidades en tener el programa lo alcanzan, nuestro valor en Barbastro en 2011 es de 45,5% mucho más bajo

que el de la comunidad autónoma de Aragón en 2004 que era de 81,8. Solo tienen valores mas bajos que el nuestro Extremadura en 2001 con un valor de 36% y Murcia en 1997 con un valor de 23,9%.

- Al comparar con el IR en Barbastro a lo largo del tiempo: ^(1,156-157)



Gráfico 43 (gráfico 12): comparación del IR en Barbastro 2011 con las encuestas nacionales

Se puede observar que el índice de restauración sube entre 1999 y 2004 del 20% al 78% volviendo a bajar en 2009 hasta el 23,14% y volviendo a subir en el 2011 hasta el 45,5%. Vemos que en el momento en que se instauró el programa en 2005 empezó a bajar el índice de restauración.

Aunque hay que destacar que los niños que se revisaron en Barbastro en 2009 no formaban parte del PABIJ por lo que hay que decir que tras la instauración del programa ha empeorado el IR pero ha mejorado con respecto a los valores de 2009.

Al fijarnos en el CAOM El total en Barbastro es de 1,02 siendo más alto en niños 1,07 que en niñas 0,97. Vemos que el CAOM tiene un valor más bajo que el CAOD (1,29) pero parecido a este lo que quiere decir que la mayor parte de la patología de caries en los niños estudiados la concentra el primer molar permanente al igual que ocurre en el estudio realizado por Rosel en 2009 en Andalucía.

El colegio que tiene el CAOM más alto es el colegio público la Merced con un valor de 1,21 y el más bajo el colegio Alto Aragón con un valor de 0,8.

En los colegios Alto Aragón, la Merced y San Vicente el CAOM es más alto en varones que en mujeres y en El Pedro I y San José de Calasanz es más alto en mujeres que en varones.

El CAOM es más bajo en el grupo de colegios concertados con un valor de 0,8 que en el de colegios públicos con un valor de 1,11.

El Consejo de Dentistas de España, en el Estudio prospectivo Delphi, marca como objetivo para 2020 que el CAOM a los 12 años sea \leq a 0,85; vemos que el valor de Barbastro en 2011 es de 1,02; es decir que supera esta cifra.

La restauración del primer molar la marca el IR en el primer molar permanente

El índice de restauración del primer molar permanente en el total de niños encuestados en Barbastro es del 56,91%, 50,82% en niños y 62,9% en niñas. Los valores son algo más altos que si miramos la restauración en todas las piezas definitivas con un valor de 45,5%. El que la restauración sea más alta en molares definitivos se corresponde al hecho de que el primer molar concentra la mayoría de la patología de caries.

El índice de restauración del primer molar más alto se da en el colegio Alto Aragón y el más bajo en San José de Calasanz. El colegio San José de Calasanz es el que más inmigrantes tiene que concentran la patología y no tienen restauraciones.

El índice de restauración del primer molar es más alto en niñas en el colegio San Vicente de Paul, La Merced y San José de Calasanz.

Y más alto en niños en el Alto Aragón y el Pedro I.

El Índice de restauración del primer molar es más alto en colegios públicos con un 58,51% que en concertados con un 51,72%. En ambos grupos es más alto en niñas que en niños.

El Consejo de dentistas de España en el Estudio prospectivo Delphi marcó como objetivo de salud oral para 2020 que el índice de restauración en primeros molares fuera de al menos el 72%, por lo que podemos decir que hay que trabajar para poder alcanzarlo ya que en 2011 en Barbastro era del 56,91%

Si nos fijamos en el índice SiC que se fija en el tercio de la población que concentra la mayoría de la patología por caries dental y se calcula el CAOD vemos que El SiC en el total de niños estudiados en Barbastro es del 3,23, 3,05 en varones y 3,38 en mujeres.

El colegio con el SiC más alto es el Pedro I con un valor de 4,3 y el más bajo el Alto Aragón 2,43.

El SiC es más alto en niños en Alto Aragón, La Merced y San Vicente de Paul. Y más alto en niñas en el colegio Pedro I y la San José de Calasanz..

Es más alto en colegios públicos con un valor de 3,46 que en concertados 2,67. Y en ambos grupos el SiC es más alto en niñas.

La SESPO marco como objetivo para 2015 que el SiC a los 12 años fuera \leq 3. Nuestro valor 3,23 esta cerca de cumplir este objetivo.

De la misma manera nos interesa saber el número de niños que están libres de patología, para ello podemos calcular el % libre de caries (que incluye tanto las piezas definitivas como las de leche) y el % libre de caries en dentición permanente

El % libre de caries en el total de niños revisados en Barbastro es del 43,80%, 43,86% en niños y 43,75% en niñas.

El colegio con el porcentaje más alto de niños libre de caries es el colegio San José de Calasanz con un 52,94% y más bajo es el Pedro I con un 35,48%.

El % libre de caries es más alto en niñas en el colegio Alto Aragón, La Merced y San José de Calasanz. Y más alto en niños en el colegio Pedro I y en San Vicente de Paul.

El porcentaje de sujetos libres de caries es más alto en los colegios concertados son un 47,22% que en los públicos con un 42,35%.

En los colegios públicos % de niñas libres de caries es más alto y en los concertados es al revés son los niños los que tienen un porcentaje libre de caries más alto. En los colegios concertados hay más niñas que niños.

Algunas de las encuestas por autonomías recogen el % libre de caries:
(114,119,138-43)



Gráfico 44 (gráfico 25): comparación del % libre de caries en Barbastro 2011 con las encuestas autonómicas

Tenemos un valor bajo y solo los estudios lejanos en el tiempo lo tienen más bajo que el nuestro, Cantabria en 1992 tenía el 26% y Murcia en 1997 el 34%

Si nos fijamos únicamente en la dentición permanente vemos que el % libre de caries en dentición permanente en el total de sujetos de 12 años representa el 47,93%, 47,33% en varones y 48,44% en mujeres.

El colegio con el porcentaje de sujetos libres de caries en permanentes más alto es el colegio San José de Calasanz con un valor del 58,32% y el más bajo el colegio La Merced con un % de 39,39%.

El porcentaje es más alto en niñas en los colegios Alto Aragón, Pedro I, San José de Calasanz. Y más alto en niños en los colegios La Merced y San Vicente de Paul.

El % de individuos libres de caries en dentición permanente es más alto en colegios concertados con un 52,78% que en públicos con un 45,88%.

En los colegios públicos el % es más alto en mujeres y en los concertados en varones.

Muchas encuestas a nivel autonómico recogen este dato por lo que vamos a comparar sus resultados con los nuestros en la siguiente gráfica: ⁽¹¹²⁻¹⁴²⁾



Gráfico 45 (gráfico 28): comparación del % libre de caries en dentición con autonomías

El porcentaje obtenido en nuestro estudio 47,93% es el más bajo a excepción del obtenido en la comunidad murciana en 1997 con un valor de 35,2%

Nuestro valor esta bastante alejado del obtenido en Aragón en 2004 con un valor del 68,8%.

Y que se aleja también de los objetivos marcados por el Consejo de Dentistas de España para 2020 siguiendo las directrices de la OMS que establece un valor de niños de 12 años libres de caries en dentición permanente para el 2020 del 68%.

De la misma manera, y aunque sea un valor que nos da una idea sobre lo mismo vamos a calcular igualmente la prevalencia de caries, ya que hay estudios que reflejan la prevalencia de caries pero no el % de individuos libres de caries.

La prevalencia de caries en el total de niños estudiados en Barbastro es 56,20, 56,14 en niños y 56,25 en niñas.

La prevalencia de caries más alta la presenta el colegio Pedro I con un valor de 64,52 y el más bajo el colegio San José de Calasanz con un valor de 47,06.

La prevalencia de caries es más alta en varones excepto en el colegio Pedro I y en colegio San Vicente de Paul.

Hay mayor prevalencia de caries en los colegios públicos con un valor de 57,65 que en los concertados con un valor de 52,78..

En los colegios públicos la prevalencia de caries es más alta en niños con un valor de 60,47 que en niñas con un valor de 54,76.

En los colegios concertados es más alto en niñas 59,09, que en niños 42,86.

Estos datos los podemos comparar con lo de algunas encuestas llevadas a cabo en diferentes localidades de España a lo largo del tiempo: ^(100,147-154)



Gráfico 46 (gráfico 19): comparación prevalencia de caries en Barbastro 2011 con otras poblaciones

Solo en Ceé (Coruña) en 1998 con un valor de 64,2 , en Padrón con una prevalencia de caries en 1998 de 67,5 y en Badajoz con una prevalencia de caries de 86,6% en 2002, tienen valores más altos que el nuestro 56,20; el resto de estudios tienen valores más bajo, por lo que podemos decir que en Barbastro en 2011 existe una alta prevalencia de caries a los 12 años.

- Prevalencia de caries en Barbastro a lo largo del tiempo: ^(1,155-57)



Gráfico 47(gráfico 20): Prevalencia de caries en Barbastro a lo largo del tiempo

La prevalencia de caries en Barbastro descendió desde un valor de 52,85 en 1999 hasta 29,11 en 2009, subiendo hasta 56,20 en 2011, dando el valor más alto de todos los estudios. Vemos que una vez instaurado el programa se mantienen los valores volviendo a subir en 2011, teniendo una prevalencia de caries más alta que hace 25 años.

Al tener en cuenta únicamente la dentición permanente, la prevalencia de caries en dentición permanente en el total de niños de Barbastro es de 52,07%, con un valor un poco más alto en niños 52,63% que en niñas 51,56%.

El colegio con la prevalencia de caries más alta, en dentición permanente, es el colegio La Merced con un valor de 60,60% y el más bajo el colegio San José de Calasanz con un valor de 41,18%.

La prevalencia de caries en permanentes es más alta en varones en los colegios Alto Aragón, Pedro I y San José de Calasanz. Y más alto en mujeres en los colegios La Merced y San Vicente de Paul.

Es más alta en colegios públicos con un valor de 54,12, que en colegios concertados con un valor de 47,22.

En los colegios públicos es más alta en niños y en los colegios concertados en niñas. En los colegios públicos el número de niños y niñas está igualado (42 niñas y 43 niños) mientras que en los concertados hay 14 niños frente a 22 niños.

Aunque hay que decir que los índices de caries en dentición temporal a los 12 años son poco representativos, ya que a los 12 años muchos niños han concluido el recambio dental y no presentan piezas de leche por eso muchos estudios que recogen la edad de 12 años no recogen estos valores. De todas formas vamos a observar el cod (piezas careadas y obturadas temporales) en los niños que revisamos en nuestro estudio.

El cod en el total de la muestra en Barbastro es de 0,35, 0,39 en varones y 0,31 en mujeres.

El cod más alto lo tiene el colegio Pedro I con un valor de 0,48 y el más bajo el colegio La Merced con un valor de 0,18.

El cod es más alto en niños en el colegio Alto Aragón y La Merced. Y más alto en niñas en el Pedro I, San José de Calasanz y San Vicente de Paul.

El cod es más alto en colegios concertados con un valor de 0,44 que en públicos con un valor de 0,34.

En los colegios públicos es más alto en niños con un valor de 0,44 que en niñas con un valor de 0,24.

En los colegios concertados es más alto en mujeres con un valor de 0,45 que en hombres con un valor de 0,25.

Podemos comparar estos resultados con los estudios que lo recogen:

- Encuesta salud oral en Cataluña 2004 con un valor de 0,4⁽¹²⁶⁾
- Encuesta de la Comunidad de Madrid en 1991 0,22⁽¹²⁸⁾
- Encuesta de Salud Oral en la Comunidad Valenciana 2004: 0,19⁽¹³¹⁾
- Encuesta de Salud Oral en Galicia 2005: 0,44⁽¹³⁷⁾
- Encuesta en Navarra 2002: 1,0⁽¹⁴⁰⁾
- Estudio en la Comunidad de Madrid 2009: 0,33⁽¹⁵⁴⁾

El valor en Barbastro es de 0,35, tenemos valores más bajos excepto que la Comunidad de Madrid en 1991 con un valor de 0,22, la Comunidad Valenciana en 2004 con un valor de 0,19 y el estudio en Madrid en 2009 este último con un valor muy similar 0,33 y el de Barbastro en 2012 de 0,35.

c.OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN EL SERVICIO PABIJ

Creemos que es muy importante conocer la opinión tanto de los usuarios como de los profesionales que prestan el servicio PABIJ para saber si el programa esta funcionando correctamente y si cubre tanto las necesidades de unos como de los otros.

Nuestros resultados sobre la opinión de los profesionales Aragoneses que prestan el servicio PABIJ los vamos a comparar en primer lugar con la

última encuesta realizada a los profesionales del País Vasco y Navarra en 2003⁽¹⁵⁷⁾ y en segundo lugar con la encuesta realizada en el año 2008 a los dentistas murcianos ⁽¹⁵⁸⁾

A la pregunta 1: ¿Está satisfecho con el PABIJ?

La mitad de los profesionales, un 50,65%, en Aragón están bastante satisfechos con el PABIJ; el 32% está poco satisfecho, el 8,44% nada, el 2,60% no sabe o no contesta y el 5,19% está muy satisfecho.

Estos valores son muy similares a los obtenidos a la encuesta realizada en País Vasco-Navarra en 2003 ⁽¹⁵⁷⁾.

Al haber empleado para nuestra respuesta la escala de Likert utilizando para medir la reacción de los sujetos a esta pregunta dándoles a elegir entre 5 afirmaciones para expresar su grado de satisfacción y la encuesta de Murcia ha empleado una escala del 1 al 10 siendo 1 el valor de menos satisfacción y 10 el de más, lo que hemos hecho es asignar a nuestras respuestas una puntuación del 1 al 5 (1 ns/nc, 2 nada satisfecho, 3 poco satisfecho, 4 bastante satisfecho y 5 muy satisfecho) y hemos multiplicado estas puntuaciones por 2 para igualarlas a la escala empleada en las otras encuestas. Tras hacer esto la nota media que obtenemos en Aragón para la satisfacción de los profesionales es 6,95. Los valores en Murcia⁽¹⁵⁸⁾ son algo más altos siendo en el grupo de dentistas privados 7,38 y en los que trabajan en el sector público 7,5.

La pregunta 3: ¿Pretende seguir con el programa de atención dental el próximo año?

La gran mayoría de los profesionales un 91,56% pretende seguir con el programa en el año 2012. Si comparamos este porcentaje con el obtenido por Martiricorena et al en 2003 en País vasco-Navarra vemos que es algo más bajo que este que fue del 99%

La pregunta 4: En caso negativo ¿Porqué?

Los que la contestan, que son únicamente 2 dentistas de los que contestan que no van a seguir con el programa en 2012, se quejan de la forma de pago, diciendo que pagan tarde y mal.

Pregunta 5: ¿Cuál es su opinión sobre la cuantía de la retribución?

Muy pocos profesionales están muy satisfechos 1,30%, bastante satisfechos el 33,77% y poco el 47,70%, nada el 13,6% y ns/nc.

Vuelve a ocurrir que en las otras dos comunidades en lugar de utilizar la escala de Likert han empleado una escala del 1 al 10 por lo que asignamos a nuestras respuestas una nota del 1 al 5 y las multiplicamos por 5, obteniendo como resultado una nota promedio para la cuantía de la retribución en Aragón de 6,30, siendo bastante más altas que la obtenida en País Vasco-Navarra en 2003⁽¹⁵⁷⁾ que era de 4 y en Murcia en 2008⁽¹⁵⁸⁾ donde la nota media era de 5.

Pregunta 6: ¿Está satisfecho con los plazos de cobro?

El 50% de los profesionales que prestan el servicio PABIJ en Aragón está poco satisfecho con los plazos de cobro, seguido por el 38,96% que está poco satisfecho, nada satisfecho el 6,49% y nada el 0,65%.

De nuevo hemos de asignar a las respuestas una nota del 1 al 5 y multiplicarla por 2 para poder compararla con las encuestas de País Vasco-Navarra 2003 y Murcia 2008. La nota media que obtenemos en Aragón es de 5,12 siendo similar a la del País Vasco-Navarra⁽¹⁵⁷⁾ que fue de 5,72 y la de Murcia⁽¹⁵⁸⁾ fue algo más alta del 6,8.

Pregunta 7: puntue del 0 al 10 la información que le hace llegar la administración.

La nota media que obtiene la información que hace llegar a los profesionales aragoneses la administración es de 4,5 mientras que la que se obtuvo en País Vasco-Navarra ⁽¹⁵⁷⁾ en 2003 fue de 6,3. Vemos que es un aspecto que habría que mejorar.

Pregunta 8: ¿Cree que el colegio de dentistas tendría que consultar la opinión de los profesionales mediante encuesta antes de establecer convenio con el Gobierno de Aragón?

La mayoría de dentistas, un 87,05%, cree que sería necesaria esta encuesta.

Quizás si se hubiera hecho no habría tantos aspectos con los que no están contentos los dentistas.

Pregunta 9: De una nota del 0 al 10 al PABIJ

En Aragón el PABIJ obtiene un aprobado, 5,57. En el País Vasco-Navarra en 2003⁽¹⁵⁷⁾ la nota era similar, un 5,9.

Pregunta 10: ¿Cree suficientes las medidas preventivas que marca el programa?

El 72,08% de los dentistas cree que con esas medidas es suficiente y el 27,77% que no.

Aun respondiendo que las creen suficientes las medidas preventivas en la pregunta 11 al preguntar que medidas aplican a todos los niños el 62,73% de los dentistas aplica flúor a todos los niños y el 69,09% sellados a todos los niños. Siendo obligatorios los sellados solo en el caso de que los niños

presenten alguna caries en piezas temporales o permanentes; y el flúor los se aplicara semestralmente cuando el riesgo de caries sea alto.

Pregunta 13: ¿cree que el programa hace que las familias resten importancia a la dentición temporal?

A pesar de que el programa no tiene reflejada ninguna actuación en dentición temporal solo el 37,66% de los dentistas cree que el programa hace que las familias resten importancia a la dentición decidua.

Pregunta 14 ¿Cree que es una buena medida que los niños de 6 años sean atendidos en los centros de salud?

El 80,52% de los dentistas no esta de acuerdo con esta medida, siendo solo el 18,83% de ellos los que lo consideran una medida positiva.

Esto es debido a que los niños de 6 años no tienen casi patología y se cobra lo mismo que de los otros de mayor edad que suelen ser los que si tienen patología.

d.OPINIÓN DE LOS USUARIOS (PADRES O TUTORES) DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL EN BARBASTRO

En nuestro estudio se realizó una encuesta a todos los padres o tutores de los niños a los que se les iba a revisar en los colegios en Barbastro. La encuesta fue enviada a los padres por mediación de los colegios, junto con el consentimiento informado, a los padres/tutores. Las encuestas se nos hicieron llegar para poder leerlas antes de las visitas a los colegios. De las 174 encuestas que enviamos se nos devolvieron 132. A continuación incluimos los resultados que obtuvimos:

- **Pregunta 1: ¿Su hijo hace uso del programa?**

Si tenemos en cuenta el total de Barbastro que son 132 encuestas, 115 contestaron que sí y 17 que no.

La participación en el programa es algo menor en colegios concertados, donde si acuden al programa 30 niños y no 15.

En los públicos si acuden 85 y no 17.

A partir de esta pregunta se tienen en cuenta únicamente las encuestas en las que se afirma que los niños hacen uso del programa, un total de 115.

- **Pregunta 2: desde que su hijo cumplió los 6 años y entro a formar parte del programa ¿cuántas veces ha acudido al dentista?**

Cada año: colegios públicos 64, colegios concertados 27, total en Barbastro 81.

Todos menos 1: colegios públicos 5, colegios concertados 2, total Barbastro 7.

Alguno: colegios públicos 13, colegios concertados 1.

La mayoría de los usuarios suele acudir cada año a las revisiones.

- **Pregunta 3: ¿Piensa seguir haciendo uso del programa?**

Solo una persona en el colegio La Merced contesta de forma negativa.

- **Pregunta 4. En su opinión ¿tiene alguna carencia el programa?**

Si : colegios públicos 68, colegios concertados 30. Total Barbastro 98

No: colegios públicos 17.

Un gran numero de usuarios contesta que el programa presenta carencias.

- **Pregunta 5 En caso de considerar que el programa tiene alguna carencia ¿qué añadiría?**

La respuesta que mas se repite es que el programa incluya el tratamiento de ortodoncia con 7 respuestas.

Hay dos usuarios que se quejan de que la atención es superficial.

Uno que pide los empastes en piezas de leche

Uno que se queja de que los talones se reciben tarde y que de esta forma no se puede hacer uso del programa todo el año.

Al ver las respuestas que enumeramos a continuación nos damos cuenta de que los usuarios no reciben una buena información sobre el programa ya que nombran tratamientos que están incluidos en el PABIJ:

- Algún tratamiento gratuito como empastes y extracciones. Estos dos tratamientos están reflejados como cobertura del PABIJ.
- Añadir empastes. Ya están incluidos.
- Programa se acaba a los 12 años y se queda corto. La cobertura es hasta los 15.
- No tienen derecho a empastes y RX: No es cierto.

Al comparar nuestras respuestas con el estudio realizado en 2012 por Romero y cols sobre las satisfacción de los usuarios en Andalucía podemos ver que al igual que en nuestro estudio el tratamiento que no cubre el programa mas requerido es la ortodoncia, también en algún caso se muestra la insatisfacción con la atención recibida. De la misma manera se pide el instruir a los padres en lo

que cubre y no el programa, cosa que como vemos quizás sea necesaria ya que en el caso de nuestro estudio se demandan tratamientos que ya son cubiertos por el programa.

- **Pregunta 6: ¿Cuál es su grado de satisfacción con el programa de atención dental infantil?**

La satisfacción de los usuarios del programa es bastante alta estando muy satisfechos en colegios públicos el 23,52% de los usuarios, en colegios concertados el 30% y en el total de personas encuestadas en Barbastro 25,22%. Bastante satisfechos en públicos el 62,35%, en concertados el 66,67%. Poco satisfechos en públicos el 8,24% de usuarios, en concertados el 3,33% y en el total de Barbastro 6,29%. Ningún usuario está nada satisfecho.

Lo vamos a comparar con la encuesta de Valencia en la que están muy satisfechos 121 = 39,03%, satisfecho 177 = 57,09%, ni satisfecho ni insatisfecho 8 = 2,6%, no muy satisfecho 6 = 1,93% y nada satisfecho 0 = 0%.

En Barbastro están muy satisfechos el 25,22% de los usuarios frente al 39,03% de Valencia. Nuestra respuesta bastante satisfechos la vamos a igualar al satisfechos en Valencia y vemos que en Barbastro es del 64% frente al 57,09% de Valencia. El poco satisfecho lo igualaremos al no muy satisfecho de Valencia siendo en Barbastro del 6,29% frente al 1,93% de Valencia. En ambos no hay ningún usuario que esté nada satisfecho.

- **Pregunta 7: ¿considera suficiente la información que le hace llegar el gobierno de Aragón?**

La mayoría de usuarios contestan a esta pregunta de manera afirmativa. Los valores son muy similares tanto en colegios públicos con un valor de 83,53% de los usuarios que contestan que sí, como

en los concertados con un valor de 83,33% y en el total de Barbastro con 83,47%

Los usuarios consideran suficiente la información pero si nos fijamos en los tratamientos que se demandan en la pregunta 5 vemos que no están bien informados ya que se demandan tratamientos que si están incluidos.

- **Pregunta 8: ¿se le realizó algún tratamiento a su hijo?**

Se realizo tratamiento al siguiente porcentaje de niños:

Colegios públicos 37,65% de los niños

Colegios concertados: 40%

Total de Barbastro: 38,26%

El porcentaje es similar en ambos grupos de colegios, siendo algo mayor en colegios concertados.

- **Pregunta 9 ¿Cuál?**

Los siguientes tratamientos son los que los padres/tutores refieren que se les han hecho a su hijo:

Flúor: colegios públicos 3, colegios concertados 2, total Barbastro 5

Empaste: colegios públicos 15, colegios concertados 5, total Barbastro 20

Exodoncia: colegios públicos 1, colegios concertados 2, total Barbastro 3.

Endodoncia: colegios públicos 2.

Ortodoncia: colegios públicos 4, colegios concertados 3

Sellado de fisuras: colegios públicos 3

Rx: colegios públicos 1

Tratamiento de traumatismos dentales: colegios públicos 2, colegios concertados 1, total de Barbastro 3.

- **Pregunta 10:¿Se le han explicado a su hijo normas higienico dietéticas?**

Como hemos destacado anteriormente , la prevención es muy importante y hay que inculcarla a todos los niños por lo que el programa incluye el que los profesionales enseñen a todos los niños normas de higiene y dieta. A continuación incluimos el % de niños que su padre/tutor refiere que se le han explicado normas de higiene y dieta:

- Colegios públicos 90,6%
- Colegios concertados 93,33%
- Total de Barbastro 91,3 %

Aunque no llega a ser el 100% de los niños el porcentaje es muy alto.

- **Pregunta 11 ¿está satisfecho con la atención recibida?**

Los usuarios están:

- Muy satisfecho:
 - Colegios públicos 36,47%
 - Colegios concertados 43,33%
 - Total Barbastro 29,56.
- Bastante satisfecho:
 - Colegios públicos 64,7%
 - Colegios concertados 46,67%
 - Total Barbastro 60%
- Poco Satisfecho:
 - Colegios públicos 3,53%
 - Colegios concertados 6,67%
 - Total Barbastro 4,35%

En resumen podemos decir que mayoría de los usuarios están muy o bastante satisfechos mientras que no hay ningún usuario que esta nada satisfecho.

- **Pregunta 12: ¿con qué frecuencia se cepilla su hijo los dientes? (En esta pregunta volvemos a incluir a los niños que no hacen uso del programa)**

En la pregunta 12, 13 y 14 hay que tener en cuenta que las personas encuestadas tienden a contestar lo que es socialmente aceptado.

La FDI establece como saludable un cepillado con pasta fluorada 2 veces al día. Si comparamos nuestros datos con los de la tabla de Casals en 2005 sobre los hábitos de higiene oral de los escolares españoles. Casals recoge si se han cepillado 1 vez al día o mas de una vez por lo que nos fijaremos en estos datos de nuestra encuesta en la que vemos que el 34,09% de los escolares encuestados en Barbastro se cepillan 1 vez/día y el 62,12% más de 1 vez al día. Tenemos valores similares en lo que se refiere a cepillarse 1 vez al día y algo superiores en los niños que se cepillan más de 1 vez al día ya que en Castilla León en 1999 se cepillaban 1 vez día el 35,6% y más de una vez el 53,3%. En Navarra en 2002 1 vez al día el 36,3% y más de 1 vez el 49,3%. En Canarias en 1998 1 vez el 39,2% y más de 1 vez el 51,3%

- **Pregunta 13 ¿Utiliza pasta fluorada? (están incluidos los niños que no hacen uso del programa?)**

La FDI (Federación Dental Internacional) recomienda el cepillado al menos dos veces al día con pasta fluorada. Vemos. Un alto porcentaje de los niños encuestados en Barbastro, el 81,81%, hace uso de la pasta fluorada.

- **Pregunta 14 ¿Hace uso de algún suplemento de flúor? (están incluidos los niños que no hacen uso del programa)**

Sin embargo cuando se les pregunta sobre el uso de enjuagues o suplementos de flúor el porcentaje que los emplea es bajo con un 24,24%



CONCLUSIONES

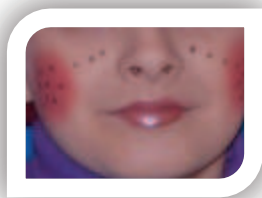
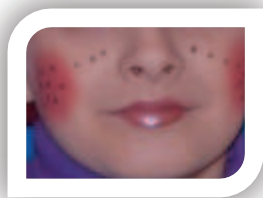


CONCLUSIONES

1. Aragón es la comunidad autónoma que más tratamientos básicos y prestaciones especiales ofrece en su programa.
2. Los programas están dando resultados muy diferentes dependiendo de la comunidad autónoma, en el País Vasco y Navarra tienen buenos resultados mientras que en Andalucía donde la población es más dispersa y los niños no acuden a las visitas los resultados son peores.
3. Aragón da más cobertura en materia de salud oral da más cobertura que otros países, a excepción de países nórdicos como Dinamarca o Noruega donde se cubre incluso la ortodoncia.
4. En Barbastro el índice CAOD ha ascendiendo tras la instauración del programa en 2005. El índice de restauración ha descendiendo, recuperando valores algo mas altos en los resultados de 2011 pero sin llegar a alcanzar los valores que teníamos en 2004. La prevalencia de caries ha ascendido, siendo superior que hace 25 años.
5. Los profesionales están poco satisfechos con el programa, dándole un aprobado justo con una nota media de 5,57, el aspecto del programa del que más se quejan los profesionales es de la cuantía de la retribución y de los plazos de cobro.
6. Los usuarios están bastante o muy satisfechos con el PABIJ, pero están mal informados ya que demandan tratamientos que el programa ya cubre.



PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS



PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES

FUTURAS:

- Sería necesario seguir estudiando a los niños que forman parte del programa conforme fueran cumpliendo los 12 años para conocer la evolución del programa a lo largo del tiempo.
- Necesario contrastar si los profesionales están haciendo los tratamientos que se precisan, si el programa esta funcionando de manera adecuada, ya que tenemos un elevado CAOD y un bajo índice de restauración en niños que dicen haber acudido a su visita con el dentista.
- Incluir mas cohortes de edad en el estudio.
- Ampliar la población, incluyendo otras localidades de Aragón.
- Una nueva encuesta de Salud oral en Aragón ya que la ultima se realizó en 2004.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos, J.M. et al (2005)
Índices epidemiológicos de caries de la población escolar atendida en el Centro de Salud de Barbastro.
Avances en odontoestomatología vol.21, núm 1 2005
2. OMS, Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. 4a.edición.
Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1997
3. Higashida, B. (2000)
Odontología Preventiva
Mc Graw Hill. Méjico.
4. JM Santos Martí, JM (1989)
Tesis Doctoral
Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.
5. Cuenca, E. (2007)
Odontología preventiva y comunitaria
6. www.salud_bucal2004.com
7. Smyth E, Taracido M, Gestal JJ. (1992)
El Flúor en la prevención de la caries dental
Ediciones Díaz de Santos. Madrid
8. El Manual de Odontología. Parte I Odontología preventiva y comunitaria.
Epidemiología. Ed. Masson- Salvat Odontología. 1995 Barcelona
9. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social.
Guía per a la prevenció i el control de malalties Buco-dentals. Barcelona
1994.
10. SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral).
Flúor 2000. Actualidad, dosificación y pautas de tratamiento.
Promolibro Valencia 2000.
11. Fluoridation Facts. ADA 2005. 60 Aniversary of Comunity Water
Fluoridation.

http://www.ada.org/sections/professionalresources/pdfs/fluoridation_facts.pdf

- 12.** Justificación actual de la fluorización del agua. Presente y Futuro en España. I.Martínez Lizan. www.odontologiapreventiva.com
- 13.** Paricio, J (2004).
Salud Bucodental en Atención Primaria.
Editorial Altaban. Albacete.
- 14.** Osorno, C (1990)
Manual de actividades clínicas de odontopediatría.
Biblioteca Universitaria Básica. Editorial Trillas. México
- 15.** Murray, JJ (1991)
Fluorides in Caries prevention.
Third Edition. Editorial Butterworth- Heinemann.
- 16.** Casals, E (2005)
Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española.
RCOE v.10 n.4 Madrid jul.-ago.
- 17.** Andlaw, J. (2003)
Manual de Odontopediatría 4ª edición..
Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México 2003.
- 18.** Boj, J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. (2004)
Odontopediatría.
Editorial Masson
- 19.** Locker, D. Jokovic, A. (1993)
Prevention. Part 8: The use of pit and fissure sealants in preventing caries in the permanent dentition of children.
British Dental Journal. Vol 195, nº 7 October 11
- 20.** Echeverría. JJ, et al. (1995)
El Manual de odontología.
Editorial Masson
- 21.** Beuchamp, J (2008)

- Evidence- Based clinical recomendations for the use of pit and fissure sealants. A report of the American Dental Association Comal on Scientific Affairs.. JADA, Vol. 139. march 2008. <http://jada.ada.org>.
- 22.** Leskinen, K, et al. (2008)
Comparison of dental health in sealed and non sealed first permanent molars: 7 years follow-up om practice-based dentistry.
Journal of Dentistry 36(2008) 27-32.
- 23.** Azarpazhooh, A. Main, P. (2008)
Pit and fissure sealants in the prevention of Dental caries in children and adolescents: A sistematic review.
JDCA March 2008, vol 74, n°2: 171-177.
- 24.** Beuchamp J, Confield JW, Croll JJ (2008)
Pits and fissure sealant guidelines.
EBD 2008:9.3. [www. Nature.com/ebd](http://www.nature.com/ebd).
- 25.** Schesser CR, Griffin PM, Swann JI. (2007)
Public Health Sealant Delivery Programs: Optimal Delivery and the Cost of Practice Acts.
Medical decision making. Nov-dec 2007
- 26.** Mejàre I, Petersson LG, Holm AK, Twetman S. (2003)
Caries-preventice effect of fissure sealants: a sistematic review.
Acta Odontologica Scandinavica 61, 2003.
- 27.** Munksgaard (1991)
Pedodontics. A Clinical Aproach. Munksgaard.
Copenhagen.
- 28.** Sol E, Espasa E, Boj JR. (2001)
Prevención y cuidados bucodentales en la infancia y adolescencia.
Pediatr Integral 2001, 6 (3):245-252.
- 29.** Barroso J, Guinot F, Barbero V, Ballet LJ. (2007)
La importancia de la dieta en la prevención de la caries.
Gaceta dental Febrero 2007 n° 200:116-135
- 30.** Llana,C. Forner, L. (2008)
Dietery habits in a Child population in relation to caries experience.

- Caries Res 2008;42:387-393.
- 31.** Moynihan, P. Petersen P. (2004)
Diet, nutrition and the prevention of dental diseases.
Public Health Nutrition: 7(1A): 201-206.
 - 32.** Higashida, B (2000)
Odontología Preventiva.
Editorial Mc Graw Hill. Méjico.
 - 33.** Becerra, L. (2008)
Tratado de Odontopediatria. Tomo 1.
Editorial Amolca. Colombia
 - 34.** Información sobre la fluoración (preguntas y respuestas). Ministerio de
Sanidad y consumo. Dirección general de planificación sanitaria.
 - 35.** Brut, B (2005)
Dentistry, dental practice and the community..
Elsevier Saunders. 6ª edition
 - 36.** Smyth, E (1992)
El flúor en la prevención de la caries dental.
Ediciones Díaz Santos
 - 37.** McDonald, R. (2000)
Dentistry for the child and the adolescent.
Mosby. St Louis
 - 38.** Cortés Martinicorena J. Jornadas Invierno Sespo 2008 Las nuevas
prestaciones y los nuevos retos en salud oral en España. CAPÍTULO III
Los servicios dentales para jóvenes en España: ¿dónde estamos y a
dónde queremos ir?
 - 39.** Comunidad Autónoma de Andalucía. Consejería de Salud.
Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación
asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad
Autónoma de Andalucía.
BOJA N° 150. Sevilla, 31 de diciembre 2001, página N° 20.885
 - 40.** Muñoz, R. Zapata, G. (2004)

El Plan de Asistencia Dental Infantil (PADI) en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Medicina de Familia (And). Vol. 5, Nº 3, noviembre 2004: 156-58

- 41.** Programa Aprende a Sonreír. Junta de Andalucía.
http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/OE/E/planesyprogramas/PROGRAMASEDUCATIVOS/PROGRAMAS_HABITOS_DE_VIDA_SALUDABLE/a_sonreir_objetivos/1147849307249_promocion_de_la_salud_bucodental.pdf
- 42.** Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Dientes Sanos. Cuaderno para el alumnado.
<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SALUDPUBLICA/CATALOGO/Dientes%20Sanos>
- 43.** Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública.
Dientes Sanos. Guía didáctica para el profesorado.
- 44.** Comunidad Autónoma de Aragón. ORDEN de 28 de marzo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la prestación de la atención sanitaria bucodental a la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón.
BOA, núm. 43, 8 de abril de 2005.
- 45.** Editorial: Un total de 24.654 niños se beneficiaron del Programa de Salud Bucodental aragonés en 2008.
Gaceta Dental 203, mayo 2009 pag 30.
- 46.** Salud Informa. Programa de Salud Bucodental Infantil y Juvenil del Gobierno de Aragón.
http://www.saludinforma.es/opencms/opencms/Otros/Sabias_que/salud_bucodental.html
- 47.** Gobierno de Aragón. Aragón-hoy.
<http://www.aragonhoy.net/index.php/mod.noticias/mem.detalle/id.117509>
- 48.** Cortes, A.M. (1989)
Gerencia de Atención Primaria de Huesca.
Programa de Prevención de Caries infantil. Servicio 106.

- 49.** Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
Nota de Prensa, martes 11-09-2007. Asunto: La Consejería de Salud elogia el plan bucodental del Ministerio de Sanidad, aunque destaca que Asturias tiene ya uno similar
- 50.** Blanco González JM y cols. Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios 2010.
http://www.asturias.es/Astursalud/Articulos/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/Salud%20bucodental/LIBRO_BUCODENTAL.pdf
- 51.** Boletín Oficial de las Islas Baleares. Consejería de Sanidad y Consumo. Decreto 87/2005, de 29 de julio, de gestión de la prestación sanitaria en materia de salud bucodental para la población de entre 6 y 15 años de las Illes Balears.
BOIB. Núm. 117. 6-8-2005 pag 60
- 52.** Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Resolución de 11 de febrero de 2008, por la que se establece el programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias.
BOC, núm. 45, lunes 3 de Marzo de 2008.
- 53.** Tristancho Ajamil R y cols. Programa de Salud Oral en Atención Primaria. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. 2010
- 54.** Pagina web Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias.
<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c7f9a6be-52a6-11df-8125-5700e6e02e85&idCarpeta=5a79d6d5-0fcd-11de-9de1-998efb13096d>
- 55.** Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad.
<http://www.saludcantabria.org/ordenacionSanitaria/pag/buscodentalIntro.aspx>

- 56.** Gobierno de Castilla la Mancha. Consejería de Sanidad. Decreto 273/2004, de 09-11-2004, sobre prestación de atención dental a la población de Castilla la Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años.
DOCM Núm. 213, 12 de Noviembre 2004.
- 57.** Folleto Caries, no gracias. Gobierno de Castilla la Mancha .Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
<http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/fcaries.pdf>
- 58.** Gobierno de Castilla y León. Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones de salud bucodental del sistema de salud de Castilla y León.
BOCyL núm. 149/2003. 24-12-2003.
- 59.** Junta de Castilla y León. Portal de salud de castilla y león. Programa Cuida tus dientes. Folleto Informativo.
<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/protege-salud/salud-infantil/salud-escuela/cuida-dientes>
- 60.** Departament de Sanitat. Oficina de Comunicación. Generalitat de Catalunya.
Cataluña amplía la atención bucodental gratuita para los niños de 7 y 8 años.
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/Du51/index.html>
- 61.** Canal salut Generalitat de Cataluña. Programa “dents fortes y sanes”
www.gencat.cat/portal/site/canalsalut
- 62.** Comunidad Autónoma de Extremadura. Decreto 142/2003, de 29 de diciembre sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- 63.** Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Espazo de Saúde. Atención Bucodental.
http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=30020
- 64.** Comunidad de Madrid. Asistencia Sanitaria y servicios relacionados. Guía de Servicios. Atención Salud Bucodental.
www.madridsalud.es

- 65.** Región de Murcia. Programa de Salud Bucodental Infantil. Prestaciones del programa de Salud Bucodental Infantil.
Murcia Salud. El portal Sanitario de la Región de Murcia.
- 66.** Comunidad Foral de Navarra. Orden foral 77/2003, de 1 de julio, del Consejero de Salud, por la que se desarrolla el programa de atención dental infantil y juvenil.
BON, núm. 109, de 27 de agosto.
- 67.** Comunidad autónoma País Vasco. Decreto 118/1990, de 24 de abril de, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad autónoma del País Vasco.
BO del País Vasco 7 Mayo 1990: 4117-4120
- 68.** El País. Sábado 15 de Octubre de 2011. Bengoa anuncia medidas para atraer más niños al plan de salud dental.
- 69.** Gobierno de la Rioja.
www.larioja.org.
- 70.** Comunidad Valenciana. Consejería de Sanidad.
La atención de la salud bucodental en la Comunidad Valenciana. ¿Qué incluye el Programa de Salud Bucodental Infantil?
- 71.** Ingesa (Instituto de Gestión Sanitaria) Atención Salud Bucodental.
<http://www.ingesa.msc.es/organizacion/ceutaMelilla/melilla/gerencia/home.htm>
- 72.** El Gobierno destina 140 millones para la atención Sanitaria en Ceuta y Melilla. Jueves 26 de Marzo de 2009. El Pueblo de Ceuta.
- 73.** Objs 2000: Métodos y programas de prevención de las enfermedades bucodentales. Informe de un comité de expertos de la OMS.
Organización Mundial de la Salud, serie de informes técnicos 713. 1984
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_713_spa.pdf
- 74.** Hobdell M et al objs 2020 OMS:Global goals for oral health 2020.
International dental journal (2003) 53, 285-88
- 75.** M.Hobdell, N.Johnson, PE.Petersen y J. Clarkson. DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA FDI. Objetivos Globales para la Salud Bucodental.

Aprobada por la Asamblea General de la FDI: 18 septiembre 2003 –
Sidney, Australia (Declaración Conjunta de la FDI - OMS - IADR)
http://www.fdiworldental.org/c/document_library/get_file?uuid=f3f9e56a-04a9-4084-83ad-4a625b2f0af1&groupId=10157.

- 76.** Llodra Calvo JC, Bourgeois D.
Estudio prospectivo Delphi. La Salud Bucodental en España 2020.
Tendencias y Objetivos de Salud oral.
Consejo de dentistas
- 77.** SESPO: jornada de invierno de la sespo, Barcelona 2008. Capítulo II:
Propuesta de objetivos de salud oral para España 2015/2020.
www.e_debat.cat/IES/doc/referencias/2008011012_ref_ponencias_sespo_barcelona_2008_pdf
- 78.** Petersen PE: World Map of dental caries. 12 years. July 2003. World Health Organization.
- 79.** www.humanservices.gov.au/customer/medicare/medicare-teen-dentalplan?utm_id=9
- 80.** <http://www.sahealth.sa.gov.au>
- 81.** Programa de Salud Bucal de Uruguay
http://www.msp.gub.uy/uc_6734_1.html
- 82.** Programa Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud Pública Dra. Amneris Severino, Dr. Raúl Apai
- 83.** Estudio de Caso. Evaluación del Programa de Salud Bucal. Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda, Dirección de presupuestos. Septiembre de 2005
- 84.** Ministerio de Salud
Programa Educativo Promoción y Prevención
En Salud Bucal para niños y niñas preescolares
Octubre de 2007. Chile
- 85.** Circular Normativa Direcção General de Saude. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. 18-1-2005.
- 86.** Página web gobierno canadiense:
<http://www.health.gov.nl.ca/health/mcp/dentalplan.html#0>

87. Ramji S, Quiñonez C. Government spending on dental care: is it a public priority? *J. Public Health Dent* 2012, summer;72 (3):246-51
88. Guide to Children's dental care in Medicaid. Department of health and Human Services. USA. October 2004.
89. <http://medicaid.gov>
90. California Department of Public Health. www.cdph.ca.gov
91. Niederman R et al. A model for extending the reach of the traditional dental practice: the Forsythkids program. *J Am Dent Assoc* 2008 Aug 139(8):1040-50
92. Lewis C et al. Preventive Dental Care for Children in the United States. A National Perspective. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 2007:544-553.
93. Lin et al Disparities in Dental Care Among US Children: The National Survey of Children's Health. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 2007:512-521.
94. Base de datos de la Universidad de Malmö Suecia
<http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO>
95. Manual of Dental Practice. The Council of European Dentists, Nov 2008.
<http://www.eudental.eu/index.php?ID=35918> (accessed Nov 2009).
96. Mathews R. A Healthy Market? The European Dental Market: braced for change? Stockholm Network, 2004
97. Widström E, Eaton KA. Oral Healthcare systems in the extended European Union. *Oral Health Prev Dent* 2004 2(3):155-94
98. Oscar Eráns Richarte. Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tras 8 años de su implantación (2003-2010). Tesis Doctoral Universidad de Murcia
99. Bolin AK, Bolin A, Koch G. Children's dental health in Europe: caries experience of 5- and 12-years-old children from eight EU countries. *International journal of Paediatric Dentistry* Volume 6, Issue 3 pages: 155-162. 1996

- 100.** Tapias Ledesma MA, Martín Pero L, Hernández V, Jimenez L.
Prevalencia de caries en una población escolar de 12 años. Avances de Odontoestomatología vol 5, nº4, 2009.
- 101.** Gimeno de Sande A, Sánchez B, Víñez J, Gómez F, Mariño F. Estudio epidemiológico de la caries dental y la patología bucal en España. Rev Sanid Hig Publica Madrid 1971; 45: 361-433
- 102.** Cuenca i Sala E. La encuesta de la OMS sobre la salud bucodental en España. Una aproximación personal. Archivos de Odontoestomatología 1986; 2:15-22.
- 103.** Sicilia A, Cobo J, Noguerol B y cols. Prevalencia de caries en los niños y jóvenes de siete, doce y quince a diecinueve años. Avances Odontoestomatología 1990; 6:323-330
- 104.** Noguerol Rodríguez B, Llodra Calvo JC, Sicilia Felechosa A, Follano Murcia M. La Salud Bucodental en España 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Madrid: Ediciones Avances 1995.
- 105.** Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena FJ. Encuesta de salud oral en España (2000). RCOE; 7: 2002 (monográfico): 19-63
- 106.** Bravo Pérez M y cols. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE, 2006, vol11, nº4:409-456.
- 107.** Llodra Calvo JC y cols. Encuesta de Salud Oral en España 2010. RCOE, vol17, nº1, enero 2012:13-41
- 108.** Encuesta de Salud Oral en España 2010. Análisis de la Evolución de la Salud Oral. Consejo de Dentistas. Organización Colegial de dentistas de España.
- 109.** Salas-Wadge MH. Aspectos fundamentales del primer estudio epidemiológico de la salud oral en Andalucía. Revista Andaluza de Odontología y Estomatología. 1994;2(4):90-102.
- 110.** Junta de Andalucía. Estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces 1985-1995. Sevilla: Junta de Andalucía, Conserjería de Salud, 2002.

- 111.** Llodra Calvo JC y cols. Tercer estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces 2001. Dirección General de Salud pública y participación. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2002
- 112.** Junta de Andalucía. Cuarto estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces. 2006. Sevilla: Junta de Andalucía, Conserjería de Salud, 2007.
- 113.** Rosel Gallardo EM. Evaluación del programa de Asistencia dental en Andalucía: Salud Oral y Calidad de vida Oral. Tesis Doctoral Universidad de Granada 2009
- 114.** Abad, J.M et al (2004) Encuesta de Salud Bucodental en Escolares en Aragón 2004 Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo.
- 115.** Álvarez A, Álvarez JA, Villa MA, Quirós JR. Caries dental en la población escolar del Principado de Asturias. Arch Odontoes (sup prevén y comunit) 1994; 10: 201-209.
- 116.** Gómez G, Doreste J.I, Sierra A, Serra LI. Epidemiología de la caries en los escolares de 7 y 12 años de Canarias. Archivos de Odontoestomatología (suplemento preventiva y comunitaria) 1998; 14:617-623.
<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=b022f787-c86f-11de-a7af-91ed84fe55ca&idCarpeta=5a79d6d5-0fcd-11de-9de1-998efb13096d>
- 117.** Gómez Santos G. II Estudio epidemiológico de la Salud bucodental infantil en Canarias 1998. Santa Cruz de Tenerife. Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo. 2000.
<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=b022f787-c86f-11de-a7af-91ed84fe55ca&idCarpeta=5a79d6d5-0fcd-11de-9de1-998efb13096d>
- 118.** III Estudio Epidemiológico de Salud Oral en escolares de canarias 2006
<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp>

idDocument=b022f787-c86f-11de-a7af-

91ed84fe55ca&idCarpeta=5a79d6d5-0fcd-11de-9de1-998efb13096d

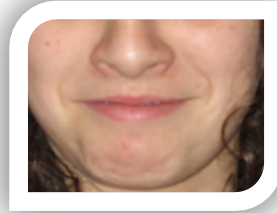
- 119.** Encuesta de Salud Bucodental de Cantabria. Caries y periodonto. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Ordenación, Inspección y atención Sanitaria. Centro de Salud Bucodental de Cantabria. Hospital Santa Cruz de Liendres. 2010
- 120.** Junta de la Comunidades de Castilla la Mancha. Encuesta de Salud Bucodental en Escolares de Castilla La Mancha. Junta de la Comunidad de Castilla la Mancha. Dirección general de Salud Pública 1992.
- 121.** Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública y participación. Encuesta de Salud Bucodental en escolares de Castilla la Mancha 2004. Dirección General de Salud Pública y Participación; 2005.
- 122.** Junta de Castilla y León. Estudio epidemiológico de la salud bucodental en los escolares de Castilla y León. Consejería de Sanidad y bienestar. Valladolid 1995.
- 123.** Cuenca E, Canela J, Sallares LI. Estudi de prevalença de caries dental a la població de Catalunya. Salut Catalunya 1988; 2:60-63.
- 124.** Cuenca E, Batalla J, Manau C, Taberner JL, Salbras LI. Encuesta de prevalencia de caries entre los escolares de Cataluña, 1ª parte. Archivos Odontoestomatol Preven Comunit 1992; 4: 1-6.
- 125.** Cuenca E, Doria A, Martínez I, Asenjo MA, Sainz de Murieta I, Cuenca E (1997) Encuesta Epidemiológica de Caries entre los escolares de Cataluña, 1997. Archivos de Odonto-estomatología Preventiva y Comunitaria 1997; 13: 772-775.
- 126.** Casals Peidró E y cols. Encuesta Epidemiológica de salud oral de Cataluña 2006. XII Congreso SESPAS; 2007, 20-22 junio: Barcelona, España, Gacet Sanitaria; 21(supl): 19
- 127.** Plan de Salud Generalitat de Catalunya.
<http://www20.gencat.cat/portal/site/plasalut>

- 128.**Consejería de Salud. La Salud bucodental de la población infantil en la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública nº3. Madrid: Dirección General de Prevención de la Salud; 1992.
- 129.**Zumiaga O, Ibañez J. La salud bucodental en la Comunidad Valenciana. Encuesta de prevalencia en población infantil. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. 1987.
- 130.**Almerich JM y cols. Estudio de Salud bucodental en la Comunidad Valenciana 1998. Arch Odontoesto 2000; 16: 569-585.
- 131.**Almerich JM, MAuhel JM. Ral Health survey of the child population in the Valencia Region of Spain (2004). Med Oral Patol Oral Ciru Bucal. 2006. Jul 1; 11(4): E: 369-81
- 132.**Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo Junta de Extremadura 1ª Encuesta de Salud Bucodental en la Comunidad Autónoma de Extremadura. 2002
- 133.**Enquesta de salut bucodental a escolars de las Illes Balears 2005. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut y Consum.
- 134.**Ernesto Smyth Chamos, Margarita Taracido Trunk. Tesis dontoral Universidad Santiago de Compostela.
- 135.**Lorenzo V, Smyth E, Hervada X y cols. La salud bucodental de los escolares gallegos. 1995. Rev Esp de Salud Publica 1998; 72:539-546.
- 136.**Ernesto Smyth Chamosa. Técnico Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade.
- 137.**Ernesto Smyth Chamosa. Informe técnico Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade.
- 138.**Navarro JA et al. Evolución de la Salud Bucodental en los escolares de la región de Murcia (1989/1997) Arch Odontoestomatol 1999; 15: 536-544.
- 139.**Cortes,J. et al. (1997)Prevalencia de la caries dental entre la población infantil de Navarra,1997. Archivos de Odonto- estomatogía Preventiva y comunitaria. Vol 14, núm. 11, noviembre 1998.

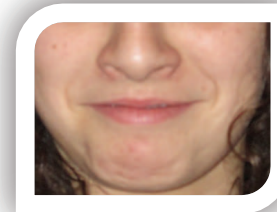
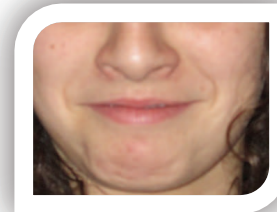
- 140.** Cortés- Martinicorena FJ, Doria-Bajo A, Asenjo-Madoz MA y cols.
Prevalencia de caries y estado periodontal de los niños y adolescentes de Navarra 2002. RCOE, 2003, Vol 8, No4, 381-390
- 141.** Cortés FJ et al. La salud bucodental de los niños y adolescentes de Navarra, 2007 (4ª edición) An. Sist. Sanit. Navar 2009; 32(2): 199-215.
- 142.** Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Estudio Epidemiológico de Salud Bucodental de la Comunidad Autónoma del País Vasco: población infantil 1998. Documentos técnicos de la Salud Pública Dental. Serie B nº5. Vitoria-Gasteiz; 1998 (Gaceta Dental)
- 143.** Gobierno del País Vasco. Departamento de Sanidad, Dirección De Salud Pública. Tercer estudio epidemiológico de salud bucodental en la CAPV. Población escolar infantil 2008. Dirección de Salud Pública 2009.
- 144.** Servicio Vasco de Salud. 9 años de PADI. Gaceta Dental 1998; 92: 72-73.
- 145.** Freire JM(2003) El programa dental de atención dental infantil (PADI) de Navarra y del País Vasco: logros y nuevas metas. Anales. Salud Pública y administración sanitaria.
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/salud1a.html>
- 146.** Pareja G, Casals E, Manau C.(1998) Prevalencia de caries dental en escolares de 6 y 12 años de la ciudad de Barcelona, 1998. Archivos de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria. Vol 14, núm 11, noviembre 1998: 657-61.
- 147.** Pazos, R. (1999) Prevalencia de caries en la población del municipio de Cee La Coruña. Archivos de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria 1999; 15:479-84
- 148.** Lois F, Pazos R, Lopez A, Rodriguez A. Prevalencia e índices de caries en escolares de 12 años de una zona básica de salud. Av de odontoestomatología. Vol16, núm 2, 2000:125-32.
- 149.** López Rábade XC, Smyth Chamosa E. Evaluación de un programa asistencial de salud oral en una población infantil, durante 4 años, en un centro de atención primaria. Aten primaria.2006; 37:240

- 150.** Nieto García VM, Nieto Gracia MA, Lacalle Ramigio J, Abdel-Kader Martin L. Salud Oral de los escolares de Ceuta. Influencias de la edad, el género, la étnia y el nivel socioeconómico. Rev Esp. Salud Pública. 2001; 75: 541-550.
- 151.** Almagro Nievas MC, Benitez Hita JA, García Aragón MA, López Lorca MT. Incremento del índice de dientes permanentes cariados, perdidos por caries y obturados entre escolares de Loja, España. Salud pública de México vol 43,n3 mayo-junio 2001: 192-98.
- 152.** Varela P, Seoane J, Oroza M, Aguado A, Suarez JM, Fontao LF. (2001) Prevalencia de caries a los 6 y a los 12 años en la zona de salud de Burela (Lugo) Atención Primaria. Vol. 28, núm. 2. 30 de junio 2001: 146-47.
- 153.** Algaba, L. (2002) Prevalencia de caries en la población escolar del suroeste de Badajoz. Archivos de odontoestomatología Preventiva y Comunitaria. 2002; 18:95-100.
- 154.** Longás Bravo B. Estudio sobre la caries en una población infantil en la Comunidad de Madrid Año 2009. Tesis doctoral Universidad de Sevilla 2011.
- 155.** Santos J.M, Rubio, E. Martínez T. (1988). Índices de caries en la población escolar de Barbastro. Archivos Odonto-estomatología. Vol. 4, núm. 4. 1988
- 156.** Santos JM, Rubio E, Rubio B, Santos C. Evolución de los índices epidemiológicos de caries en la población escolar de Barbastro 1986:2002. Revista Europea de Odontoestomatología vol 16, nº2 Marzo-Abril 2004: 99-104.
- 157.** FJ Martinicorena El PADI a examen de sus profesionales. La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra. RCOE 2004, vol 9, nº3,289-296
- 158.** Los dentistas de Murcia bastante satisfechos con su PADI. Gaceta dental 29/10/2008.

- 159.** Llena C, Clemente G, Forner L. Parental Satisfaction with Children's Primary dental care in Valencia, Spain. *Primary Dental Care*. January 2011:25-30.
- 160.** Romero AV, Rosel EM, Bravo M. Satisfacción de los usuarios con el PADIA (Plan Dental Infantil en Andalucía). Propuestas de mejoras por un grupo nominal de padres de usuarios. *RCOE* 2012; 17(3):169-172.
- 161.** Instituto de Estudios Sociales de Andalucía. Satisfacción de los usuarios –potenciales y reales- con la prestación asistencial dental (PAD) del decreto 281/2001. Informes y monografías. Junta de Andalucía, 2005.
- 162.** OMS. Serie de informes técnicos 713. Métodos y prevención de las enfermedades bucales. 1984.7.53.
- 163.** Vadillo, M.C. et al (2001) Estudio de la salud bucodental en escolares de 7 y 12 años de edad de la zona básica de Bujalance. *Archivos de Odontología Preventiva y Comunitaria*. 2001, 135.



ANEXOS



Anexo 1: tabla que recoge la información sobre el índice CAOD en Europa a lo largo del tiempo y la forma de recibir salud oral en cada

| PAÍS | INDICE CAOD (DMFT) | | QUE INCLUYE EL SISTEMA PÚBLICO DE SAUD CON RESPECTO A SALUD ORAL |
|----------------|--------------------|------|---|
| | AÑO | CAOD | |
| ALBANIA | 1990 | 2,8 | ----- |
| | 1994 | 2,2 | |
| | 1996 | 2,9 | |
| | 2000 | 3,2 | |
| | 2005 | 3,1 | |
| AUSTRIA | | | El seguro público de salud cubre 41 tratamientos conservadores y de cirugía dental y 11 tratamientos de ortodoncia |
| BELGICA | 1972 | 3,1 | La asistencia dental se lleva a realiza en dentistas privados, el paciente se las paga al dentista pero se les reembolsa el 75% del coste de algunos tratamientos: restauraciones, dentaduras removibles, cirugía menor y prevención. A los niños de entre 0 y 12 años se les cubre las restauraciones y los sellados de fisuras, de los que se devuelve a los padres el 95% del coste. Para que sea cubierta la prevención han de demostrar que han acudido al dentista en los últimos 12 meses |
| | 1989-91 | 2,7 | |
| | 1998 | 1,6 | |
| | 2001 | 1,1 | |

| | | | |
|------------------------|------|-----|---|
| BOSNIA | 2004 | 4.2 | ----- |
| BULGARIA | 1993 | 3,1 | |
| | 1998 | 4,2 | |
| | 2000 | 4,4 | |
| | 2008 | 3,1 | |
| CROACIA | 1991 | 2,6 | La atención dental es dada por una red gabinetes dentales del servicio público de salud, incluye restauraciones, endodoncia, periodoncia básica, cirugía oral, ortodoncia hasta los 18 años, prótesis parcial y atención de urgencias. |
| | 1999 | 3,5 | |
| REPUBLICA CHECA | 1987 | 3,3 | La salud dental es provista por un seguro obligatorio de Salud pública (PHI). El seguro es pagado en 2/3 por la empresa y 1/3 por el empleado en total el 13,5% de los ingresos. El estado paga el de los niños hasta los 18 y hasta los 26 en caso de los estudiantes. Se les atiende en las universidades o en clínicas privadas. El seguro cubre empastes de amalgama, endodoncia, periodoncia y prostodoncia. La ortodoncia removible, puentes, coronas y prótesis removibles son pagadas de forma parcial por el paciente. |
| | 1993 | 2,7 | |
| | 1998 | 3,4 | |
| | 2002 | 2,5 | |

| | | | |
|------------------|------|------|--|
| DINAMARCA | 1975 | 5,2 | Hasta los 16 años el gobierno cubre todos los tratamientos dentales de los niños, incluida la ortodoncia. El gobierno tiene sus propios dentista pero desde 2004 pueden elegir ir a un dentista privado, si eligen esta opción han de pagar el 35% del tratamiento |
| | 1978 | 6,4 | |
| | 1980 | 5,0 | |
| | 1985 | 2,1 | |
| | 1988 | 2,2 | |
| | 1991 | 1,3 | |
| | 1994 | 1,4 | |
| | 1995 | 1,2 | |
| | 2000 | 1,0 | |
| | 2001 | 0,9 | |
| | 2002 | 0,89 | |
| | 2003 | 0,9 | |
| | 2005 | 0,8 | |
| | 2006 | 0,8 | |
| | 2007 | 0,7 | |
| 2009 | 0,7 | | |
| FINLANDIA | 1975 | 6,9 | |
| | 1994 | 1,2 | |

| | | | |
|-----------------|--------|------|---|
| | 1997 | 1,1 | |
| | 2000 | 1,2 | |
| FRANCIA | 1987 | 4,2 | La salud dental es dada por profesionales libres con un convenio. |
| | 1993 | 2,1 | Los niños de 6,9,12,15 y 18 reciben una revisión preventiva y tratamientos conservadores y sellados son gratis. A los adultos se les paga el 70% del tratamiento dental. |
| | 1998 | 1,9 | |
| | 2006 | 1,2 | |
| ALEMANIA | 1997 | 1,7 | Tiene programas de prevención hasta los 16 años para niños con elevado riesgo de caries |
| | 2000 | 1,2 | |
| | 2004 | 0,98 | |
| | 2005 | 0,7 | |
| GRECIA | 1960 | 3,8 | El sistema nacional de salud heleno enfatiza más la prevención y otros tratamientos sencillos en niños menores de 18 años. El instituto de la seguridad social (IKA) paga el 75% de la atención dental de los niños hasta los 16 años, los padres han de pagar el resto. Desde 2003 a través de la clínica pediátrica de Atenas se da una cobertura total en odontología pediátrica y ortodoncia. El resto de personas en servicio nacional de salud se les atiende de urgencias y prevención, el resto de tratamientos son dados por dentistas privados el paciente paga el tratamiento y se le reembolsa el 50-70%. |
| | 1985 | 4,3 | |
| | 1993 | 1,6 | |
| | 1998 | 2,7 | |
| | 2000 | 2,2 | |
| | 2006-7 | 1,35 | |

| | | | |
|-----------------|--------|-----|--|
| HUNGRÍA | 1985 | 5,0 | <p>La atención dental es prestada por dentistas contratados por el sistema nacional de salud o por dentistas privados.</p> <p>Las revisiones se hacen 2 veces al año a los niños y 1 a los adultos.</p> <p>De los 0 a los 18 años tienen gratis: tratamiento de urgencias, visita y diagnóstico, empastes, endodencias, tratamiento periodontal y extracciones. Del tratamiento de ortodoncia el paciente paga el 15%.</p> <p>Los mayores de 60 años pagan el 50% de las prótesis.</p> |
| | 1991 | 4,3 | |
| | 1996 | 3,8 | |
| | 2001 | 3,3 | |
| ISLANDIA | 1981-2 | 8,3 | <p>La mayoría de asistencia dental es privada. El Sistema Nacional de Salud reembolsa el 75% del coste del tratamiento dental en menores de 18 años, no incluye ortodoncia y coronas, para la ortodoncia hay un precio fijo del tratamiento de 1750 euros. A mayores de 67 años se les incluyen prótesis totales y parciales</p> |
| | 1991 | 3,4 | |
| | 1993-4 | 2,2 | |
| | 1996 | 1,5 | |
| IRLANDA | 1984 | 2,6 | <p>Desde el año 2000 los niños de hasta 16 años tienen asistencia dental gratuita, además a los niños de 7,9,11 y 13 años se les controla y se les aplican medidas preventivas.</p> <p>Para el resto de la población hay dos tipos de asistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una para personas con bajos ingresos llamada DTTS: este |
| | 1992 | 1,4 | |
| | 2002 | 1,1 | |

| | | | |
|---------------|------|------|---|
| | | | <p>servicio lo dan dentistas privados e incluye visita, diagnostico, empastes, extracciones, tratamiento periodontal y prótesis removibles sin cargo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otro llamado SIFDS; en el que parte del tratamiento es pagado por el paciente. |
| ISRAEL | 1966 | 2,4 | <p>La mayoría de la población es atendida por dentistas privados, pero tiene un servicio gratuito para niños y necesitados que se divide en 2 niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio preventivo I: educación, enjuagues de flúor, distribución de pasta y cepillo, visita anual. - Servicio preventivo II: primeros auxilios dolor y trauma, empastes, extracciones, sellado, pulpotomía. Una parte de estos tratamientos es pagada por los padres. |
| | 1999 | 3,0 | |
| | 2002 | 1,66 | |
| ITALIA | 1979 | 6,9 | <p>El sistema Nacional de salud es responsable de la salud dental de los niños hasta 14 años y de las personas mayores de 65. A los niños se les incluye una revisión y algún tratamiento preventivo y en según que regiones algunos empastes.</p> |
| | 1986 | 4,9 | |
| | 1991 | 2,9 | |
| | 1996 | 2,1 | |
| | 2001 | 1,5 | |
| | 2004 | 1,1 | |

| | | | |
|-----------------|------|------|---|
| NORUEGA | 1985 | 3,4 | El Servicio Nacional de salud da atención dental gratuita a menores de 19 años, discapacitados mentales, enfermos durante más de tres meses, los jóvenes de 19 y 20 años pagan solo el 20 % del tratamiento. El resto de la población paga la totalidad del tratamiento |
| | 1993 | 2,1 | |
| | 1998 | 1,5 | |
| | 2000 | 1,5 | |
| | 2004 | 1,7 | |
| POLONIA | 1985 | 4,4 | Todos los contribuyentes de la seguridad social tienen derecho a unos servicios básicos de atención dental. A los niños hasta 18 años y las embarazadas se les incluyen más servicios. |
| | 1991 | 5,1 | |
| | 1992 | 5,1 | |
| | 1998 | 4,0 | |
| | 2000 | 3,8 | |
| | 2003 | 3,2 | |
| PORTUGAL | 1984 | 3,7 | La asistencia dental es dada en su mayoría por dentistas privados. |
| | 1990 | 3,2 | Se esta desarrollando un programa de prevención. A los niños de 6 a 10 años se les incluyen 2 visitas al año y se incluye el tratamiento de los primeros molares: sellado, obturación y endodoncia. |
| | 1999 | 1,5 | |
| | 2005 | 1,48 | |
| SUIZA | | | |

| | | | |
|--------------------|--------|------|--|
| SUECIA | 1964-5 | 8,0 | |
| | 1988 | 2,0 | |
| | 1992 | 1,4 | |
| | 1996 | 0,84 | |
| | 2000 | 0,9 | |
| | 2004 | 0,86 | |
| | 2009 | 0,82 | |
| TURQUIA | 1988 | 2,7 | ----- |
| | 2004-5 | 1,9 | |
| REINO UNIDO | | | <p>Hay tres tipos de asistencia dental del sistema nacional de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio dental general: el servicio en su mayoría es dado por dentistas privados con un convenio(cobran por los tratamientos más o menos el 50% de lo que se cobra en la práctica privada) Los tratamientos son gratuitos para los niños hasta 18 años y las embarazadas. +o- el 50% de la población usa este servicio. - Servicio dental comunitario: es dado por dentistas asalariados a grupos donde no llega el servicio dental general, también recogen datos epidemiológicos. - Servicio dental en Hospital: sobre todo tratamientos quirúrgicos. |

ANEXO 2: CARTA A LOS DIRECTORES DE LOS COLEGIOS



Sr. Director

Colegio xxxxxxxx

C/xxxxxxxxxxxxx

22300 BARBASTRO

Estimado Sr. Director:

La Unidad de Bioestadística del Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, va a realizar un estudio sobre la salud oral de los niños que cursan 6º de EP en los colegios de Barbastro.

Desde el año 2005, la DGA por medio del SALUD, desarrolla el Plan de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) que de forma gradual atiende en este momento a los niños de 6 a 12 años. Dichos niños, son atendidos tanto por dentistas del sector público como por dentistas privados homologados por el SALUD para el desarrollo del programa.

La realización de este programa supone un importante gasto en medios materiales, humanos y económicos, realizados tanto por el SALUD como por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El presente estudio tiene por fin evaluar el estado de salud oral actual de los niños de 6º de EP que han disfrutado de éste programa desde su inicio y comparar los resultados con los índices de salud oral de los niños de la misma edad en el momento del comienzo del programa, con el fin de determinar los beneficios obtenidos o la necesidad de algún cambio o mejora en el programa, que lleve a una mejor utilización de los recursos públicos.

El estudio consiste en la realización de una exploración oral sencilla, de unos 2 minutos de duración, en la que sólo se usará un espejo y una sonda dental perfectamente esterilizados, cuyo uso es totalmente inocuo para los escolares. Solo necesitaremos una habitación o aula donde iremos pasando a los niños de uno en uno.

Le adjuntamos una copia de la hoja de información, el permiso y una encuesta que se les haría llegar a los padres.

El tratamiento de los datos será totalmente anónimo, utilizando los mismos para la realización de una Tesis doctoral y publicaciones profesionales.

En los próximos días nos volveremos a poner en contacto con usted, con el fin de resolver las dudas que se hayan podido presentar, entregarle la información para las familias y quedar citados para la fecha que usted estime oportuno

Un saludo:

Clara Santos Bistué

ANEXO 3: CARTA DE EXPLICACIÓN DEL ESTUDIO PARA LOS PADRES



Barbastro a 28 de Marzo de 2011

Estimados padres:

La Unidad de Bioestadística del Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, va a realizar un estudio sobre la salud oral de los niños que cursan 6º de EP en los colegios de Barbastro.

Desde el año 2005, la DGA por medio del SALUD, desarrolla el Plan de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) que de forma gradual atiende en este momento a los niños de 6 a 12 años. Dichos niños, son atendidos tanto por dentistas del sector público como por dentistas privados homologados por el SALUD para el desarrollo del programa.

La realización de este programa supone un importante gasto en medios materiales, humanos y económicos, realizados tanto por el SALUD como por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El presente estudio tiene por fin evaluar el estado de salud oral actual de los niños de 6º de EP que han disfrutado de éste programa desde su inicio y comparar los resultados con los índices de salud oral de los niños de la misma edad en el momento del comienzo del programa, con el fin de determinar los beneficios obtenidos o la necesidad de algún cambio o mejora en el programa, que lleve a una mejor utilización de los recursos públicos.

El estudio consiste en la realización de una exploración oral sencilla, de unos 2 minutos de duración, en la que sólo se usará un espejo y una sonda dental perfectamente esterilizados, cuyo uso es totalmente inocuo para los escolares.

Tras la exploración se les hará llegar un informe y unas recomendaciones sobre salud oral.

El tratamiento de los datos será totalmente anónimo, utilizando los mismos para la realización de una Tesis doctoral y publicaciones profesionales.

Les adjuntamos el consentimiento para la realización de la exploración y una encuesta, ya que su opinión sobre el programa es muy importante para nuestro trabajo.

Un saludo:

Clara Santos Bistué

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. _____ (padre, madre, tutor) del alumno
_____ de 6º EP:

Autorizo su exploración dental, para la realización del estudio.

No autorizo su exploración dental, para la realización del estudio.

Firma:

Barbastro a _____ de _____ de 2011

ANEXO 5: ENCUESTA A LOS PADRES O TUTORES

-ENCUESTA-

Agradeceríamos que contestara la siguiente encuesta, de forma anónima, ya que para nosotros es importante conocer su opinión sobre el Programa de Atención Dental Infantil que se está llevando a cabo en Aragón.

1. ¿Su hijo hace uso del Programa de Atención Dental Infantil?

SI NO

2. ¿Desde que su hijo cumplió los 6 años y entró en el programa, cuantas veces han acudido al dentista?

CADA AÑO

TODOS LOS AÑOS MENOS UNO

ALGUNA VEZ

NINGUNA VEZ

3. ¿Piensa seguir haciendo uso del programa de atención dental infantil?

SI NO

4. ¿En su opinión tiene alguna carencia el programa?

SI NO

5. En caso afirmativo ¿Qué añadiría?

6. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el Programa de Atención Dental Infantil?

MUY SATISFECHO

BASTANTE

POCO

NADA

NS/NC

7. ¿Considera suficiente la información que le hace llegar el Gobierno de Aragón sobre el programa?

SI

NO

8. ¿Se le ha realizado algún tratamiento a su hijo?

SI

NO

9. ¿Cuál?

10. ¿Se le han explicado a su hijo normas Higiénico-dietéticas?

SI

NO

11. ¿Está satisfecho con la atención recibida?

MUY SATISFECHO

BASTANTE

POCO

NADA

NS/NC

12. ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes su hijo?

1 vez/semana 1 vez/día 2 veces/día 3 veces/día Más de 3

13. ¿Utiliza una pasta fluorada?

SI

NO

14. ¿Hace uso de algún suplemento de flúor?




SI

NO

Muchas gracias por su colaboración.

NOTA: La encuesta y el consentimiento se recogerán el día de la exploración

ANEXO 6: FICHA DENTAL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------|-----------------------------------|--------|--|--|--|--|------------|--|--|--|---|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|
| FECHA: ____/____/2011 | | | | NOMBRE: | | | | APELLIDOS: | | | | SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| ASPECTOS ORTODONCICOS: | | | | ODONTOGRAMA: | | | | | | | | SALUD GINGIVAL: | | | | | | | |
| CLASE MOLAR | IZQUIERDA | | I | CARIES: COLOR ROJO OBTURACIONES: COLOR AZUL AUSENTES :COLOR NEGRO 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28  | | | | | | | | INFLAMACIÓN <input type="checkbox"/> SANGRADO GINGIVAL <input type="checkbox"/> PRESENCIA DE PLACA <input type="checkbox"/> PRESENCIA DE SARRO <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | II | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | III | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DERECHA | | I | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | II | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | III | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE CANINA | IZQUIERDA | | I | 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65  | | | | | | | | DEFECTOS DEL ESMALTE: HIPOPLASIA <input type="checkbox"/> FLUOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS : _____ | | | | | | | |
| | | | II | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | III | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DERECHA | | I | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | II | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | III | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESALTE: | | | | | | | | | | | | NECESIDAD DE TRATAMIENTO: OBTURACIÓN: <input type="checkbox"/> _____ TRATAMIENTO PULPAR <input type="checkbox"/> _____ TARTRECTOMIA <input type="checkbox"/> FLUORIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTROS _____ _____ | | | | | | | |
| SOBREMORDIDA <input type="checkbox"/> | | | | M. ABIERTA <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| MORDIDA CRUZADA | Derecha | Izquierda | Nivel: | 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75  | | | | | | | | | | | | | | | |
| MORDIDA TIJERA | Derecha | Izquierda | Nivel: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APIÑAMIENTO SUPERIOR | | LEVE <input type="checkbox"/> | | 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 CAOD: _____ cod: _____ | | | | | | | | | | | | OBSERVACIONES: | | | |
| | | MODERADO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | SEVERO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APIÑAMIENTO INFERIOR | | LEVE <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MODERADO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | SEVERO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HABITOS Y PARAFUNCIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTROS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO 7: INFORME PARA LOS PADRES O TUTORES

Tras realizar la exploración dental a su hijo/a

_____, nos ponemos en contacto con usted para comunicarle que:

- Presenta un buen estado de salud oral, si todavía no ha acudido este año a la visita con su dentista, recomendamos que lo haga para que puedan aplicarle las medidas preventivas necesarias
- Presenta inflamación gingival y placa oral por lo que necesita mejorar sus hábitos de higiene oral, cepillándose tres veces al día .
- Necesita acudir a su dentista.

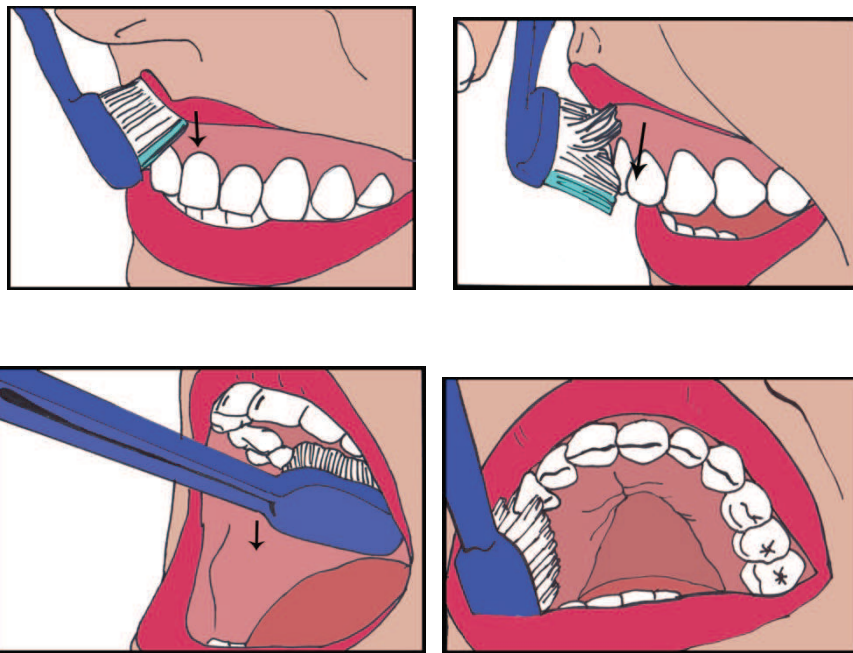
Adjuntamos unas recomendaciones de higiene oral y hábitos dietéticos que pueden ser útiles a la hora de inculcarle buenos hábitos de salud oral a su hijo.

Un saludo

**ANEXO 8: INSTRUCCIONES PARA MANTENER UNA BUENA SALUD
ORAL Y UNA CORRECTA HIGIENE**

RECOMENDACIONES PARA UNA BUENA
SALUD ORAL

- Es importante que su hijo adquiera el hábito del cepillado, recomendamos que realice el cepillado al menos tres veces al día (después de las comidas) durante 2 minutos. una técnica de cepillado sencilla consiste en empezar a cepillar en la encía y empujar el cepillo hasta el final del diente. Las siguientes imágenes representan esta técnica:



- Utilizar para el cepillado una pasta fluorada.
- Hacer una dieta pobre en azúcares y evitar, sobre todo, comer entre horas.
- Hacer una visita a su dentista al menos una vez al año.

ANEXO 9: CARTA DE AGRADECIMIENTO AL DIRECTOR

Sr. Director

Colegio

C/

Barbastro a 13 de Junio de 2011

Estimado Sr. Director:

Recientemente hemos realizado en su colegio la toma de datos a los niños de 12 años para la realización del estudio de los índices de salud bucodental de estos escolares.

Estas líneas son para agradecerle tanto a usted como a todo el personal del colegio su enorme amabilidad y ayuda a la hora de realizar el citado trabajo.

En fechas próximas, una vez terminada la tesis doctoral, le haremos llegar el resumen de está para que conozcan los datos de su colegio.

Le saluda atentamente:

ANEXO 10: CARTA A LOS DENTISTAS



Barbastro a 21 de Marzo de 2011-03-21

Estimado amigo y compañero:

Como conoces perfectamente dada tu participación en el mismo, la DGA está realizando el PABIJ desde hace 7 años. Este tipo de programas necesitan evaluaciones, para valorar su funcionamiento y establecer en su caso las correcciones necesarias, teniendo en cuenta el alto costo en medios materiales y humanos que supone para la sociedad.

Con el fin de realizar mi tesis doctoral, dirigida por el Prof. Emilio Rubio Calvo de la Unidad de Bioestadística de la Facultad de Medicina de Zaragoza, se va a hacer un estudio de salud oral en la zona de Barbastro sobre escolares de 12 años.

Un punto importante para mi, dentro de este estudio, es conocer la opinión sobre el PABIJ de los profesionales adscritos al programa, ya que vosotros sois los que podéis hablar con mayor rigor de los posibles defectos o virtudes del programa.

Este es pues el motivo de ponerme en contacto con vosotros para robaros un minuto de vuestro tiempo en rellenar la encuesta que acompaña esta carta y enviármela en el sobre que adjunto, sin remite para garantizar el anonimato. El tratamiento de los datos será totalmente anónimo, utilizándose el conjunto de los mismos en mi tesis doctoral y publicaciones profesionales.

Para cualquier aclaración te puedes poner en contacto conmigo en el siguiente teléfono o si lo prefieres vía email:

Clara Santos Bistué

Teléfono: 974 31 32 91

Email: csantosbistue@gmail.com

Agradeciendo vuestro interés, recibir un saludo afectuoso de vuestra
compañera:

Clara Santos Bistué

ANEXO 11: ENCUESTA A LOS DENTISTAS

1. ¿Esta satisfecho con el PABIJ?

- MUY SATISFECHO
- BASTANTE
- POCO
- NADA
- NS/NC

2. ¿Cuál es su razón para estar adscrito al PABIJ?

- MANTENER A MIS PACIENTES
- CAPTAR PACIENTES NUEVOS
- ECONOMICOS
- MIS COMPAÑEROS ESTAN ADSCRITOS
- OTROS

3. ¿Pretende seguir con el programa de atención dental el próximo año?

SI NO

4. En caso negativo, ¿Por qué?

5. ¿Cuál es su opinión sobre la cuantía de la retribución?

- MUY SATISFECHO
- BASTANTE
- POCO
- NADA
- NS/NC

6. ¿Está satisfecho con los plazos de cobro?

- MUY SATISFECHO
- BASTANTE
- POCO
- NADA
- NS/NC

7. Ponga nota entre el 0 y el 10, a la información que le hace llegar la Administración: _____

8. ¿Cree que el colegio de dentistas tendría que consultar la opinión de los profesionales mediante una encuesta antes de establecer un convenio con el Gobierno de Aragón?

SI NO

9. Por favor ponga una nota entre 0 y 10 al PABIJ: _____

10. ¿Cree suficientes las medidas preventivas que marca el programa?

SI NO

11. ¿Aplica las medidas preventivas tal como dicta el programa o aplica prevención a todos los niños?

SEGÚN EL PROGRAMA A TODOS LOS NIÑOS

12. En caso de aplicar prevención a todos los niños, ¿qué medidas aplica?

FLÚOR

SELLADOS DE FISURAS

ENSEÑANZA HIGIENE ORAL

ENSEÑANZA HABITOS DIETETICOS

13. ¿Cree que el programa hace que las familias resten importancia a la dentición temporal?

SI NO

14. Si tiene algún comentario o sugerencia por favor hágalos constar a continuación:

**Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Zaragoza**