

Prevalencia de las maloclusiones en un grupo de escolares poblanos

Fernández T. Alejandro¹, Ortega G. Ma. de la Luz²

¹Profesor del Posgrado de Ortodoncia Facultad de Estomatología, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
²Egresada de la Especialidad de Ortodoncia de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Fernández, T.A., Ortega G.M.
Prevalencia de las maloclusiones en un grupo de escolares poblanos
Oral Vol. 2 Primavera 2000 34:35

Key Word: Prevalencia, Maloclusión

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de las maloclusiones en un grupo de escolares Poblanos de entre 6 y 12 años de edad, se analizaron un total de 109 niños todos de nacionalidad mexicana y con padres nacidos en México. El análisis clínico fue realizado por un instructor y un residente de segundo año del posgrado de Ortodoncia de la F.E.B.U.A.P. con ayuda de un abatelenguas, el tipo de maloclusión de cada niño se clasificó de acuerdo a los criterios de Angle, registrando también cualquier anomalía en los planos vertical, transversal y sagital asociados con la misma.

Resumen

En el año de 1984 la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Odontología, en un estudio piloto de morbilidad estomatológica, reportó que los trastornos de la oclusión se presentaron en 48.5 casos de cada 1000 pacientes atendidos y este factor ocupó el tercer lugar de frecuencia después de caries y gingivitis. En 1986 Omaña y cols. en su estudio de patrones esqueléticos faciales y de maloclusión dental, reportaron una frecuencia en niños de 9 a 19 años de edad del 42% de relación molar clase I de Angle, 41% de clase II y sus derivados y 12% de clase III. En 1990 Cadena y cols. por su parte, estudiaron un grupo de niños entre 3 y 5 años de edad y reportaron una frecuencia del 38% de presentación del plano terminal recto de los segundos molares temporales, un 9% en el plano con escalón mesial y un 5% en el plano con escalón distal. Villanueva y cols. en 1996, estudian un grupo de adultos y en sus resultados reportan una frecuencia del 73% de presentación de la relación molar de clase II de Angle, solo un 16% de clase I y un 11% de clase III.

La falta de estudios descriptivos a lo largo y ancho del país, hacen cada día más necesario para el profesional de la estomatología conocer la distribución,

comportamiento y principales características de las enfermedades más importantes del aparato estomatognático, por lo menos, dentro del grupo de población en que dicho profesional se desarrolla. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de las maloclusiones en un grupo de escolares poblanos describiendo también la frecuencia de las anomalías verticales, transversales y sagitales asociadas con la misma.

Métodos y Materiales

Previo consentimiento informado de los padres o tutores, se analizaron un total de 109 niños con edad entre 6 y 12 años, todos de nacionalidad mexicana y con padres nacidos en México. El análisis clínico lo realizaron un instructor y un residente de segundo año del posgrado de Ortodoncia de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, registrando el tipo de maloclusión según los parámetros de Angle y cualquier otra anomalía asociada con ésta en los sentidos vertical, transversal y sagital. Todos los datos observados fueron vaciados en un formato elaborado previamente para analizar la información.

Resultados

En este grupo de escolares la maloclusión de clase I de Angle predomina con un porcentaje del 56%, 33% para la maloclusión de clase II división 1, 1.6% para la clase II división 2 y finalmente un 5% para la clase III.

Con respecto a las anomalías asociadas a la maloclusión, la sonrisa gingival ocupó un lugar predominante dentro del grupo de maloclusión clase I, mostrando un 33% de frecuencia y distribuyéndose por igual en ambos sexos, otras anomalías importantes para este grupo fueron: la mordida cruzada anterior con un 6.5% en el sexo femenino y la biprotrusión con un 6.5% en el sexo masculino. Para la maloclusión de clase II división 1, sobresale nuevamente la sonrisa gingival,

mostrando un porcentaje de 22.2% para el sexo masculino y 27.7% para el sexo femenino, fueron importantes y también en este grupo la sobremordida horizontal con 22.2% para el sexo masculino y 19.4% para el femenino y la sobremordida vertical con 13,8% para el sexo masculino.

Conclusiones

Sobresale en éste estudio la gran cantidad de casos con sonrisa gingival que se observaron dentro de los grupos de maloclusiones de clase I y clase II división 1.

Basándose en estos datos puede pensarse que prevalece dentro de estos grupos un patrón de crecimiento eminentemente vertical y que la mayoría de ellos son susceptibles a desarrollar un exceso maxilar vertical o un síndrome de cara larga, pero debido al tamaño de la muestra, la posibilidad de un sesgo es muy grande y se sugiere estudiar una muestra más amplia.

Al comparar nuestros resultados con los de estudios anteriores, se hacen patentes las diferencias según la zona geográfica que habita la población estudiada, dato que refuerza la necesidad y utilidad de estudios semejantes con muestras más grandes en el estado de Puebla.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cadena G. Antonia, Hinojosa Alejandro. Maloclusiones en la dentición primaria. *Revista ADM* 1990 mayo-junio, XLVII/3, pgs. 107-111.
- 2.- Ojeda L. Sergio, De la Teja A. Eduardo. Prevalencia de mordida cruzada en niños mexicanos. *Práctica Odontológica* 1990 octubre, volumen 11, número 10, pgs. 11-15.
- 3.- Omaña V. Esperanza, Cornejo R. Ma. del Carmen. Prevalencia de maloclusiones en un servicio de ortodoncia. *Bol. Med. Hosp. Infant. mex.* 1986 septiembre, Vol. 43 número 9 pgs. 570-578.
- 4.- Villanueva J. David, Toranzo F. José Matín Hernández C. José Luis. Patrones cefalométricos y tipos de maloclusiones en un grupo de población adulta de San Luis Potosí, México. *Revista ADM* 1996 noviembre-diciembre, número 6, pgs. 282-284.
- 5.- Thomas M. Graber, Brainerd F. Swain. *Ortodoncia principios generales y técnicas.* Panamericana 1988.
- 6.- Robert E. Moyers. *manual de ortodoncia.* panamericana 1992.

Propósitos y Procedimientos

Estomatología Basada en Evidencias

El propósito de EBE* es dar a conocer a los clínicos, lo más avanzado en el campo de la estomatología pediátrica, endodoncia, ortodoncia, materiales dentales, medicina oral, patología oral, cirugía maxilofacial, periodoncia, implantología, materiales dentales, rehabilitación y áreas estomatológicas que influyen en la práctica clínica.

Mediante la selección de aquellos artículos originales, clásicos y relevantes publicados en los medios escritos mas prestigiosos de la literatura bioestomatológica, cuyos resultados tienen un efecto y posibilidades de aplicación en nuestra práctica profesional.

Procedimientos.

- Identificar, utilizando criterios establecidos previamente los mejores artículos originales y de revisión registrados en el *Index Dental*, *Index Medicus*, *Artemisa*, *BIOSIS*, *CABS*, *MEDLINE*, *OVID*, *FIRSTSEARCH*, *PASCAL/CNRS*.

Criterios y procedimientos de selección generales.

Todos los artículos originales y de revisión indexados en:

Index Dental
Index Medicus
Artemisa
BIOSIS
CABS
MEDLINE
OVID
FIRSTSEARCH
PASCAL/CNRS

Son candidatos a ser analizados y a convertirse en resúmenes, si su área de conocimiento es dedicada a la práctica clínica o tiene relación directa con ella.

- Presentar estos artículos con títulos descriptivos, en forma condensada, en un estilo estructurado que describa sus objetivos, métodos, resultados y conclusiones basadas en evidencias firmes.
- Incorporar comentarios analíticos concisos, de expertos en el área, que permitan ubicar los contenidos en su contexto clínico.

Enrique Huitzil

Evaluación de los diferentes tipos de materiales que se utilizan actualmente para la construcción de núcleos parapostes

C.D. Enrique Cervantes Munguía ¹

¹ Posgrado en Endodoncia UANL
Maestro de tiempo completo de la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Cervantes, ME. Evaluación de los diferentes tipos de materiales que se utilizan actualmente para la construcción de núcleos parapostes. Oral Vol. 2 Primavera 2000 38:39

Key Word: Parapostes, núcleos

Es común que para rehabilitar un diente tratado endodónticamente, se elabore un perno muñón, y que éste sea en metal vaciado, pero en la actualidad, con el desarrollo tecnológico de los materiales dentales, el 88.3% de los dentistas en E.E.U.U.,¹ utilizan un sistema de parapostes con núcleo de diversos materiales, como amalgama, resina fotopolimerizable y compómeros.

En nuestro país la mayoría de los dentistas se siguen inclinando por los postes vaciados, aunque fracturan con frecuencia las raíces de los dientes tratados endodónticamente.^{2,3,4}

En una investigación previa, el autor del presente protocolo⁵ comparó tres diferentes tipos de materiales para núcleos de postes prefabricados con respecto a la microfiltración, y como resultado obtuvo que los núcleos con resina fotopolimerizable con sus acondicionadores de tejido microfiltraron significativamente menos de los parapostes con núcleo de amalgama.

Sorensen (1984)⁶ dice que la función del poste intraconducto es la de retener una corona, y no la de reforzar el diente. Un poste prefabricado cuando se tienen dos terceras partes de la estructura coronaria o un poco más, dará un excelente servicio⁷ y si escogemos un diseño apropiado de parapostes, como nos lo recomiendan Abous-Rass M. y Goldman M.^{8,9} nos darán un magnífico servicio.

Se ha llegado a pensar que las piezas tratadas endodónticamente son más susceptibles a la fractura, pero se ha demostrado que los dientes vitales solamente son un 3.5% más resistentes a la fractura que los dientes tratados endodónticamente.¹⁰

Las fracturas radiculares pueden presentarse con o sin endopostes prefabricados, por ejemplo se encontró que el 99% de los dientes tratados endodónticamente ante cargas experimentales se llegaban a fracturar por debajo de la unión amelo-cementaria. Los dientes sin perno se fracturaban a lo largo del cuerpo del perno prefabricado y no existe diferencia significativa en fracturas de dientes tratados endodónticamente con perno muñón o sin él.¹¹

En un estudio retrospectivo en 200 pacientes

con 134 endodoncias realizadas, 86 de ellas realizadas con algún tipo de aditamento intraradiculares.¹²

Se ha observado que los pernos prefabricados enroscados fracturan las raíces¹³ y es determinante la forma de la punta del paraposte en la distribución de las fuerzas en las paredes del conducto; esto los descubrió Cailleateau¹⁴ al analizar diferentes postes y materiales en un aparato llamado de elemento finito, que utilizan los ingenieros para calcular soportes de carga en las estructuras.

Se han analizado diferentes tipos de aparatos in vitro, y se ha visto que los Flexipost y los tipos Vlock producen un mínimo de fracturas después de una inserción (3%), este tipo de fracturas se observaron al microscopio estereoscópico.¹⁵

Comparando dos diferentes marcas de ionómero ante fuerzas comprensivas, el Ketac Silver, el Miracle Mix y la amalgama Tytin como muñones y utilizando dos tipos diferentes de parapostes, el Parapost plus No. 6 y el Parapost, cubiertos con fundas de oro, se determinó que los muñones resistieron hasta 21.6 kg antes de fracturarse, pero el problema no eran los muñones, sino que los postes eran desalojados de los conductos que los contenían y que el Parapost plus no era más resistente al desplazamiento que el Parapost.¹⁶

Definitivamente la resina autopolimerizable cayó en desuso a finales de los ochenta para el empleo de muñones en postes prefabricados, por carecer de estabilidad dimensional.¹⁷

La resina fotopolimerizable no se considera un material restaurativo muy longevo (3 a 4 años), mientras las restauraciones de amalgama y oro sí.¹⁸

Comparando muñones de resina, amalgama y cemento de ionómero, se halló una menor resistencia a la fractura por fuerzas comprensivas del ionómetro, que los otros dos materiales.¹⁹

Es recomendable, al colocar el muñón de composite, dejarle un excedente de 1mm por encima del perno prefabricado, para evitar que las fuerzas se transmitan con mayor intensidad a lo largo del perno hacia el tercio apical.²⁰

Las ventajas de colocar parapostes con muñones de resina y amalgama consiste en que ambos se pueden realizar en una sola cita y no hay diferencia significativa a la resistencia ante las fuerzas compresivas ²¹ Recientemente, en el JOE de enero del 99, aparece un estudio comparativo que nos mención que premolares con endodoncia realizada con cavidades MOD sin res-

tauración son los más susceptibles a la fractura, comparados con premolares con sólo el acceso realizado o restaurados con resina sin paraposte. ²²

Después de esta revisión de la literatura el dentista puede fincarse una idea de qué tipo de material sería el que utilizaría para la construcción de muñones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Christesen G.J., "When to use fillers, build-ups or post and cores". JADA 1996, 9, 1397 - 1398.
- 2.- Trabert K.C. "Tooth fracture - A comparison of Endodontic and Restorative Treatments". JOE 1978; 11:341-345.
- 3.- Mattison G.D. "Angulation loading effects on cast-gold endodontic post; A photoelastic stress analysis". J Prosthet Dent 1983; 49:636-638.
- 4.- Sorensen J.A. "Clinically significant factors in dowel design". J Prosthet Dent 1984; 52
- 5.- Cervantes E. "Percolación en postes vaciados y postes prefabricados con núcleo de amalgama y núcleo de resina fotopolimerizable" ADM 1997; 54: 233-238.
- 6.- Sorensen J.A. "Current Perspective in the Restauration of Endodontically Treated Teeth". J Prosthet Dent 1988; 81: 65-70
- 7.- Christesen G.J., "Post: Necessary or Unnecessary?". JADA 1996; Oct: 1522-1526.
- 8.- Abou-Rass M. "The prefabricated Post: Selection and Use in Endodontic and Restorative Therapy" Clinical Dentistry 1985. Chap. 10B: 1-27.
- 9.- Goldman, M., "A Fresh Look at Post and Cores in Multirooted Teeth". Continuing Education, 1984, Vol. V. No. 9., 711-715.
- 10.- Sedgley, C.M., Are Endodontically Treated Teeth more Brittle?. JOE 1992, Vol. 18 No. 7, 332-335.
- 11.- Guzy G. "In vitro comparison of intact endodontically treated teeth with and without endo-post reinforcement". J.Prosthet Dent: 42: 39-44.
- 12.- Ross I F., "Fracture susceptibility of endodontically treated teeth" JOE 1980: 6: 560-565.
- 13.- Kahn F., "Comparison of fatigue for three prefabricated threaded post system" Prosthet Dent 1996: 75: 148-153.
- 14.- Cailleteau J. et. al." A Comparison of intracanal Stresses in a Post-Restored Tooth "Utilizing The finite Element Method" JOE 1992; 18: 540-544.
- 15.- Boyarsky H., "Root fracture with dentin-retained post" American J. of Dent. 1992;5
- 16.- Volwiller R.A. et.al. "A Comparison of three core build up materials used in conjunction with two post system in endodontically treated anterior teeth" JOE 1989: 356-361.
- 17.-Oliva R.A., Lowe J.A., "Dimensional stability of silver amalgam and composite used as core materials." Journal of Prosthetic 1987. Vvol. 57 No. 554-558.
- 18.- Rykke M., "Dental Material for posterior restorations" Dent. Traumatol 1992; 8:138-148.
- 19.-Huysmans C.D. et.al "Failure characteristics of endodontically treated premolars restored with a post and direct restorative material" IEJ 1992; 25:121-129
- 20.-Walton J. et.al. " Apical root strain as a function of post extension into a composite resin core". J. Prosthet Dent 1996. 75; 499-505.
- 21.-Fell W., "One-visit composite and amalgam bonding for strong, aesthetic posterior restorations. JADA 1996, No. 11. 1636-1638.
- 22.-Steele, A., Johnson B. "In vitro fracture strength of endodontically treated premolars". JOE 1999. No. 1. 6-8.

Evaluación curricular interna de la Licenciatura de Estomatología

Rosa María Estrada Domínguez¹

¹Maestría en Educación UAT
Profesor de tiempo completo, Facultad de Estomatología, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Estrada, D. R.M. Evaluación curricular interna de la Licenciatura de Estomatología
Oral Vol. 2 Primavera 2000 44:47

Key Word: Evaluación curricular

Resumen

La evaluación curricular interna para las escuelas, facultades o departamentos de la licenciatura de odontología o estomatología de México se presenta en este artículo como un modelo específico para formular juicios de valor de las variables a medir y además detectar o reflexionar sobre las especificaciones de todo el entorno curricular, con el fin de generar propuestas de solución a problemas concretos.

Introducción

La evaluación como una actividad de valoración tiene un espacio muy relevante en el sistema educativo, ya que ha sido parte de la historia de las instituciones. La importancia de la función que desempeña la evaluación es evidenciar las deficiencias, aciertos u obstáculos que puedan ser utilizados, haciendo posible que datos evaluativos adecuados puedan producir informes, cuyas características se acerquen más al diagnóstico y lograr que no se reduzca el rendimiento a un simple resultado.

Este modelo de evaluación pretende fundamentar las condiciones vigentes y las deseables, identificando las necesidades y el diagnóstico de los problemas, tomando los resultados de los instrumentos de evaluación para mejorar o modificar el diseño curricular y así objetivamente hacer mención que la evaluación persigue la calidad educativa en la licenciatura de odontología o estomatología.

Componentes del diseño curricular en odontología.

El marco teórico-referencial del diseño curricular odontológico. En la enseñanza de la odontología se debe considerar como un conjunto complejo de relaciones sociales entre docentes, alumnos y comunidad con el propósito de establecer la integración necesaria entre las instituciones formadoras, la comunidad y los servicios, incorporándose en su práctica social la participación conjunta con la comunidad en la toma de decisiones y ejecución de acciones para la atención de los problemas de la salud bucal.¹

Los fines de toda institución educativa

odontológica o estomatológica es contribuir étnicamente a crear las condiciones educacionales de capacitación y de incorporación del progreso científico-tecnológico que haga posible la transformación de las estructuras productivas de la región en un marco de progresiva equidad social.²

Reestructuración curricular de la licenciatura de odontología. En el caso de las escuelas, facultades y departamentos de odontología, cuando fueron creadas se copiaron planes de estudio preexistentes en el país o en el extranjero, que al funcionar de esta manera, provocó así la parcelación del conocimiento, y al organizarse por materias aisladas e inconexas, se daba la enseñanza en función de dogmas y aseveraciones absolutas que impedían al alumno desarrollar la reflexión y el análisis.³

En la actualidad la atención es a la cobertura de la población, ya que la práctica profesional envuelve un conjunto de procesos técnicos que guardan un orden temporal y espacial determinado. Estos procesos técnicos se definen conforme al objeto particular.

Obviamente la práctica de la profesión está sujeta a la evolución continua de las "fuerzas productivas", ésto es, a los constantes progresos de la ciencia que cristalizan en avances tecnológicos.⁴

Análisis del contexto socio-económico-político y cultural odontológico. El fin del siglo XX está marcado por un conjunto de fenómenos cuyo eje es el proceso denominado globalización, si bien ésta es de naturaleza económica, ha permeado las distintas esferas de la vida social, política y cultural, con distintos grados.⁵

Apple, M., afirma que las instituciones controladoras y burocratizadas de las sociedades como la nuestra exige un modo creciente, un conocimiento científico y técnico. También el uso creciente de modelos terapéuticos en la educación, modelos que sirven de excusa para cambiar individualidad en lugar de la estructura social e intelectual de la escuela para hacerla más responsable y con un compromiso propio de racionalidad en el sentido más amplio del término y también iniciar la dialéctica de la comprensión crítica que formará parte de la praxis política.⁶ Desafortunadamente, si bien las

instituciones educativas mexicanas a nivel superior (universidades) han sido con frecuencia un anfiteatro para auscultar los problemas nacionales, no han sido tradicionalmente el lugar donde se han reunido los hombres de estudio para ayudar a resolver esos problemas.⁷

El quehacer institucional odontológico. La institución orienta el programa en función de las necesidades de salud de la población, da especial atención a los aspectos científicos y tecnológicos a la investigación socio-epidemiológica, clínico-patológica y biológica y al análisis de la condición de los servicios. Toma y aplica los principios de simplificación de la práctica y la desmonopolización del conocimiento en forma global y hace investigación operacional.⁸

El marco conceptual del programa de innovaciones de la enseñanza y servicios odontológicos auspiciado en sus inicios por la organización panamericana de la salud, se fundamenta en la concepción de la salud según la cual ésta se encuentra condicionada por la situación socio-económica de un país en un momento histórico determinado. Sin embargo se concibe que la interacción de las variables del contexto económico social y político general posibilitan un margen de trabajo que permite el ensayo y aplicación de planes curriculares y de servicio capaces de producir cambios cualitativos y cuantitativos de los sectores de la salud y educación, contribuyendo a su perfeccionamiento, renovación o cambio.

Plan curricular odontológico.

El objetivo curricular es satisfacer necesidades educativas, congruentes con los requisitos que deben cumplir los individuos para desempeñarse en los diferentes ámbitos de la vida social.

El perfil académico profesional del egresado de la licenciatura odontológica. Cuando un plan de estudios incluye el perfil de egresado, y éste ha sido bien elaborado abarca muchos de los objetivos que hemos definido como formativos.

Cada profesor, al impartir su materia, debe colaborar para conseguir este perfil.⁹

El problema de las instituciones de educación superior es que pocas veces se preocupan por su cliente principal, por preguntarle que tipo de profesionistas requieren, y cuando lo hacen, las respuestas no se traducen en una redefinición del perfil del egresado, o, si esto sucede, muchas veces los cambios se quedan en el papel y no se traducen en modificaciones de los planes y programas, mucho menos en modificaciones en la manera en que cada profesor organiza e instrumenta su curso escolar.¹⁰

Una costumbre que deberían tener todas las

instituciones de educación superior es la de preguntar continua y sistemáticamente a los directivos y responsables de las empresas o instituciones a donde van sus egresados, que tipo de profesionistas requieren o necesitan, y con que cualidades y características.¹¹

Detección de contenidos en odontología.

Cuando se elabora un mapa curricular se contempla el manejo de nociones básicas para la formación del odontólogo por lo que es necesario hacer una detección de los contenidos para saber cuales y cuantas asignaturas constituyen el plan de estudios de una escuela, facultad o departamento de odontología, con el fin de poner en relevancia las fallas que pudieran existir.

La detección de los contenidos de un plan curricular nos facilita conocer las anomalías que se pueden presentar en el proceso enseñanza aprendizaje y dar la oportunidad, principalmente, de forma criterios congruentes que fundamentan la selección de contenidos en un nuevo plan de estudios.

La organización y secuenciación de los contenidos de un plan de estudios odontológicos. La secuencia se relaciona con la continuidad, pero llega más lejos. Es posible que un elemento importante del currículo se presente varias veces, pero únicamente en un nivel, lo que impedirá el desarrollo progresivo de la comprensión, o de la capacidad, o de la actitud para aprender, o de algún otro factor. En este sentido la secuencia, considera como criterio, enfatiza sobre la importancia de que cada experiencia sucesiva se funde sobre la precedente, pero avance en ancho, y en profundidad de las materias que abarca.¹³ La integración se refiere a la relación horizontal de actividades del currículo, la organización de estas actividades debe ser tal que ayude al estudiante a lograr un concepto unificado, así como a unificar su conducta en relación con los elementos que maneja.¹⁴

La organización y la secuenciación pueden basarse en:

1. Los resultados de la evaluación del plan de estudio vigente, entre los que destacan las características de la problemática de salud bucodental de la población y su proyección, así como de los factores que la condicionan.
2. Los conocimientos de las diferentes disciplinas en los que se fundamentan la práctica de la odontología y sus avances científicos y tecnológicos.
3. El concepto actual del proceso salud-enfermedad.
4. La metodología de análisis de contenidos para identificar aquellos elementos teóricos que por su riqueza de explicación y aplicación son necesarios para la comprensión y profundización de los nuevos conocimientos.

5. Las características de la práctica odontológica a nivel privada e institucional, rural y urbano, tomando en cuenta los valores que la sustentan y las habilidades que la conforman.
6. La organización de disciplinas, las cuales presentan en sus contenidos una aproximación gradual al fenómeno salud-enfermedad a través de la profundización progresiva en sus partes, sin perder la visión de todo.
7. El establecimiento de áreas de síntesis para integrar los conocimientos en la actividad clínica, en forma gradual hasta lograr el desarrollo de la actividad integral de su concepto más amplio.¹⁵

Así es que un plan de estudios debe poner en relevancia este punto para obtener una integración coherente y obtener resultados satisfactorios.

La estructura organizativa de la odontología en lo académico-administrativo. Cuando el contenido de un curso se encuentra organizado en unidades temáticas, a cada una de ellas se les asigna un nombre que refleje el contenido a trabajar y se procede a elaborar una presentación escrita de los mismos con el fin de aclarar a los alumnos el papel, la estructura el aprendizaje que promueve y su relación con la totalidad del programa, así como la especificación de los objetivos de aprendizaje para cada unidad.¹⁶

Esta estructura indica adecuar el aparato administrativo a las necesidades y exigencias académicas del currículo. La estructura orgánica más orientada hacia la macro-segmentación de los procesos que maneja la automatización de disciplinas tradicionales, posibilita la relativa independencia entre lo administrativo y lo funcional, permitiendo cierta supeditación de lo primero a lo segundo, lo cual permite ajustes ágiles de los programas docentes y por lo tanto flexibilidad para adaptarlos a los requerimientos de la sociedad y de los servicios.¹⁷

Consideraciones en torno a los recursos disponibles, al personal docente, al administrativo y al alumnado en el área odontológica.

Es de suma importancia considerar todos los recursos financieros y físicos, ya que a partir de estos elementos se analizarán las limitaciones en la educación odontológica y así poder plantear los requerimientos necesarios para hacerlos más competitivos y eficientes. Para Stenhouse (citado por Contreras, J.), el currículo no debe proponerse tener éxito, sino proponer el desarrollo del profesor como objeto de que pueda enfrentarse con nuevos problemas.¹⁸

Las escuelas y las instituciones educativas en general, conceden intencionalidad educativa al hecho de aprender a saber hacer y se proclama que la relación

entre teoría y práctica, entre conocimiento y aplicación, no es una relación de oposición sino de necesaria implicación para que los aprendizajes sea significativos y completos.¹⁹

Es verdad que para el alumno no significa solamente aprender procedimientos, aprender los enunciados de las fórmulas o de las reglas de actuación, de las instituciones, bajo los que se presentan, sino también saberlos poner en práctica. Pero aún sería insuficiente si una vez adquiridos los procedimientos (o durante el proceso de adquisición del conocimiento y de la aplicación), el alumno no fuera capaz de llegar a realizar mediante ellos nuevos aprendizajes. Sistema de evaluación en el área odontológica: La evaluación educativa a nivel general, incluyendo el área odontológica ha cobrado un espacio especial a partir de la forma como las políticas de modernización educativa han establecido su nueva función. Se vive un momento en el que programas académicos, planes de estudio, investigaciones, instituciones y personal académico son objeto de evaluaciones. La forma como se ha implementado la evaluación en México ha vinculado sus resultados a la asignación de recursos económicos, con ello ha distorsionado las acciones de evaluación y creado nuevas deformaciones en el campo educativo.²⁰

Tiempo y momento de la evaluación curricular en el área odontológica.

La evaluación del currículo ha estado en sus orígenes, en sus concepciones y en sus procedimientos, a la propia evaluación del currículo. Cuando surgieron las tendencias eficientistas la evaluación era una pieza importante en la comprobación de la eficacia que mostraba el currículo, para lo que se pretendía de él. Por ello los programas de evaluación odontológicos de aquel momento se centraron fundamentalmente en la valoración del éxito de las previsiones curriculares, es decir, en la comprobación de los resultados mostrándose incapaz de comprender porqué se obtenían los resultados que se conseguían. No se disponía de información que permitiera comprender que había ocurrido en realidad el proceso de aplicación del currículo que pudiera arrojar luz para entender cual debería de ser la decisión adecuada con respecto al mismo. Así, como se pensó en última instancia debía permitir la evaluación tomar nuevas decisiones con respecto al currículo, se empezó a desarrollar una interpretación de la evaluación como el resultado de la evaluación necesaria para adoptar decisiones. (Stufflebeam, citado por Contreras, J.)²¹

Diseño del proceso de evaluación interna en la licenciatura de Odontología o Estomatología.

Varios autores consideran que lo más importante en una evaluación es llegar a formular juicios de valor sobre las variables medidas que, a su vez, nos conducirán a un proceso de toma de decisiones tendientes a dirigir los resultados hacia la dirección deseada.²²

La evaluación curricular es importante porque en la actualidad constantemente ocurren cambios hay nuevos hallazgos científicos, deben juzgarse continuamente los resultados obtenidos pues sólo así se llega al perfeccionamiento o al reemplazo racional y fundamentado de lo que se tiene establecido.²³

Lew (citado por Díaz Barriga, F.), afirma que debe mantenerse un seguimiento permanente de lo que domina "el control de calidad del programa", ya que un currículo que funciona satisfactoriamente durante cierto tiempo y bajo condiciones determinadas, puede convertirse gradualmente en obsoleto y requerir de modificaciones o reemplazo.²⁴

La evaluación curricular debe satisfacer no sólo el criterio de educación científica como validez, confiabilidad, objetividad, sino también criterios de actividad práctica como importancia, relevancia, costeabilidad, alcance duración y eficacia.

Díaz Barriga, F. establece un esquema que a continuación se describe para hacer la evaluación interna del departamento, facultad o escuela de odontología.²⁵

Evaluación en contexto. Sirve para tomar decisiones que en la planeación conducen a determinar los objetivos del proyecto. Con este tipo de evaluación se fundamentan o justifican los objetivos, se definen el medio relevante, las condiciones vigentes y las deseables, se identifican las necesidades y se diagnostican los problemas.

Evaluación de entrada o de insumos. Sirve para estructurar las decisiones que conducen a determinar el diseño más adecuado del proyecto, y por medio de la información que contiene, puede decidirse como utilizar los recursos para lograr las metas de un programa.

Evaluación de proceso. Sirve para implantar decisiones que nos ayuden a controlar las operaciones del proyecto. Con este tipo de evaluación se pretenden alcanzar tres objetivos principales:

1. Detectar o predecir defectos en el proceso de diseño o en su aplicación.
 2. Proveer información para tomar decisiones programadas.
 3. Mantener un registro continuo del procedimiento.
- La evaluación del proceso requiere un análisis de aspectos tales como relaciones interpersonales, canales de comunicación, actitud de los usuarios hacia el

programa, adecuación de recursos, disponibilidades físicas, personales, programas de tiempo, estructura interna de los programas y conceptos que se enseñaran. Stufflebeam (citado por Díaz barriga, F.), sugiere que para recolectar la información de este tipo de evaluación, se utilicen tanto procedimientos formales como informales (por ejemplo, análisis de interacción, listas de cotejo, entrevistas, buzones de sugerencias entre otros).²⁶

Para valorar internamente la eficiencia del currículo, cuando se revisa su estructura interna y su organización existen criterios pedagógicos como:

1. Congruencia del plan.
2. Viabilidad del plan.
3. Continuidad del plan.
4. Integración del plan.
5. Vigencia del plan.

Al analizar la congruencia del plan, se estudia el equilibrio y la proposición de los elementos que lo integran, para lo cual se analizan los objetivos tanto de uno sólo como de diferentes niveles. En el análisis de los objetivos generales o terminales del plan, éstos se confrontan con los fundamentos, a fin de descubrir errores de omisiones y de consideraciones parciales, erróneas y contradictorias.

Cuando se estudia la vigencia del plan de estudios, se valora la actualidad del mismo en relación con los fundamentos que le sirven de base.

Al evaluar la viabilidad del plan de estudios, se estudia éste en relación con los recursos existentes, por lo que se requiere de elaborar un inventario de recursos de la institución y analizar su operación y cotejar los recursos con los objetivos definidos.

Al evaluar la continuidad e integración del plan, se pretende determinar la relación entre los objetivos de materias, o recursos con el período cuatrimestral en que se imparten y posteriormente, establecer su interrelación con todos los objetivos del plan.

Es importante confirmar que se ha conseguido una estructura continua e integrada que permita el logro de los objetivos terminales de la carrera, para lo cual Glazman y De Ibarrola recomiendan obtener la siguiente información:

1. Los cursos que presentan una mayor incidencia como antecedentes o consecuentes.
 2. Los cursos aislados.
 3. Las relaciones entre estos cursos.
 4. Las relaciones entre los cursos y el cuatrimestre (periodicidad) en que se imparten.
- De este modo podrán detectarse los siguientes errores.
1. Cursos con objetivos complejos que se imparten en los niveles iniciales.

2. Cursos con objetivos sencillos que se imparten en niveles avanzados.
3. Cursos consecuentes que se están impartiendo previamente.
4. Cursos antecedentes que se están impartiendo posteriormente.
5. Cursos antecedentes muy separados de sus consecuentes.
6. Falta de relación entre los cursos que se imparten simultáneamente.²⁷

Con respecto a la evaluación interna de la eficacia del currículo, Arredondo (s.f.) propone que el indicador más importante en el rendimiento académico del alumno con respecto al plan de estudio. Este autor propone diversos análisis, entre ellos:

1. Determinación de índices de deserción, reprobación, acreditación y promedios generales de los objetivos terminales por materias y áreas de estudio, por medio de la consideración de aspectos tales como cuatrimestres, sexo, generación, etc.

2. Análisis de áreas curriculares y conceptuales en relación con el rendimiento académico de los alumnos y los procedimientos y los materiales de instrucción.

3. Análisis de la labor de los docentes en relación con sus características y el rendimiento académico de los alumnos.

4. Análisis de evaluación y rendimiento académico, a partir de los tipos de evaluación del aprovechamiento escolar empleados y del nivel de participación estudiantil en las mismas.

Evaluación de producto. Sirve para repetir el ciclo de decisiones tendientes a juzgar los logros del proyecto. Permite además, medir e interpretar los logros no sólo del final de cada etapa del proyecto, sino del proyecto global. Asimismo, por medio de ellas se investiga la extensión en que los objetivos terminales se han logrado, a diferencia de la evaluación de procesos, con la que se busca determinar la extensión en que los procedimientos son tan operantes como se ha esperado.²⁷

NOTAS

(1) *Organización de facultades de odontología de América Latina*, 1990, p.9

(2) *Comisión económica para América Latina y el Caribe. Educación y conocimiento: eje de la transformación con equidad*. Santiago de Chile. 1992, p.125.

(3) *Castro, C. et al. Foro de reforma curricular y administrativa, 2a. etapa. Universidad Autónoma de Puebla. Escuela de Odontología. Documento de circulación interna*. 1988, p.67.

(4) *Guevara Niebla, G. El campo del currículum. Antología. Centro de estudios sobre la universidad. UNAM. 1991, Vol. II, p.132.*

(5) *Plan de desarrollo de la Benemérita universidad Autónoma de Puebla*. 1994, p.15.

(6) *Apple, M. Ideología y currículo. Madrid. Akal. 1986, p.211.*

(7) *Osborn, T. La educación superior en México. México. Fondo de cultura económica. 1987, p.15.*

(8) *Organización de facultades., Ob. cit., p.11.*

(9) *Zarzar, C. Habilidades básicas para la docencia. México. patria. 1993, p.23.*

(10) *Ibidem.*

(11) *Ibidem.*

(12) *Comisión económica para América Latina y el Caribe., ob. cit.,151.*

(13) *Tyler, R. Principio básicos para el desarrollo del currículo. Sa. Ed. Buenos Aires. Troquel.1986, p.87.*

(14) *Ibidem. 88.*

(15) *Nuevo plan de estudios de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. 1992, p.97.*

(16) *Díaz Barriga, A. Un enfoque metodológico para la elaboración de programas escolares. Perfiles educativos. No. 10.p.17.*

(17) *Organización de facultades de América..., Ob. cit., p.11.*

(18) *Contreras, J. Enseñanza, currículum y profesorado. España. Akal. 1990, p.220.*

(19) *Coll, C. et. al. Los contenidos de la reforma. Madrid Santillana. 1992. p.104.*

(20) *Díaz Barriga, A. Ensayos sobre la problemática curricular. México. Trillas. 1992, p.104.*

(21) *Contreras, J., Ob. cit., p.221.*

(22) *Díaz barriga, F. Metodología de diseño curricular para educación superior. México Trillas. 1993, p.135.*

(23) *Ibidem.*

(24) *Ibidem, p.137.*

(25) *Ibidem, p.138.*

(26) *Ibidem, p.140.*

(27) *Ibidem, p.143.*

Educación continua en diagnóstico patología y medicina bucal

Responsable: C.D. Mario Palma Guzmán¹

Palma G. M. Educación continua en diagnóstico patología y medicina bucal. Oral. 1999;1:16-16

Key Word: Educación, continua

¹ Profesor tiempo completo por exa de oposición de la cátedra de Patología y Medicina Bucal. Profesor adscrito a la división de estudios de posgrado de la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Pu

En esta ocasión se presentan las respuestas de las preguntas del número pasado, y se incluye el nuevo cuestionario

RESPUESTAS

- 1.- (c) atrofia
- 2.- (a) cierto
- 3.- (e) a,b,c
- 4.- (a) leucoplasia, y (c) eritroplasia
- 5.- (e) todas las anteriores

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

(Según el orden de las respuestas)

- 1.- Amado Saul. Estudio de un enfermo de la piel. Capítulo 2. En: Lecciones de Dermatología. Décima Edición. Francisco Méndez Cervantes Editor. México 1983; 37-62.
- 2.- J.V. Bagán Sebastián. Enfermedades ampollares de la cavidad oral (I): pénfigos. Capítulo 20. En: J.V. Bagán Sebastián, A. Ceballos Salobreña, A. Bermejo Fenoll, J.M. Aguirre Urzár y M. Peñarrocha Diago. Medicina Oral. MASSON. Barcelona, España 1995; 220-26.
- 3.- WHO Collaborating center for Oral Precancerous lesions. Definition of leucoplakia and related lesions; An aid to studies on oral precancer. Oral Surg 1978;46: 518-39.
- 4.- J.V. Bagán Sebastián. Lesiones y estados precancerosos de la mucosa oral. Capítulo 16. En: J.V. Bagán Sebastián, A. Ceballos Salobreña, A. Bermejo Fenoll, J.M. Aguirre Urzár y M. Peñarrocha Diago. Medicina Oral. MASSON. Barcelona, España 1995; 166-176.
- 5.- J.A. Regezi y J. Sciubba. Lesiones rojiazules. Capítulo 4. En: Patología Bucal. 2º Edición. Interamericana McGraw-Hill. México 1995; 142-166.
- 6.- The American Academy of Orofacial Pain: edited by jeffry P. Okenson. Differential Diagnosis and Management Considerations of Intraoral Pain Disorders. Chapter 7. In: Orofacial Pain. Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Quintessence. USA 1996;89-112.

PREGUNTAS.

- 1.- Las lesiones recurrentes intraorales, vesículo-ulcerativas, producidas por los virus herpes simple, tipo I y II, se localizan preferentemente en encía y mucosa de paladar duro.
 - a.) Cierto
 - b.) Falso
- 2.- Las lesiones ulcerativas de la Estomatitis Aftosa Recurrente, se clasifica en:
 - a.) Menores
 - b.) Herpetiformes
 - c.) Mayores
 - d.) todas las anteriores
 - e.) ninguna de las anteriores
 - f.) solo a y c

- 3.- Algunos tumores odontogénicos (ameloblastoma, tumor odontogénico adenomatoide, tumor odontogénico epitelial calcificante), en forma ocasional, se puede presentar periféricamente en los tejidos blandos (encia)
- Cierto
 - Falso
- 4.- Si durante la elaboración de un interrogatorio médico, un paciente de sexo masculino, de 19 años de edad, estudiante del primer año de medicina, le comentase que a la edad de 10 años padeció "únicamente" de Fiebre Reumática, y desde el punto de vista odontoestomatológico, se requiere realizar una extracción de un primer molar inferior derecho, por presentar éste diente gran destrucción de la corona clínica por caries. Su actitud para prevenir una posible endocarditis infecciosa, sería:
- Establecer antibiótico-terapia preventiva
 - Canalizar al paciente con un cardiólogo o médico internista, a fin de descartar lesión valvular, y posteriormente decidir con base al diagnóstico médico, establecer o no la antibiótico-terapia preventiva.
 - Considerar al paciente como de alto riesgo, y decidiría su manejo odontoestomatológico a nivel hospitalario.
 - Tratar al paciente sin ninguna medida preventiva, o de otra naturaleza, ya que "únicamente" padeció de Fiebre Reumática.
- 5.- La terapia preventiva antibiótica, por vía oral, recomendada actualmente en odontoestomatología, para prevenir una endocarditis o endarteritis infecciosa, en pacientes no alérgicos a penicilina, cardiopatas de alto riesgo (por ejemplo: válvulas cardíacas protésicas, endocarditis bacteriana previa, enfermedad cardíaca congénita cianótica compleja), y moderado riesgo (por ejemplo: la mayoría de las malformaciones congénitas cardíacas, disfunciones valvulares adquiridas, cardiomiopatía hipertrófica, prolapso de la válvula mitral, con regurgitación valvular y/o válvulas engrosadas), es:
- Amoxicilina, 3 grs., una hora antes del tratamiento dental invasivo, y 1.5 grs. 6 horas después.
 - Amoxicilina, 3 grs., una sola toma una hora antes del tratamiento dental invasivo.
 - Amoxicilina, 2 grs., una sola toma una hora antes del tratamiento dental invasivo.

5 preguntas?

Sección a cargo
de C.D. Verónica Márquez Roa

Raymond Sugiyama, D.D.S, M.S., INC Diplomate American Board of Orthodontics.

1.- ¿Cuál es la razón de su estancia en la Facultad de Estomatología de la B.U.A.P.?

En el congreso de ortodoncia realizado en la Cd. de Oaxaca, conocí al Mtro. Marco A. Enciso Jiménez, Secretario de Investigación y estudios de Posgrado de la Facultad de Estomatología de la B.U.A.P. y me invitó como conferencista y aquí estoy.



2.- ¿Cuál es su opinión acerca del Departamento de Posgrado de Ortodoncia?

Realmente estoy impresionado, por que he observado y conocido su equipo, infraestructura, limpieza y la clase de dirigentes, además mantiene un buen programa científico y una excelente clínica, creo que cuenta con una adecuada planta de profesores.

Puedo exteriorizar estas ideas, con un conocimiento de diferentes universidades alrededor del mundo, como profesor visitante y conferencista desde China, Mongolia, Hong Kong y diversos campos en Norteamérica.

3.- ¿Qué impresión le causaron los estudiantes del posgrado de Ortodoncia?

Cuando me dirigía a los estudiantes, cualquier tema del que les hablara, lo conocían, en otros países me vi obligado a bajar el nivel de mis conferencias por su complejidad, en Puebla tal cosa no sucedió, siempre tuvieron una clara idea de lo que hablaba e incluso se me exigió subir el nivel de complejidad de mis contenidos.

4.- ¿Qué opina de la Ortodoncia Mexicana?

En México se encuentra uno con una calidad sin demérito, y fuerte, puedo opinar que tiene un excelente nivel.

5.- ¿Qué opina de los posgrados que conoce, comparados con el nuestro?

De los múltiples programas que conozco, con certeza puedo decir que el posgrado de Ortodoncia de la B.U.A.P. es un posgrado consolidado, fuerte y superior a muchos posgrados extranjeros sin temor a equivocarme.

6.- ¿Qué consejo puede usted darnos sobre investigación?

Lo ideal es crear un comité, que su labor sea exclusiva en investigación, esto reducirá su producción cuantitativa, pero se incrementará cualitativamente, ya que la calidad en el personal es potencialmente rica en este sentido.

7.- ¿Qué es Invisaling?

Es un método ortodónico sin braquets, desarrollado en Stanford basándose en guardas preformadas de acetatos rígidos. El posgrado de Ortodoncia de la B.U.A.P. es el primer lugar fuera de USA, en que se imparte una conferencia de este tema. Existen sólo 23 ortodoncistas en el mundo certificados para su utilización.