



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PROPUESTA DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
PRIMARIA EN LA ESCUELA BÁSICA BOLIVARIANA GENERAL
“JOSÉ ANTONIO ANZOÁTEGUI”, TINAQUILLO, ESTADO
COJEDES. ENERO – MAYO 2015.**

Autor (as): Luz Hernández.

María Bergoderi.

Tutor (a): Odont. Rosana Méndez.

Urb. Yuma II, calle Nro. 3. Municipio San Diego.
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
PRIMARIA EN LA ESCUELA BÁSICA BOLIVARIANA GENERAL
“JOSÉ ANTONIO ANZOÁTEGUI”, TINAQUILLO, ESTADO
COJEDES. ENERO – MAYO 2015.**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de

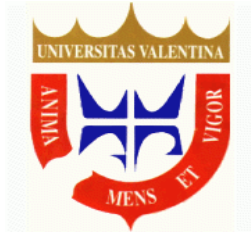
Odontólogo.

Autor (as): Luz Hernández.

María Bergoderi.

Tutor (a): Odont. Rosana Méndez.

SAN DIEGO, JULIO 2015.



Universidad José Antonio Páez

Consejo Universitario

CU-UJAP _____

San Diego, Estado Carabobo _____

Ciudadano(a)

CI _____

Presente.-

Cumplo con informarle que el consejo universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sesión N° _____, celebrada _____, acordó aprobar el proyecto de trabajo de grado presentado por usted, como requisito para optar al título profesional, titulado: “odontólogo”

Atentamente:

Secretaría.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Rosana Méndez, titular de la Cédula de Identidad N° V-12.921.256, en mi carácter de Tutor (a) del trabajo de grado presentado por las ciudadanas: Luz E. Hernández D., portadora de la Cédula de Identidad N° V-15.486.171 y María G. Bergoderi., portadora de la Cédula de Identidad N° V-24.001.407; titulado **PROPUESTA DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PRIMARIA EN LA ESCUELA BÁSICA BOLIVARIANA GENERAL “JOSÉ ANTONIO ANZOÁTEGUP”, TINAQUILLO, ESTADO COJEDES. ENERO – MAYO 2015.**, presentado como requisito parcial para optar al título de ODONTÓLOGO GENERAL, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y la evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En San Diego, a los ____ días del mes de _____ del año dos mil quince.

Firma _____

Nombre y Apellido _____

Cédula de Identidad _____



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ACTA DE APROBACIÓN DEL INFORME DEL TRABAJO DE GRADO

El Jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para evaluación del trabajo de grado titulado **PROPUESTA DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PRIMARIA EN LA ESCUELA BÁSICA BOLIVARIANA GENERAL “JOSÉ ANTONIO ANZOÁTEGUP”, TINAQUILLO, ESTADO COJEDES. ENERO – MAYO 2015.**, realizado por los Bachilleres: Luz E. Hernández D., portadora de la Cédula de Identidad N° V- 15.486.171 y María G. Bergoderi, portadora de la Cédula de Identidad N° V- 24.001407; cursante de la carrera de Odontología, hace constar que después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación asignándole la **CLASIFICACIÓN DEFINITIVA DE _____ (), PUNTOS.**

El Jurado

	,	
Tutor académico		Miembro
Nombre		Nombre
C.I.		C.I.

Miembro

Nombre

C.I.

Fecha: ___/___/___



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **Propuesta de un servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, Estado Cojedes.** Ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Od. Rosana Mendez

Tutor Académico

Firma

Fecha

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

A ti mi Dios, que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

Siempre me he sentido maravillada, por la linda familia que tengo. Mi padre que se ha preocupado por mí desde el momento en que llegué a este mundo y así como también mi madre me ha formado para saber cómo luchar y salir victoriosa ante las diversas adversidades y obstáculos de la vida. Muchos años después, sus enseñanzas no cesan, y aquí estoy con un nuevo logro exitosamente conseguido.

A mi esposo Alexander, gracias por acompañarme en esta ardua tarea de superación, de alcanzar otra meta, me inspiraste a ser mejor para ti, tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo en los momentos más turbulentos, no ha sido fácil para los dos, pero estamos juntos a pesar de los tropiezos que nos presenta la vida...te amo papi.

Hija de mi vida, eres mi orgullo y mi gran motivación, libras mi mente de todas las desdichas que se presentan, y me impulsas cada día a superarme en la carrera, de ofrecerte siempre lo mejor. No es fácil, eso lo sé, pero tal vez sino te tuviera, no habría logrado mi éxito. Te amo mi princesa...sin echar de menos agradezco a dios por darme la dicha de ser mamá otra vez, este ser que crece dentro de mi cada día, el cual deseo y amo con todo mi corazón.

A mis hermanos, no solo por estar presentes aportando buenas cosas a mi vida, sino por los grandes lotes de felicidad y de diversas emociones que siempre me han causado...los quiero mucho.

A mis sobrinos, quisiera nombrarlos a todos y eso no quiero decir que no me acuerde de cada uno, a todos los quiero mucho; gracias por sus ocurrencias y sonrisas...Dios los bendiga.

A mis suegros, gracias por sus enseñanzas, por los mensajes de aliento, y excelente manera de instruirme para afrontar las verdades de la vida.

Luz Elvimar.

AGRADECIMIENTO

Agradezco mucho por la ayuda de mis profesores, compañeros y a la universidad en general. Por todas las oportunidades y sus copiosos conocimientos que me han otorgado

A nuestra tutora Odont. Rosana Méndez, por su apoyo incondicional durante el desarrollo de nuestro trabajo.

Gracias a mi compañera de tesis “Gachi” por tenerme paciencia, tolerancia y comprensión durante nuestra investigación.

A nuestro jurado Odont. Blasmir Jiménez y Herlinda Rodríguez, por inculcarnos el amor hacia la carrera, apoyo incondicional y aliento durante el desarrollo del trabajo.

A la institución, organismos, archivos, bibliotecas; que de alguna manera contribuyeron a facilitarme acceso a la información requerida para alcanzar los objetivos trazados en esta tesis.

Luz Elvimar.

DEDICATORIA

Dedicado a todas esas personas que fueron pilares primordiales para el cumplimiento de todas las etapas para llegar al día de hoy.

Mis padres, hermanos, mi abuela, mi novio, mis amigas y compañeras de la universidad. Que cuando se necesitaba ese apoyo palabras alentadoras ahí estaban cuando más se necesitaba.

María Grazzia Bergoderi.

AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios, que mediante su fortaleza, fe y esperanza fueron claves para seguir luchando cuando las ultimas de las esperanzas se creían perdidas.

A mis padres, que me abrieron las puertas de su casa para facilitar tantas cosas relacionadas a los pacientes. Mi papá, de esas personas que aunque tras un día agotador encontraba ganas y fuerzas para decir “te acompaño a buscar tu paciente”.

Miguel Ángel, gracias a él por ser ese hombro y apoyo cuando todo parecía en contra, aguantándose cualquier cantidad de cosas por hacer para esta carrera, ayudándome en pequeña y grandes cosas.

Martha Dugarte, fiel ayudante que era ese motorcito para ayudar y apurar.

Los profesores, que con sus conocimientos y ayudas, fueron las mejores guías para el conocimiento de las áreas de la carrera, todos y cada uno de ellos fueron clave. GabriellaMariella, María Eugenia González, Blasmir Jiménez, Rosana Méndez, Aurora Marcano, Eglee Díaz, Marianella Rivero, Ivetmar Gámez, GerosimaSabaa, ErvyWeffer, Humberto Matos, Neycer Navas, Martin Correa, Jeiny Papel, Jesús González, Carmelo Delgado, Dayana Tomich, Valero, Juan Torres, María Gabriela Avendaño y Sandra Rodríguez. Y los que indirectamente fueron parte de nuestra formación como Herlinda Rodríguez, Karla de Abreu, Franceli, Meudy entre muchos otros más que se cruzaron en el camino durante mi formación como profesional.

Y por último pero no menos importante, Valentina Loiacono, Dayana Gutiérrez, Emily Rodríguez, Eva Gómez y Luz, mi compañera de tesis. Por su amistad, consejos, palabras de aliento, chinche de poder culminar y trabajar rápido y duro.

Gracias a todos ellos por ser parte de quien soy y en lo que han representado en mí día a día, ese empuje y apoyo que aunque uno cree que no lo necesite, siempre han estado ahí.

María Grazzia Bergoderi

ÍNDICE GENERAL

	pp.
Lista de Cuadros.	xv
Lista de Gráficos.	xvi
Resumen.	xvii
Introducción.	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.	3
Objetivos de la Investigación.	5
Justificación de la Investigación.	6
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	
Antecedentes de la Investigación.	7
Bases Teóricas.	12
Bases Legales.	35
Definición de Términos Básicos.	37
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
Tipo y Nivel de la Investigación.	41
Diseño de la Investigación.	42
Población y Muestra.	42
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.	43
Técnicas para el Análisis de los Datos.	46
CAPÍTULO IV	
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	47
Análisis y Discusión General de los Resultados.	50
CAPÍTULO V	

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
CAPÍTULO VI	
PROPUESTA	54
REFERENCIAS	62
ANEXOS	64

LISTA DE CUADROS

	Pp.
Cuadro	
1 Operacionalización de las Variables.	45
2 Estructura Operativa del Plan Estratégico Propuesto.	57

LISTA DE GRÁFICOS

	Pp.
Gráfico	
1 Índice de Salud Bucal, según sexo.	47
2 Patologías que afectan la Mucosa Bucal.	48
3 Factibilidad de la Propuesta.	49
4 Disponibilidad de Recursos.	50



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
PRIMARIA EN LA ESCUELA BÁSICA BOLIVARIANA GENERAL
“JOSÉ ANTONIO ANZOÁTEGUI”, TINAQUILLO, ESTADO
COJEDES. ENERO – MAYO 2015.**

Autor (as): Luz Hernández.

María Bergoderi.

Tutor (a): Odont. Rosana Méndez.

San Diego, Julio 2015.

RESUMEN

La epidemiología puede ser definida como la ciencia que se ocupa de los problemas de salud y enfermedades en la población o grupo; en cuánto a fenómenos de masa. El objetivo de esta investigación fue proponer un servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – Mayo 2015. Metodológicamente, la investigación estuvo enmarcada bajo la modalidad de un proyecto factible, con un nivel descriptivo/de campo y un diseño no experimental. Para el presente estudio se tomó en cuenta como población, los estudiantes de la E.B.B. antes mencionada, que se han matriculado en el año 2014-2015 de 1° a 3° grado de; siendo una totalidad de 436 alumnos. Tomando una muestra del 30% de dicha población, la misma quedó conformada por 130 escolares. Como técnicas para la recolección de información se utilizaron: la observación directa participante, el análisis de contenido y la entrevista, como instrumento se empleó el Odontodiagrama y una guía de observación (Historia Clínica). Los resultados arrojados, permitieron a las autoras del estudio, establecer un Plan Estratégico en la institución a fin de brindar servicios especializados en odontología, integrales, oportunos y de calidad a los escolares y población de las zonas adyacentes

Palabras claves: Epidemiología, salud bucal, atención médico primaria.



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF DENTISTRY
CAREER DENTISTRY**

**PROPOSAL FOR A DENTAL SERVICE IN BASIC PRIMARY SCHOOL
GENERAL BOLIVARIAN "JOSE ANTONIO ANZOATEGUI"
TINAQUILLO, COJEDES STATE. JANUARY - MAY 2015.**

Author (s): Luz Hernandez.
Mary Bergoderi.

Tutor (a): Odont. Rosana Mendez.
San Diego, July 2015.

ABSTRACT

Epidemiology can be defined as the science that deals with the problems of health and disease in the population or group; in terms of mass phenomena. The objective of this research was to propose a primary dental care service in General Basic School Bolivariana "José Antonio Anzoátegui" Tinaquillo, Cojedes state. From January to May 2015. Methodologically, the investigation was framed in the form of a feasible project with a descriptive / field level and a non-experimental design. For the present study was taken into account as population, students EBB above, which they were registered in the year 2014-2015 from 1st to 3rd grade; It is a totality of 436 students. Taking a sample of 30% of this population, it was composed of 130 students. As techniques for data collection were used: direct participant observation, content analysis and interview, as the Odontodiagrama instrument and an observation guide (Medical Records) was used. The results obtained, allowed the authors of the study, set up a Strategic Plan for the institution to provide specialized dentistry, comprehensive, timely and quality service to the population of the school and adjacent services

Keywords: Epidemiology, oral health, primary medical care.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades. De acuerdo con estas palabras, esta patología afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; teniendo una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y ausencia de hábitos higiénicos.

A pesar de existir tecnologías preventivas capaces de dominarlas, controlarlas o erradicarlas, la Odontología en Latinoamérica continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja e ineficiente, y se sigue ofreciendo al 90% de la población la exodoncia como única solución, pero constituye una importante fuente de dolor para el ser humano y es origen de grandes pérdidas económicas para la sociedad, unido a los elevados costos de los servicios Odontológicos se han convertido en un bien de consumo cada vez más inaccesible a un gran sector de la población.

Particularmente, en Venezuela se han realizado numerosas investigaciones para conocer la prevalencia de la caries dental. En su mayoría han sido estudios regionales con los cuales se ha puesto de manifiesto la situación en la que se encuentra la población infantil en el ámbito nacional. La presente investigación tendrá como objetivo general proponer un servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – mayo 2015.

Es menester indicar, la referida investigación fue descriptiva con modalidad de campo, con diseño descriptivo-transversal, no experimental; se caracterizó porque describe la frecuencia de una enfermedad en una población determinada en un momento dado. La muestra a ser estudiada fue de 130 estudiantes, equivalentes al

30% de la población total involucrada (436 escolares) con edades comprendidas entre 6 – 9 años. El esquema de la investigación, se describe a continuación:

En el Capítulo I. Se desarrolló el problema, se plantearon los objetivos del estudio (general y específicos), así como su justificación.

En el Capítulo II. Se mencionaron los antecedentes que guardan estrecha relación con el tema en estudio, se puntualizan las bases teóricas, bases legales y terminología.

En el Capítulo III. Se describió la metodología utilizada por las autoras de este estudio.

En el Capítulo IV. Se plantean los análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

En el Capítulo V: Se realizaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Finalmente, en el Capítulo VI: Se planteó el Plan Estratégico.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La salud pública representa la organización racional de todas las actividades dirigidas a garantizar el estado de bienestar físico, biológico, psicológico y social, básico para la vida del individuo; y a través de ésta, se obtiene diversos beneficios que permiten una mejor convivencia y mejoramiento de condiciones de un individuo de la sociedad, a la cual pertenece, dónde los principales puntos se trata de monitoreo y análisis de la situación de la salud de la población, vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, promoción de la salud.

En consecuencia, por medio de la salud pública, se logra la estrategia de Atención Primaria en Salud, que se define:

Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familia de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, (OMS, 2015).

Y sus tres grandes objetivos:

1. Hábitos saludables como norma de vida
2. Prevención de la enfermedad.
3. Atención comunitaria para todos.

En base a este planteamiento, dichos propósitos juntos a la salud pública y la Atención Primaria en Salud van de la mano con la rama de la odontología que se denomina Epidemiología y esta última es la “disciplina que estudia la distribución, frecuencia y ausencia de las enfermedades o eventos de salud, considerando todas las variables asociadas que permites identificar o aclarar los determinantes de su incidencia y prevalencia. Aplica el método científico y su acción es preferencialmente

a grupos sociales y sirve de apoyo y orientación a los aspectos administrativos de la acción en salud” Álvarez y Álvarez, (1998).

Es entonces, la salud odontológica comunitaria supone un paso más de la salud pública, ya que introduce una serie de cambios a través de 3 grandes áreas: la epidemiología, la promoción y prevención de la salud, la planificación y gestión de los servicios comunitarios.

A pesar de que en América Latina, con el proceso de la globalización, industrialización y masificación de la población, se han generado cambios en el ámbito político, social, económico, cultural y hasta en materia de salud; como por ejemplo en Venezuela, nación que ha sufrido esos cambios en donde por efectos de gerencia, distribución de recursos, falta de planificación estratégica, falta de voluntad política, gubernamentales y locales, las comunidades se encuentran deprimidas y con carencia de recursos, servicios públicos, de educación y hasta de salud. Una de las debilidades más grandes que presentan es la carencia o insuficiencia de la atención primaria en salud bucal, aun cuando la OMS (Organización Mundial de la Salud), la Carta Magna y algunos instrumentos legales la exhortan, no se traduce en su totalidad en bienestar social.

Sin embargo, existen muy pocos programas preventivos permanentes que previenen la salud de los miembros de las comunidades. Ha de notarse que con el proceso de la descentralización a finales de la década de los 80, Venezuela se fortaleció en los diferentes ámbitos en la creación de ayuntamientos o alcaldías que han permitido mantener mayor acercamiento entre la prestación de los servicios mínimos y las demandas de las comunidades. En muchas ciudades se crearon redes ambulatorias donde se fortalecen los centros pilotos en materia de Salud bucal en atención primaria.

En este contexto, se hizo una observación directa e indirecta a través de las escuelas públicas nacionales - estatales, específicamente a la “Escuela Básica Bolivariana Gral. José Antonio Anzoátegui” ubicada en Tinaquillo, Edo Cojedes. Después de revisar la literatura y comparar estadísticas se determinó que en la Escuela referida prevalece: la carencia de atención preventiva primaria, en salud

odontológica entre ellas: caries multifactoriales, placa dental, cepillado y muchas alteraciones a nivel de la cavidad bucal, enfermedades periodontales, entre otros. Dónde son 229 alumnos de 1er a 3er grado observándose un 70.6% de alumnos afectados por dicha enfermedad.

Por lo tanto, es esencial una evaluación oportuna del estado de salud oral en estos pacientes, con el fin de eliminar todos aquellos focos potenciales de infección de la cavidad bucal. En base a estos planteamientos, los agentes interrogantes quedan expresados como: ¿Por qué se debe diagnosticar la necesidad de crear un servicio de atención odontológica primaria en la institución en estudio?, ¿De qué manera se puede determinar la factibilidad de implementar un servicio de atención odontológica primaria en el centro educativo? y ¿Cómo diseñar el servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – Mayo 2015?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Proponer un servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – Mayo 2015.

1.2.2 Objetivos Específicos

Diagnosticar la necesidad de crear un servicio de atención odontológica primaria en la institución en estudio.

Determinar la factibilidad de implementar un servicio de atención odontológica primaria en el centro educativo.

Diseñar el servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – Mayo 2015.

1.3 Justificación de la Investigación

La presente investigación se justifica porque permite establecer el estado de salud bucal en escolares y sus factores etiológicos, que conllevan a un correcto diagnóstico de la situación actual, para brindar la información necesaria, disminuyendo la instauración de las enfermedades bucales y así fomentar la conservación y mantenimiento.

De este modo, el aporte de datos epidemiológicos interviene en la fomentación de diversos factores sociales para la prevención, cuidado, mejora y mantenimiento de la salud bucal, para así crear conciencia e incentivar a la población estudiantil, al profesorado y a la comunidad, haciendo entender la relación de la salud con calidad de vida, ya que es un proceso social que involucra a toda la población.

Éste trabajo tendrá el potencial de seguir incentivando y controlando las zonas desde el punto de vista epidemiológico y promocionando de forma educativa acerca de la prevención de la salud bucal, es edad escolar, por parte de los estudiantes de la Universidad José Antonio Páez. Adicionalmente, se aportarán datos epidemiológicos, que intervienen en la fomentación de prevención, cuidado, mejora y mantenimiento de la salud bucal, que se clasificaran de acuerdo a grado cursante, edad, sexo y condición social; determinando el estado de conocimiento y enfermedad de la salud bucal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

En primer lugar Fernández, J. (2014) en su estudio **“Evaluación de la intervención de salud bucal en escolares portadores de hábitos deformantes bucales, La Habana - Cuba”**. El estudio como propósito evaluar el resultado de las acciones educativas preventivas y terapéuticas aplicadas sobre los portadores de hábitos deformantes bucales. Dentro de la metodología, se realizó examen clínico a los niños de 5-11 años de edad de la escuela “Héroes del Moncada” del Consejo Popular Abreus, se aplicó una encuesta a los padres o tutores, educadores y niños antes y después de llevar a cabo la intervención, para mejorar la salud bucal de esta población.

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención con diseño de antes y después de un universo de 133 niños del Consejo Popular Abreus, después de realizar un estudio previo en dicha escuela donde se determinaron los niños portadores de hábitos deformantes bucales a los que se les aplicó técnicas afectivas participativas, mioterapia grupal y psicoterapia. Dentro de los resultados, se logró elevar el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, así como erradicar el 66,5% de los hábitos deformantes más frecuentes, reduciéndose las anomalías dentomaxilofaciales. Se concluyó: La intervención fue efectiva, pues logró elevar el nivel de conocimiento sobre los hábitos deformantes y su repercusión, tanto en los niños como en los padres y educadores, así como la eliminación de la práctica de éstos por los niños y con ello una reducción de las anomalías dentomaxilofaciales, se logró una mejor armonía de los componentes del Aparato Estomatognático.

El precitado antecedente se vincula con la presente investigación, al aportar que es necesario inculcar en la población, la importancia del autocuidado y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal y general; la formación de estos estilos de vida en las edades tempranas, la educación de los padres

como elemento fundamental, así como el rol del personal de educación y todo aquel que en su contacto directo con el niño impulse estos procedimientos preventivos.

Seguidamente, Battellino, L. (2010 - 2011) en su investigación **“Evaluación del Estado de Salud bucodental en preescolares: Estudio epidemiológico longitudinal, Córdoba, Argentina”**. Se realizó un estudio longitudinal de corte transversal de un año de duración en una muestra de 800 niños de la población preescolar de 4 años. Tuvo como propósito establecer la participación de diversas variables en la incidencia de caries. Los índices ceod, ceos de higiene oral y de salud bucal, como también las tasas de incidencias y los riesgos relativos de caries estuvieron inversamente relacionados con el Nivel Económico Social (NES) de los niños en los preescolares del NES III (proletariado típico, proletariado no típico, subproletariado), el riesgo relativo de experimentar caries fue casi cinco veces mayor (4,9); que el NES I (burguesías empresarial y gerencial).

En el NES I la mayoría de las nuevas lesiones se localizaron en las superficies lisas (61,2%) mientras que el NES III afectó predominantemente las superficies oclusales de los molares (63,2%). El consumo diario de azúcares fue mayor en los niños del NES III, pero la experiencia de caries se correlacionó débilmente con la cantidad o frecuencia de ingesta de estos carbohidratos (0,40 y 0,52%) respectivamente. No se registraron diferencias significativas interniveles en los parámetros bioquímicos salivales analizados. El cepillado dental asistido y las aplicaciones tópicas fluoradas disminuyeron fuertemente la incidencia de caries en los niños del NES III, reduciendo las correspondientes tasas valores muy próximos a los NES I (0,31 Vs 0,21) se concluye que los niños del NES III, por su susceptibilidad a la caries, deberían ser asistidos precozmente con medidas preventivas eficaces, como lo son el cepillado dental asistido y las aplicaciones tópicas fluoradas.

El precitado antecedente, se vincula con el presente estudio; ya que se pudo que la aplicación oportuna de medidas preventivas, como lo son la educación para reducir la ingesta de azúcares, el cepillado dental asistido y las aplicaciones tópicas fluoradas, pueden resultar muy eficaces en el control de caries en la población infantil, especialmente en aquellos grupos de niños que están social y

económicamente desfavorecidos, que son precisamente donde se concentran las afecciones bucodentales. Por lo que conjunto a este proyecto se buscará reforzar los conocimientos y mantener vigente la aplicación de estos.

Asimismo, Ascanio A; y Sánchez J. (2012) en su investigación: **“Salud bucal en escolares de la Unidad Educativa Nuestra Señora de la Caridad del Cobre en el municipio Santiago Mariño Edo. Aragua, Venezuela”**. En esta investigación se quiso determinar la salud bucal en escolares de dicha unidad educativa. Se realizó un estudio de tipo observacional con un diseño de campo. Dónde la población está constituida por 72 niños escolares, y se tomó como muestra a 36, representando el 50% de la población. Dicha población varía en edades desde los 6 años hasta los 11 años. Se empleó técnica de observación directa y como instrumentos de recolección de datos, una guía dónde se suministraron datos en relación al IHOS, CPOD, ceo y nivel de riesgo.

Se obtuvieron resultados favorables en relación al IHOS de (74,77) bueno; (24.7) regular entre todas las edades. Por otra parte el nivel de riesgo demostró 22.2% representando valor (0) “fuera de riesgo”, mientras que 77.77% valor 1 (bajo riesgo). En esta investigación se demostró que en la mayoría de los casos la higiene bucal es eficiente, aunque se hace evidente la presencia de la caries dental, siendo necesario reforzar los hábitos de higiene y las visitas periódicas al odontólogo.

Este antecedente guarda relación con el presente estudio, ya que queda demostrada la importancia de realizar actividades educativas para la salud en las escuelas, para desarrollar hábitos favorables en los niños y niñas; y elevar los conocimientos acerca de la higiene oral, que no se puede dar por sentado y seguir el reforzamiento de las herramientas ya aportadas.

En el mismo orden, Matheus, G. (2011) en su estudio **“Estrategias didácticas para la integración escuela comunidad en la promoción de la salud bucal de los niños en edad escolar del municipio Sucre, estado Zulia – Venezuela”**. Este estudio tuvo como objetivo Diseñar un Programa de Estrategias Didácticas para la Integración Escuela Comunidad en la promoción de la Salud Bucal en los Niños Pertenecientes al Sector Escolar de la Escuela Básica Nacional Bobures, Municipio

Sucre del Estado Zulia. El universo utilizado para desarrollar los procedimientos del estudio está conformado por los niños y niñas, maestros, padres y representantes de la Escuela descrita.

Metodológicamente, la investigación constituyó un tipo de investigación descriptiva en la modalidad de proyecto factible y un diseño de campo, ya que permitió la elaboración de una propuesta de un modelo operativo viable. La técnica utilizada fue la observación directa mediante encuesta y recolección de información bibliográfica para la elaboración de la misma. Sobre la base de esta información que fue triangulada mediante un análisis descriptivo fue elaborado un diagnóstico que permite concluir que existe la necesidad de generar respuestas mediante el desarrollo de un plan de estrategias docentes para la integración de los padres y representantes en la promoción de la salud de los niños del sector escolar en estudio y se recomienda fortalecer el vínculo de la escuela con servicios ya existentes en la comunidad, para dar respuesta a las necesidades de niños y niñas; como forma de hacer más sustentables y significativas las acciones preventivas de la escuela.

El aporte que deja el estudio antes descrito a la presente investigación es que se debe motivar a los docentes a que involucren a los padres y representantes en diferentes formas de integración dentro del trabajo escolar creando un ámbito propicio para el desarrollo de una conciencia crítica en cuanto a la prevención, como es el caso de la salud bucal, considerada como el resultante de la interacción de los factores económicos, sociales, biológicos y culturales que propician una permanencia prolongada de los órganos dentales en el individuo que además se sustenta en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permite la mejor función de los órganos involucrados en la digestión.

Finalmente, Gómez, M. (2009) realizó un estudio titulado **“Efectividad del subprograma clínica escolar en la formación de hábitos de higiene bucal de la comunidad educativa escuela Bolivariana Fabio Manuel Chirinos Pedregal Municipio Democracia Estado Falcón, Venezuela”**. Esta investigación tuvo como objetivo determinar factores involucrados en formación de hábitos y conductas adecuadas en salud bucal de escolares atendidos por el subprograma Clínica Escolar

en la Escuela Bolivariana Fabio Manuel Chirinos de Pedregal, Municipio Democracia, Estado Falcón, midiendo el efecto del subprograma sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral del núcleo familiar, maestros y escolares.

El estudio fue de carácter epidemiológico observacional, en la modalidad descriptiva analítica, transversal. La muestra estratificada aleatoria seleccionada al azar estuvo conformada por 151 niños con edades entre 3 y 14 años de ambos sexos de preescolar a 6to grado de Educación Básica, sus representantes y 6 maestros. Para el levantamiento epidemiológico a los niños se aplicaron los criterios de los índices CPOD y CEOD según lo propuesto por la OMS. El índice de higiene oral simplificado (IHOS), sólo para materia alba. El potencial criogénico (IPC) de la dieta se determinó con una encuesta de alimentos, para fluorosis dentaria, el índice de DEAN, se aplicó una encuesta: de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, a escolares, su grupo familiar y maestro.

Los resultados obtenidos demuestran que el programa Clínica escolar ejecutado durante más de 20 años en la comunidad mencionada, evidencian la existencia de un elevado conocimiento en salud bucal; y se evidencia la efectividad del programa al encontrar que el 79% de cada unidad dentaria permanente y 82% temporarias no ameritan ningún tipo de tratamiento. El índice de higiene oral demuestra una condición de buena higiene bucal en los niños con un valor de 0,24 dentro del rango 0,0 y 1,2 sin embargo, existe entre un moderado a un alto riesgo criogénico en la dieta.

Este antecedente representan un referente teórico que resaltan la importancia del estudio y la necesidad de promover acciones mancomunadas entre los sectores educativos y la participación de la comunidad como mecanismo de acción preventiva que permita consolidar propuestas que contribuyan a la ayuda de los alumnos en los espacios educativos, lo cual constituye un fuerte vínculo entre acción, servicio, salud bucal y educación; promocionando alternativas viables a favor de estas variables.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Epidemiología

Desglosando la palabra Epidemiología se tiene que Epi significa sobre; Demos: población y Logos: tratado, esto según Hipócrates en la antigua Grecia hace más de dos mil años, donde incluía a los factores ambientales como partícipes de la enfermedad. En la actualidad Trillos, (2009) la define como “ciencia que estudia integralmente la dinámica de la salud, las características, comportamientos y causas de las enfermedades, como resultado de la interacción de los diferentes sistemas naturales y sociales, desde el medio ambiente hasta el nivel molecular, con el fin de generar el conocimiento científico necesario para proponer acciones preventivas e intervenciones basadas en evidencias sólidas y objetivas, dirigidas a generar un mejoramiento continuo en el estado de la salud de los sujetos y las poblaciones.”

La epidemiología se presenta como un vínculo que liga procesos con diferentes propósitos, grupos de disciplinas o áreas como las matemáticas y la bioestadística que permiten identificar asociaciones y presuponer causalidad (pág. 47) Entre los principios fundamentales de la epidemiología se destacan:

- Concepto ecológico, entendiéndose como el conjunto dinámico de acciones y reacciones de los factores ambientales entre sí y con el medio, así como, las acciones de estos, sobre los grupos humanos.
- La noción de multicausalidad, que consiste en reconocer los múltiples factores que intervienen en la producción de la enfermedad, por lo que el papel de la epidemiología consiste en descubrir, identificar y estimar la multiplicidad de causas, así como reconocer y recomendar los medios adecuados para evitar el inicio o progreso de los procesos mórbidos. (Aranda, 2001)

Reconociendo que ésta es la única ciencia que se encarga de prevenir y promocionar la salud, más que de curar la enfermedad. Se considera una ciencia aplicada, cuyo objetivo es solucionar los problemas de la comunidad; una ciencia de observación de la problemática de salud.

Dentro de la epidemiología se han descrito 3 ramas o apartados en sus objetivos, distintos entre sí pero a la vez interrelacionados (Rioboo, 2002):

- Epidemiología Descriptiva: consiste en estudiar la frecuencia, aparición y distribución de los problemas de salud en las comunidades. Así como trata de establecer la tasa poblacional en función de datos obtenidos, relacionándolos con ciertas características o atributos de las personas afectadas, como edad, sexo, raza, entre otras; del tiempo en que fueron afectadas y del lugar.
- Epidemiología Analítica: Trata de establecer informaciones verídicas sobre las causas de los problemas de salud. Estudia mediante comparaciones de frecuencia de afectación, los efectos que sobre una población ejercen ciertos factores de riesgos. Por lo que su objetivo consiste en estudiar las causas de las enfermedades y establecer los mecanismos de aparición y desarrollo de las mismas.
- Epidemiología Evaluativa: está dirigido a atender los resultados obtenidos de las actividades sanitarias en la población, que previamente fueron planificadas tanto a nivel preventivo, de diagnóstico, como terapéutico, en función de casos evitados y curados.

En tal sentido, la epidemiología presenta diversas aplicaciones (Aranda, 2001; Rioboo, 2002):

- 1 En el estudio histórico de la salud en las comunidades, conociendo de tal manera el ascenso, descenso y distribución de las enfermedades, así como comportamientos y tendencias.
- 2 Para el diagnóstico de salud de las comunidades, reconociendo el dinamismo de las sociedades y comprendiendo que los patrones mórbidos también son cambiantes.
- 3 Para el estudio del funcionamiento de los sistemas de salud, determinando las necesidades y recursos, indicando las soluciones y planes futuros.
- 4 A fin de estimar los riesgos de determinada enfermedad basándose en las experiencias grupales.

- 5 Con la finalidad de reconocer los datos biológicos para completar el cuadro clínico y determinar la historia natural de la enfermedad, de manera que se pueda descubrir precozmente la enfermedad.
- 6 Para determinar síndromes, analizando los fenómenos clínicos con la comunidad.
- 7 A fin de conocer las causas de la salud y la enfermedad en el individuo y en la comunidad, considerando la composición, herencia, modos de vida, y otros.

En las diferentes áreas de la promoción de la salud, la epidemiología juega un papel destacado, sobre todo en el diseño y conducción de las investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas necesarias para la base de las intervenciones educativas y de comunicación social, a fin de crear los ambientes y estilos saludables, así como, generar los comportamientos favorables hacia la salud bucal. (pag. 49)

2.2.2 Salud Pública

Charles A. Winslow en 1920, citado por Rioboo (2002) definió la Salud Pública como “la ciencia y arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, y promover la salud física y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del entorno, el control de las infecciones de la comunidad, la educación del individuo en los principios de la higiene personal, y la organización del servicio médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de las enfermedades”.

Las definiciones más recientes se centran en la “salud positiva”, enfatizando un bienestar completo de las personas. Las definiciones de salud positiva incluyen al menos cuatro construcciones: un cuerpo sano, relaciones personales de alta calidad, un sentido de la finalidad en la vida, autorespeto y adaptabilidad. La misión de la salud pública se basa en promover la salud física y mental; prevenir las enfermedades, lesiones y discapacidad. Dónde sus funciones principales son:

- Evaluación: reunir y analizar las necesidades comunitarias de salud.
- Desarrollo de políticas: es informado mediante el conocimiento científico.
- Seguridad: que preste los servicios necesarios para la salud comunitaria.

La responsabilidad para proteger la salud pública se le ha asignado históricamente al gobierno, principalmente mediante el trabajo de los organismos de salud pública. El gobierno tiene una responsabilidad especial de asegurar las condiciones a las personas para estar sanas. Sin embargo, el gobierno sólo no puede asegurar la salud de la población. Por lo tanto, además de una infraestructura fuerte de salud pública gubernamental, la salud de la población requiere de socios múltiples. El sistema intersectorial de salud pública incluye a varios actores importantes como la comunidad, instituciones de atención de salud, empresas, los medios y las instituciones educativas. (pág. 24).

2.2.3 Atención Primaria

Este término en salud es propuesto como un modelo alternativo, entendida como una estrategia de la OMS, cuya conceptualización está basada en el primer contacto longitudinal, continuo, comprensible e integral, quedando definida como “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familia de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” OMS, 2015).

Dicha estrategia comprende actividades de educación y promoción de la salud, así como, prevención de las enfermedades, promoción de alimentos básicos, adecuada nutrición, suministros de agua potable, saneamiento ambiental, atención materno infantil, inmunizaciones y planificación familiar, prevención contra las enfermedades endémicas, tratamientos de enfermedades comunes y suministros de medicamentos (Geiringer, 1981).

En Costa Rica, 1984 bajo los auspicios de la OPS-OMS, se delimitó el papel que desempeña la salud bucal en el marco de la atención primaria en salud, así como, se definieron los rasgos fundamentales, concretando que es “El conjunto de acciones orientadas a la identificación, prevención y solución de los principales problemas de

la población, el cual se produce como fruto de la participación consciente y organizada de la comunidad y de su cooperación con los organismos e instituciones de salud” (González,2002).

Bajo este contexto, la salud bucal es un componente de salud general y parte integral del bienestar del individuo, familia y grupos sociales, determinado por las condiciones históricas y sociales específicas, cuyo esquema de trabajo debe estar complementado con las acciones de atención primaria de salud donde se involucren tres principales instancias de atención sanitaria oral como son (pág. 44):

- 1 La administración sanitaria como responsable de proveer salud a los ciudadanos.
- 2 La universidad como responsables de profesionales de salud oral.
- 3 La profesión organizada responsable de los profesionales.

Por ello, la salud odontológica comunitaria supone un paso más de la salud pública, ya que introduce una serie de cambios a través de tres grandes áreas de su competencia: la epidemiología, la promoción y prevención de la salud, y la planificación y gestión de los servicios comunitarios. (pág. 45).

2.2.4 Promoción y Prevención

En la primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que “la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estadio adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”.

Es aquella que se dirige a las personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones. Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el auto cuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La práctica del autocuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud, quienes deben proveer a la población y de conjunto con ella, de medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente. Mediante esto, se logrará una participación más activa y una optimización de recursos destinados a ellos.

Además, la prevención ha sido definida como el conjunto de actuaciones que se realizan, por profesionales y técnicos y por la propia población, para evitar la instalación de un proceso de enfermedad en los individuos o grupos, o durante las diferentes etapas de la misma con el objetivo de limitar las complicaciones y secuelas. Incluye en las etapas iniciales el diagnóstico y tratamiento precoz. Algunos autores exponen a la Promoción de Salud como Prevención Primaria. La eficacia de las soluciones de salud pública contra las enfermedades bucodentales es máxima cuando se integran con otras enfermedades crónicas y con los programas nacionales de salud pública. Las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) abarcan la promoción, la prevención y el tratamiento:

- La promoción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir simultáneamente las enfermedades bucodentales y otras enfermedades crónicas.
- Los programas de fluoración para mejorar el acceso a los fluoruros en los países de bajos ingresos.
- El apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública.

Las actividades de la OMS en materia de salud bucodental se integran en el marco general de prevención y control de las enfermedades crónicas. Los objetivos

estratégicos son sensibilizar acerca de la epidemia mundial de enfermedades crónicas; crear ambientes saludables, especialmente para las poblaciones pobres y desfavorecidas; atenuar y corregir las tendencias de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, como las dietas malsanas y la inactividad física; y prevenir las defunciones prematuras y la discapacidad evitable que causan las principales enfermedades crónicas.

2.2.5 Niveles de Prevención

Según Leavell y Clark (citado por Santana, 2009), el estado de salud del hombre depende de las acciones de los elementos: Agentes- hospedero- medio ambiente, con las características de cada uno de ellos y la respuesta del individuo a los estímulos patógenos que van a originar el proceso de la enfermedad del hombre como este proceso ocurre primero en el ambiente y luego en el hombre, se han podido diferenciar en dos periodos: el pre-patogénico y el patogénico en la historia natural de la enfermedad .De este concepto surgen los denominados niveles de prevención atribuidos a Clark y Leavel con el intento de interpretar y esquematizar la Historia Natural de la enfermedad. Años anteriores a la formulación de estos niveles, se consideraba la medicina como un todo, las partes que la constituyen son inseparables y hacer prevención, curación y rehabilitación es hacer una buena medicina. Estableciendo las cuatro tareas básicas de la medicina, en la siguiente nota:

Dicho de otra manera, el tratamiento de los enfermos se consideró como objetivo fundamental de la medicina, mientras que hoy, su objetivo es más amplio. Las tareas de la medicina son:

- Promoción de la salud.
- Prevención de las enfermedades.
- Restablecimiento del enfermo.
- Rehabilitación.

Con el anunciado de los niveles de la medicina preventiva, se deben hacer dos consideraciones principales: La medicina preventiva puede aplicarse tanto a sanos

como a enfermos. El personal de salud, debe aplicar su campo de acción y todos los niveles de prevención y limitarse no solamente a quienes más le conviene, construyendo más eficazmente a la salud y al bienestar de los individuos. De allí que, estos niveles son:

Prevención primaria.

Prevención secundaria.

- Detección y tratamiento precoz.
- Diagnóstico y tratamiento adecuados.

Prevención terciaria.

La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades. En el periodo prepatogénico Comprende:

- Protección o prevención específica.
- Prevención inespecífica (Leavell y Clark).

La protección o prevención específica son intervenciones concretas frente a enfermedades o afecciones determinadas. En este caso particular, el enjuague con flúor. La prevención inespecífica, comprende las medidas que se toman sobre el individuo, colectividad o medio ambiente con el fin no solo de evitar la enfermedad, sino fomentar la salud en las poblaciones (Promoción de la salud).

Prevención secundaria cuando la primaria no ha existido o ha fracasado.

1. Detección y tratamiento precoz de enfermedad subclínica:

- Cribado o screening: Programas comunitarios.
- Detección clínica precoz, búsqueda activa u oportunista de casos (case finding).

2. Diagnóstico y tratamiento adecuados: En términos epidemiológicos, tiene como objetivo disminuir la prevalencia de la enfermedad.

Prevención terciaria. Pretende enlentecer la enfermedad y evitar o atenuar sus complicaciones y secuelas (invalidez) y mejorar la funcionalidad. Medidas terapéuticas y rehabilitadoras.

En la presente investigación, se recurre a estos teóricos; ya que los Niveles de Leavell y Clark, constituyen la base moderna de la Medicina y de la práctica en salud.

Representan un antes y después de la medicina, con los niveles de prevención incluyendo la Historia Natural de la Enfermedad y la Cadena Epidemiológica. Si bien Flexner en 1910, en su momento presentó el informe académico y científico de la atención médica con carácter positivista, mecanicista, vitalista, individualista, fragmentado y centrado en daño biológico; también es cierto que posteriormente se intentó superar este límite sanitario. Además, sostuvieron un pensamiento salubrista y epidemiológico que se trascendió como evolutivo, interrelacionado gradual y preventivista, fundamentos de la salud pública, la epidemiología y la medicina preventiva. En términos concretos "La base de la teoría global de la salud pública del siglo XX".

2.2.6 Tipos de Dentición

De acuerdo con Santana, (2009), son el conjunto de piezas dentarias colocadas en los alveolos sobre los maxilares. Para el mismo autor, existen tres clases de denticiones.

1. Dentición decidua o caduca: conocida también como dentición de leche, dentición infantil o dentición primaria, es el primer juego de dientes que aparecen durante la infancia, Se desarrollan durante el periodo embrionario Son generalmente sustituidos a partir de los 6 años, tras su caída, por dientes permanentes, aunque, en ausencia de ésta, pueden conservarse y mantener su función algunos años.

2. Dentición mixta: Es cuando se encuentran en la boca dientes temporales y dientes definitivos al mismo tiempo. Esto ocurre aproximadamente entre los 6 y los 12 años. En este espacio de tiempo se produce el recambio dentario y aparecen los molares permanentes en las zonas posteriores de las arcadas. La dentición mixta no es realmente una nueva dentición, sino que es una manera de denominar a la situación de transición que se produce desde que las arcadas dentarias están compuestas completamente por dientes de leche hasta que lo están por dientes definitivos. Así, en sentido estricto, el ser humano sólo tiene dos denticiones: la temporal y la definitiva

3. Dentición permanente: Llamada también como dientes secundarios, segunda dentición o dentición secundaria a los dientes que se forman después de la dentición decidua o dientes de leche, mucho más fuertes y grandes que estos y que conformarán el sistema dental durante toda la vida. Estos en total son 32 con la erupción del tercer molar.

2.2.7 Incidencia y Prevalencia

Se identifican dos formas de medir un fenómeno de enfermedad, la incidencia y la prevalencia. La incidencia es el número de casos nuevos que surgen en una población a lo largo de un periodo de tiempo. La prevalencia es el número de casos tanto antiguos como nuevo, de una determinada enfermedad que existen en un momento determinado en una población dada (Bolúmar, 2001). Ambos conceptos representan dos medidas muy ligadas entre sí, no obstante, la información que aporta el uso de cada uno de ellos, difieren en cuanto a su utilidad. La incidencia se emplea para predecir el cambio del estado de salud de un individuo en relación con algún factor o característica. Esta será, la elección como medida de frecuencia cuando el objetivo sea la verificación de una reacción causal o la evaluación de una intervención curativa o preventiva.

Cabe decir que la prevalencia es más empleada en el diagnóstico comunitario y en la planificación sanitaria, así como, es útil para lograr el conocimiento de la magnitud y extensión de una determinada problemática de salud. Por otra parte, la prevalencia es de utilidad en la monitorización de los cambios en los patrones de enfermedad en el tiempo. En este caso, la prevalencia se define como una tasa que cuantifica el número de casos de un determinado fenómeno en un momento dado, en relación al número de personas de la población (Rioboo, 2002; Serra y Doreste, 2005).

Se expresa
$$P = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos en un momento dado}}{\text{Población total de ese momento}} \times 100$$

Por otro lado, la incidencia relaciona el número de casos nuevos diagnosticados de un fenómeno durante un periodo de tiempo y una determinada

población, con el número de personas susceptibles a sufrir la enfermedad en ese colectivo. Por lo tanto para su estudio hay que hacer un seguimiento a lo largo de un tiempo, registrando en número los nuevos episodios que van apareciendo (Rioboo, 2002; Serra y Doreste, 2005).

La incidencia revela un aspecto dinámica del fenómeno de la salud, mientras que la prevalencia demuestra una situación estática del mismo.

2.2.8 Caries Dental

Reconocida como una de las manifestaciones más evidentes de las enfermedades bucales. Es una enfermedad multifactorial que está relacionada con los estilos de vida de la población, con el desarrollo social, los factores biológicos, ambientales y baja cobertura de los servicios odontológicos. Todas estas características demarcan su alta prevalencia en los países subdesarrollados, haciéndose evidente en las poblaciones marginadas de los beneficios económico y sociales (OMS, 2015).

El término de caries proviene del latín, que significa “descomponerse o echarse a perder”, por lo que caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes (Higashida, 2000). Autores como Gestal, Smyth y Cuenca, la definen como “Una enfermedad de etiología multifactorial (gérmenes, dieta, factores constitucionales) y de evolución crónica que se inicia tras la erupción dental, afectando los tejidos calcificados de los dientes en los que provoca, por medio de los ácidos procedentes de la fermentación bacteriana de los hidratos de carbono, una disolución localizada de sus estructuras inorgánicas que evolucionan hasta la desintegración de la matriz orgánica, la formación de una cavidad y la pérdida de la pieza, pudiendo ocasionar trastornos locales, generales y patología focal” (pág. 94, 2001:1899).

De modo que los factores de riesgo en la prevalencia de la caries dental, son los factores asociados con un aumento de la probabilidad del desarrollo individual o grupal de una enfermedad. Estos pueden identificarse en modificables (la dieta y la

higiene oral) son aquellos que la causalidad es fundamental, y los no modificables (historia familiar, raza) son los que la causalidad no es necesariamente importante. (Rodríguez,1999; citado por Rioboo,2002). Entre estos factores de riesgo que expresa Gestal y colaboradores (2001) están:

1. Factores Microbianos:

- Placa dental: Es un conglomerado dinámico y complejo de bacterias, materia orgánica y sustancias inorgánicas; constituye una película firmemente adherida sobre la superficie dentaria que no se elimina con enjuagues, no con agua a presión. Su crecimiento se origina en las fosas y fisuras de las superficies dentarias y en aquellos lugares protegidos de la higiene fisiológica, como el margen gingival, los apiñamientos dentales y las restauraciones desbordantes. A partir de las 24-48 horas la placa ya tiene capacidad cariogénica.
- Microorganismos: A las pocas horas del nacimiento comienza la colonización de la cavidad oral por *S. salivarius*, *S. mitis*, y al erupcionar los dientes, *S. sanguis* y *S. mutans*, al igual que los lactobacilos, suelen aislarse en los niños que han desarrollado caries dental. La pérdida de dientes, restauraciones defectuosas, inadecuadas técnicas de higiene oral, cambios hormonales, la ingesta de determinados medicamentos, entre otros originan alteraciones en la flora oral, favoreciendo la proliferación de flora patógena. El *S. mutans* se considera el factor etiológico más importante, siendo posible también que sean necesarias otras bacterias para producir lesiones cariosas o para su avance, como es el caso de los lactobacilos, a los cuales se les considera como invasores secundarios.

2. Factores del Huésped:

- Edad: La caries es considerada una enfermedad de la niñez y su incidencia en los adultos es menor comparada con la intensidad desarrollada en los primeros veinte años de vida, localizándose a nivel oclusal y proximal; después ocurre una estabilización, y es a partir de los cuarenta años cuando vuelve aumentar localizándose las lesiones a nivel del cuello.

- **Sexo:** Algunos estudios en iguales edades pero no así en sexo, refieren mayor incidencia de caries en las niñas, lo que se asocia con el hecho de que en ellas los dientes erupcionan a edad más temprana, estando más tiempo expuestos al medio bucal. Sin embargo, otros estudios no han observado diferencias significativas.
- **Raza:** Las discrepancias encontradas entre las razas están más asociadas a los factores culturales, que a las diferencias raciales.
- **Herencia:** Investigaciones realizadas, manifiestan una mayor prevalencia de caries en ciertas familiar. Su razón se desconoce, se cree que es debido a hábitos dietéticos y de higiene oral y la influencia de factores genéticos.
- **Factores Constitucionales:** Conformados por la saliva y los dientes. Entre las principales funciones de la saliva están la protección de la mucosa, autolimpieza de la cavidad bucal, neutralizar ácidos, acidificar bases y proveer iones necesarios para la remineralización de los tejidos dentarios. Sus propiedades son antifungicida, antibacteriana, antiviral y lubricante de la mucosa. Su composición, cantidad y flujo son determinantes en la aparición de la caries, observándose gran afección en pacientes con xerostomía. La morfología y la composición de los dientes también influyen en la propensión de la misma; las fosas y fisuras de los molares y las superficies lisas interproximales, son áreas de mayor riesgo y susceptibilidad anatómica, facilitando la retención de la placa, además de ser lugares de difícil limpieza. Con respecto a la composición del diente, el factor más eficaz de resistencia es la presencia de fluoruro incorporado a la apatita.
- **Estado nutritivo:** Es un factor influyente sobre los dientes antes y después de su erupción. Las deficiencias nutricionales en proteínas, vitaminas A, C, y D o minerales como calcio y fósforo durante periodos críticos del desarrollo dentario, están relacionado con las alteraciones y aumento a la susceptibilidad de la caries.
- **Experiencia de caries:** La dentición temporal, es un buen indicador de la posibilidad de futuras caries en la dentición permanente, ya que si esta se ve

afectada, existirá una mayor probabilidad de afección en los dientes permanentes.

3. Factores Ambientales:

- **Distribución geográfica:** Aunque se encuentra caries dental en cualquier parte del mundo, su prevalencia varía. Las diferencias principales se deben a la presencia de minerales, es decir, la composición química de los abastecimientos de agua potables; el diferente consumo de agua influido por el clima; y los hábitos alimenticios.
- **Dieta:** El consumo frecuente de carbohidratos fermentables se encuentra asociado con la prevalencia de caries dental. La aparición de esta depende de frecuencia de ingesta y la cantidad de sacarosa consumida por una población. Los hábitos de dieta varían dentro de una misma sociedad.
- **Higiene oral:** La higiene bucal adecuada es la clave de la prevención de la caries dental. Muchos fracasos del control de la misma son atribuidos a la mala o falta de higiene, ya que aumenta su riesgo.
- **Nivel socio-económico:** Los grupos sociales con una calidad de vida deteriorada no tendrán como prioridad la higiene y cuidado bucodental, los carbohidratos constituirán la dieta más viable y el acceso a los servicios odontológicos se limitaría por lo general a la mutilación debido a lo costoso del tratamiento.
- **Civilización:** La incidencia y prevalencia de caries dental discurren paralelas al grado de civilización.

El objetivo del correcto diagnóstico de caries, está orientado en la elección de la forma más apropiada de intervención, a fin de obtener los mejores resultados de salud bucal de la población. Por lo tanto, el diagnóstico de caries implica un procedimiento intelectual, donde clasifican una serie del tratamiento ideal, interfiriendo en el proceso y evolución de la enfermedad.

2.2.9 Niveles de Riesgo

Tomas Seif (1983, citado por Rioboo, 2002), señala que el manejo de la caries dental debe extenderse hasta la identificación, evaluación y tratamiento de los factores de riesgo como la higiene bucal, consumo de azúcares, tabaquismo y otros; plantea que el hecho de no detectarse lesiones cariosas en los pacientes no significa que no estén presentes sus factores pre disponentes, por lo que hace fundamental determinar lo que denomina riesgo actual de caries el cual describe hasta qué punto se encuentra una persona a riesgo de desarrollar lesiones cariosas en un momento dado.

El mismo autor, utiliza un sistema denominado 1-2-3 para la Clasificación Clínica Simplificada del paciente con riesgo a padecer Caries Dental. El riesgo a caries dental lo clasifica según su nivel, correspondiendo el 0 al paciente fuera de riesgo, 1 paciente de bajo riesgo, 2 paciente de moderado riesgo y 3 pacientes de alto riesgo. Para clasificar al paciente en los diferentes niveles de riesgo el autor toma ciertos parámetros como: existencia de caries clínica y/o radiográficas, presencia de restauraciones en boca, utilización de agentes fluorados, ingesta de carbohidratos, higiene bucal y motivación del paciente.

2.2.10 Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

Greene y Vermillion, 1960, citado por Rioboo (2002) describieron un método para estudiar material alba, manchas y cálculos, basado en el examen de todos los dientes presentes en la boca. Posteriormente, en 1964, describieron un índice simplificado, mediante el cual se reduce el número de superficies examinadas. Criterios de examen para el Índice de Higiene Oral Simplificado. El examen se limita a sus superficies de dientes permanentes:

- Superficie vestibular (labial) del incisivo central superior derecho.
- Superficie vestibular (labial) del incisivo central inferior izquierdo.
- Superficies vestibulares (bucales) de los primeros molares superiores permanentes.

- Superficies linguales de los primeros molares inferiores permanentes.

Cuando falta alguno de estos dientes se sustituye por el diente adyacente comparable. No se asigna calificación alguna a menos que 2 de las 6 posibles superficies o sus sustitutos hayan podido examinarse. Solamente se califican dientes completamente erupcionados. La materia alba (MA) y las manchas se califican conjuntamente, y el cálculo (CAL) se califica por separado.

Materia alba:

0 Si no hay materia Alba o manchas extrínsecas.

1 Materia Alba blanda que cubre no más de 1/3 de la superficie del diente, o manchas extrínsecas sin materia alba, independientemente del área cubierta de la superficie.

2 Materia alba blanda que cubre más de 1/3, pero menos de 2/3 de la superficie expuesta del diente.

3 Materia alba que cubre más de 2/3 de la superficie expuesta del diente. (pag. 38)

Cálculo:

0 No hay cálculos presentes

1 Cálculo supragingival que cubre no más de 1/3 de la superficie expuesta del diente

2 Cálculo supragingival que cubre más de 1/3, pero menos de 2/3 de la superficie expuesta del diente, o partículas aisladas de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente.

3 Cálculo supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie expuesta del diente, o una gruesa banda continua de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente. (pag. 38)

Es importante recalcar que:

- Un diente se considera completamente erupcionado y, por tanto, apto para ser calificado cuando la superficie oclusal o incisal ha alcanzado el plano oclusal.
- Una superficie se define como el área que comprende la mitad de la circunferencia del diente. Esta incluye la mitad bucal o lingual del diente y el área completa entre el borde oclusal o incisal y la cresta de la encía.

- La materia alba se detecta recorriendo el lado de un explorador a lo largo de la superficie a examinar.
- El cálculo no se considera subgingival a menos que se encuentre dentro del surco gingival al momento del examen.

Las calificaciones basadas en la media de materia alba y la media de cálculos para cada paciente, se determinan sumando las calificaciones individuales y dividiendo entre el número de superficies examinadas. El IHOS del paciente se obtiene sumando las calificaciones correspondientes a la media de la materia alba y la media de cálculos, el IHOS del grupo se obtiene dividiendo la suma de las calificaciones individuales del IHOS por entre los números de personas examinadas.

MA

CAL

16/55 11/51 26/65

16/55 11/51 26/65

46/85 31/71 36/75

46/85 31/71 36/75

MA: _____

CA: _____

IHOS: _____

2.2.11 Índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPO-D)

El índice CPO-D es un índice irreversible para conocer el estado de la dentición permanente, que se aplica a la unidad de medida de diente. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Fue desarrollada por Klein y Palmer en

1937 (Chaves, 1962, citado por Rioboo). Este índice señala la experiencia de caries tanto en presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados (C), perdidos (P), dentro de los cuales se incluyen los extraídos (E) y extracciones indicadas por caries (Ei) y obturados (O), entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio, El CPO-D por individuo, se obtiene de la sumatoria de cada uno de las variables presentes en un individuo (C+P+E+Ei+O). Se consideran sólo 28 dientes, por la exclusión de los terceros molares.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio de las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones. Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS (HWO, 1997) son, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-70 años. La OMS define los niveles de severidad de prevalencia de la caries dental en la dentición permanente de la siguiente manera:

- COPD 0 -1,1 Muy Bajo.
- CPOD 1,2 – 2.6 Bajo.
- CPOD 2,7 – 4,4 Moderado.
- CPOD 4,5 – 6,6 Alto
- CPOD +6,6 Muy Alto

Otro índice utilizado es el CPO-S. Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarios en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Esto es una adaptación del CPO-D, ya que en vez de aplicarse a la unidad de medida diente, se aplica a la superficie como unidad de medida fue desarrollado. Esta modificación está basada en la observación de las superficies dentarias en lugar del diente, y es considerando que cada diente tiene 5 o 4 superficies, hay que referirse a un máximo de 140 superficies, ya que cada unidad dentaria tiene 5 superficies en posteriores y 4

en anteriores; al igual que el índice CPOD no se consideran los terceros molares (Rioboo, 2002).

En el cálculo del índice CPO-D solo se incluyen aquellas unidades dentarias permanentes que están cariadas, perdidas (extraídas + extracción indicadas y obturadas), incorporando solo aquellos códigos que correspondan a este estado de la dentición permanente. La letra D, en CPO-D representa a la unidad dentaria como unidad de medida. La letra S, en CPO-S identifica a la superficie dentaria como unidad de medida.

- El componente C (dientes permanentes cariados) incluye todos los dientes clasificados con código 1 y/o 2.
- El componente P (dientes permanentes extraídos: E) comprende los dientes con código 4, o sea, perdidos debido a caries.
- El componente P (dientes con extracción indicada por caries: E1) incluye sólo los dientes permanentes con código 6 en la necesidad de tratamiento que van a ser extraídos por caries.
- El componente O (dientes obturados) incluye sólo los dientes con código 3.
- El componente D, se refiere al diente como unidad de medida.
- El componente S, se refiere a la superficie dentaria como unidad de medida.

$$\text{CPOD} = \frac{\text{C} + \text{P} (\text{E} + \text{E}_i) + \text{O} \text{ (Expresados en número de dientes)}}{\text{N}^\circ \text{ de individuos estudiados}}$$

$$\text{CPOS} = \frac{\text{C} + \text{P} (\text{E} + \text{E}_i) + \text{O} \text{ (Expresados en número de superficies)}}{\text{N}^\circ \text{ de individuos estudiados}}$$

2.2.12 Mucosa Bucal. Características histológicas

Para Campezo (2008): La boca se halla tapizada por la mucosa bucal. Se extiende desde el borde rojo de los labios hasta el istmo de las fauces y se puede clasificar en:

- Mucosa de revestimiento: Se encuentra en la cara interna del labio, cara interna de las mejillas, piso de la boca, cara inferior de la lengua y paladar blando. Estas zonas no participan, directamente, en el fenómeno masticatorio y no tienen receptores del gusto. Tiene receptores de tacto y de dolor.
- Mucosa masticatoria: Es la que recibe directamente las cargas de masticación de alimentos. Los alimentos se deslizan por las zonas próximas a los dientes: encía y paladar duro. Es de color rosado pálido porque tiene un revestimiento o epitelio superficial muy fibroso. Tiene una consistencia física bastante firme y es dura a la palpación.
- Mucosa especializada: Se encuentra en los 2/3 anteriores de la cara dorsal o superficie superior de la lengua. Se llama especializada porque en ella se encuentran los receptores de sabor. En esta mucosa se localizan las papilas linguales, pliegues de la mucosa que se proyectan a la superficie. Existen diversos tipos de papilas:

Las papilas filiformes son las más numerosas. Su función es mecánica y confieren el tipo aspecto aterciopelado a la lengua.

Las papilas fungiformes aparecen entre las papilas filiformes como puntos rojizos, debido a su epitelio fino de superficie que permite apreciar la coloración de los vasos que las irrigan. Entre estas papilas encontramos los receptores gustativos. Tapizan las paredes laterales de la lengua.

Las papilas caliciformes forman la “V” lingual en la parte posterior de la cara dorsal de la lengua. Las podemos apreciar, incluso, al mirarnos al espejo. También presentan receptores gustativos.

Las papilas foliadas son muy pequeñas y forman unos pliegues y surcos dispuestos paralelamente al borde lingual. Vidal, (2011).

Cabe destacar, el examen de la boca debe ser realizado con buena iluminación y utilizando un baja- lengua. Deben observarse los siguientes aspectos; Campezo (2008) Atlas ilustrado de Fisiología Humana.

Inspección

1. Color y movilidad simétrica de los labios, cambios en las características de la piel y mucosas (ulceraciones, induraciones y sensibilidad).
2. Con los labios abiertos debe examinarse la disposición de los dientes y la oclusión dentaria. Las piezas dentarias que faltan y el estado de las restantes (presencia de caries). También debe observarse la movilidad de la mandíbula, así como el grado y simetría en la apertura bucal.
3. Debe evaluarse la forma y movilidad de la lengua (descartar paresia del hipogloso). Evaluar la relación entre tamaño de la lengua y tamaño de la cavidad bucal. Para examinar el piso de la boca, se pide al paciente que eleve la lengua, de este modo se pueden observar las carúnculas del conducto de Warthon.
4. Es necesario prestar mucha atención a las características de la mucosa de la boca y mejillas evaluando el color, textura, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumor y alteraciones de la sensibilidad.
5. Examinar el paladar duro y blando, en busca de alteraciones en su cierre como fisuras o alteraciones en la movilidad, como lo que ocurre con una paresia del nervio glossofaríngeo en la cual, la úvula se desvía hacia el lado sano. Evaluar las características de la úvula.
6. Con el baja-lengua deben examinarse los vestíbulos superior e inferior de la cavidad oral.
7. Debe inspeccionarse el conducto parotídeo o Stenon buscando su desembocadura a nivel del segundo molar superior. Si en forma simultánea se realiza una palpación de la glándula parótida del mismo lado puede observarse la salida de saliva y las características de ésta.
8. Finalmente con el baja-lengua debe observarse las características de las amígdalas palatinas, pilares y mucosa de la faringe. Es importante observar el tamaño, color, presencia de úlceras, secreción purulenta o membranas.

Palpación

Toda área sospechosa en la cavidad oral debe ser siempre palpada, al igual que la base de la lengua ya que es un área que no se visualiza en el examen físico. El médico debe colocarse un guante en la mano derecha y con el dedo índice debe palpar cuidadosamente la mucosa oral en busca de induración, infiltración, ulceración o áreas dolorosas

Al palpar el piso de la boca y la cara interna de las mejillas debe realizar una palpación externa simultánea con su mano izquierda, esto lo ayudará a determinar mejor la presencia de alteraciones en la consistencia de las glándulas sublingual, submandibular o parótida, respectivamente, o determinar la existencia de cálculos.

Es necesario palpar la articulación temporomandibular en busca de resaltes, crépitos, asimetrías y dolor. Finalmente deben palpase ambas glándulas parótidas para evaluar diferencias de tamaño entre ellas. Buscar aumento de volumen difuso o localizado, alteración en la consistencia o presencia de nódulos firmes y cambios de coloración.

2.2.13 Gingivitis

Es una inflamación de las encías, siendo la causa directa de esta patología bucal; la placa: una película suave, pegajosa y sin color formada por bacterias, que se deposita constantemente sobre los dientes y encías. Cabe decir, que si el cepillado y el uso diario del hilo dental no eliminan la placa, la misma produce toxinas (venenos) que irritan el tejido gingival, causando gingivitis. En esta primera etapa de la enfermedad, el daño puede revertirse, ya que el hueso y el tejido conectivo que sostienen los dientes en su lugar todavía no han sido afectados. Sin embargo, si se deja sin tratamiento, la gingivitis puede transformarse en periodontitis y provocar daños permanentes a sus dientes y mandíbula; Vidal (2011).

Los signos y síntomas clásicos de la gingivitis son las encías rojas, hinchadas y sensibles que pueden sangrar cuando se cepillan. Otro signo de enfermedad en las encías es que las mismas se han retrocedido o retirado de los dientes, confiriéndole a sus dientes una apariencia alargada. La enfermedad de las encías puede provocar la

formación de bolsas entre dientes y encías donde se junta la placa bacteriana y restos de comidas. Algunas personas pueden experimentar mal aliento (halitosis) o mal gusto recurrentes aun cuando la enfermedad no esté avanzada.

De modo que, la correcta higiene bucal es fundamental, así como las limpiezas profesionales también son extremadamente importantes pues una vez que la placa se endurece y acumula, o se transforma en sarro, sólo un dentista o higienista podrá eliminarla. Usted puede ayudar a detener la gingivitis antes que se desarrolle de la siguiente manera:

- Cepillado correcto y uso apropiado del hilo dental para eliminar la placa, los restos de alimentos y controlar la acumulación de sarro.
- Alimentación correcta para asegurar la adecuada nutrición de su mandíbula y dientes.
- Evitar cigarrillos y otras formas de tabaco.
- Programar controles regulares con el odontólogo.

2.2.14 Encía

Para el mismo Campezo (Ob.Cit) la encía es una fibromucosa formada por tejido conectivo denso con una cubierta de epitelio escamoso queratinizado que cubre los procesos alveolares y rodea a los dientes. La encía normal es de color rosado coral, firme y resiente, de superficie finamente punteada y de aspecto lobulada, aunque puede variar en las diferentes personas, esto relacionado con la pigmentación cutánea de las mismas. Histológicamente, Esta consiste en un núcleo central de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado. La queratinización de la cavidad bucal varía en diferentes zonas en el siguiente orden, mayor queratinización en paladar, y menor en encía, lengua y carrillos. La encía se divide en marginal, insertada e Interdental.

- Encía marginal: Es la encía no insertada que rodea a los dientes a modo de collar y está separada de la encía insertada adyacente por una suave depresión lineal, llamado el surco marginal. El color de dicha encía se describe como rosado coral, el cual es producido por el aporte vascular, el grosor y grado de

queratinización del epitelio y la presencia de células con pigmentos. La textura superficial, se presenta como una superficie finamente lobulada, como una cáscara de naranja, que le da un aspecto de punteado. Esto es una característica clínica importante de la encía normal, la disminución o la pérdida del punteado son un signo común de enfermedad gingival.

- Encía insertada: Es la continuación de la encía marginal, la cual es firme, resiliente y fuertemente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes. La encía insertada vestibular se continúa con la mucosa alveolar, relativamente floja y móvil, de la que está separada por la línea mucogingival. La superficie de esta encía es lisa. Por el lado lingual en el maxilar inferior, esta finaliza en su unión con la mucosa que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca. El epitelio que conforma la encía insertada consiste en un epitelio escamoso estratificado y un estroma conectivo subyacente, el tejido conectivo de la encía se conoce como lámina propia. El epitelio que cubre la encía marginal y la encía insertada presenta una superficie queratinizada o paraqueratinizada, o una combinación de ambas. Esto es una consideración protectora para la función que cumple, lo cual puede aumentar con la estimulación artificial de la encía por el cepillado. El epitelio gingival es renovado constantemente, lo que es considerado un mecanismo de defensa.
- Encía Interdental: Es la que ocupa el espacio interproximal por debajo de la zona de contacto de los dientes, consiste en dos papilas, una vestibular y otra lingual.

2.3 Bases Legales

Toda investigación se fundamenta en un marco jurídico, el presente estudio viene sustentado legalmente por:

En primer lugar, La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), expone:

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado

promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Con respecto al artículo anterior, se puede concluir que la salud es un derecho social y una obligación del Estado, que hay la necesidad de apoyar el desarrollo de programas enfocados a la promoción y protección de la salud: enfatiza además, en la necesidad que las personas participen en la implementación de las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

El marco legal establecido por la Carta Magna ha permitido la formulación de una propuesta de "Ley Orgánica de Salud" Esta tiene por objeto desarrollar y hacer efectivo el derecho constitucional a la salud. Regulará todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad, el desarrollo de un ambiente saludable, la organización y funcionamiento del sector salud, el financiamiento, la prestación de servicios y los productos para la salud, así como los deberes y derechos de las personas, la responsabilidad de los distintos sectores en materia de salud, las actividades de los trabajadores de la salud y de los establecimientos, sean públicos o privados, así como la relación entre ellos.

En el mismo orden, Ley Orgánica de Educación (2009), expresa:

Artículo 6. El estado a través de los órganos nacionales con competencia en materia Educativa, ejercerá la rectoría en el Sistema Educativo. En consecuencia:

Garantiza. Los servicios de orientación, salud integral, deporte, recreación, cultura y de bienestar a los y las estudiantes que participan en el proceso educativo en corresponsabilidad con los órganos correspondientes.

De acuerdo con el artículo anterior, la presente Ley tiene por objeto desarrollar los principios y valores rectores, derechos, garantías y deberes en educación, que asume el Estado como función indeclinable y de máximo interés, de acuerdo con los principios constitucionales y orientada por valores éticos humanistas para la transformación social, así como las bases organizativas y de funcionamiento del Sistema Educativo de la República Bolivariana de Venezuela.

A su vez, la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescentes (1998), menciona:

Artículo 48. Derecho a Atención Médica de Emergencia. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia.

Parágrafo Primero: Todos los centros y servicios de salud públicos deben prestar atención médica inmediata a los niños y adolescentes en los casos de emergencia. Parágrafo Segundo: Todos los centros y servicios de salud privados deben prestar atención médica inmediata a los niños y adolescentes en los casos de emergencia en que peligre su vida, cuando la ausencia de atención médica o la remisión del afectado a otro centro o servicio de salud, implique un peligro inminente a su vida o daños graves irreversibles y evitables a su salud.

Es decir, esta Ley tiene por objeto garantizar a todos los niños y adolescentes, que se encuentren en el territorio nacional, el ejercicio y el disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías, a través de la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben brindarles desde el momento de su concepción.

2.4 Definición de Términos Básicos

Atención Primaria: Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena

participación u a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Cálculo Dental: Se origina por la mineralización de la placa bacteriana a partir de los iones procedentes de la saliva. Su formación varía de una persona a otra, ya que no solo depende de la cantidad de placa bacteriana, sino también, de las características organolépticas de la secreción de las glándulas salivales. Éste se puede encontrar subgingivalmente o supragingivalmente.

Caries Dental: Enfermedad de etiología multifactorial (gérmenes, dieta, factores constitucionales) y de evolución crónica que se inicia tras la erupción dental, afectando a los tejidos calcificados de los dientes en los que provoca, por medio de los ácidos procedentes de la fermentación bacteriana de los hidratos de carbono, una disolución localizada de sus estructuras inorgánicas que evoluciona hasta la desintegración de la matriz orgánica, la formación de una cavidad y la pérdida de la pieza, pudiendo ocasionar trastornos locales, generales y patología focal.

Epidemiología: Disciplina que estudia la distribución, frecuencia y ausencia de las enfermedades o eventos de salud, considerando todas las variables asociadas que permiten identificar o aclarar los determinantes de su incidencia y prevalencia. Aplica el método científico y su acción es preferencialmente a grupos sociales y sirve de apoyo y orientación a los aspectos administrativos de la acción en salud.

Incidencia: Es el número de casos nuevos que surgen en una población a lo largo de un período de tiempo.

Índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD): Índice irreversible para conocer el estado de la dentición permanente, que se aplica a la unidad de medida de diente. Se realiza para cuantificar la prevalencia de la caries dental, se registra para cada individuo y toma en cuenta la dentición permanente, sin contar las terceras molares. Se anota para cada persona el número de dientes cariados, obturados y perdidos, incluyéndose las extracciones indicadas debido a caries dental.

Índice de dientes primarios cariados, extracción indicada y obturados (CEO): Índice para evaluar la caries en la dentición primaria que presenta el promedio de dientes por individuo. Determina el promedio de dientes temporarios

cariados, con extracciones indicadas por caries y obturadas. Se consideran 20 unidades dentarias; obviando los componentes extraídos por el proceso de exfoliación y sustitución de los mismos por los permanentes.

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS): Método destinado a la medición sucesiva de la materia alba, manchas y cálculo.

Materia Alba: Película adquirida acelular que se forma sobre las superficies dentarias, a los pocos minutos de haber sido sometidos a una limpieza de cepillado o enjuagatorio dental. Posee restos alimentarios, células descamadas, leucocitos y bacterias.

Niveles de Riesgo: Determina el riesgo de padecer caries dental, y varía en cada individuo o paciente.

Odontodiagrama: Esquema que permite registrar información sobre la boca de una persona, detallando cantidad de piezas, obturaciones y afectaciones de las piezas dentarias.

Odontopediatría: Rama de la odontología encargada de tratar a los niños.

Placa Bacteriana: Depósito adherido blando de color blanco-amarillento, donde solo se involucran en el proceso, microorganismos concretos y determinados que están presentes en ciertas cavidades bucales. Ésta funciona como una biopelícula, aquí las bacterias no existen como entidades independientes, sino de forma coordinada, organizadas e integradas metabólicamente en comunidades.

Prevalencia: Es el número de casos tanto antiguos como nuevos, de una determinada enfermedad que existen en un momento determinado en una población dada.

Prevención odontológica: Control y reducción de la incidencia de las enfermedades de mayor prevalencia en la cavidad bucal.

Salud Bucal: La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Salud Pública: La ciencia y el arte de impedir las enfermedades y prolongar la vida y fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

De acuerdo a la naturaleza el estudio estuvo enmarcado dentro de la modalidad de un proyecto factible, debido a que va orientado a proporcionar solución o respuesta a problemas planteados en una determinada realidad, Hurtado (2008:24). De igual forma, según la definición de la UPEL (2008):

...consiste en la elaboración de una propuesta de un modelo operativo viable, o una solución posible a un problema de tipo práctico para satisfacer necesidades de una institución o grupo social. La propuesta debe tener apoyo, bien sea en una investigación de campo o en una investigación documental; y puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. (p.7)

Es importante mencionar que ente tipo de estudios, se recurre a la investigación mixta, la cual se apoya en necesidades detectadas en el campo para luego realizar una amplia investigación documental que permitirán finalizar con una propuesta. En este caso específico se propone diseñar un servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – Mayo 2015, sustentado con una revisión bibliográfica de tipo documental, teniendo a su vez interacción con informantes claves, directamente en el sitio donde ocurren los hechos.

3.2 Nivel de la Investigación

En efecto, Meyer (2009:31) expone que el objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. El investigador, no solo tabulará, sino que recogerá los datos sobre la base de una hipótesis o teoría,

expondrá y resumirá la información de manera cuidadosa y luego analizará minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuirán al conocimiento. Por lo antes dicho, y atendiendo a lo puntualizado por el autor, el nivel presente en este estudio fue de tipo descriptivo.

3.3 Diseño de la Investigación

Cada estudio presenta un diseño con características particulares Hernández, Fernández y Baptista, (2006:185). La eficacia de cada uno de ellos depende de si se ajusta realmente a la investigación que se esté realizando. A los fines de este trabajo de investigación el mismo presentó un diseño de campo, no experimental; ya que se enmarcó en la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico a pesar de extraer los datos directamente de la realidad o zona en estudio, no tuvo control directo de las variables, es decir, al proponer el diseño de un servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – mayo 2015., se hicieron inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención o manipulación directa sobre las mismas (Kerlinger, 2002:38).

3.2 Población

La población objeto de estudio estuvo conformada por cuatrocientos treinta y seis (436) escolares matriculados en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, de primer a tercer grado; por lo tanto es finita, porque el número de estudiantes es conocido. Tal como lo señala Canales (2004), la población está constituida por: “es un conjunto definido, limitado y accesible del universo que forma el referente para la elección de la muestra, es el grupo al que se intente generalizar los resultados” (p.1). De igual manera, este conjunto de personas reúnen características comunes de los cuales se pretende indagar y conocer una o varias cualidades, para lo cual serán válidas al momento de elaborar las conclusiones de la investigación.

3.3 Muestra

En cuanto a la muestra, esta fue intencional, Canales (2004) considera que la muestra intencional está constituida por “es un subconjunto de la población, que se obtiene para averiguarlas propiedades o características de esta última, por lo que interesa que sea un reflejo de la población, que sea representativa de ella” (p.2). En tal sentido, la muestra de este estudio estuvo conformada por ciento treinta (130) escolares; equivalente al 30% de la población, seleccionados en forma probabilística.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Según, Fidias (2004) afirma que la recolección de datos “Es el proceso de obtención de datos e información útil para el desarrollo de los sistemas y procedimientos propuestos en el cual se ampliaran técnicas de recolección de datos con el fin de desarrollar los objetivos específicos”. (p.101)

En este sentido, Balestrini (2002) las técnicas de recolección de datos comprende: “las distintas formas o maneras de obtener información”. Dentro del presente estudio, las investigadoras utilizaron como técnica la observación directa participante, definida por García (2015) como una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis; para él la observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Se dice que es participante, cuando para obtener los datos el investigador se incluye en el grupo, hecho o fenómeno observado, a fin de conseguir conseguir la información desde adentro.

Adicionalmente, otra de las técnicas empleadas en este estudio fue análisis de contenido, la cual consiste en la lectura e interpretación del contenido de toda clase de documentos y más concretamente de las fuentes escritas; dicha lectura debe realizarse de modo científico, es decir, de manera sistemática y objetiva; al revisar algunos expedientes de la muestra en estudio y los censos de la matrícula inicial facilitados por la institución seleccionada. Asimismo, se recurrió a la entrevista con el personal

Directivo del Plantel, y los Docentes de Aula; con el fin de conocer sus intereses en relación al tema planteado.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (Ob. Cit.) define el instrumento como “Aquel que registra datos observables que representan verdaderamente a los conceptos o variables que el investigador tiene en mente” (p.242). Son los materiales que se emplean para recoger y almacenar la información obtenida. El instrumento que se utilizó en esta investigación fue el Odontodiagrama; definido por Santana (2009) como una representación de las características, alteraciones y patologías que pueden encontrarse en un paciente, al momento de su examen por un odontólogo, en una historia clínica. Cabe decir, que dicha historia clínica estuvo dirigida a la muestra en estudio; en ella se señaló: nombre, edad, sexo, lugar y fecha de nacimiento, dieta, consumo de medicamentos.

Todo en conjunto, permitió realizar el examen intrabucal donde se examinaron detalladamente los tejidos bucales y los dientes con el fin de anotar las diversas alteraciones presentadas. De lo descrito anteriormente, se extrajeron las variables en estudio a través de una guía de observación (ver anexo); que fue diseñada siguiendo las especificaciones de la tabla de operacionalización de variables, descrita a continuación:

Cuadro N° 1. Operacionalización de las Variables.

Objetivo General: Proponer un servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – Mayo 2015.				
Objetivos Específicos	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
Diagnosticar la necesidad de crear un servicio de atención odontológica primaria en la institución en estudio.	Necesidad de crear un servicio de atención odontológica primaria en la institución en estudio.	Programa que tiene como propósito contribuir al desarrollo integral del individuo mejorando su calidad de vida a través de acciones de fomento, promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud bucal. Marcano, (2008).	Salud bucal.	<p>1 Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD).</p> <p>2 Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Todos ellos mediante: Clasificación - Puntuación</p> <p>Excelente 0</p> <p>Buena 0.1 – 1.2</p> <p>Regular 1.3 – 3.0</p> <p>Mala 3.1 – 6.0</p> <p>3 Características de la mucosa bucal: Observar color, textura, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumor y alteraciones de la sensibilidad.</p>
Determinar la factibilidad de implementar un servicio de atención odontológica primaria en el centro educativo.	Factibilidad de implementar un servicio de atención odontológica primaria en el centro educativo.	Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas dentro de la propuesta planteada. García, (2015).	Factibilidad. Disponibilidad de Recursos.	Viabilidad. Humanos. Materiales.
Diseñar el servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – Mayo 2015.	Servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – Mayo 2015.	Asistencia sanitaria esencial, que comprende la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Sequera, (2009).	Niveles de atención odontológica primaria: Diagnóstico. Prevención. Promoción.	N/A.

Fuente: Hernández y Bergoderi, (2015).

3.5 Técnicas para el Análisis de Datos

Para la evaluación de la salud bucal, se utilizó lo siguiente:

El IHOS permitió expresar numéricamente el grado de higiene oral alcanzado por el individuo o grupo estudiado, su cómputo es sencillo lo cual facilitó de manera objetiva evaluar las condiciones de higiene oral de un grupo. Para la evaluación del I.H.O.S. usándose los criterios descritos anteriormente. De igual forma, una vez obtenida la información, mediante la aplicación de los instrumentos a la muestra del estudio, se realizó el análisis de datos estadísticos y se registraron los resultados para presentarlos en términos porcentuales representados en tablas y gráficos estadísticos; mediante el uso de la estadística descriptiva, la cual será descrita en el próximo capítulo. García, (Ob. Cit.).

CAPÍTULO IV

4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez aplicada la guía de observación en ciento treinta escolares (130) matriculados en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, de primer a tercer grado, se presentan los siguientes resultados; utilizando la estadística descriptiva.

Dimensión: Salud bucal.

Indicadores: CPOD (Índice de dientes cariados, perdidos y obturados).

Resultados e Interpretación: Se estudiaron 130 pacientes; con edades comprendidas entre 6-8 años; existiendo un alto nivel de frecuencia en el sexo femenino (32/130) representado por un 25%. El sexo masculino arrojó (98/130) equivalente al 75%. Los valores del índice de salud bucal fue mayor en las hembras, donde el CPOD = 3.7 y el IHOS = 6. Por su parte en el género masculino dichos valores fueron: CPOD = 3.5; IHOS = 4. Se observó que los valores del índice de salud bucal demostraron que las hembras no tienen experiencia de consulta odontológica, presentando caries de distintos grados de severidad. Ambos sexos presentaron un alto índice de desdentamiento precoz sin rehabilitación protética. (Ver gráfico N° 1).

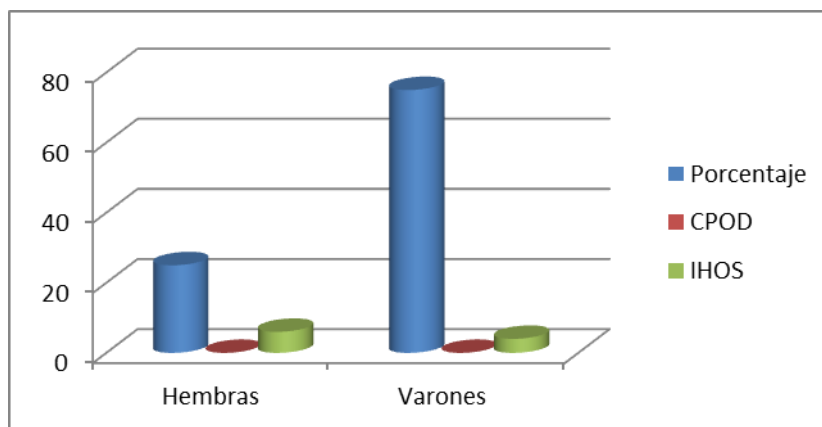


GRÁFICO N° 1. Índice de Salud Bucal, según sexo.

Fuente: Hernández y Bergoderi, (2015).

Dimensión: Salud bucal.

Indicador: Características de la Mucosa Bucal.

Resultados e Interpretación: El 42% (55/130) de la población escolar estudiada presentó gingivitis generalizada en la mayoría de las piezas dentarias, mientras que un 58% (75/130) en los niños y niñas estudiados, se evidenció xerostomía. (Ver gráfico N° 2).

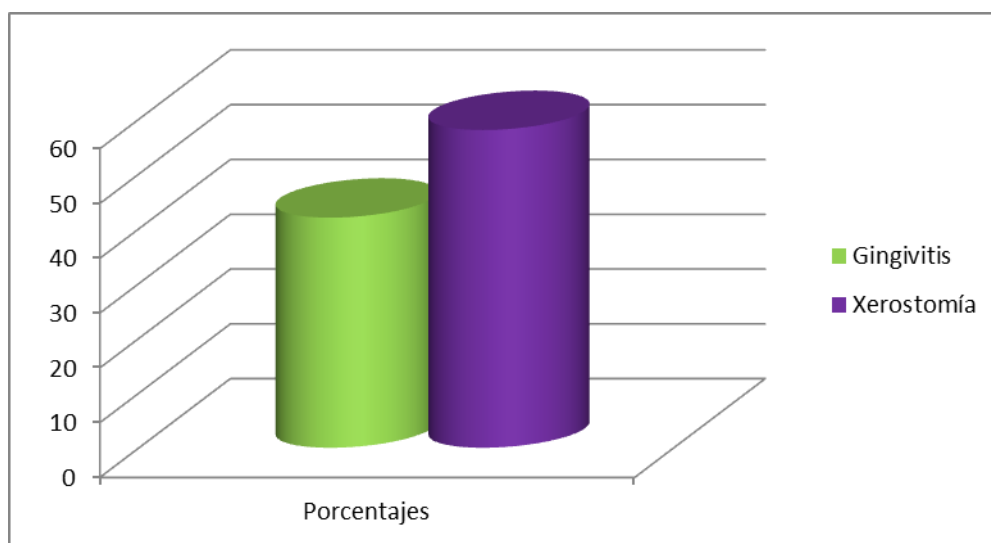


GRÁFICO N° 2. Patologías que afectan la Mucosa Bucal.

Fuente: Hernández y Bergoderi, (2015).

Dimensión: Factibilidad.

Indicador: Viabilidad.

Resultados e Interpretación: En conversación con el Personal Directivo del plantel en estudio, éste afirmó que si es factible la propuesta de implementar un servicio de atención odontológica primaria dentro de la misma, de igual forma en el centro educativo existen las condiciones necesarias para el desarrollo de las actividades planteadas por las investigadoras.

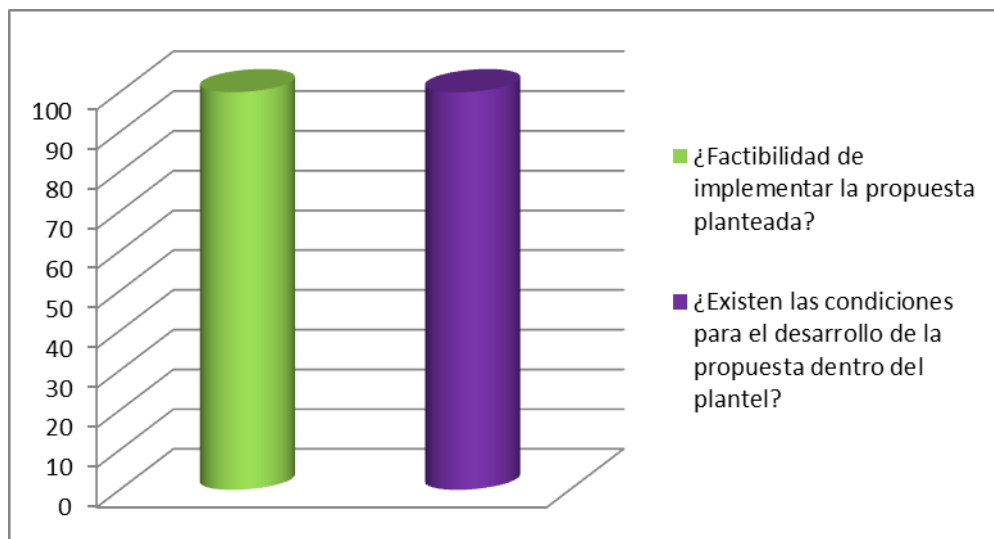


GRÁFICO N° 3. Factibilidad de la Propuesta.

Fuente: Hernández y Bergoderi, (2015).

Dimensión: Disponibilidad de Recursos.

Indicador: Humanos y Materiales.

Resultados e Interpretación: Cabe señalar, que también dentro de la entrevista realizada al personal Directivo, éste afirma que si disponen del recurso material, en este caso de gabinetes, la silla y el compresor odontológico, entre otros. Sin embargo, hasta ahora no se cuenta con el profesional de la salud para estos fines.

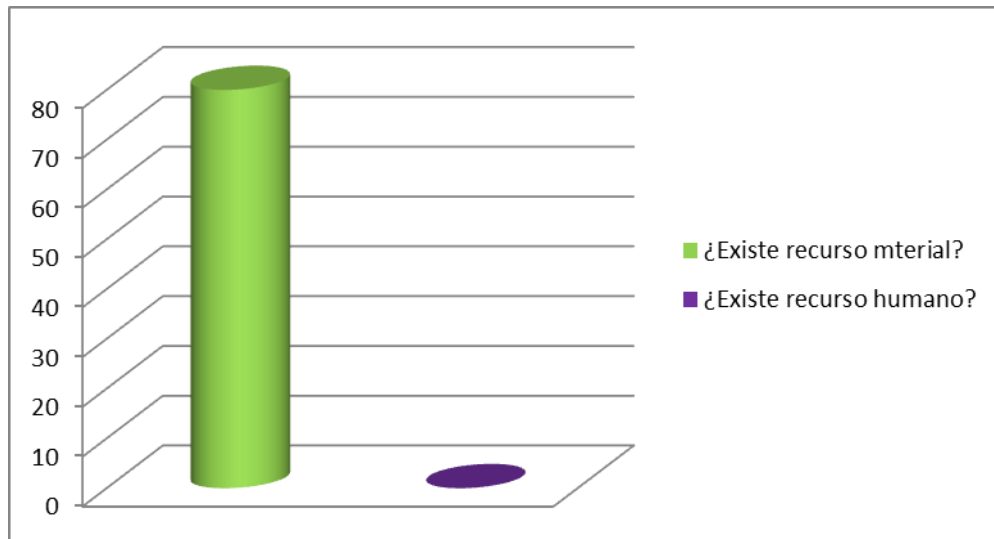


GRÁFICO N° 4. Disponibilidad de Recursos.

Fuente: Hernández y Bergoderi, (2015).

4.2 Análisis y Discusión General de los Resultados

De acuerdo a los resultados arrojados en la presente investigación, se puede decir que los escolares presentaron características intraorales comunes, tales como: la gingivitis (42%), es una infección de las encías; causada por la placa dental, una película adherente que se acumula sobre la superficie de los dientes y las encías, y que produce ácidos y toxinas que pueden hacer que las encías sangren, se hinchen o enrojezcan. Con el transcurso del tiempo, la gingivitis puede hacer que las encías se retraigan, separándose de los dientes, y que se formen bolsillos entre ambos. En esos

bolsillos pueden quedar atrapados gérmenes y hacer que se debilite el tejido óseo que rodea al diente. Es preciso indicar, que esta afección es común, muchas personas tienen alguna forma incipiente de la enfermedad, que puede tratarse con una buena higiene bucal, pero si la gingivitis se ignora, puede debilitar el tejido óseo que rodea a los dientes y hacer que los dientes se aflojen y a la larga se caigan.

Por otra parte, la presencia de xerostomía en estos niños (58%) se explica como de sequedad bucal debido a la disminución de saliva, provocada por una alteración del funcionamiento de las glándulas salivales. Como bien se sabe, la presencia de saliva en la cavidad bucal es muy importante, porque gracias a ella se mantienen humectados los tejidos orales, facilitando el habla, la masticación, la deglución, entre otros. Asimismo, la saliva también permite la función de limpieza de la boca, así como la regulación de la acumulación de bacterias. Un nivel de saliva adecuado puede evitar un desequilibrio de microorganismos en el ambiente oral que puede dar paso a la aparición de caries, enfermedades en las encías, halitosis o mal aliento.

En el mismo orden, las conversaciones con el personal directivo del centro educativo, afirmaron que dentro de las instalaciones existe el espacio (consultorio) disponible para el desarrollo de la propuesta planteada, adicionalmente están dentro del mismo parte del recurso material o equipos necesarios para el funcionamiento del servicio. Sin embargo, no se cuenta con el Odontólogo que cumpla las funciones complementarias de lo antes descrito.

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos del diagnóstico desarrollado en este estudio, permitieron elaborar las siguientes conclusiones:

El presente trabajo realizado sobre una muestra de estudiantes de la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, de primer a tercer grado; a fin de proponer un servicio de atención odontológica primaria; ha puesto de manifiesto que en ellos están presentes una serie de alteraciones del aparato masticatorio producto de diversas patologías renales, así como otras que son consecuencias de las terapias a las que son sometidos para lograr su mejoría y supervivencia, esto a su vez acarrea una serie de problemas que contribuyen aún más a la morbilidad de dicha población.

Cabe señalar, que al ser la Insuficiencia Renal crónica (IRC) una enfermedad que puede provocar la muerte por la gravedad que encierra, la atención odontológica del paciente es de primordial importancia, de allí que el personal odontológico y juegan un papel relevante en la instrucción que hay que dar a padres, representantes y personal médico para el control y tratamiento de lesiones en la boca de estos niños y niñas. Alteraciones como la gingivitis y la xerostomía, que son producidas por medicamentos ingeridos de uso obligatorio, pueden a su vez generar lesiones en tejidos y órganos dentarios, de allí que el control por parte del odontólogo es fundamental. A su vez, la gingivitis generalizada observada en los escolares, se puede asociar al uso de la ciclosporinas, fármacos que promueven un mayor crecimiento del tejido gingival. Así mismo, a consecuencia de la xerostomía estos niños mostraron disfagia y halitosis con olor a amoníaco, característica propia de la enfermedad.

Es preciso indicar, que la institución tuvo en el pasado la operatividad de este servicio, el cual atendía en primera instancia a la población estudiantil y a las comunidades adyacentes. Esto hacía ver al plante como una organización gerencialmente bien definida desde la administración, orientada hacia el logro del clima organizacional, integrando los diversos planos del dinámico entorno social.

5.2 RECOMENDACIONES

En atención a esta situación, dentro del centro educativo estudiado, se recomienda:

Establecer un protocolo de atención odontológica para este grupo de estudiantes, que en los actuales momentos están desasistidos desde el punto de vista bucal. De allí que las autoras de este estudio, destacan que es conveniente investigar más en este campo, con el fin de elaborar propuestas con protocolos de atención odontológica primaria implementados dentro de la institución educativa; así como los odontólogos de la administración pública o privada, extendiéndose este conocimiento a los mismos a padres, representantes y médicos tratantes, con el propósito de contribuir al bienestar del paciente y mejorar su calidad de vida.

Sensibilizar a las autoridades locales para que contribuyan a fortalecer la Atención Primaria de Salud Odontológica del centro educativo.

Fortalecer la Atención Primaria de Salud Odontológica a través de la promoción, divulgación e información desde y hacia las comunidades.

Promocionar, educar, formar, sensibilizar y concienciar a las autoridades locales, comunidades de las parroquias, directores, maestros, vecinos, Iglesia y al sector privado del municipio Tinaquillo; ya que la calidad de la salud debe ser la responsabilidad de todos los sectores.

La Alcaldía de Tinaquillo, debe impulsar el desarrollo de alianzas estratégicas con instituciones gubernamentales y privadas a fin de abaratar costos para expandir los servicios y cumplir con los objetivos planteados en la propuesta.

El Grupo Escolar Bolivariano Gral. “José Antonio Anzoátegui”, debe estimular a la participación activa de los maestros en la promoción de hábitos de la higiene bucal, actuando como reforzadores del comportamiento positivo.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Descripción General de la Propuesta

Con base a los resultados obtenidos, se plantea un plan estratégico del Servicio de Odontología para los próximos cinco años dentro de las instalaciones del Grupo Escolar Bolivariano Gral. “José Antonio Anzoátegui”, dependencia educativa, de carácter nacional, reconocido como el centro piloto por tener la mayor cantidad de estudiantes matriculados, ubicado en Tinaquillo, estado Cojedes.

6.2 Introducción

Desde la reformas gubernamentales, se parte de la idea de la Red de Servicios, tratando de fortalecerlas, para de esta forma brindar una atención de calidad y oportuna, buscando con esto descentralizar los servicios y ofreciendo al mismo tiempo la facilidad de una atención especializada más cerca de la zona de residencia del usuario. En busca de este objetivo y con miras al mejoramiento del servicio de Odontología del Centro educativo antes señalado, se plantea la siguiente propuesta que ha sido basada en la investigación de los diferentes componentes de este servicio tratando de maximizar sus fortalezas y presentando planes de mejora para sus debilidades.

6.3 Objetivo General

Brindar servicios especializados en odontología, integrales, oportunos y de calidad a los estudiantes de la institución y de las zonas adyacentes.

6.4 Misión

Ser un servicio de odontología que brinda un tratamiento preventivo, curativo y de rehabilitación altamente especializado con calidad, calidez y en forma oportuna que mantiene la salud bucodental a los pacientes tratados.

6.5 Visión

Ser un servicio modelo a nivel nacional, donde se brinde una atención de alta complejidad, integral y oportuna en salud bucodental, contando con personal especializado, apoyado en tecnología e infraestructura de avanzada.

6.6 Valores

1. Responsabilidad: con el trabajo y pacientes
2. Honestidad: con el manejo de recursos materiales y con nuestros pacientes.
3. Compromiso, para estar plenamente identificado con las necesidades de la población
4. Excelencia, para ser un servicio modelo a nivel local, regional y nacional.

6.7 Estrategias Maestras

Basados en el planteamiento de la Misión, se determinaron los 5 puntos que se deben fortalecer para conseguir esa Visión, las cuales se llamarán estrategias maestras:

1. Atención Oportuna.
2. Fortalecer el Recurso Humano.
3. Reemplazo y adquisición de los recursos físicos y tecnológicos.
4. Fortalecimiento y promoción de la docencia e investigación dentro del servicio.
5. Consolidación y fortalecimiento de la gestión administrativa.

Es necesario señalar los objetivos para cada una de estas estrategias maestras y las acciones para cumplirlos.

1-Atención oportuna.

Objetivos:

1. Brindar horas de consulta externa.
2. Optimizar la producción del servicio.

3. Disminuir del número de referencias para tratamientos de baja complejidad.
4. Ofrecer al paciente de difícil manejo o que su condición sistémica lo requiera, la posibilidad de tratamiento bajo anestesia general.

2-Fortalecer el Recurso Humano.

Objetivos:

1. Capacitar al personal del servicio.
2. Contar con especialistas en otras áreas de la odontología.

3- Reemplazo y adquisición de los recursos físicos y tecnológicos cuando sea necesario.

Objetivos:

1. Dotar al servicio de tecnología de avanzada.
2. Contar con otro consultorio debidamente acondicionado.

4- Fortalecimiento y promoción de la docencia e investigación dentro del servicio.

Objetivos:

1. Ejecutar políticas de capacitación, formación e investigación.
2. Incrementar la investigación.

5- Consolidación y fortalecimiento de la gestión administrativa.

Objetivos:

1. Implementar la cultura de Control Interno.
2. Utilizar los sistemas de información con los que se cuenta, como una herramienta útil para la toma de decisiones.

Se muestra a continuación de manera esquemática las estrategias maestras con sus objetivos y acciones a desarrollar en este Plan Estratégico Propuesto.

6. 8 Cuadro N° 2. Estructura Operativa del Plan Estratégico Propuesto.

Estrategias Maestras	Acción a Tomar	Metas Trazadas
<i>Atención Oportuna</i>	Brindar horas de consulta externa.	
	Lograr el aumento de jornada de 4 plazas existentes de 4 horas a 8 horas diarias, para pasar de 16 a 24 horas profesional y técnico en consulta externa.	Se incrementará el personal profesional y técnico 8 horas más para tener 36 horas de consulta externa y así estar al 100% de su capacidad de infraestructura.
	Optimizar la producción del servicio.	
	Disminución de pacientes ausentes a prestaciones críticas como Cirugía y Odontopediatría confirmando la cita por teléfono y sustituirla si fuera necesario. Esto lo realizará la Auxiliar de Registros Médicos del Servicio.	Inclusión del Servicio de Odontología dentro del Programa de Llamada Telefónica, con que cuenta la Consulta Externa de la Institución.
	Disminuir del número de referencias para tratamientos de baja complejidad.	
	Lograr que los pacientes referidos al	Capacitación a los odontólogos,

	servicio sean para tratamiento de alta complejidad, estableciendo protocolos de referencia debidamente oficializados.	desarrollando una pasantía por nuestro servicio debidamente aprobada por el Departamento de la UJAP.
	Ofrecer al paciente de difícil manejo o que su condición sistémica lo requiera, la posibilidad de tratamiento bajo anestesia general.	
	Insistir en la posibilidad de obtener un espacio en las salas de operación para nuestros pacientes, por lo menos 2 veces al mes.	Contar con espacio en la sala de operaciones por lo menos dos veces por semana.
<i>Fortalecer el Recurso Humano</i>	Capacitar al personal del Servicio.	
	Lograr que el 25% del personal realice una pasantía de actualización en estas instalaciones.	Desarrollar un plan de actualización rotativo, permanente, en diferentes áreas de la Odontología.
	Contar con especialistas de otras áreas de odontología.	
	Establecer por medio de un análisis de referencias enviadas, una nueva especialidad que deba incorporarse al	Gestionar a nivel central la obtención de una plaza para especialistas.

	servicio.	
<i>Reemplazo y adquisición de los recursos físicos y tecnológicos cuando sea necesario.</i>	Dotar al servicio de tecnología de avanzada.	
	Elaboración de un plan de reemplazo y nuevas necesidades de equipo médico e informático.	Inicio del desarrollo del plan de reemplazo y adquisición de nuevo equipo médico e informático.
	Contar con otro consultorio debidamente acondicionado.	
	Gestión de la compra de mueble modular para el consultorio adicional.	Gestión del reemplazo de equipos dentales al consultorio adicional.
<i>Fortalecimiento y promoción de la docencia e investigación dentro del</i>	Ejecutar políticas de capacitación, formación e investigación.	
	Desarrollo de programas de especialización de interés institucional. Formación de estudiantes en profesiones de la salud.	Apertura de nuevos programas de especialización y de grado profesional según la capacidad instalada Servicio.
	Incrementar la investigación.	
	Capacitación al personal del Servicio y	Desarrollo de proyectos de investigación

<i>servicio.</i>	del área de atracción mediante charlas o cursos en métodos de investigación, bioética y otros temas relacionados.	por estudiantes y profesores; siguiendo todos los protocolos bioéticos.
<i>Consolidación y fortalecimiento de la gestión administrativa</i>	Implementar la cultura de control interno.	
	Identificación del personal con el proceso de control interno, por medio de charlas y talleres.	Tener documentados todos los procesos sustantivos del servicio con la determinación de sus riesgos y respectivos planes de mejora.
	Utilizar los sistemas de información con los que se cuenta, como una herramienta útil para la toma de decisiones.	
	Solicitud a los servicios de estadística y cómputo la capacitación de la secretaria y jefatura para utilizar la información de la base de datos para generar las estadísticas necesarias para una buena gestión.	Optimización del conocimiento sobre las herramientas que le puede proporcionar al servicio los sistemas de información institucionales existentes o propuestos.

Fuente: Hernández y Bergoderi, (2015).

6.9 Factibilidad del Plan

El plan que se propone, es factible por cuanto es una propuesta basada en acciones viables, para satisfacer la necesidad diagnosticada en el Grupo Escolar Bolivariano General “José Antonio Anzoátegui”, ubicado en el municipio Tinaquillo, estado Cojedes.

6.9.1 Factibilidad Económica

Mediante conversaciones previas con el personal directivo y docente de la Institución, se acordó que los costos para la ejecución del plan, podrán ser cubiertos mediante la colaboración del personal participante y a las autoridades educativas y gubernamentales. De esta forma, los recursos facilitados con el acuerdo de los interesados; la implantación de la propuesta para la ejecución del plan es completamente factible.

6.9.2 Recursos

En lo que se refiere a los recursos materiales, es necesario contar con equipos médico-odontológico, que podrán ser suministrados por las facilitadoras y responsables de la ejecución del plan (las investigadoras); además, la Institución cuenta con una unidad odontológica, estantes, y un espacio físico para la implementación de la propuesta planteada. En lo que respecta al recurso humano que servirá de apoyo a la misma, está la disponibilidad de las mismas autoras en colaborar con la ejecución de este plan. Sin embargo, se solicitará la colaboración de especialistas en el Área de Odontología, profesionales de la salud, profesores, estudiantes de otras universidades de la localidad, que han manifestado sus deseos de colaborar con la ejecución del mismo.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. y Álvarez, H. (1998). *Presentación Comunidades Educativas*, Oficina Nacional de Comunidades Educativa compás M.E Caracas Venezuela.
- Aranda, P. (2001). *Educación progresiva en la escuela*. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Ascanio A; y Sánchez J. (2012). “*Salud bucal en escolares de la Unidad Educativa Nuestra Señora de la Caridad del Cobre en el municipio Santiago Mariño Edo. Aragua, Venezuela*”. Trabajo de grado.
- Balestrini, M. (2002). *Como se elabora el proyecto de investigación*. Editorial B.L. Consultores Asociados. Caracas.
- Battellino, L. (2010 - 2011). “*Evaluación del Estado de Salud bucodental en preescolares: Estudio epidemiológico longitudinal, Córdoba, Argentina*”. Trabajo de grado.
- Bolúmar, C. (2001). *Vías de la pulpa*. Editorial medica Panamericana. México.
- Campezo, E. (2008). *Atlas ilustrado de Fisiología Humana*.
- Canales, F. (2004). *Metodología de la Investigación* LIMUSA. México.
- Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela*, (1999).
- Fidias, A. (2004). *Proyectos de Investigación*. Caracas: Epistemes
- Fernández, J. (2014). “*Evaluación de la intervención de salud bucal en escolares portadores de hábitos deformantes bucales, La Habana - Cuba*”. Trabajo de grado.
- García, J. (2015). *Magíster en Gerencia Avanzada de la Investigación*.
- Geiringer, A. (1981). *Manual de Técnicas Operantes para Padres*. Caracas: IPLER.
- Gómez, M. (2009). “*Efectividad del subprograma clínica escolar en la formación de hábitos de higiene bucal de la comunidad educativa escuela Bolivariana Fabio Manuel Chirinos Pedregal Municipio Democracia Estado Falcón, Venezuela*”. Trabajo de grado.
- González, V. (2002) *Familia y escuela, dos contextos y un solo niño*. Caracas Dossier.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4^a ed.). Mc Graw Hill. México.

- Higashida, P. (2000). *Medicina en Odontología*. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Ed. Manuel Moderno 2000 2ª Ed.
- Hurtado, J. (2008). *Metodología de la investigación holística*. Fundacite Anzoátegui. Servicio de Proyección para la América Latina. Caracas – Venezuela.
- Ley Orgánica de Educación*, (2009).
- Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescentes*, (1998).
- Matheus, G. (2011). “*Estrategias didácticas para la integración escuela comunidad en la promoción de la salud bucal de los niños en edad escolar del municipio Sucre, estado Zulia – Venezuela*”. Trabajo de grado.
- Meyer, A. (2009). *Investigación descriptiva*. Editorial Tropykos. Caracas – Venezuela.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Encuesta de salud bucodental*. Métodos Básicos 4ta Edición. Ginebra.
- Rioboo, S. (2002) *Oral Cancer*. American Cancer Society. Hamilton, ON: B.C. Decker, Inc.
- Santana, J. (2009). *Semiología en la práctica de la odontología*. McGraw-Hill Interamericana.
- Sequera, M. y Marcano, T. (2008). *Importancia de la salud oral y su conexión con la salud general*. Colombia.
- Soto, P. (2000). *Presentación Comunidades Educativas*, Oficina Nacional de Comunidades Educativa compás M.E Caracas. Venezuela.
- Trillos, S. (2009). Caries preventive effect of fluoride varnish applications performed two or four times a year. Scand J Dent Re.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 2008). *Manual de tesis de grado, especialización, maestría, tesis doctorales*. Fedupel, Caracas – Venezuela.

ANEXOS



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA. GUÍA DE OBSERVACIÓN.

PROPUESTA DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PRIMARIA EN LA ESCUELA BÁSICA BOLIVARIANA GENERAL “JOSÉ ANTONIO ANZOÁTEGUI”, TINAQUILLO, ESTADO COJEDES. ENERO – MAYO 2015.

Objetivo General: Proponer un servicio de atención odontológica primaria en la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”, Tinaquillo, estado Cojedes. Enero – Mayo 2015.

Nº: _____

Edad: _____ Lugar y Fecha de Nac: _____

Sexo: _____ Dieta: _____ Medicamentos: _____

Cariados, extraídos y obturados (CEOD): _____

Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD): _____

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS): _____

Características de la Mucosa Bucal: _____

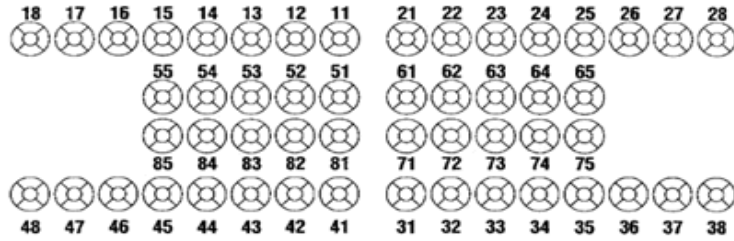
Observaciones: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Grado: _____ Sección: _____

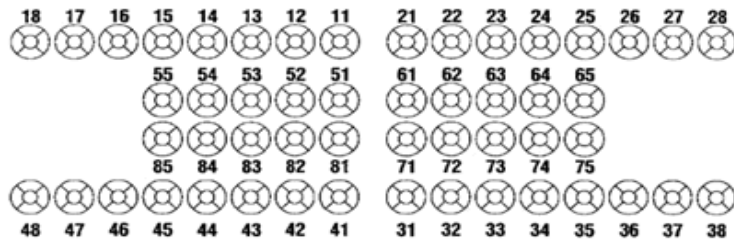


Nombre: _____

Apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Grado: _____ Sección: _____

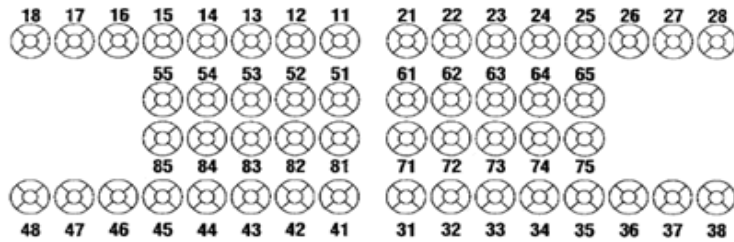


Nombre: _____

Apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Grado: _____ Sección: _____

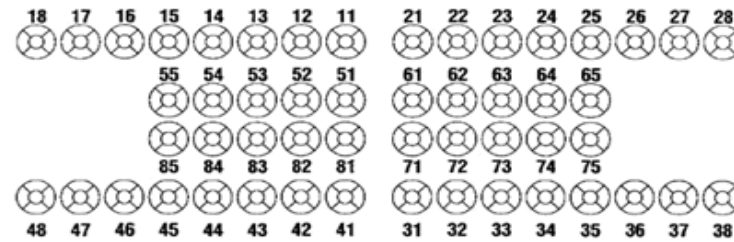


Nombre: _____

Apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Grado: _____ Sección: _____



Fecha: _____

N° de evaluación: _____

Hoja de Evaluación de HIOS

Nombre: _____

Apellido: _____

Técnica de Cepillado:

16/55 11/51 26/65

16/55 11/51 26/65

46/85 31/71 36/75

IMA: _____

46/85 31/71 36/75

IC: _____

IHOS: _____

Observaciones: _____

Fecha: _____

N° de evaluación: _____

Hoja de Evaluación de HIOS

Nombre: _____

Apellido: _____

Técnica de Cepillado:

16/55 11/51 26/65

16/55 11/51 26/65

46/85 31/71 36/75

IMA: _____

46/85 31/71 36/75

IC: _____

IHOS: _____

Observaciones: _____



Fachada Frontal de la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”,
Tinaquillo, Estado Cojedes.



Fachada Frontal de la Escuela Básica Bolivariana General “José Antonio Anzoátegui”,
Tinaquillo, Estado Cojedes.



Cancha frontal de la Escuela



Patio Frontal de la institución.



Investigadoras con la Lcda. Isandra de Pérez.

Sub-directora del Plantel.



Escolares, muestra del estudio.



Unidad Odontológica y compresor con el que cuenta el Plante



Estantes Odontológicos e Insumos Básicos de Enfermería.