

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
Facultad de Medicina. Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica
División de Investigación y Post Grado

“IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA PARA MEJORAR LA SALUD ORAL DE NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS DE EDAD ASEGURADOS AL POLICLÍNICO MANCO KÁPAC DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD GESTIÓN 2005”

POSTULANTE: Dra. ANA MARÍA PÉREZ ARNÉZ
TUTOR: Dra. NÍLZZA TÓRREZ LUNARIO

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGÍSTER SCIENTIARUM
EN SALUD PÚBLICA**

LA PAZ – BOLIVIA
2006

Dedicado a:

Mis queridos padres por su cariño y apoyo

A mi querido esposo e hijos por su comprensión,

Al haberles recortado tiempo importante de la convivencia familiar, apoyando en todo el proceso de la realización y la conclusión de la presente tesis

Agradecimiento

Quiero expresar a la Dra. Nílzza Torres Lunario, tutora de la presente tesis mi agradecimiento por su valiosa ayuda, quien con su experiencia y conocimientos supo conducir atinadamente a la conclusión de la presente tesis

ÍNDICE

RESUMEN	6
I.- INTRODUCCIÓN	8
II.- MARCO TEÓRICO	10
2.1.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	29
IV.- JUSTIFICACIÓN	33
V.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	35
5.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	35
5.4.- OBJETIVO GENERAL.....	35
5.6.- DISEÑO METODOLÓGICO.....	36
5.7.- UNIVERSO DE ESTUDIO.....	37
VI.- RECOLECCIÓN DE DATOS.	39
6.1.- INFORMACIÓN PRIMARIA	39
6.2.- INFORMACIÓN SECUNDARIA	39
VII.- INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA	41
7.1.- VARIABLES	41
7.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
VIII.- METODOS, TECNICAS Y INSTRUMENTOS	46
IX.- ETAPAS DEL ESTUDIO.....	47
9.1.- PRIMERA ETAPA, DIAGNOSTICO	47
9.2.- SEGUNDA ETAPA, PLANIFICACIÓN.....	59
9.3.- TERCERA ETAPA, EJECUCIÓN	62
9.4.- CUARTA ETAPA, SEGUIMIENTO	63
9.5.- QUINTA ETAPA, EVALUACIÓN	66
X.- PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	68
XI.- RESULTADOS	69
11.1.- RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	69
11.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	76
XII.- CONCLUSIONES	89
	4

12.1.- CONCLUSIONES RESPECTO AL PROBLEMA.....	89
12.2.- CONCLUSIONES RESPECTO A LA HIPÓTESIS	90
12.3.- CONCLUSIONES RESPECTO A LOS OBJETIVOS	90
XIII- RECOMENDACIONES	92
XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXO 1: MOTIVO DE LA CONSULTA	987
ANEXO 2: ENCUESTA	99
ANEXO 3: FORMULARIO GRADO DE CONOCIMIENTO	100
ANEXO 4: PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN	102
ANEXO 5: INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR DATOS PARA OBTENER C.P.O.D.	106
ANEXO 6: HISTORIA CLINICA	107
ANEXO 7: HIGIENE ORAL.....	108
ANEXO 8: RIESGO CARIOGÉNICO.....	109
ANEXO 9: INFORME DIARIO	111
ANEXO 10: ANÁLISIS Y RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN SALUD ORAL ANTES	118
ANEXO 11: ANALISIS DE RESULTADOS PROGRAMA PROMOCIÓN DE SALUD ORAL DESPUES.....	118
ANEXO 12: GRÁFICOS C.P.O.D. ANTES Y DESPÚES	127
ANEXO 13: PRUEBAS ESTADÍSTICAS PROGRAMA DE PREVENCIÓN...	128
ANEXO 14: PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.....	133
ANEXO 15: TRÍPTICOS EDUCATIVOS DIRIGIDOS A LOS PADRES	
ANEXO 16: TRÍPTICO ODONTOLOGÍA DEL BEBE	
ANEXO 17: CUADERNILLO EDUCATIVO	

RESUMEN

La autora del presente trabajo de investigación es odontóloga del servicio de odontología del policlínico Manco Cápac. En la consulta odontológica diaria ha podido observar que los pacientes que acuden a la consulta diaria tienen mala salud oral, lo que nos ha llevado a hacernos la siguiente pregunta de investigación

¿Al implementar un programa de promoción, educación y prevención en el servicio de odontología del policlínico Manco Cápac, de la Caja Nacional de Salud, año 2005, se logrará mejorar la salud oral de los niños de 0 a 12 años de edad, asegurados al centro?

Planteamos como objetivo general

“Establecer la implementación de programas de promoción, educación y prevención en el servicio de odontología para mejorar la salud oral de niños de 0 a 12 años de edad asegurados a la caja nacional de salud en la gestión 2005”.

1. Determinar el grado y las causas de la salud oral de los pacientes de 0 a 12 años de edad que acuden al servicio de odontología del policlínico Manco Cápac.
- 2.- Determinar grado de conocimientos sobre salud oral en la población Asegurada al centro.
- 3.- Determinar prevalencia de caries dental, piezas perdidas y piezas Obturadas en niños de 0 a 12 años de edad asegurados al centro.

- 4.- Determinar el riesgo cariogénico al cuál están expuestos los niños que Tienen de 0 a 12 años de edad.
- 5.- Determinar grado de higiene oral de los niños de 0 a 12 años de edad
- 6.- Implementar programa de promoción y prevención en salud oral dirigido a la población asegurada.

El tipo de estudio que se ha realizado es una tesis de intervención, pre experimental con diseño de antes y después.

Las variables que intervienen en el presente trabajo de intervención son:

Como variable dependiente tenemos Salud Oral, a la cuál la definen como buena, mala o regular los indicadores de C. P. O. D. (caries, perdido y obturado), higiene oral, riesgo cariogénico y prevalencia de caries dental.

Como variable independiente tenemos el programa de promoción y prevención en salud oral, programa que modifica y mejora la salud oral de los niños de 0 a 12 años de edad asegurados al centro.

Los resultados fueron sometidos a pruebas estadísticas Z de Student, que da hipótesis alterna con un 95% de probabilidad de que el indicador C.P.O.D. (caries, perdido y obturado), higiene oral y riesgo cariogénico, han bajado por la intervención de programa de promoción y prevención mejorando significativamente la salud oral de los niños.

“IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, Y PREVENCIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA PARA MEJORAR LA SALUD ORAL DE NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS DE EDAD ASEGURADOS AL POLICLINICO MANCO KAPAC DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD EN LA GESTIÓN 2005”

I.- INTRODUCCIÓN

De acuerdo con datos de la organización Mundial de la Salud (OMS). La caries dental y la enfermedad periodontal se encuentran entre las cinco primeras causas de alta prevalencia y mayor demanda de atención en los servicios de salud.

La caries dental es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, constituye una de las causas principales de pérdida de piezas dentales, derivando posteriormente en el uso de prótesis dentales. La falta de atención oportuna de la caries dental predispone al organismo a otras enfermedades¹.

Los antecedentes que fundamentan el estudio y el propósito del trabajo se basan en que:

La caries dental es una patología que al afectar a una gran parte de la población es un problema de salud pública, a la cuál se le debe dar la importancia que

¹ Bertha Higashida Odontología Preventiva

requiere tanto de parte de las autoridades de las entidades prestadoras de salud, profesionales odontólogos y la población

La caries dental es una enfermedad destructiva crónica que afecta al 95 % de la humanidad, ataca al ser humano desde los primeros meses de vida²

En grados avanzados producen dolor intenso y procesos infecciosos que pueden repercutir en toda la economía de individuo.

Su curación requiere de una infraestructura y equipamiento especializado, los costos de estas curaciones son bastante elevados, el paciente tiene que someterse a controles periódicos para evitar la aparición de nuevos procesos cariosos.

La pérdida de las piezas dentales afecta al proceso de masticación y formación del bolo alimenticio provocando posteriormente molestias estomacales, también afecta a la función de la fonación ya que las piezas dentales son parte indispensable al hablar, afectando también la estética factor muy importante en el aspecto psico- social de las personas.

El presente trabajo de intervención es planteado por la urgente necesidad que se tiene de mejorar la salud oral de los pacientes asegurados al Policlínico Manco Cápac desarrollando un programa de Promoción y Prevención en salud Oral, acciones que van a permitir el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las lesiones que causa la caries dental y enfermedad periodontal

² Simón Káts "Odontología Preventiva en acción" 3era edición Viamonte 2164 Buenos Aires pag 93

II.- MARCO TEÓRICO

a) Historia de la enfermedad.

Históricamente la caries dental y la enfermedad periodontal se la conoce desde tiempos remotos.

Estudios paleontológicos indican que la enfermedad periodontal y caries dental, afectó a seres de culturas tan distintas y antiguas como los egipcios y los pobladores de la América precolombina, así lo demuestra la pérdida de hueso alveolar observado en restos hallados por los investigadores.³

Alrededor del año 3000 a.c. los sumarios practicaban la higiene bucal con palillos dentales de oro. La enfermedad periodontal fue la más frecuente de todas las afecciones evidenciadas en los cuerpos embalsamados.⁴

En 1990, la Organización Mundial de la Salud informo que sólo una de cada diez personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados.

La caries dental y la enfermedad periodontal constituye una enfermedad de carácter universal, manifiesta su ataque desde el primer año de vida, afecta mas o menos al 91% de la población mayor de 5 años de edad y es más frecuente entre las personas de 5 a 14 años de edad. Por todo lo mencionado la caries dental y la enfermedad periodontal son considerados temas de salud pública.⁵

³ Fermin A carranza “ Periodoncia Clínica” octava edición

⁴ Simón Káts , James L. Mcdonald “Odontología preventiva en acción” 4ta edición

⁵ J. R. Pinkham, B.S., D.D.S “Odontología Pediátrica” Segunda edición

En 1778, Hunter señaló como causa de la caries a la inflamación de la pulpa del diente por el consumo excesivo o inadecuado de alimentos.

Después, Party 1819 advirtió el inicio de la enfermedad en los sitios donde el esmalte se hacía más delgado, en fosas y fisuras, lugares donde había retención de alimentos.

Más tarde Robertson (1835) sugirió que los restos de alimentos adheridos a los dientes se fermentaban, y luego Magilot (1867) demostró que la fermentación de los azúcares disolvía las estructuras dentales.

La caries es un proceso multifactorial por lo cuál es necesario tomar en cuenta la acción simultánea de varios factores: el sustrato oral, los microorganismos, la susceptibilidad del huésped y el tiempo.

El accionar simultáneamente de estos cinco factores produce efectos como ser la DESMINERALIZACIÓN del diente, el esmalte ya no es el material sólido y amorfo, experimenta disolución irreversible. INVASIÓN MICROBIANA, la caries dental se produce por bacterias acidógenas y acidúricas residentes en la placa dentó bacteriana. La virulencia de la actividad bacteriana se relaciona, en parte, con la capacidad para sintetizar distintos tipos de polisacáridos intracelulares y extracelulares.

b) Definición de Conceptos.

Definición de la Promoción de la Salud.

“Es el proceso que da a la población, los medios de ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla, para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social. Un individuo o grupo debe ser capaz de

identificar y realizar sus aspiraciones satisfacer sus necesidades y cambiar o adecuar el medio ambiente”

Los objetivos de la promoción de la salud se insertan al interior de una dinámica positiva. Se habla sobretodo de determinantes de la salud y de desarrollo de las condicionantes favorables a la salud.⁶

La Odontología Preventiva es la actitud que comprende el cambio en la escala de valores cuyo valor más alto es el mantenimiento de la salud bucal. Se puede definir como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal.

c) Epidemiología.

La caries dental afecta al 95 % de la población, se presenta esta enfermedad destructiva crónica a partir del primer año de vida, siendo más agresiva en las edad de 6 a 12 años, afecta más al sexo femenino.

Las regiones también influyen en el grado de caries que tienen los pobladores, por ejemplo en las regiones de Bolivia la literatura nos indica que las regiones cálidas como Santa Cruz Beni y Pando tienen indicadores más altos de caries dental.

Los objetivos de la prevención se relacionan con los problemas de salud y son esencialmente correctivos. Se habla de reducción de los factores de riesgo o de protección contra los agentes agresivos.

⁶ Maurici Gómez, “Teoría y Cuía Practica para la Porción de Salud”

d) Manifestaciones clínicas.

La caries dental es una enfermedad que se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente, si el proceso avanza sin restricción.

Se acepta casi universalmente que esta destrucción que avanza hacia adentro desde la superficie dentinaria externa, es el resultado de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente inmediato del diente.

Clínicamente, la caries dental se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados.

A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades, llamado a este periodo de cavitación.

Si se examina un corte transversal de un diente, resulta evidente que normalmente el primer tejido atacado por el proceso carioso será el esmalte. Sin embargo en pacientes que tienen ciertas pérdidas de hueso alveolar y retracción gingival como resultado de la enfermedad periodontal o como consecuencia del proceso de envejecimiento normal y fisiológico, la dentina o el cemento pueden ser los sitios iniciales del ataque carioso.

Para los tres tejidos duros del diente, los principales componentes inorgánicos son el calcio y el fosfato, que están presentes en forma cristalina conocida como hidroxiapatita.⁷

Son varios los factores que desempeñan algún papel en la formación de caries, por lo que se dice que la caries es una enfermedad multifactorial. Keyes ha

⁷ C. O. Dummett, Jr, "anomalías de la dentición en desarrollo

representado los 3 factores principales requeridos para el desarrollo de la caries como 3 círculos que se superponen parcialmente. Un círculo representa el agente (microorganismo), otro el medio ambiente (sustrato), y el tercero el huésped (diente) Newbrum ha agregado un cuarto círculo el tiempo.

Lo que significa que para que se produzca una caries, los parámetros representados por los otros tres círculos deben no solo estar en funcionamiento al mismo tiempo, sino que el tiempo mismo constituye un factor de desarrollo en la caries.

La enfermedad periodontal que es otra de las enfermedades de la cavidad oral se manifiesta primero por la presencia de inflamación de la encía marginal por presencia de placa bacteriana por falta de higiene, mala posición dentaria, respiración bucal, alteraciones hormonales, etc.

Esta inflamación si no es atendida posteriormente degenera en agrandamiento gingival donde hay cambio de color de la encía, hemorragias espontáneas y halitosis.

e) Diagnostico.

En la caries de esmalte el diagnostico es clínico y también se lo puede realizar con una radiografía.

En la caries de dentina el diagnóstico es clínico mediante la exploración con sonda y también puede ser mediante rayos X.

f) Tratamiento.

El tratamiento de la caries varía de acuerdo al tejido que abarca y al tipo de dentición permanente o temporaria en la que se presenta.⁸

Caries esmalte en pieza permanente.

- Pulido de la superficie
- Limpieza de la zona con una fresa
- Restauración.

Caries dentinaria en pieza permanente

- -Administración de anestesia cuando el caso requiere.
- Aislado absoluto o relativo
- Remoción de la dentina careada
- Desinfección de la cavidad
- Protección indirecta
- Obturación definitiva

Caries de esmalte en pieza temporaria

- Fase preventiva: educación en salud, profilaxis diaria, terapia de flúor
- Cuando no existe cavitación terapia intensiva de flúor en diferentes formas
- Cuando ya hay evidencia clínica de cavitación, limpieza de la zona con fresa y realizar restauración.

⁸ Normas de Diagnóstico, "Tratamiento de odontología y Odontopediatría". INASES

Caries de dentina pieza temporaria

- Fase preventiva: educación en salud, profilaxis diaria terapia de flúor de acuerdo a protocolo según riesgo.
- Administración de anestesia y aislado absoluto.
- Remoción de la dentina
- Desinfección de la cavidad
- Protección indirecta
- Obturación definitiva

Tratamiento de la inflamación gingival

- Educación: mucho énfasis en la correcta higiene dental con cepillado adecuado, para eliminar la placa bacteriana.
- Control de los otros factores causales

g) Pronostico.

Dientes Permanentes

Caries esmalte	Favorable
Caries de dentina superficial	Favorable
Caries de dentina profunda	Relativo

Dientes Temporarios

Caries esmalte	Favorable
Caries de dentina superficial	Favorable
Caries de dentina profunda	Desfavorable

Alteraciones Periodontales

Si no se atiende oportunamente el pronóstico es desfavorable.

Antecedentes pertinentes al estudio.

Con el propósito de prevenir la caries dental se ha implementado un método preventivo como ser la fluoración de sal en Costa Rica, Jamaica y México incorporados dentro de sus planes de asistencia epidemiológica, frecuentemente monitoreados por la prevalencia y severidad de las caries y por la fluorosis agrupados por edades fueron indicados.

Epidemiológicamente los datos numéricos promedio descendieron, en la dentición primaria en niños de 6-8 años de edad en Jamaica, en el estado de México y en Costa Rica. Entre 1996 y 1999 la severidad de caries en Costa Rica caían 35% para una reducción anual de 13.4%, en el estado de México la reducción entre 1987 y 1996 fue 28% para una reducción anualizada de 3.6%, desafortunadamente no existen datos de la primera dentición en 1984, haciendo imposible calcular la reducción por porcentajes⁹.

En Bolivia según estadísticas los indicadores de caries dental son alarmantes, el año 1997 se ha realizado un estudio epidemiológico el cuál da los siguientes indicadores.

Índice C.P.O.D. en niños de 6 años 7.9 tanto en el altiplano valle y llano, que indica grado muy severo de caries dental.

⁹ OMS/ UNICEF. "Atención Primaria en Salud".

Índice C.P.O.D. caries dental en niños de 12 años es de 4.7 en los llanos, que indica grado severo de caries dental

Indicador C.P.O.D. en niños de 0 a 10 años es 4 en valles, que indica grado moderado de caries dental.¹⁰.

Se ha escrito mucho de medidas de prevención, a todo nivel y en las diferentes áreas y especialidades, de los beneficios que brinda, pero la investigadora no ha hallado un estudio que pueda afirmar cuanto disminuyen los indicadores de caries y enfermedad periodontal.

Estudios realizados por la Dra. Dyrse Ocampo en la población de Bolivia, sostiene que la capacidad económica que tienen algunos estratos sociales influye en el grado de educación y grado de caries dental que sufre la población. Así tenemos que las personas que pertenecen a estratos sociales bajos sufren de caries dental en un 94% estratos medios un 93 % y estratos altos 91% de la población.

La población del Policlínico Manco Cápac no está exenta de esta problemática. en la consulta diaria se ve de forma habitual que los pacientes acuden al consultorio dental con múltiples procesos cariosos en grados avanzados llegando a alcanzar indicadores altos de 7. que dice grado muy severo de caries dental.

¹⁰ Dircy Ocampo Peñaranda, " Estudio Epidemiológico de la Salud Bucal"

h.1. EVOLUCIÓN DE LA CARIES.

La caries es una enfermedad caracterizada por una serie de reacciones químicas y microbiológicas que provocan el reblandecimiento de los tejidos, posteriormente la destrucción del diente, avanzando de la superficie al interior.

En el esmalte la caries afecta primeramente a los tejidos duros del diente, el esmalte y el cemento (en la raíz del diente).

La lesión en el esmalte es una mancha blanca, opaca y sin brillo. Generalmente la caries utiliza las fosas, fisuras y defectos en la superficie del esmalte. Esta lesión inicial puede quedar retenida, remineralizarse o por el contrario avanza. La resistencia del esmalte es por ello decisiva en la evolución de la caries dental. La resistencia aumenta eficazmente cuando se aplican medidas preventivas.

En la dentina si la caries progresa, invade la siguiente capa del diente o dentina. El avance de la lesión puede hacerse transversalmente y en profundidad. En la dentina avanza muy rápidamente porque está poco calcificada.

Las bacterias implicadas en la caries son ligeramente distintas cuando afectan superficies lisas de la pieza dentaria que cuando afectan surcos, fosas y fisuras.

En la raíz cuando la caries continua avanzando llega hasta la pulpa y penetra por el canal de la raíz provocando la destrucción y formación de abscesos en los ápices.

La caries puede llegar a afectar al ligamento periodontal y al hueso que sujeta el diente, así como a los tejidos blandos. EL hueso alveolar al ser afectado puede ocasionar pérdidas de piezas dentarias.

Así mismo un absceso situado en el puede progresar a través del tejido óseo hasta el interior del cráneo con nefastos efectos, que pueden ser mortales.

h. 2. CAUSAS Y FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD.

La caries constituye actualmente la enfermedad crónica más frecuente en el ser humano. El 90-95% de la población sufre esta patología siendo la causa de la pérdida de la mitad de las piezas dentarias. Hoy en día la población no tiene todavía conciencia suficiente de su importancia al no ser una enfermedad mortal, el 55 % de los niños de 3 años están ya afectados de caries. Este porcentaje aumenta a los 6 años hasta un 80% y al 98% en los adultos.

h. 3. FACTORES CONDICIONANTES DE LA CARIES.

Es importante conocer la existencia de una serie de factores que van a aumentar la incidencia de la aparición de la caries, La actuación sobre ellos permite establecer el estado saludable o no de la cavidad bucal.

h.3.1. Factores geográficos

Las condiciones socio económicas propiamente dichas de una región, sobre todo los hábitos alimenticios, son los que influyen en la aparición de caries, más que el lugar geográfico en sí. Aun así parece que en los países cálidos la incidencia es menor, probablemente debido a la influencia del metabolismo en el calcio y el fosfato. Así mismo zonas ricas en flúor disminuyen la prevalencia.

h.3.2. Raza

Grupos étnicos puros tienen menor frecuencia de caries aunque también se debe fundamentalmente a la situación socio económica Ej. La raza negra en USA tiene más incidencia de caries que los africanos.

h.3.3.Sexo.

La mujer tiene mayor incidencia de caries que los hombres en una población 3/2. Esto es debido a los cambios hormonales sobre todo en la lactancia y el embarazo.

h.3.4.Edad.

La aparición de máxima incidencia de caries se da entre los 6-10 años y en la adolescencia entre los 16-25 años. A medida en que los tejidos se van mineralizando los tejidos se hacen más resistentes a la caries.

h.3.5.Herencia.

La composición de la saliva, la morfología de la cara y de los dientes y los hábitos sociales son los principales factores.

h.3.6. Hábitos alimenticios.

La caries está íntimamente relacionada con el consumo de hidratos de carbono, es decir azúcares, actualmente en el presente siglo se ha producido un aumento exagerado del consumo de hidratos de carbono que ha disparado la incidencia de

esta patología, la saliva se hace más viscosa y gruesa siendo más pegajosa y perjudicial

h.3.7. Distribución de los dientes.

Por orden de frecuencia la pieza dentaria más afectada suele ser el primer molar seguido del segundo molar. Siendo los caninos más resistentes.

h.3.8. Variaciones individuales

Un 2% de la población no tiene caries al parecer relacionado con su sistema inmunológico

h.4. INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN.

Intervención Primaria

Este tipo de intervención está dirigido a prevenir el riesgo a través de su eliminación, muchas veces no es posible, entonces es cuando se debe actuar a diferentes niveles (biológico, ambiental, estilo de vida e institucional) para evitar el contacto entre el organismo y el agente causal. Por lo tanto involucra el vacunar, a un niño contra la difteria, a un anciano inmune deprimido contra la cepa circulante de influenza, detectar genéticamente ciertos rasgos de enfermedades hereditarias en una pareja o enfermedades de origen infeccioso con posibilidades de ser transmitidas al bebé (Sida) durante la fase temprana del embarazo¹¹. En el tema odontológico significa eliminar el riesgo implementando medidas preventivas como ser evitando ingesta de alimentos cariogénicos o educando a los pacientes en hábitos de higiene, alimentación y costumbres.

¹¹ Ugartechei Lens, "Epidemiología Practica". Organización Ibero Americana de Seguridad Social

Intervención Secundaria

Con este tipo de intervención es posible prevenir las secuelas de una enfermedad una vez producida ésta. La detección y tratamiento oportuno del cáncer en sus primeros estadios así como los programas de reducción de peso y ejercicio en cardiopatías, son ejemplos frecuentes.

Intervención Terciaria

Esté tipo de intervención tiene el propósito de retrasar la progresión de la inhabilidad que deja una enfermedad, una vez que ha comenzado. Tal es el caso de la aplicación de terapia física y medidas de rehabilitación a pacientes artríticos, impedidos, hemipléjicos, etc. o la aplicación de quimioterapia para retrasar el crecimiento de metástasis en pacientes con cáncer pulmonar.

La medicina preventiva

Es la parte de la medicina general encargada de la prevención de las enfermedades, basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. La prevención va unida a las medidas curativas y de promoción

Salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la medicina curativa, porque cualquier acto médico previene una situación clínica de peor pronóstico. El campo de actuación de la medicina preventiva es mucho más restringido que el de la Salud pública en la que interviene esfuerzos organizativos de la comunidad o los gobiernos.

La medicina preventiva se aplica en el nivel asistencial tanto en atención especializada u hospitalaria como atención primaria. La medicina preventiva tiene

distintas facetas según la evolución de la enfermedad. Así se pueden distinguir tres tipos de prevención en medicina:

h.5. NIVELES DE PREVENCIÓN.

1.- PREVENCIÓN PRIMARIA

1.1.- Promoción y fomento de la salud.

Se presenta cuando aún, no se manifiesta la enfermedad, se refiere a las diversas medidas, que se difunden para mejorar el estilo de vida del individuo, evitando la presencia de la enfermedad.

Promoción y fomento de la salud buco-dental se refiere, a la educación en salud buco-dental que significa instruir, buscando promover el mantenimiento de la salud buco-dental, motivando, poniendo en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas lo más pronto posible, permite la comunicación con el individuo y la comunidad, mediante el dominio absoluto de los diferentes tópicos que se deben transmitir, para evitar la enfermedad buco-dental, se debe ingeniar métodos y medios que permitan captar la idea central del mensaje, pretendiendo a través de la experiencia, que el individuo adquiera o mejore sus hábitos de salud buco-dental¹²

Esta información debe contener lo siguiente:

- Los componentes de una cavidad bucal sana
- Etiología de las enfermedades buco-dental
- Los diferentes medios de prevención como:
- Aplicación de la higiene buco dental
- Técnicas adecuadas de cepillado

¹² Mauricio Gómez Sacudió, "Teoría y guía Practica para la Promoción de la Salud".

- Uso del hilo dental
- Enjuagues bucales
- Uso de clorhédridina
- Orientación de la dieta
- Programas de fluorinización
- Sellado de fosas y fisuras

En la organización de actividades de promoción de la salud buco-dental, se deberá considerar si la comunicación, será dirigida, a los pacientes en forma individual, que se la realizara en una sala contigua a la Clínica llamada “sala de Higiene Bucal”.

Motivación y concientización, dentro de las sugerencias que se proporcionan para conseguir una excelente manera de motivar y concienciar se considera.

- a) Relacionar la salud buco-dental con la belleza de la persona y el placer de tener dientes naturales.
- b) Contacto con la aceptación social.
- c) Convencer de los beneficios utilizando un tono de voz adecuado y expresión facial.
- d) Reforzando el auto estima, actuando con sinceridad
- e) Convencer de su enorme capacidad para el cambio.

1.2. Protección Específica.

Este nivel considerado desde el punto de vista de salud-buco dental como el conjunto de medidas o barreras para evitar la aparición de una enfermedad, que se puede conseguir mediante la aplicación de fluor, sellantes de fosas y fisuras, antisépticos bucales en sus diversas modalidades, que asociadas a otros niveles

de prevención como orientación de dietas, profilaxis buco-dentales conseguirán una total protección de la cavidad bucal.

2. PROTECCIÓN SECUNDARIA.

2.1 DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO INMEDIATO

Se realiza cuando los dos niveles anteriores no se aplicaron, cuando el problema se encuentra en sus primeros estadios. Se precisa realizar un diagnóstico adecuado de la enfermedad, con la ayuda de exámenes complementarios. Una vez diagnosticada la enfermedad se deberá iniciar el tratamiento respectivo.

El diagnóstico de las principales patologías de la cavidad bucal, que se realiza en el consultorio se inicia mediante la confección de una historia clínica, exámenes radiográficos, exámenes complementarios si fueran necesarios.

En los grupos colectivos, se realizan mediante levantamiento epidemiológico, con la aplicación de índices de caries como el de caries, perdido, obturado diente (C.P.O.D.) o caries, extraído en dientes temporarios (ceo).

También existen índices que sirven para realizar el diagnóstico de gingivitis, Para medir la placa bacteriana, para verificar su presencia en algunas piezas o en todas, entre los más usados se encuentra el índice de Higiene Oral Simplificado de Creen y Bermellón (IHOS) que se lo efectuará mediante el uso de reveladores de placa.

3.- PREVENCIÓN TERCIARIA.

3.1. Limitación del daño.

Se aplica cuando se ha cumplido con la promoción, prevención y diagnóstico oportuno, ya que el daño se encuentra establecido, con esta medida se evita su progreso, así por ejemplo cuando una caries avanza sin control hasta agredir la pulpa, de acuerdo a la gravedad de la lesión, se deberá realizar tratamientos pulpares o desfocalización, en casos extremos.

3.2. Rehabilitación.

Se debe realizar, cuando ninguno de los cuatro niveles anteriores fue aplicado y cuando la destrucción de la pieza dentaria es significativa, por la actividad de la caries, o se ha producido pérdida de piezas dentarias; se debe aplicar este nivel para recuperar la funcionalidad física, psicológica y social a través de tratamientos específicos como los ortodónticos o protéticos. (6)

h.6. MÉTODOS PREVENTIVOS EN ODONTOLOGÍA.

Profilaxis y cepillado

Su objetivo básico es la remoción de la placa bacteriana, se orienta el cepillado de modo que las cerdas barran el ángulo gingivo dentario con movimientos de corta extensión de adelante hacia atrás, las caras palatinas y linguales se cepillan orientando el cepillo en sentido vertical y mediante movimientos circulares que abarcan los dientes más la encía correspondiente.

El cepillado de los dientes en forma regular ayuda a prevenir la caries dental y las enfermedades periodontales.

Aplicación de flour.

Es un no metal electronegativo cuyo peso atómico es 19, siempre se halla en la naturaleza asociado a otros elementos formando sales de calcio, sodio, estaño. Este no metal aplicado en forma tópica en las piezas dentarias, o ingerido por vía bucal previene la caries dental.

El mecanismo de acción del flúor es la siguiente:

- La formación de la flúorapatita tiene un efecto preventivo cariostático (endurece el esmalte y lo hace resistente a la caries)
- Es inhibidor enzimático e inhibe el crecimiento y adherencia bacteriana
- Modifica el metabolismo de los hidratos de carbono
- Modula los procesos de re mineralización.
- Se necesitan dosis bajas, continuas y sostenidas de flour

También el flour se lo recomienda como suplemento en las siguientes cantidades.

Erupción dentaria	0 a	3 años:	0.25 mg/día
	3 a	5 años:	0.50 mg/día
	+	5 años:	1 mg/ día

Método Prat

Es otro medio preventivo se la realiza en base a Ionómero de Vidrio, al igual que los sellantes se usa para sellar fosas y fisuras aplicando directamente después de haber limpiado firmemente la pieza dental especialmente la región de las fosas y fisuras.

Indicaciones

- Caries incipiente en caras oclusales de molares permanentes
- Prevención de caries en fosas y fisuras de piezas temporales.

Selladores de fosas y fisuras

Son resinas cuya matriz orgánica es el BIS _ GMA, sin partículas de relleno fueron introducidas en 1967. Su eficacia fue reconocida en 1971 por la ADA.

Hay escuelas que propugnan Diente erupcionado = Diente sellado.

Indicaciones.-

- Caries incipiente en caras oclusales de molares permanentes.
- Prevención de caries de fosas y fisuras

2.1.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Placa bacteriana.

Se la define así a los depósitos blandos que forman una película que se adhiere a la superficie dentaria, con el tiempo se calcifican y convierten en cálculo dental.

Indicador.

Relación entre dos parámetros que corresponden al mismo sujeto de investigación. Debe ser representativo de la variable.

Indicador de Salud Bucal.

Instrumentos técnicos de medida que tienen como objetivo facilitar el procesamiento de datos en forma ágil oportuna y veraz que permite realizar actividades de supervisión y evaluación así como conocer la situación de la salud bucal en los grupos de riesgo, el indicador más usado es el C.P.O.D.

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Con este índice hemos determinado el grado de Placa bacteriana y calculo dentario. Para lo cuál hemos dividido la corona clínica del diente en tres partes:

Valores

0 = SANO

1 = LEVE

2 = MODERADO

3 = SEVERO O GRAVE

1/3 = Gingival

1/3 = Medio

1/3 = Coronal o incisal

Índice de Riesgo Cariogénico.

Este indicador dar a conocer el grado de riesgo de caries del paciente. Se lo realiza tomando en cuenta la alimentación del individuo que habitualmente tiene.

Valores

0 a 1 muy bajo riesgo cariogénico

1.2 a 2.6 leve riesgo cariogénico

- 2.7 a 4.4 moderado riesgo cariogénico
- 4.5 a 5.5 severo riesgo cariogénico
- > a 6.6 muy severo riesgo cariogénico

Autoinforme

Llamado también informe personalizado, sirve para obtener información mediante la formulación de preguntas directas.¹³

Cuasiexperimento

Estudio en el que los sujetos no pueden ser asignados en forma aleatoria a las condiciones del tratamiento

III.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

El investigador para realizar este trabajo de intervención ha revisado gran variedad de literatura con relación a Odontología Preventiva de la cuál podemos destacar el escrito por el Dr. Simón Kátz en su libro “Odontología Preventiva” donde nos introduce en las acciones y medidas para prevenir las enfermedades que atacan a la cavidad bucal que son la caries y la enfermedad periodontal

Dra. Berta Higgshida quien nos introduce en todo lo que es prevención desde asepsia y antisepsia, proceso de la salud – enfermedad nos amplía más los conocimientos de inmunología y sobre todo amplia las acciones y métodos preventivos en odontología.

La revista PROMOTING, Oral Health. Pública un artículo en el cuál menciona que en México, Costa Rica y Jamaica se implementaron medidas preventivas basadas en la fluoración de la sal, hecho que después de dos años en estos

¹³ Denis Polit, Ph, “Investigación Científica en ciencias de la Salud”, Mccraw Hill interamericana.

países se estableció la baja de indicadores de caries dental en los habitantes de estos países.

Normas de Diagnóstico y Tratamiento de Odontología y Odontopediatría, norma que rige el accionar de todos los profesionales que brindan atención en salud en el sector público y las cajas de salud.

IV.- JUSTIFICACIÓN

Magnitud

Según los indicadores C.P.O.D. (caries, perdido y obturado) la salud oral de la población asegurada al policlínico Manco Kápac es muy mala.

La caries dental es una patología que se presenta a muy temprana edad y afecta al 95 % de la población.

Según investigaciones realizadas por la Dra. Dyrce Ocampo en los diferentes departamentos de nuestro país Bolivia, las patologías caries dental y enfermedad periodontal alcanzan los niveles más altos según los indicadores, ejemplo: piezas careadas, piezas perdidas y piezas obturadas marcan grado 7 que según el Indicador C.P.O.D. significa grado muy severo de caries, perdido y obturado.

La población asegurada al policlínico Manco Kápac, sobre todo los niños de 0 a 12 años de edad no están exentos de este problema y tenemos

Indicador C.P.O.D (caries perdido y obturado) 7.17 que refleja grado muy severo
Índice Hios (higiene oral) 2.7 que refleja grado severo de inflamación gingival.

Prevalencia de caries dental es de 44 % del total de piezas dentaria

Prevalencia de piezas pérdidas es de 24 % del total de piezas dentales

Prevalencia de piezas obturadas es de 18 %

Por lo tanto la prevalencia de caries, perdido y obturado es de 86 %

Por todo lo descrito vemos que la caries dental y la inflamación gingival, por su magnitud se constituye en un problema de salud pública.

Trascendencia

El problema planteado tiene gran importancia y trascendencia por que afecta a una gran parte de la población en general. Este problema de salud repercute a nivel general , provocando lesiones cardiacos, renales, digestivos¹⁴

Vulnerabilidad

Este problema que afecta a la mayor parte de la población es vulnerable a la aplicación de los programas de promoción, educación y prevención.

Factibilidad

Resolver este problema es factible al implementar los programas de promoción, y prevención en el servicio de odontología se va a bajar los indicadores de salud oral.

Otro factor por el que se considera factible resolver el problema, es que no se requiere gran infraestructura ni inversión económica y porque es más barato prevenir que curar.

¹⁴ José Luis Castellanos Suarés, “Medicina en Odontología”.

V.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Al implementar un programa de promoción y prevención en el servicio de odontología del policlínico Manco Cápac, de la Caja Nacional de Salud, año 2005, se logrará mejorar la salud oral de los niños de 0 a 12 años de edad, asegurados al centro?

5.2.- OBJETIVO GENERAL

“Implementar programas de promoción y prevención en el servicio de odontología para mejorar la salud oral de niños de 0 a 12 años de edad asegurados a la caja nacional de salud en la gestión 2005”

5.3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar nivel de salud oral de los pacientes asegurados al policlínico Manco Cápac
- 2.- Determinar las causas que determinan la salud oral de los pacientes de 0 a 12 años de edad que acuden al servicio de odontología del policlínico Manco Cápac.
- 3.- Determinar nivel de conocimientos sobre salud oral en la población Asegurada al centro.
- 4.- Determinar la prevalencia de caries dental, piezas perdidas y piezas obturadas en niños de 0 a 12 años de edad asegurados al centro.

5.- Determinar el riesgo cariogénico al cuál están expuestos los niños que Tienen de 0 a 12 años de edad.

6.- Determinar grado de higiene oral de los niños de 0 a 12 años de edad

7.- Implementar programa de promoción y prevención en salud oral dirigido a . La población asegurada.

5.4.- DISEÑO METODOLÓGICO.

5.5.- Tipo de Estudio.

La presente tesis es una intervención de tipo cuasiexperimental de antes y después de la implementación de programas de promoción y prevención en salud oral.

Los estudios cuasi experimentales se diferencian de los estudios experimentales porque carecen de una de las dos características de los estudios experimentales que es aleatoriedad o un grupo de control.¹⁵

5.6.- Ámbito del Estudio.

Se lo realizará con los pacientes de 0 a 12 años asegurados al Policlínico Manco Cápac dependiente de la Caja Nacional de Salud

¹⁵ Roberto Hernández, "Metodología de la Investigación" segunda edición

5.7.- Universo de Estudio

La intervención se la realizará en la población asegurada al Policlínico Manco Cápac dependiente de la Caja Nacional de Salud.

El universo constituido por 16.786 pacientes de 0 a 12 años de edad dependientes del Servicio de Odontología del policlínico Manco Cápac. (Fuente departamento de Vigencia de derecho del policlínico Manco Cápac.)

Por la cantidad elevada y la imposibilidad de realizar el estudio en todo el universo nos vemos en la necesidad de tomar una muestra.

5.7.1.- Muestra.

La muestra es de carácter probabilística, aleatorio

Se la denomina probabilística, por que es la asignación al azar de los sujetos a diferentes condiciones experimentales.

Aleatorio por que cada uno de los elementos de la población tienen la misma oportunidad independiente de ser incorporado a la muestra¹⁶

$$M = \frac{z^2 (p \times q) N}{c^2 (N-1) + z^2 (p \times q)}$$

M = TAMAÑO DE MUESTRA

Z = NIVEL DE CONFIANZA (1.96)

P = PROBABILIDAD DE ERROR (0.5)

Q = PROBABILIDAD DE ÉXITO (0.5)

N = TAMAÑO DE LA POBLACIÓN 16.786 pacientes de 0 - 12 años

C = NIVEL DE ERROR (0.05)

$$\text{MUESTRA} = 375$$

¹⁶ Carlos Piura, "metodología de la investigación", editorial el Amanecer 1994

5.7.2.- Población y lugar.

Para el presente trabajo de intervención se ha tomado una muestra de 375, niños de 0 -12 años de edad.

Unidad de Análisis

Pieza dentaria

- **Tiempo de Estudio**

El presente trabajo de investigación se lo realizará en la gestión 2005

- **Criterios de inclusión**

Se implementará el estudio a los niños que estén comprendidos en edades de 0 a 12 años de edad, asegurados al policlínico Manco Cápac.

- **Los criterios de exclusión**

- Niños con enfermedades limitantes como el síndrome de Down
000000000000

- **Tipo de muestreo**

Aleatorio probabilística

Se caracteriza este tipo de muestreo por la extracción aleatoria de elementos de la población ¹⁷

¹⁷ Carlos a Sabino, " Como hacer una Tesis", edición editorial panamericana 1988..

VI.- RECOLECCIÓN DE DATOS

6.1.- Información primaria

Método: Se aplico encuestas antes y después de la implementación de las acciones de promoción planteadas en la tesis.

Para obtener datos del grado del estado de salud oral antes de la implementación del programa propuesto y después de la implementación de la tesis se han usado formularios No 2 y 3

Procedimiento: Entrevista Y llenado de encuesta

Instrumento: Auto informe antes y después de la intervención.

Confiabilidad y validez: Verificación de acuerdo al tamaño de la muestra, se realizo prueba piloto.

6.2.- Información secundaria

Método: Revisión de los registros estadísticos antes y después de la implementación de los métodos preventivos planteados en la tesis.

Procedimiento. Recopilación de los datos estadísticos obtenidos del levantamiento epidemiológico antes y después de la aplicación de los métodos preventivos enunciados en la tesis.

Instrumento: Formularios de registro

Fuentes de Información

- Observación directa por el investigador
- Levantamiento epidemiológico
- Autoinforme para determinar grado de conocimientos sobre salud oral (antes y después)
- Autoinforme de recolección de datos para obtener grado de educación en salud oral. (antes y después)
- Formulario para registrar indicador C.P.O.D.
- Formulario de recolección de datos para determinar prevalencia de caries dental (antes)
- Formulario de recolección de datos para determinar incidencia de caries dental (después de aplicada la propuesta)
- Formulario de recolección de datos para obtener grado de higiene oral.
- (antes y después)
- Formulario de recolección de datos para obtener grado de riesgo cariogénico (antes y después)

VII.- INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA

La investigación se la realizará siguiendo los siguientes criterios.

7.1.- VARIABLES

Las variables que integran la hipótesis expresan las características que se deben estudiar durante la investigación referida a la salud oral de los pacientes asegurados al policlínico Manco Cápac.¹⁸

7.1.1.- Variable Dependiente

Salud oral.-

Definición.- La salud bucal es la resultante de la interacción de todos los factores económicos, sociales, biológicos y culturales que propician una permanencia más prolongada de los órganos dentales en el individuo y que además se sustenta en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permita la mejor función con los órganos involucrados en la digestión.

Indicadores de Salud Oral

C.P.O.D. Índice de caries, perdido obturado

Mediante este indicador el C.P.O.D. realizamos diagnóstico del grado de caries que tiene los pacientes .

VALORES

0 a 1	Muy bajo
1.2 a 2.6	Leve
2.7 a 4.4	Moderado
4.5 a 5.5	Severo

¹⁸ Hugo de la Quintana, "Introducción a la Estadística inferencial"

Índice de higiene oral simplificado (IHOS)

Con este Índice se determina el grado de Placa bacteriana y calculo dentario.

Para lo cuál se divide la corona clínica del diente en tres partes:

VALORES

0 = sano	1/3 = gingival
1 = leve	1/3 = medio
2 = moderado	1/3 = coronal o incisal
3 = severo o grave	
> a 6.6 Muy severo	

Índice de riesgo cariogénico

Este indicador dará a conocer el grado de riesgo de caries del paciente. Se lo realiza tomando en cuenta la alimentación del individuo que habitualmente tiene.

Para determinar el grado de riesgo cariogénico implementa auto informe no 2.

VALORES

0 a 1	muy bajo
1.2 a 2.6	leve
2.7 a 4.4	moderado
4.5 a 5.5	severo
> a 6.6	muy severo

7.1.2.- Variable Independiente

Promoción y educación de la salud oral

Definición.- Proceso que da a la población medios para ejercer control sobre su propia salud.

Prevención de la salud oral

Definición.- Es la suma de esfuerzos para promover, mantener y restaurar la salud oral del individuo

7.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

TIPO	VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	Escala o valores	INSTRUMENTO
Dependiente	Salud oral	Ausencia de caries, enfermedad periodontal inflamaciones	C. P. O. D	Muy bajo Leve Moderado Severo Muy severo	Formulario No 4
			Riesgo cariogénico	Bajo Moderado Severo	Formulario No 8
			Higiene Oral	Sano Leve Moderado	Formulario No 9
			Prevalencia de caries	No de existentes casos	Formulario No 10

C. P. O. D = Índice para determinar piezas careadas, perdidas y obturado

VARIABLE INDEPENDIENTE

TIPO	VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA VALORES	O	INSTRUMENTO
Independe diente	Promoción de la Salud oral	-Charlas educativas -Proyección – videos -Técnicas de cepillado -Alimentación	-grado de asimilación del programa de promoción de salud	- Buena - Mala -Regular		Formulario de registro No 5
	Prevención de la salud oral	-Topicación de Fluor - Aplicación de sellantes -Método Pratt. -Curaciones -Exodoncias	- Grado de disminución de caries dental	-Buena -Mala -Regular		-Cuaderno de registro de acciones de prevención -Historia c´linica

VIII.- MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS POR VARIABLES.

Para llevar a cabo la investigación se han elaborado diferentes instrumentos con características de acuerdo a las diferentes variables que intervienen en el estudio.

En principio se determinará la línea de base o el antes, en ella estableceremos el grado de conocimientos que tiene la población sobre Salud Oral. Usamos formulario No 2 para determinar el antes, formulario no 3 para determinar el después.

Antes de implementar el programa de prevención en la población asegurada al centro se a determinado el grado del Indicador C.P.O.D. (caries, perdido y obturado), registrando los datos en el formulario N° 5

Paralelamente se ha procedido a determinar grado de riesgo cariogénico, implementado para tal actividad formulario No 6

Otro diagnostico que se desarrollo es el de Higiene Oral se ha usado formulario No 7

También se ha determinado Incidencia de Caries, piezas perdidas y piezas obturadas formulario No 4, y Prevalencia de caries, piezas perdidas y piezas obturadas formulario No 8 después

IX.- ETAPAS DEL ESTUDIO

9.1.- PRIMERA ETAPA, DIAGNOSTICO

9.1.1.- DIAGNOSTICO, GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ASEGURADOS EN SALUD ORAL

Antes de implementar el Programa de Promoción establecemos línea de base determinando y diagnosticando grado de conocimientos de la población asegurada sobre Salud Oral. Para ello implementamos encuesta Instrumento No 2.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DIAGNOSTICO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL

Actividades	Tareas	Participante	Lugar	Inst.	Año	Tiempo
Elaboración de proyecto de promoción en salud	Establecer cronograma de actividades	Investigador	POL. M.K.	C.N.S.	2005	1 DIA
Elaboración de los instrumentos	Diseño de las encuestas	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 DIA
Diagnostico del grado de conocimientos sobre salud oral	Ejecución de las encuestas a los pacientes	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 DIA
Elaboración de material didáctico	Elaboración de rota folios y trípticos	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 DIA
Procesamiento de la información	Vaciado de datos en instrumentos	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 DIA

Grado de conocimiento sobre salud oral

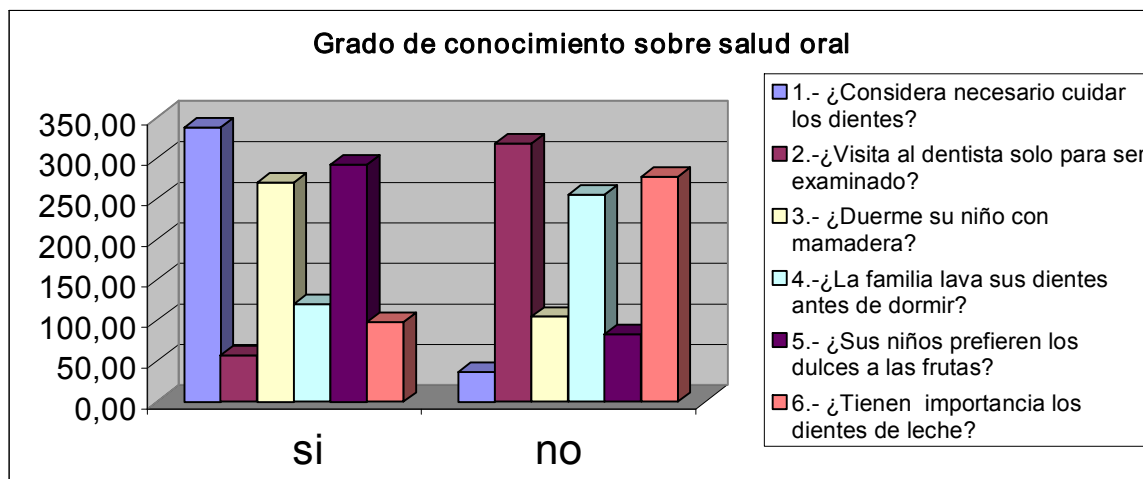
Antes

Cuadro N° 1

Pregunta	si	no	Frecuencia relativa
1.- ¿Considera necesario cuidar los dientes?	338	37	90 % 10%
2.-¿Visita al dentista solo para ser examinado?	57	318	15% 85%
3.- ¿Duerme su niño con mamadera?	270	105	72% 28%
4.-¿La familia lava sus dientes antes de dormir?	120	255	32% 68%
5.- ¿Sus niños prefieren los dulces a las frutas?	292	83	78% 22%
6.- ¿Tienen importancia los dientes de leche?	98	277	74% 26%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1



9.1.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DIAGNOSTICO DEL GRADO DE SALUD ORAL

Actividad	Tareas	Participante	Lugar	Inst.	Año	Tiempo
Elaboración de proyecto de prevención de salud oral	Establecer cronograma de actividades	Investigador	POL M.K.	CNS	2006	1 día
	Determinar grado de c.p.o.d.	investigador interno	POL M.K.	CNS	2006	1 meses
	Determinar Riesgo cariogénico	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 Meses
	Determinar grado de IHOS	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	20056	1 Meses
	Determinar prevalencia de caries	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2006	1 Meses
		Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2006	6 Meses

Para implementar el programa de prevención en salud oral determinamos la línea de base, diagnosticando grado de salud oral de los niños de 0 a 12 años de edad

Para este diagnóstico determinando C.P.O.D. formulario No (5), Prevalencia de Caries Dental instrumento (5), Riesgo Cariogénico, instrumento (6), e Higiene Oral, instrumento (7)

9.1.3.-.- ÍNDICE DE CARIES, PERDIDO OBTURADO C.P.O.D. Y C.E.O.

Mediante este indicador C.P.O.D. se hace diagnóstico del grado de caries dental, dientes perdidos ¹⁹ y piezas obturadas que tiene los pacientes del policlínico Manco Cápac. En muestra de 375 pacientes distribuidos en grupos etáreos.

VALORES

0 a 1	Muy bajo
1.2 a 2.6	Leve
2.7 a 4.4	Moderado
4.5 a 5.5	Severo
> a 6.6	Muy severo

¹⁹ Mario M. Chavez, "Odontología Sanitaria", 2da Edición Washington D.C. 1962.

Cuadro referencial de caries, perdido y obturado C. P. O. D. en piezas permanentes y caries y extracción indicada c. e. o. en piezas temporarias

Cuadro N° 2

GRUPO ETAREO	NO Pacientes	N° Piezas	Caries		Perdido			Obturado			Índice							
			P.	T. Total	P.	T.	Total	P.	T.	Total	P.	T.	Total					
0 - 5	136	2720	10	538	548	0	225	=	225	5	136	=	141	0.11	6.61	=	6.70	
6 - 9	165	3960	178	440	=	618	66	312	=	378	130	140	=	270	2.26	5.40	=	7.60
10 - 12	74	2368	162	65	=	227	85	80	=	165	131	22	=	153	5.10	2.25	=	7.21
TOTAL	375													Promedio				7.17

Fuente: Elaboración propia

P = Piezas permanentes

T = Piezas temporarias

El Indicador (C.P.O.D y c.e.o) empleado en los pacientes del Policlínico Manco Cápac da 7.21, según los valores del indicador significa caries, perdido y obturado muy severa

Gráfico N° 2

Resultados Prevalencia de caries dental Antes

$$P = \frac{\text{Nº PIEZAS CAREADAS X 100}}{\text{TOTAL DE PIEZAS}}$$

Prevalencia de caries dental

Antes

Cuadro Nº 4

Edad	Nº Pacientes	Nº Piezas Dentales			Nº Piezas .Careadas			Prevalencia de Caries Dental %	
		P.	T.	Total	P	T.	Total	p	%
0 – 5	136	184	- 2720	= 2904	10	- 538	= 548	5.43-19.77	18.87
6 – 9	165	2310	-1650	= 3960	178	- 440	= 618	7.7-26.60	15.60
10- 12	74	2214	- 154	= 2368	162	- 65	= 227	7.31- 42	9.58
TOTAL	375	9.048			1393			Promedio 14.68	

Fuente: Elaboración propia

Prevalencia Piezas Perdidas

Antes

Cuadro Nº 5

Edad	No Pacientes	No Piezas Dentales			No Piezas Perdidas			Prevalencia de Piezas Perdidas %	
		P.	T.	total	p	T.	Total	P.	T. Total %
0 – 5	136	184	- 2720	= 2820	0	- 225	= 225	0 - 8.2	7.97
6 – 9	165	2310	-1650	= 4.320	66	- 312	= 378	2.85 - 18.90	9.53
10- 12	74	2214	- 154	= 2368	85	- 80	= 165	3.83 - 51.9 4	6.96
TOTAL	375	9.048						Promedio 8.15	

Fuente: Elaboración propia

P = Piezas permanentes T = Piezas temporarias

Prevalencia de Piezas Obturadas

Antes

Cuadro N° 6

Edad	No Pacientes	No Piezas Dentales			No Piezas = Obturadas			Prevalencia de Piezas Perdidas %	
		P.	T.	total	P.	T.	Total	P.	T.
0 – 5	136	184	- 2720	= 2.870	5	- 136	= 141	2.71	- 5. 5
6 – 9	165	2310	- 1650	= 3.960	130	- 140	= 270	5.62	- 8.48 6.69
10- 12	74	2214	- 154	= 2.368	131	- 22	= 153	5.91-	14.28 6.46
TOTAL	375	9.048	- 4.524	= 9.148				Promedio	6.05

Fuente: Elaboración propia

9.1.4.- ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

Antes

Con este Índice se ha determinado el grado de Placa bacteriana y calculo dentario. Para lo cuál hemos dividido la corona clínica del diente en tres partes.²⁰

VALORES

4 = sano	1/3 = gingival
5 = leve	1/3 = medio
6 = moderado	1/3 = coronal o incisal
7 = severo o grave	

Del total de pacientes adscritos al Policlínico Manco Cápac 29.770 niños de 0 a 12 años, se ha tomado una muestra de 375 pacientes.

CUADRO REFERENCIAL DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL (HIOS)

ANTES

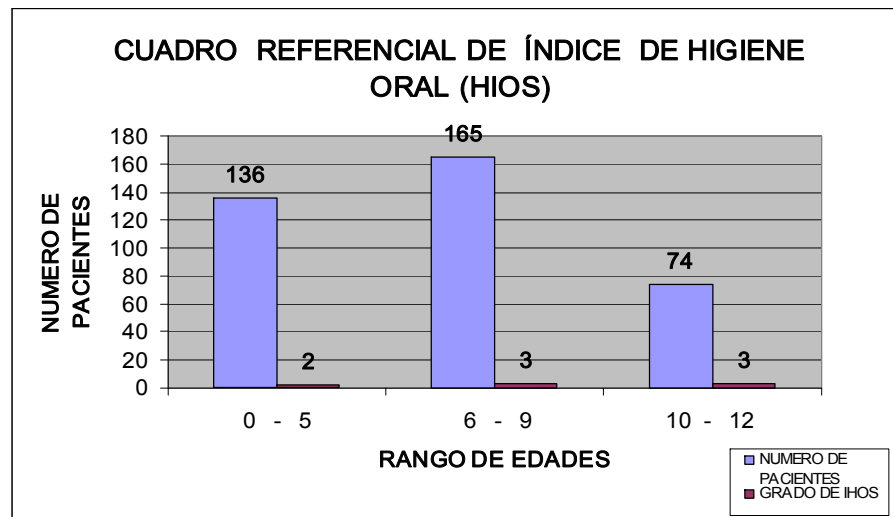
Cuadro N° 7

EDAD AÑOS	Nº PACIENTES	GRADO IHOS
0 - 5	136	2
6 - 9	165	3
10 - 12	74	3
PROMEDIO		2.7

Fuente: Elaboración propia

²⁰ Dr. Victor Pinto, "Salud Bucal, Odontología Social y Preventiva", Brasil, 1994.

Grafico N° 3



El Indicador IHOS empleado en pacientes de 0 a 12 años del Policlínico Manco Cápac determina 2.7 falta de Higiene Oral (IHOS) severo o grave. Para determinar higiene oral usamos formulario N° 3

9.1.5.- ÍNDICE DE RIESGO CARIOGÉNICO

Antes

Mediante este indicador se va a conocer el grado de riesgo a la caries que tiene el paciente. Se lo realiza tomando en cuenta la alimentación del individuo que habitualmente tiene. Para determinar el grado de riesgo cariogénico implementa el formulario no 2.²¹

²¹ Dr. August G. Camarón, "Manual de Odontología Pediátrica", España 1998

VALORES

- 0 a 1 muy bajo
- 1.2 a 2.6 leve
- 2.7 a 4.4 moderado
- 4.5 a 5.5 severo
- > a 6.6 muy severo

CUADRO REFERENCIAL DE RIESGO CARIOGÉNICO

Del total de pacientes adscritos al Policlínico Manco Cápac 29.770 se ha tomado una muestra de 375 pacientes. En esta muestra podemos contar con 95 pacientes que se hallan distribuidos en edad de 0 a 12 años de edad distribuidos en grupos etéreos.

RIESGO CARIOGÉNICO

Cuadro Nº 7

EDAD AÑOS	Nº PACIENTES	RIESGO CARIOGÉNICO
0 - 5	136	2..2
6 - 9	165	4.7
10 - 12	74	6.7
PROMEDIO		4.5

Fuente: Elaboración propia

Grafico Nº 4

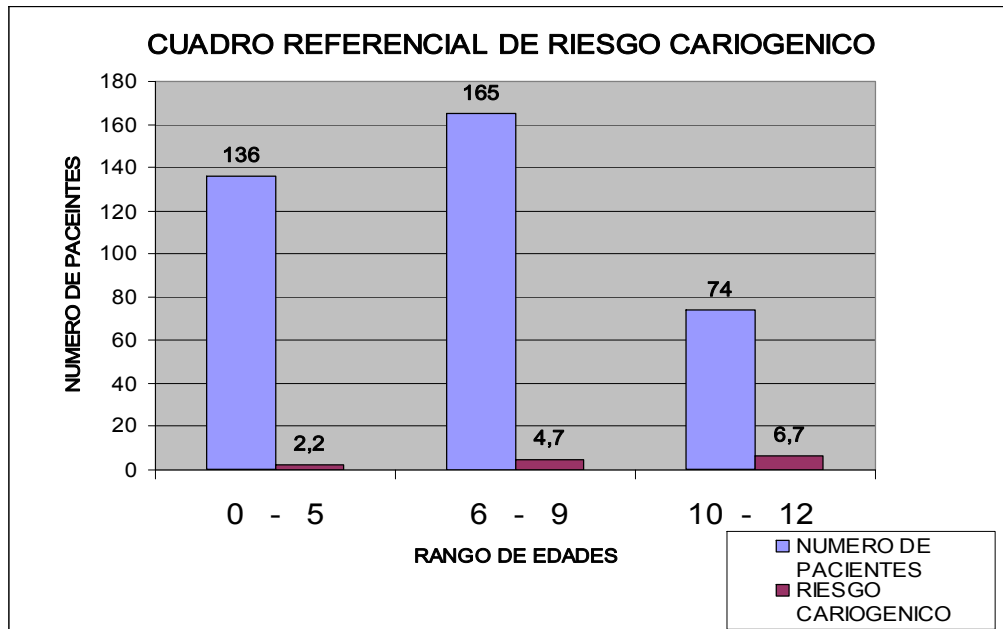
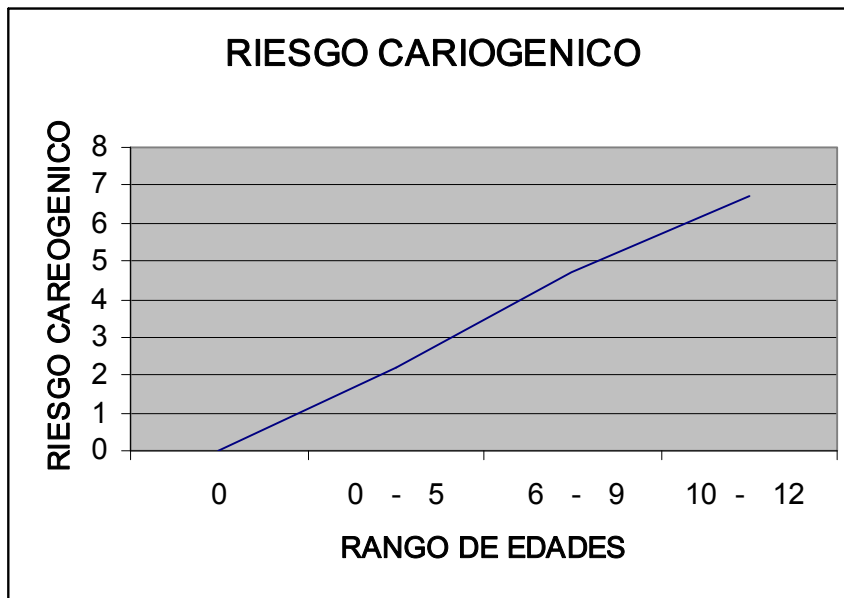


Grafico Nº 5



El indicador de Riesgo Cariogénico en pacientes de 0 a 12 años da entre moderado y severo.

9.2.- SEGUNDA ETAPA, PLANIFICACIÓN

9.2.1.- PLANIFICACIÓN

En esta etapa se planifican las actividades que se desarrollarán durante los 10 meses, en los cuales se implementarán las medidas planteadas.

En la etapa de promoción de la salud oral se va a recolectar información referente al tema.

Se van a elaborar trípticos, rota folios, cuadernillos educativos con temas referentes al cuidado de la cavidad oral, también se van a elaborar los instrumentos para la recolección de la información.

9.2.1.1.- PLANIFICAR PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

Actividad	Tareas	Participante	Lugar	Inst.	Año	Tiempo
Planificar proyecto de prevención en salud oral	Establecer cronograma de actividades	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2006	1 día
Elaborar programa de charlas en sala de espera	Revisión bibliográfica	investigador interno	POL M.K.	CNS	2006	1 meses
Socializar el proyecto con autoridades odontólogos y	Plantear el proyecto	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 Meses
Elaboración de material didáctico	Elaboración de rota folios y trípticos	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 Meses
Elaboración de instrumentos de registro y seguimiento	Elaborar instrumentos	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 Meses
Elaborar instrumento de recolección de datos	Elaborar instrumentos	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 Meses

9.2.1.2.- PLANIFICAR PROGRAMA DE PREVENCIÓN

MARZO A DICIEMBRE

Actividad	Tareas	Responsable	Lugar	Institución	Año	Tiempo
Planificar programa prevención	Revisión bibliografica	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2006	10 días
Plantear contenido del programa	Aplicación de sellante de f. y f.	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2006	10 días
	Desfocalización piezas temporarias	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	10 días
	Acciones curativas	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	10 días
	Aplicación método prát	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	10 días
	Evaluación de la higiene oral	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	10 días
	Evaluación del estado gingival	Investigador Interno	Pol M. K.	C.N.S.	2005	10 días
	Aplicaciones de flour	Investigador Interno	Pol M. P.			

En esta etapa de planificación se plantean todas las actividades preventivas que se van a desarrollar en la implementación de la tesis para mejorar la salud oral de la población asegurada.

9.3.- TERCERA ETAPA, EJECUCIÓN

9.3.1.-EJECUCIÓN

9.3.1.1.- EJECUCIÓN PROGRAMA DE PROMOCIÓN

Actividades	Tareas	Participante	Lugar	Inst.	Año	Tiempo.
Desarrollar programa de promoción salud oral	Charlas de orientación en salud oral	Investigador interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	6 semanas
	Practica de técnicas de cepillado a la población asegurada	Investigador internos	POL. M.K.	C.N.S.	2005	6 Meses
	Proyección de videos a la población asegurada	Investigador internos	POL M.K.	C.N.S.	2005	6 Meses
	Disertación con rotafolios a la población asegurada	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	6 Meses
	Orientación de la adecuada alimentación y dieta	Investigador internos	POL. M.K.	C.N.S.	2005	6 Meses

En esta etapa se pone en ejecución el programa de promoción y educación impartiendo charlas de conocimiento sobre la salud oral, programa que se lo desarrolla en sala de espera del servicio de odontología y medicina general dirigida a todos los pacientes que esperan ser atendidos por las diferentes especialidades.

Estas actividades de promoción son reforzadas con trípticos educativos dirigidos a los padres de familia anexo (17), trípticos educativos dirigidos a los niños, anexo (18). También se elaboraron cuadernillos didácticos referentes a las buenas costumbres de alimentación y hábitos. Anexo (19)

9.3.1.2.- EJECUCIÓN DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Actividades	Tareas	Participante	Lugar	Inst.	Año	Tiem.
Desarrollar programa de prevención en salud oral	Desarrolla cronograma de actividades	investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 Día
	Detección precoz de enfermedades bucales	interno auxiliar enfermera	POL M.K.	C.N.S.	2005	9 Meses
	Tópicación de flour	Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	9 Meses
	Aplicación de Sellantes de f. f.	interno	Pol M.K.	C.N.S.	2005	9 Meses
	Desfocalización	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	9 Meses
	Curaciones	Investigador Interno	POL M.K.	C.N.S.	2005	9 Meses

En etapa de ejecución, el programa de prevención se lo desarrolla, realizando todas las actividades preventivas conocidas como ser: aplicación de fluor, Método Prat y curaciones, de todos los niveles de caries dental, desfocalización de piezas con diagnóstico extracción indicada.

Estas actividades se las realizan en el consultorio dental por el profesional odontólogo, el interno y asistente dental.

9.4.- CUARTA ETAPA, SEGUIMIENTO

9.4.1.- SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL

Actividad	Tareas	Participante	Lugar	Inst.	Año	Tiempo
Monitoreo y seguimiento a la ejecución al plan propuesto	Recolección de información	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	2 Semanas
	Análisis y comparación de la información	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	3 Días
	Revisión de cuestionario	investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	3 Días

En esta etapa se ha hecho una revisión del grado de cumplimiento de las actividades planteadas.

Revisado el cronograma de actividades se pudo establecer que hasta el momento se ha cumplido con el 70 % de las actividades planteadas.

9.4.2

SEGUIMIENTO PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

Actividad	Tareas	Participante	Lugar	Inst.	Año	Tiempo
Monitoreo y seguimiento a la ejecución al plan propuesto	Recolección de información	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	2 semanas
	-Análisis y comparación de la información	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	3 días
	Revisión de cuestionario	Investigador	POL M.K.	C.N.S.	2005	3 días

Se están desarrollando las actividades de Prevención en salud oral, paralelamente a las actividades curativas.

Se ha podido establecer que los padres de familia acuden a la consulta odontológica no solamente para solicitar atención curativa para sus niños, sino también atención preventiva.

9.5.- QUINTA ETAPA, EVALUACIÓN

9.5.1.- EVALUACIÓN

8.5.1.1.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE LA SALUD ORAL

Actividades	Tareas	Participante	Lugar	Inst.	año	Tiempo
Evaluación	Recolección de información de todo el proceso	Investigador	POL. M.K.	C.N.S.	2005	3 DÍAS
Evaluación	Línea de base proceso de recolección	Investigador interno	POL. M.K.	C.N.S.	2005	3 DÍAS
Análisis e interpretación de resultados	Análisis y comparación de la información antes y después de la propuesta	Investigador	POL. M.K.	C.N.S.	2005	3 DÍAS
Discusión	Conclusión y recomendación	Investigador Interno	POL. M.K.	C.N.S.	2005	3 DÍAS

9.5.2.- EVALUACIÓN

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

Actividad	Tareas	Participantes	Lugar	Institución	Año	Tiempo
Evaluación de actividades de prevención	Análisis y comparación de información obtenida de todo el proceso antes y después	Investigadora	POL M.K.	C.N.S.	2005	15 días
	Conclusión Recomendación	Investigadora	POL M.K.	C.N.S.	2005	1 día

La evaluación del programa de prevención se la realiza haciendo un diagnóstico de los pacientes después de haber implementado las medidas preventivas, se vuelven a medir C.P.O.D., incidencia de caries dental, riesgo cariogénico y grado de higiene oral.

X.- PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis de Resultados

Variable dependiente	Indicador	Escala	Estadística uní variado	Estadística Bivariado
Salud oral	C.P.O.D.	Cuantitativa	Frecuencia relativa	Student
	Riesgo cariogénico	Cuantitativa	- Frecuencia Relativa - Frecuencia absoluta	Z. Student
	Higiene Oral	Cuantitativa	-Frecuencia Absoluta -Frecuencia Relativa	Z. Student
	Prevalencia de caries	Cuantitativa	Porcentaje, mediana	Z. Student
Variable Independiente				
Promoción de la salud oral	Educación en salud	cuantitativa	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa	
Prevención de la Salud oral	Acciones de prevención y curación	Cuantitativa		Z. de Student

X.- RESULTADOS

10.1.- RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al tener diagnóstico de la salud oral de la población implementamos un programa de promoción, educación y prevención en salud oral para mejorar la salud oral de los niños de 0 a 12 años de edad, asegurados al Policlínico Manco Cápac.

La presente tesis, de intervención mediante un programa de promoción, educación y prevención se la realizó en la gestión 2005.

Por la cantidad amplia de niños de 0 a 12 años 16.876, se ha decidido trabajar con una muestra aleatoria del universo que está constituido por 375 niños de 0 a 12 años beneficiarios del Policlínico Manco Cápac.

Se han desarrollado dos programas paralelamente Promoción, y Prevención de la salud oral, no se puede tratar estos dos temas por separado por la relación muy estrecha que existe entre ellos.

Como variable dependiente se estableció la Salud Oral que se mide al conocer índice de C.P.O.D. (caries, perdido y obturado) , prevalencia de caries dental, grado de Higiene oral y Riesgo cariogénico de los asegurados.

El Indicador C.P.O.D. antes era 7.17 después de la aplicación del programa es 7.

Higiene oral antes era 2.7, después de la aplicación del programa es 1.6

Riesgo cariogénico antes era 4.5, después de la aplicación del programa es 3.2

Después de haber desarrollado los programas de promoción, y prevención en la población de estudio durante 10 meses se han obtenido nuevamente los indicadores de conocimientos sobre la salud oral, grado de caries dental, higiene oral y riesgo cariogénico

La hipótesis estableció que la aplicación de medidas de promoción y prevención mejora la salud oral de los niños de 0 a 12 años de edad.

La presente tesis es una intervención de antes y después de la aplicación del programa, aplicando el método de acción participativa.

El número de recursos humanos que han intervenir en el presente trabajo de investigación son el profesional odontólogo, interno y enfermera, capacitados en las actividades de promoción y prevención.

Resultados del Programa de Promoción y educación de la salud oral

Antes

Cuadro Nº 8

PREGUNTAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
	SI	NO	
1 ¿Considera necesario cuidar los dientes?	338	37	90% 10%
2.¿Visita al dentista solamente para ser examinado?	57	318	15% 85%
3 ¿Duerme su niño con mamadera?	270	105	72% 20%
4 ¿ La familia lava sus dientes antes de ir a dormir?	292	83	78% 22%
5 ¿Sus niños prefieren los dulces a las frutas?	292	83	78% 22%
6 ¿Tienen los dientes de leche para usted importancia?	98	277	26% 74%

Análisis de resultados de encuesta implementada antes de la implementación de programa de promoción y prevención

Pregunta 1

Haciendo análisis de las respuestas al cuestionario vemos que, el 90 % de los encuestados considera que es importante cuidar los dientes, pero a la vez no tienen el conocimiento de cómo hacerlo.

Pregunta 2

El 85 % de las personas encuestadas piensa que no es necesario consultar con el dentista solamente para solicitar un examen clínico, sino que consideran que se debe acudir al dentista cuando se necesita curación.

Pregunta 3

El 72 % de los encuestados asegura que su niño duerme con mamadera, este hecho confirma que la mayor parte de la población tiene desconocimiento total de los riesgos que tiene esta acción en las piezas dentarias.

Pregunta 4

Podemos ver según la encuesta que si bien, los pacientes se lavan la boca en algún momento del día, en la noche que es la acción más importante la mayor parte de la población no lo hace.

Pregunta 5

El 78% de los encuestados refiere tener preferencia a los dulces, lo que nos indica el total desconocimiento de los nutrientes que las frutas proporcionan y el riesgo cariogénico que los dulces traen.

Pregunta 6

El 74% de los encuestados no le da importancia a los dientes de leche por que consideran que van a cambiar y por lo tanto es mejor extraerlos.

Después

Resultados de la encuesta del programa de promoción y educación

Cuadro N° 10

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
<p>1 Alimentos que preferentemente la familia debe consumir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leche y frutas • Papas • Pasteles • Refrescos 	<p>275 65 10 25 Total 375</p>	<p>73 17 3 7 Total 100%</p>
<p>2 Cuantas veces debe cepillarse los dientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez al día • Una vez al la semana • Tres veces al día 	<p>67 25 283 Total 375</p>	<p>18 7 75 Total 100%</p>
<p>3 ¿Como calificaría los servicios del Consultorio Dental?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malo • Deficiente • Bueno • Excelente <p>4 ¿Que es para Ud. La salud Oral?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener buenos dientes • No tener enfermedades en el cuerpo • Tener sanos los dientes y las encías • Poder comer bien 	<p>13 42 255 65</p>	<p>3 11 68 17</p>
<p>5 Cuando le duelen los dientes que prefiere.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los curen • Que los saquen • Tomar medicamentos • Deja que se salgan de por si 	<p>285 30 43 43 Total 375</p>	<p>76 8 12 12 Total 100 %</p>
<p>6.- Cuando los dientes permanentes están en mala posición o sobre puestos que se debe hacer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recortar los dientes • Corregir la posición • Sacarlos 	<p>64 264 47 Total 375</p>	<p>17 71 12 Total 100%</p>

Después de haber implementado el programa de promoción de la salud oral, se ha vuelto a medir el grado de conocimiento sobre el tema, para tal efecto se ha implementado un segunda encuesta.

Las preguntas son más complejas, la mayor parte de los pacientes con más conocimientos sobre la salud oral han podido responder al cuestionario.

Análisis de resultados después de la implementación de programa de Promoción

Pregunta 1

Del 100% de los encuestados el 75 % tiene el concepto cabal de que la higiene oral es importante para una buen salud oral, eso se refleja al lavarse tres veces al día.

Pregunta 2

Del 100% de los encuestados el 73% prefieren de los alimentos la leche y las fruta, esto demuestra que la población asegurada en gran mayoría está cambiando hábitos alimenticios.

Pregunta 3

Del 100% de los encuestados el 68% de la población coincide en que el servicio de Odontología es bueno, se deduce esta aceptación porque el paciente ha podido recibir más de lo que esperaba, es decir independientemente de la atención curativa a la que asistir, también se le otorgo medias de prevención y promoción.

Pregunta 4

De las 375 personas encuestadas el 25% dan importancia a las piezas dentarias, pero lo más importante es que 53% de la población tienen una idea más exacta de lo que significa la salud oral.

Pregunta 5

En este cuadro se refleja el cuidado que tienen los pacientes con las piezas dentarias, solicitando curación para los mismos, evitando así las extracciones.

Pregunta 6

La respuesta a esta pregunta refleja los conocimientos ya más profundos que tienen la mayoría de los pacientes donde ya analizan la situación y eligen el tratamiento correcto tanto para ellos como para sus hijos.

11.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

PROGRAMA DE PREVENCIÓN

CUADRO REFERENCIAL ÍNDICE DE C.P.O.D. (CARIES PERDIDO OBTURADO

CUADRO REFERENCIAL DE ÍNDICE C. P. O. D

Antes

Cuadro N° 11

Grupo Atareó	N° Pacientes	Caries		Perdido		Obturado		Índice		Índice Global
		P.	T. Total	P.	T. Total	P.	T. Total	P	T	
0 - 5	136	10-	538 = 548	0 -	225 = 225	5 -	136 =141	0.11-	6.61	6.70
6 - 9	165	178-	440 = 618	66 -	312 = 378	130-	140=270	2.26 -	5.40	7.60
10 -12	74	162-	65 = 227	85 -	80 = 165	131-	22 =153	5.10 -	2.25	7.21
Total	375	350-	1043=1393	151-	768=1536	266-	298=564	7.47 -	4.75	Prome dio 7.17

Después

Cuadro N° 12

Grupo Etareo	N° Pacientes	Caries		Perdido		Obturado		Índice		Índice Global
		P.	T. Total	P.	T. Total	P.	T. Total	P	T	
0 - 5	140	0 -	113 = 113	-	269 = 269	3 5-	457=492	0.03-	5.62	6.24
6 - 9	168	102 -	184 = 286	142-	72 = 214	281-	462=743	3.12.-	4.27	7.39
10 -12	67	21 -	15 = 36	122-	28 = 150	288 -	27=315	6.43 -	1.04	7.42
Total	375	123 -	312 = 435	264 -	369=633	604-	946=1550	2.49 -	0.82	Prome dio 7

Fuente: Elaboración propia

P = Piezas permanentes

T = Piezas temporarias

Resultados de Índice C.P.O.D. Antes y después

Gráfico N° 2

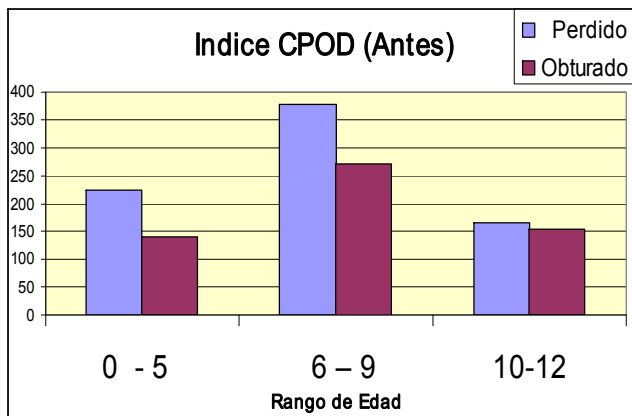


Grafico N° 3

Comparando los resultados del indicador C. P. O. D. obtenidos antes y después de la implementación de los programas de promoción y prevención, Podemos ver que no hay mucha diferencia 7.17 antes y 7 después que según los valores del indicador C. P. O. D. nos indica que el grado de caries, perdido y obturado es muy severo.

Pero analizando por separado las piezas careadas, piezas perdidas y piezas obturadas podemos determinar según los datos obtenidos, que hay gran diferencia entre si, el número de caries ha bajado considerablemente de 1393 a 435 piezas, las piezas perdidas de 1536 a 633 y las piezas obturadas suben de 564 a 1550.

Por lo tanto la implementación es responsable de la mejora de la salud oral disminuyendo el número de piezas careadas y aumentando el número de piezas obturadas.

Resultados Prevalencia de Caries Dental Antes

Cuadro Nº 13

Edad	No Pacientes	No Piezas Dentales			No Piezas .Careadas			Prevalencia de Caries Dental %
		P.	T.	total	P	T.	Total	
0 – 5	136	184	- 2720	= 2904	10	- 538	= 548	5.43-19.77 18.87
6 – 9	165	2310	-1650	= 3960	178	- 440	= 618	7.7-26.60 15.60
10- 12	74	2214	- 154	= 2368	162	- 65	= 227	7.31- 42 9.58
TOTAL	375	9.048			1393			Promedio 14.68 %

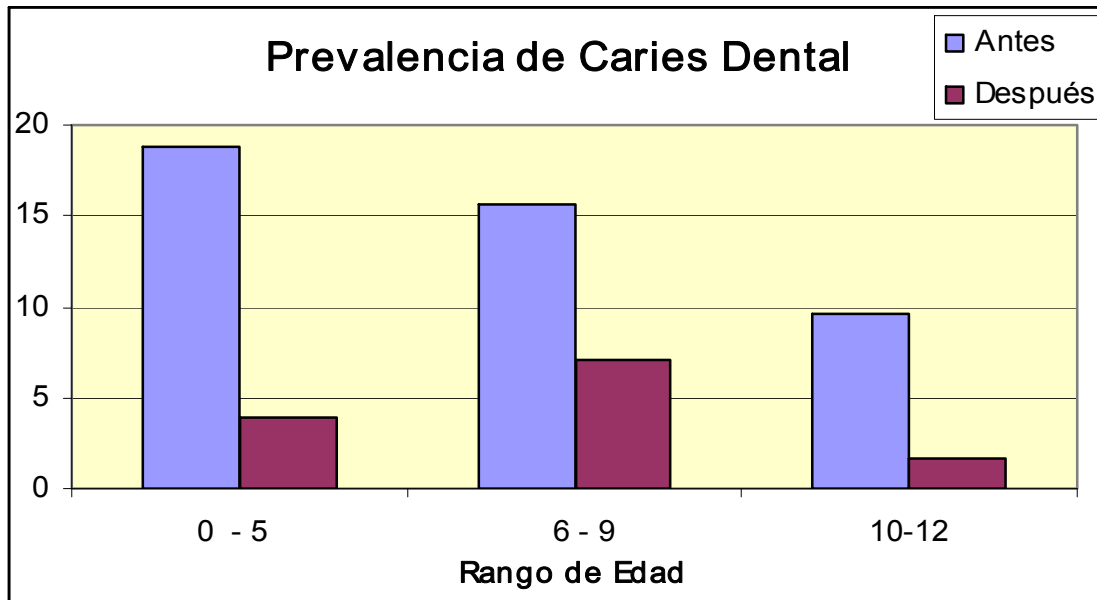
Fuente: Elaboración propia

Después

Cuadro 14

Edad	No Pacientes	No Piezas Dentales			No Piezas .Careadas			Prevalencia de Caries Dental %
		P.	T.	total	P	T.	Total	
0 – 5	140	198	- 2672	= 2.870	0	- 113	= 113	4.22 = 4.22 3.93
6 – 9	168	2.344	-- 1688	= 4.032	102	- 184	= 286	4.35 –10.90 7.09
10- 12	67	2.101	- 43	= 2.144	21	- 15	= 36	0.99- 34.88 1.67
TOTAL	375	4.643- 4403 = 9.046			157 - 312 = 469			Promedio 4.23 %

Fuente= Elaboración Própia P = piezas permanentes T = Piezas temporales



Mediante esta prueba matemática se ha comparado los resultados obtenidos de la prevalencia de caries dental (antes) y los resultados obtenidos (después) incidencia.

Se establece que mediante el programa de promoción y educación de la salud oral la incidencia caries dental ha bajado, con un 95% de probabilidad de no equivocarse se acepta hipótesis alterna. (ver anexo 12)

Prevalencia Piezas Perdidas

Antes

Cuadro N° 15

Edad	No Pacientes	No Piezas Dentales			No Piezas Perdidas			Prevalencia de Piezas Perdidas		
		P.	T.	total	P	T.	Total	P.	T.	Total %
0 - 5	136	184	- 2720	= 2820	0	- 225	= 225	0	- 8.2	7.97
6 - 9	165	2310	- 1650	= 4.320	66	- 312	= 378	2.85-18.90		9.53
10- 12	74	2214	- 154	= 2368	85	- 80	= 165	3.83	51.9	4 6.96
TOTAL	375	9.048						Promedio 8.15 %		

Fuente: Elaboración propia

P = pieza permanente T

Prevalencia de Piezas Perdidas

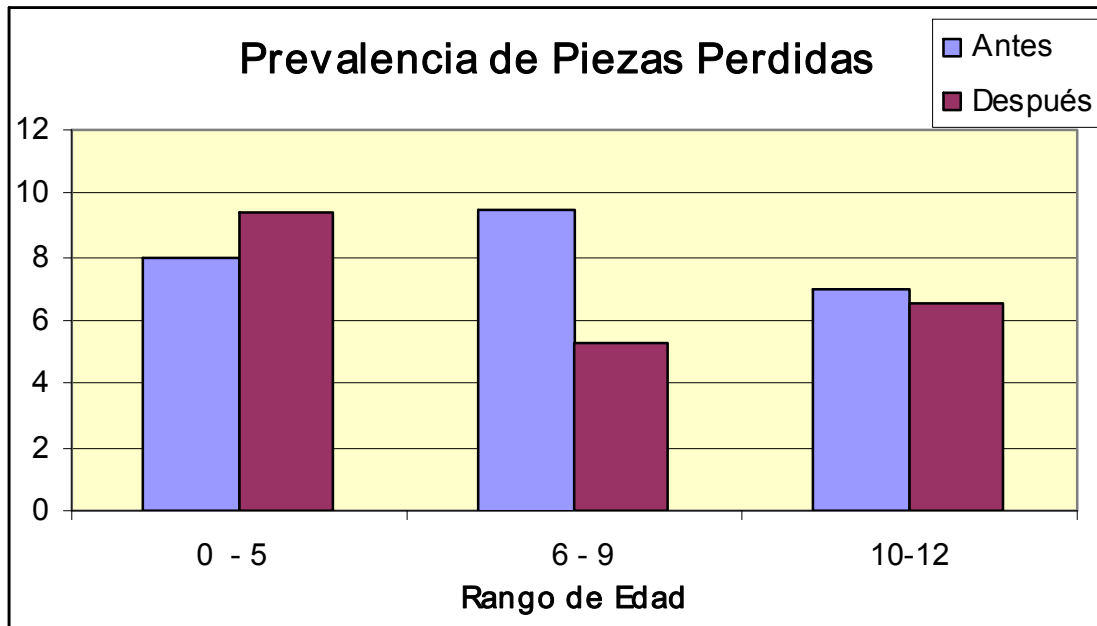
Después

Cuadro N° 16

Edad	No Pacientes	No Piezas Dentales			No Piezas Perdidas			Prevalencia de Piezas Perdidas %		
		P.	T.	total	P	T.	Total			
0 - 5	140	198	- 2672	= 2.870	0	- 269	= 269	0	- 10.6	9.37
6 - 9	168	2344	- 1688	= 3.960	182	- 72	= 214	7.76- 4.26		5.30
10- 12	67	2.101	- 43	= 2.255	122	- 18	= 140	5.80	- 65	6.52
TOTAL	375	4643-4403 9046						Promedio 4.06 %		

Fuente: Elaboración propia

P = Piezas permanentes T = Piezas temporarias



Prueba Z de Student

Mediante esta prueba se puede establecer que la prevalencia de piezas perdidas fue modificada por la acción de las medidas de promoción y prevención en salud oral.

Se tiene un 95% de probabilidad de no equivocarse.

Se acepta hipótesis alterna (ver anexo 14).

Prevalencia de Piezas Obturadas

Antes

Cuadro Nº 17

Edad	No Pacientes	No Piezas Dentales			No Piezas = Obturadas			Prevalencia de Piezas Perdidas %
		P.	T.	total	P	T.	Total	
0 – 5	136	184	- 2720	= 2870	5	- 136	= 141	2.71 – 5.0 5.0
6 – 9	165	2310	-1650	= 3960	130-	140=	270	5.62 – 8.48 6.81
10- 12	74	2214	- 154	= 2368	131-	22 =	153	5.91- 14.28 6.46
TOTAL	375	9.048	4.524	= 9.148				Promedio 6.09 %

Fuente: Elaboración propia

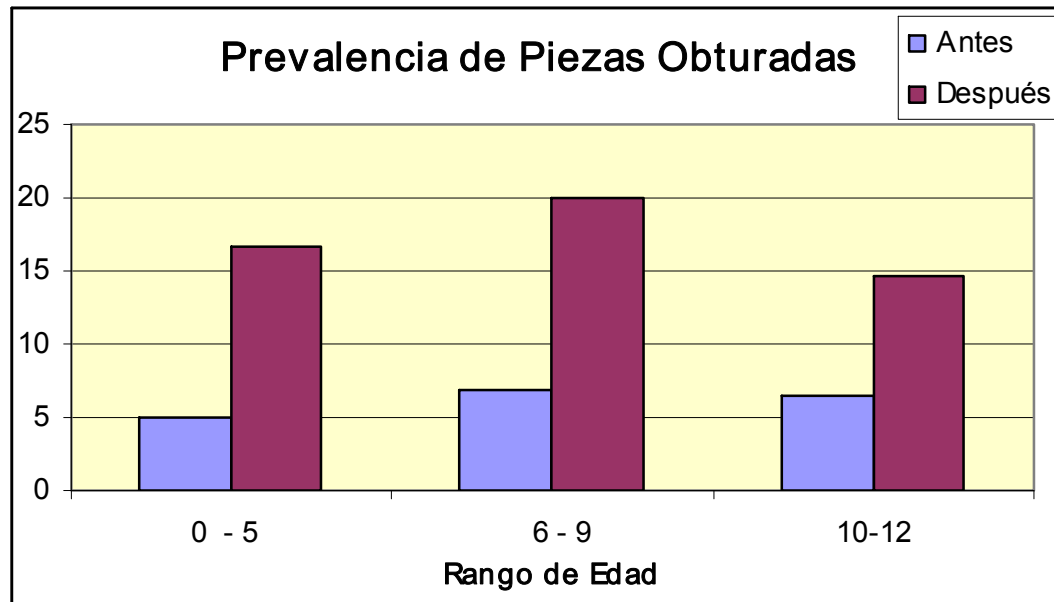
Prevalencia de piezas obturadas

Después

Cuadro Nº 18

Edad	No Pacientes	No Piezas Dentales			No Piezas = Obturadas			Prevalencia de Piezas Perdidas %
		P.	T.	total	P	T.	Total	
0 – 5	140	184	- 2720	= 2820	5	- 457	= 472	2.71-16.60 16.73
6 – 9	168	2310	-1650	= 3960	281	- 462=	673	12.16 27.36 19.99
10- 12	67	2214	- 154	= 2368	288-	227=	315	13.0- 51.16 14.69
TOTAL	375	9.048			266-298=	564		Promedio 16.13 %

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

La prueba Z Student.

La diferencia entre los datos de piezas obturadas de antes y después es considerable, ha aumentado de un promedio de 6.09 a 16,13 %

La prueba Z de Student da Hipótesis alterna con un 95 % de probabilidad de no equivocarse (anexo 13)

CUADRO REFERENCIAL DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL (HIOS)

ANTES

Cuadro N° 19

EDAD AÑOS	N° PACIENTES	GRADO IHOS
0 - 5	136	2.
6 - 9	165	3
10 - 12	74	3
PROMEDIO		Promedio 2.7

DESPUÉS

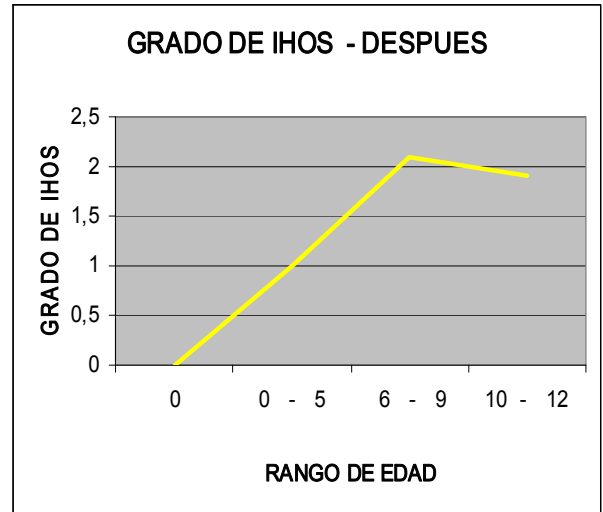
Cuadro N° 20

EDAD AÑOS	N° PACIENTES	GRADO IHOS
0 - 5	140	1
6 - 9	168	2.1
10 - 12	67	1.9
PROMEDIO		Promedio 1.6

Fuente: Elaboración propia

Grafico higiene oral antes

Higiene oral después



El indicador IHos en el antes muestra un grado 2.7 que en valores significa moderado a severo

El Indicador IHOS en el después muestra 1.6 que en valores significa leve a Moderado.

Sometidos estos datos a la prueba Z Student da Hipótesis alterna con un 95 % de no equivocarse.

ÍNDICE DE RIESGO CARIOGÉNICO POR GRUPOS ETÁREOS Y GRADOS DE IHOS POLICLÍNICO MANCO KÁPAC GESTIÓN 2005

ANTES

Cuadro N° 21

EDAD AÑOS	No PACIENTES	GRADO IHOS
0 - 5	136	2..2
6 - 9	165	4.7
10 - 12	74	6.7
PROMEDIO	375	Promedio 4.5

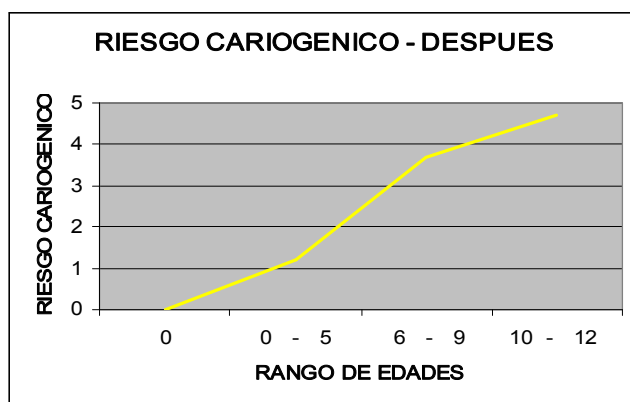
El indicador de Riesgo Cariogénico en pacientes de 0 a 12 años da entre moderado y severo.

ÍNDICE DE RIESGO CARIOGÉNICO POR GRUPOS ETÁREOS Y GRADOS DE IHOS POLICLÍNICO MANCO KÁPAC GESTIÓN 2005

DESPUÉS
Cuadro Nº 22

EDAD AÑOS	Nº PACIENTES	GRADO IHOS
0 - 5	140	1..2
6 - 9	168	3.7
10 - 12	67	4.7
PROMEDIO		Promedio 3.2

Fuente: Elaboración propia



XII.- CONCLUSIONES

12.1.- CONCLUSIONES RESPECTO AL PROBLEMA

Como resultado de todo el proceso de investigación e intervención de la tesis, se ha podido establecer que dados los altos índices de caries dental, que se han registrado en el periodo de diagnóstico del presente trabajo de investigación, que posteriormente al implementar programas de promoción y prevención se han podido mejorar o disminuir sustancialmente los indicadores de caries dental, higiene oral y riesgo cariogénico. Podemos concluir diciendo que se debe dar más importancia a las acciones de promoción y prevención implementando programas de promoción y prevención de la salud oral.

Para ello es importante contar con el apoyo de las autoridades en el suministro de insumos, haciendo que este sea de carácter continuo y sostenible

También es importante concluir diciendo que la actitud renuente de los pacientes hacia el tratamiento dental debe cambiar, asistiendo de forma constante y rutinaria a la consulta dental por lo menos dos veces al año, evitando hacerlo solamente ante casos de emergencia y dolencias agudas o crónicas, solicitando casi siempre atención de emergencia que deriva en exodoncias o curaciones de segundo o tercer nivel.

Se debe enfatizar más a los asegurados a cerca de las ventajas que dan las medidas de prevención, en la salud oral, el cambio de actitud de hábitos alimenticios y de higiene oral que se deben ser de rutina.

12.2.- CONCLUSIONES RESPECTO A LA HIPÓTESIS

Podemos concluir diciendo que la **Hipótesis** planteada en la presente tesis se ratifica por los resultados obtenidos después del desarrollo de las medidas y acciones planteadas en la presente tesis.

La variable dependiente, "Salud Oral" tiene relación directa con la variable independiente, acciones de promoción y prevención, estas acciones modifican a la variable dependiente en este caso mejorando la salud oral de los pacientes del centro.

12.3.- CONCLUSIONES RESPECTO A LOS OBJETIVOS

Con relación al primer objetivo se concluye diciendo que las causas que intervienen en la salud oral son caries dental, higiene oral y riesgo cariogénico

Las conclusiones con relación al segundo objetivo son que la falta de conocimientos sobre los beneficios de las medidas preventivas en salud oral hace que los pacientes no cuiden sus piezas dentales, restando importancia a los cuidados que debe tener el individuo con su salud oral.

Después de haber implementado el programa propuesto debemos concluir respecto al tercer objetivo que las medidas de promoción y prevención han tenido repercusión sobre la prevalencia de caries dental de los niños asegurados al centro.

Respecto al cuarto objetivo concluimos diciendo que el riesgo cariogénico al que están expuestos los niños, después de las medidas preventivas implementadas y la promoción de la salud oral ha bajado.

Referente al quinto objetivo debemos concluir que la higiene oral es fundamental para una buena salud oral.

Se concluye diciendo que las acciones de promoción, educación y prevención implementadas en la población asegurada al policlínico Manco Cápac, dieron resultados satisfactorios mejorando la salud oral de la población sustancialmente.

XIII- RECOMENDACIONES

Los resultados tan significativos de emana de la investigación, ameritan que se recomiende implementar en el Servicio de Odontología del Policlínico Manco Cápac un programa de promoción y prevención de la salud oral, este programa mejorara la salud oral de los pacientes bajando los indicadores de todos los factores que intervienen en la salud oral.

Se recomienda que estas medidas de prevención se las de, de forma continua y sostenible, haciendo que estas acciones sean parte indisoluble del tratamiento integral del paciente, anticipándose a las acciones curativas.

El monitoreo constante será importante para realizar los ajustes que requiera el programa, de esta manera poder alcanzar los niveles elevados de promoción, y prevención establecidos internacionalmente.

Se recomienda crear un consultorio de prevención oral. Así todo paciente nuevo o que acude al policlínico después de mucho tiempo, debe pasar por el mencionado consultorio. Este consultorio se convertiría en un paso obligado a todas las demás servicio.

Esta medida haría que todos los pacientes tendrían diagnóstico y tratamiento oportuno.

También se recomienda a las autoridades dotar a los consultorios de insumos de acción preventiva en forma continua y sostenible.

XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Dra. Bertha Higashida ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Facultad de Medicina, UNAM
- 2.- Simón Kátz ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN ACCIÓN 3ra Edición Viamonte 2164 Buenos Aires.
- 3.- Dr. Fermín A. Carranza. Michel G. Newman PERI-ODONTOLOGÍA CLÍNICA. Octava, Edición México.
- 4.- Mario M Chávez, "Odontología Sanitaria" 2da. Edición Washington D.C. 1962.
- 5.- J.P. Penkhan. B.S. D.D.S "Odontología Pediátrica"
- 6.- Dr. Mauricio Gómez Zamudio, DMD, MSC. "Teoría y guía Práctica para la Promoción de la salud", unidad de salud internacional USI de la Universidad de Montreal y Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES de Nicaragua.
- 7.- C.O. "Dummett J.R." Anomalías de la dentición en el desarrollo".
- 8.- Normas de Diagnostico, "Tratamiento de Odontología y Odontopediatria"
- 9.- OMS/Unicef. "Atención primaria en Salud" septiembre 1978.
- 10.- Dircy Ocampo Peñaranda, "Estudio Epidemiológico de la Salud Bucal", diciembre 1977.

11.- Ugartechi Lenz, “Epidemiología Práctica”. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. O.I.S.S.

12.- Mauricio Gómez Zamudio MSS TEORÍA Y GUIA Practica para la Promoción de Salud.

13.- Pólit Hungler, “ Investigación Científica en Ciencias de la Salud”. Quinta edición MC Crow Hill interamericana México.

14.- José Luís Castellanos Suares, “Medicina en Odontología”.

15.-Roberto Hernández Sampieri, “Metodología de la Investigación”, Edición por Macgraw Hill Interamericana de México S.A. de C.U. 1999.

16.-Carlos Piura, “Metodología de la Investigación”, editorial el amanecer, 1994.

17.- Carlos A Sabino, “ Como hacer una tesis”, Edición Editorial Panamericana 1998

18.- Dr. Hugo de la Quintana C. Introducción a la Estadística Inferencial Universidad Mayor de San Andrés Facultad de Medicina La Paz- Bolivia 1996.

19.- Mario M. Chávez ,“Odontología Sanitaria” 2do. Edición Washington D.C. 1962.

20.- Dr. Víctor Pinto, “Salud Bucal, Odontología Social y Preventiva”, Brasil 1994.

21.- Dr. Augusta Camarón. “Manual de odontología preventiva”, España 1998

22.- León M Silverstone. "Odontología Preventiva", Travesera de Grecia, 17 – 21 Barcelona.

.23.- Dr. Víctor Alfredo Ortega Moscoso, "E educación para una Buena Salud Bucal y General", impreso en Perú 1992

24.- Dr. Mario Fernández Francis,"Atención Primaria AEP", Asociación Española de Pediatría.

25.- Dr. Juan Raúl Peroné MANUAL DE ENDODONCIA, 2da edición Montevideo. Pólit Hungler, INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. Quinta edición MC Crow Hill interamericana México.

26.- OPS/OMS. Sistemas Locales de Salud, HSD/SILOS-22., "LA Salud Buca", WASHINGTON, D.C., EUA, 1993.

27.-Dra. María Victoria Hoyos Gutiérrez, "PROGRAMA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL", Primera edición 2002, Colombia.

28.-.-Dra. Lady Mollinedo Maldonado, Dr. Ronald Lagrava Burgoa," Situación de la Salud Oral en Comunidades Rurales", primera edición, marzo 2004

29.- Dr. G. Jorge H. Ugarteche, " Gestión Estratégica de Seguros de Salud"., segunda edición, OISS, Bolivia.

30.- Araujo H. Y Castellanos J. L. " Valoración Clínica en Odontología", Manual de prácticas, México, Universidad del Bajío, 1985.

31.- Wheeler, R. H. "Clíma, Raza y Comportamiento" editorial Paidos; Buenos Aires 1967.

32.- Ryle, G. "Análisis del Concepto de Motivación ". Editorial Paidos, Buenos Aires 1968.

XV.- ANEXOS

ANEXO 1: MOTIVO DE LA CONSULTA

PROBLEMA	MASCULINO	FEMENINO	%	TOTAL
CARIES DENTAL	80	107	49.80 %	187
PATOLOGÍA PULPAR	41	49	24.23 %	90
ENFERMEDAD PERIODONTAL	21	25	13.26 %	46
TERCER MOLAR RETENIDO	7	11	4.80 %	18
APIÑAMIENTO	13	16	7.70 %	29
OTROS			1.30 %	5
TOTAL			100. %	375

ANEXO 2: ENCUESTA

ENCUESTA PARA DETERMINAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENE POBLACIÓN SOBRE SALUD ORAL. ANTES DE DESARROLLAR LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

1.- ¿CONSIDERA NECESARIO CUIDAR LOS DIENTE?

SI NO

2.- ¿VISITA AL DENTISTA SOLO PARA QUE LO EXAMINE?

SI NO

3.- ¿DUERME SU NIÑO CON MAMADERA?

SI NO

4.- ¿LA FAMILIA LAVA SUS DIENTES ANTES DE DORMIR?

SI NO

5.- ¿SUS NIÑOS PREFIEREN LAS FRUTAS A LOS DULCES?

SI NO

6.- ¿TIENEN MUCHA IMPORTANCIA LOS DIENTES DE LECHE PARA
USTED?

SI NO

ANEXO 3: FORMULARIO GRADO DE CONOCIMIENTO

Formulario para establecer el grado de conocimiento sobre salud oral después de haber desarrollado programa de promoción

1.- Alimentos que preferentemente la familia debe consumir

- Leche
- Fruta
- Papas
- Pasteles
- Refrescos

2.-Cuántas veces debe cepillarse los dientes.

- Una vez al día
- Una vez a la semana
- Tres veces al día

3.-Como calificaría los servicios del Consultorio Dental

- Malo
- Deficiente
- Bueno
- Excelente

4.-Que es para Ud. La salud Oral.

- Tener buenos dientes
- No tener enfermedades en el cuerpo
- Tener sanos los dientes y las encías
- Poder comer bien

5.-Cuando le duelen los dientes que prefiere.

- Que los curen
- Que los saquen
- Tomar medicamentos

- Deja que se salgan de por si

6.- Cuando los dientes permanentes están en mala posición o sobre puestos que se debe hacer.

- Recortar los dientes
- Corregir la posición
- Sacarlos

ANEXO 4: PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN

MES DE MARZO

	DIRIGIDO	RESPONSABLE	LUGAR	TEMA
Lunes	Asegurados	Investigador interno	Sala de espera	Que es la salud oral
Miércoles	Asegurados	Investigador Interno	Sala de espera	Métodos preventivos
viernes	Asegurados	Investigador Interno	Sala de espera	Alimentación

MES DE ABRIL

HORA 8-8.20	DIRIGIDO	RESPONSABLE	LUGAR	TEMA
Lunes	Asegurados Beneficiarios	investigador interno	Sala de espera	Que es riesgo cariogenico
Miercoles	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Que son los sellantes
Viernes	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Alimentación

MES DE MAYO

HORA 8-8.20	DIRIGIDO	RESPONSABLE	LUGAR	TEMA
Lunes	Asegurados Beneficiarios	investigador interno	Sala de espera	Extracciones prematuras
Miercoles	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Cronología de la dentición
Viernes	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Técnica de cepillado

MES DE JUNIO

HORA 8-8.20	DIRIGIDO	RESPONSABLE	LUGAR	TEMA
Lunes	Asegurados Beneficiarios	investigador interno	Sala de espera	Malos hábitos
Miercoles	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Importancia de la s Salud Oral
Viernes	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Métodos preventivos

MES DE JULIO

HORA 8-8.20	DIRIGIDO	RESPONSABLE	LUGAR	TEMA
Lunes	Asegurados Beneficiarios	investigador interno	Sala de espera	Odontología del bebe
Miercoles	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Técnicas de cepillado
Viernes	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Alimentación

MES DE AGOSTO

HORA 8-8.20	DIRIGIDO	RESPONSABLE	LUGAR	TEMA
Lunes	Asegurados Beneficiarios	investigador interno	Sala de espera	Salud oral
Miercoles	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Métodos preventivos
Viernes	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Riesgo cariogénico

MES DE SEPTIEMBRE

HORA 8-8.20	DIRIGIDO	RESPONSABLE	LUGAR	TEMA
Lunes	Asegurados Beneficiarios	investigador interno	Sala de espera	Técnicas de cepillado
Miercoles	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Métodos preventivos
Viernes	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Riesgo cariogénico

MES DE OCTUBRE

HORA 8-8.20	DIRIGIDO	RESPONSABLE	LUGAR	TEMA
Lunes	Asegurados Beneficiarios	investigador interno	Sala de espera	Salud oral
Miercoles	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Métodos preventivos
Viernes	Asegurados Beneficiarios	Investigador Interno	Sala de espera	Exposición de videos

***ANEXO 5: INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR DATOS PARA
OBTENER C.P.O.D.***

ANEXO 6: HISTORIA CLÍNICA

ANEXO 7: Higiene oral

ANEXO 8: RIESGO CARIOGÉNICO

ANEXO : 9 INFORME DIARIO

ANEXO 10

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis de resultados de las encuestas implementadas, antes del desarrollo de programa de promoción en salud oral

Pregunta Nº 1

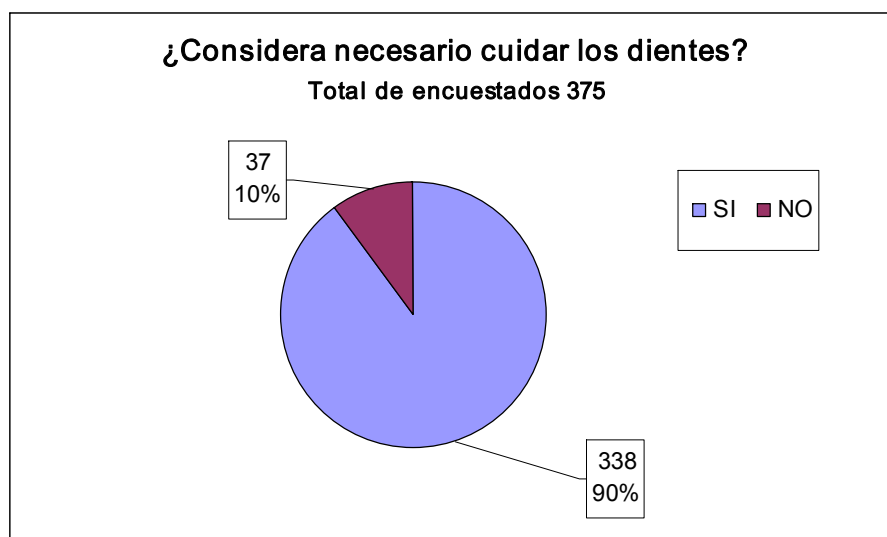
¿Considera necesario cuidar los dientes?

Cuadro Nº 6

Nº DE ENCUESTADOS	FRECUENCIA ABSOLUTA SI	FRECUENCIA ABSOLUTA NO	FRECUENCIA RELATIVA
	338		90
		37	10
TOTAL 375			100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico Nº 6



El 90 % de los encuestados considera que es importante cuidar los dientes, pero a la vez no tienen el conocimiento de cómo hacerlo.

Pregunta Nº 2

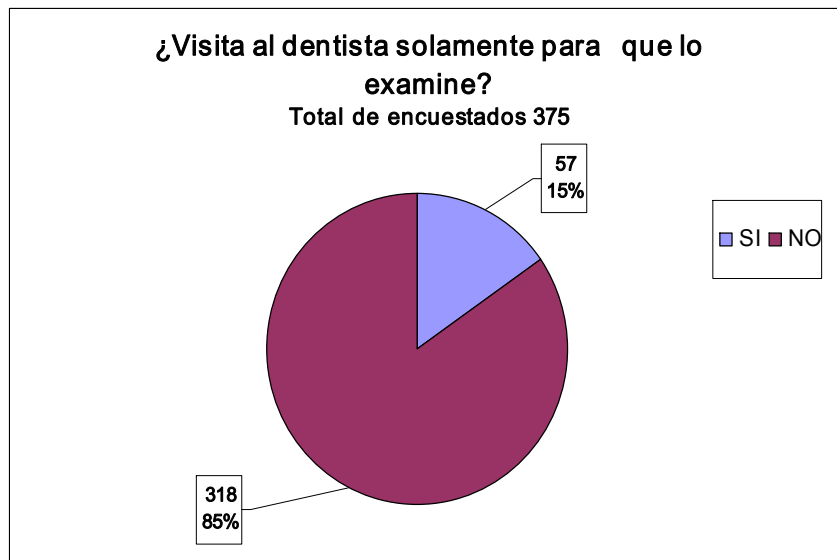
¿Visita al dentista solamente para que lo examine?

Cuadro Nº 7

Nº DE ENCUESTADOS	FRECUENCIA ABSOLUTA SI	Frecuencia ABSOLUTA NO	FRECUENCIA RELATIVA
	57		15
		318	85
TOTAL 375			100

Fuente: Elaboración propia

Grafico Nº 7



El 85 % de las personas encuestadas piensa que no es necesario consultar con el dentista solamente para solicitar un examen clínico, sino que consideran que se debe acudir al dentista cuando se necesita curación.

Pregunta N° 3

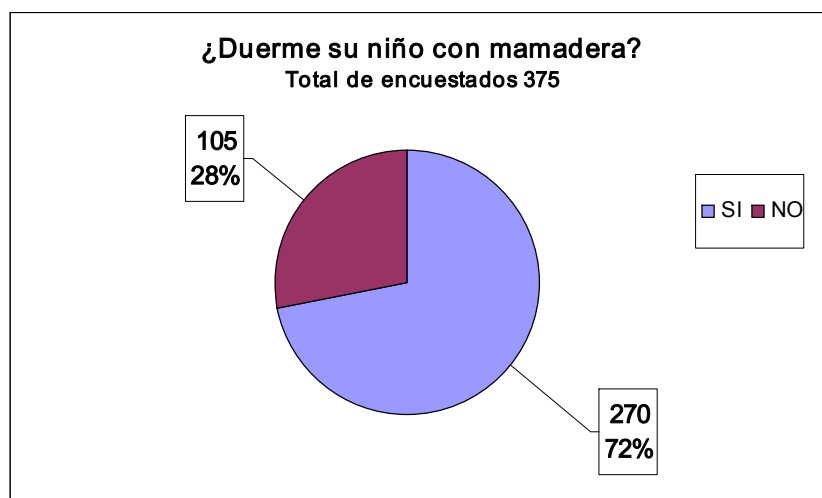
¿Duerme su niño con mamadera?

Cuadro N° 8

N° ENCUESTADOS	DE	FRECUENCIA ABSOLUTA SI	FRECUENCIA ABSOLUTA NO	FRECUENCIA RELATIVA
		270		72
			105	20
TOTAL	375			100

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 8



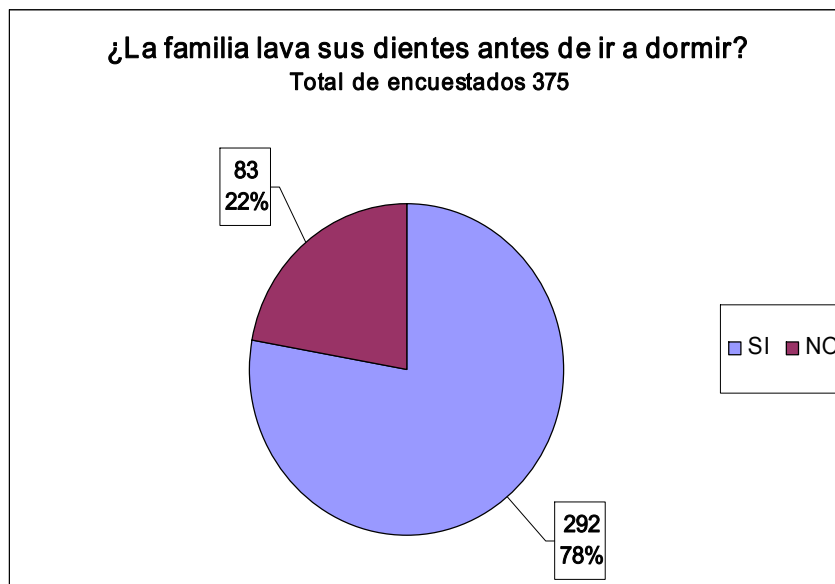
El 72 % de los encuestados asegura que su niño duerme con mamadera, este hecho confirma que la mayor parte de la población tiene desconocimiento total de los riesgos que tiene esta acción.

Pregunta N° 4

¿La familia lava sus dientes antes de ir a dormir?

Cuadro N° 9

N° ENCUESTADOS	DE	FRECUENCIA ABSOLUTA SI	FRECUENCIA ABSOLUTA NO	FRECUENCIA RELATIVA
		292		78
			83	22
TOTAL	375			100



Podemos ver según la encuesta que si bien, los pacientes se lavan la boca en algún momento del día, en la noche que es la acción más importante la mayor parte de la población no lo hace.

Pregunta N° 5

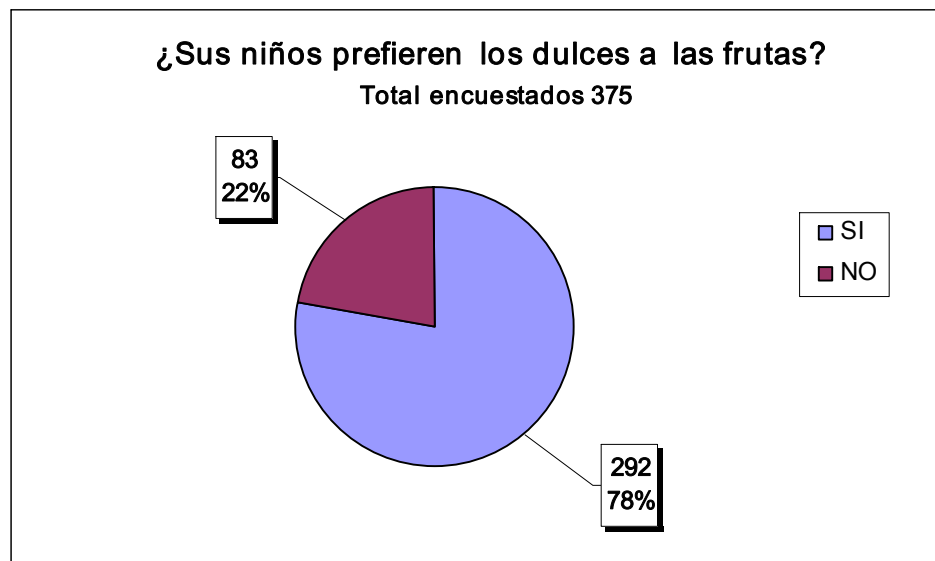
¿Sus niños prefieren los dulces a las frutas?

Cuadro N° 10

N° DE ENCUESTADOS	FRECUENCIA ABSOLUTA SI	FRECUENCIA ABSOLUTA NO	FRECUENCIA RELATIVA
	292		78
		83	22
TOTAL 375			100

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 10



Fuente: Elaboración propia

El 78% de los encuestados refiere tener preferencia a los dulces, lo que nos indica el total desconocimiento de los nutrientes que las frutas proporcionan y el riesgo cariogénico que los dulces traen.

Pregunta Nº 6

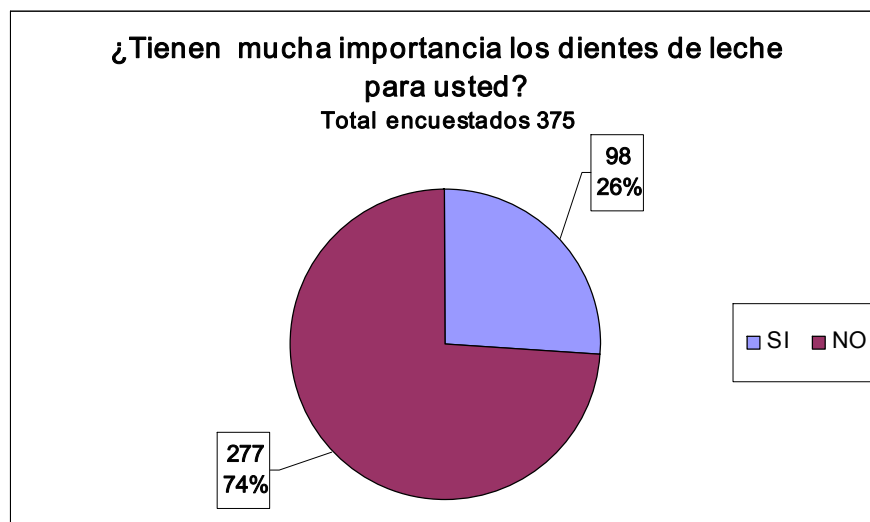
¿Tienen mucha importancia los dientes de leche para usted?

Cuadro Nº 11

Nº DE ENCUESTADOS	FRECUENCIA ABSOLUTA SI	FRECUENCIA ABSOLUTA NO	FRECUENCIA RELATIVA
	98		26
		277	74
TOTAL 375			100

Fuente: Elaboración Propia

Grafico Nº 11



Fuente: Elaboración propia

El 74% de los encuestados no le da importancia a los dientes de leche por que consideran que van a cambiar y por lo tanto es mejor extraerlos

ANEXO 11: ANÁLISIS Y RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN

Después

Pregunta No 1

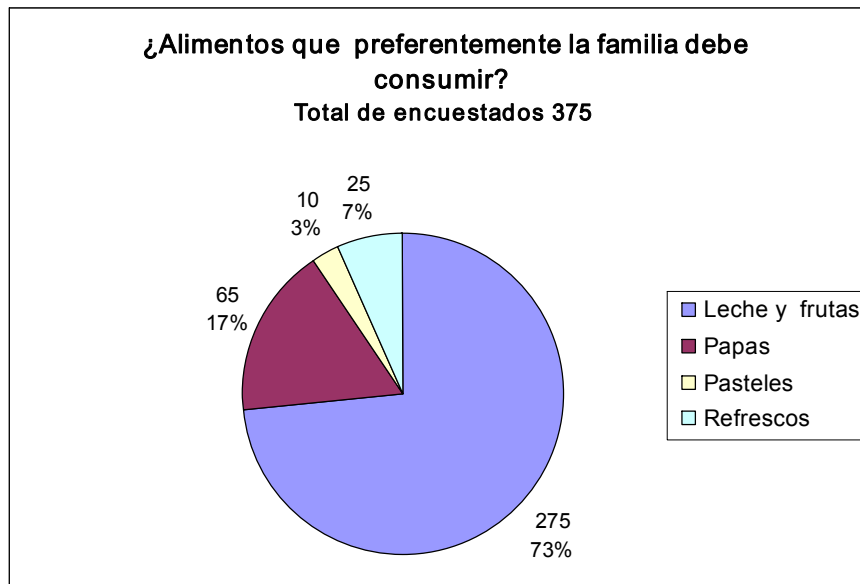
¿Alimentos que preferentemente la familia debe consumir?

- Leche
- Fruta
- Papas
- Pasteles
- Refrescos

Cuadro N° 12

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Leche y frutas	275	73
Papas	65	17
Pasteles	10	3
Refrescos	25	7
Total	375	100 %

Grafico N° 12



Fuente: Elaboración propia

Del 100% de los encuestados el 73% prefieren de los alimentos la leche y las fruta, esto demuestra que la población asegurada en gran mayoría está cambiando hábitos alimenticios.

Pregunta N° 2

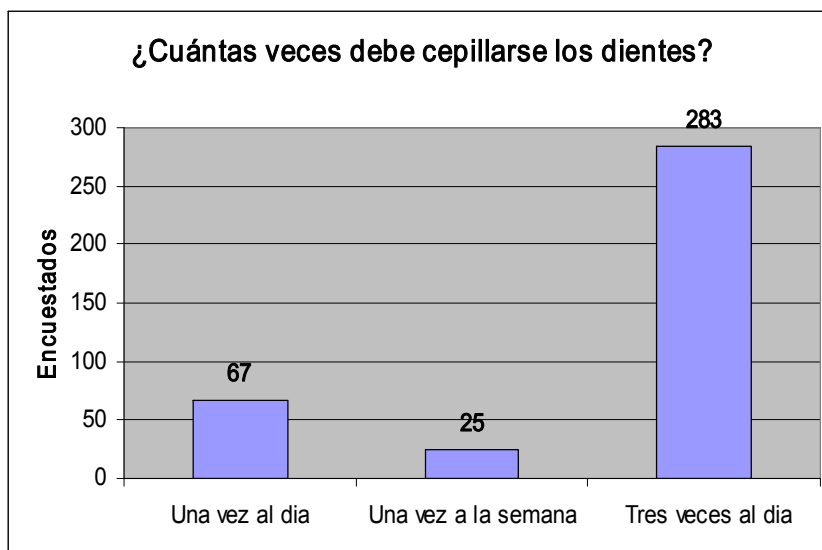
Cuántas veces debe cepillarse los dientes.

- Una vez al día
- Una vez al la semana
- Tres veces al día

Cuadro N° 13

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Una vez al día	67	18
Una vez a la semana	25	7
Tres veces al día	283	75
Total 375	Total 375	100%

Gráfico N° 13



Del 100% de los encuestados el 75 % tiene el concepto cabal de que la higiene oral es importante para una buena salud oral, eso se refleja al lavarse tres veces al día.

Pregunta N° 3

¿Como calificaría los servicios del Consultorio Dental?

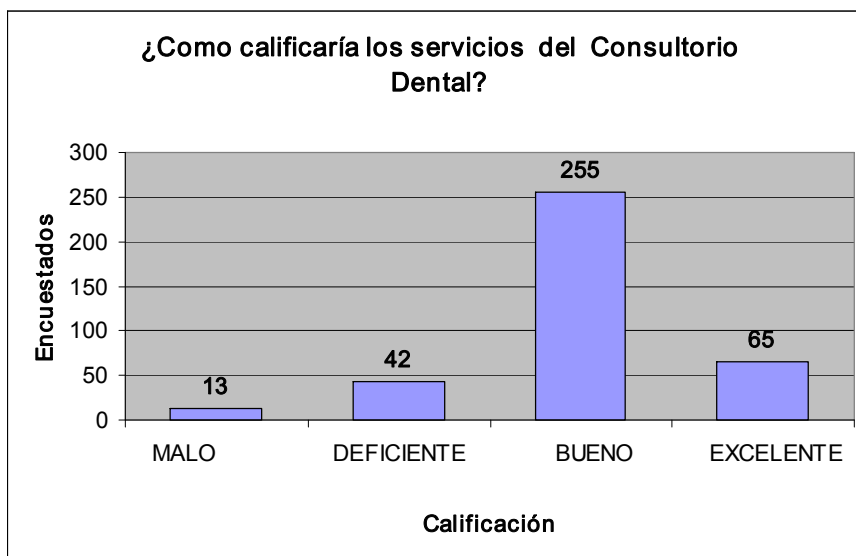
- Malo
- Deficiente
- Bueno
- Excelente

Cuadro N° 14

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Malo	13	3
Deficiente	42	11
Bueno	255	68
Excelente	65	17
Total	375	100 %

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 14



Fuente: Elaboración propia

Del 100% de los encuestados el 68% de la población coincide en que el servicio de Odontología es bueno, se deduce esta aceptación porque el paciente ha podido recibir más de lo que esperaba, es decir independientemente de la atención curativa a la que asistir, también se le otorgo medias de prevención y promoción.

Pregunta N° 4

¿Que es para Ud. La salud Oral?

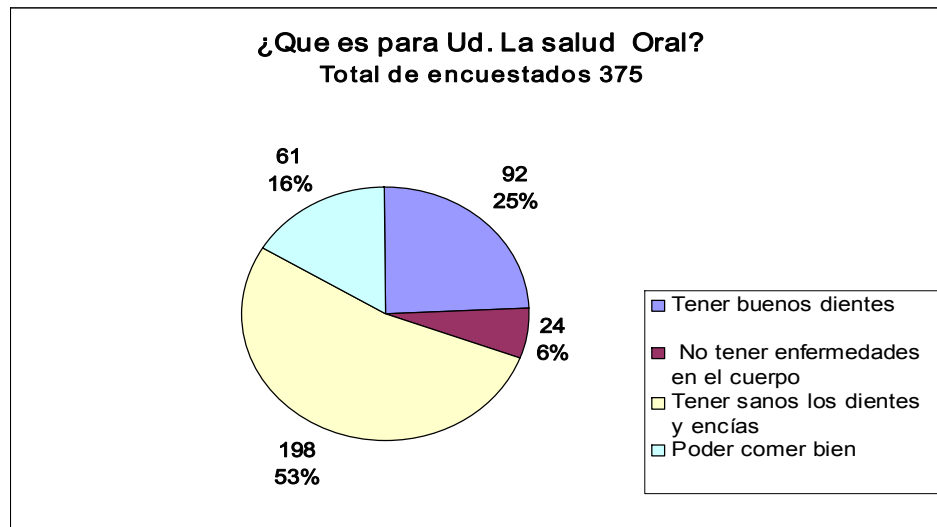
- Tener buenos dientes
- No tener enfermedades en el cuerpo
- Tener sanos los dientes y las encías
- Poder comer bien

Cuadro N° 15

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Tener buenos dientes	92	25
No tener enfermedades en el cuerpo	24	6
Tener sanos los dientes y encías	198	53
Poder comer bien	61	16
Total 375	375	100 %

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 15



De las 375 personas encuestadas el 25% dan importancia a las piezas dentarias, pero lo más importante es que 53% de la población tienen una idea más exacta de lo que significa la salud oral.

Pregunta N° 5

Cuando le duelen los dientes que prefiere.

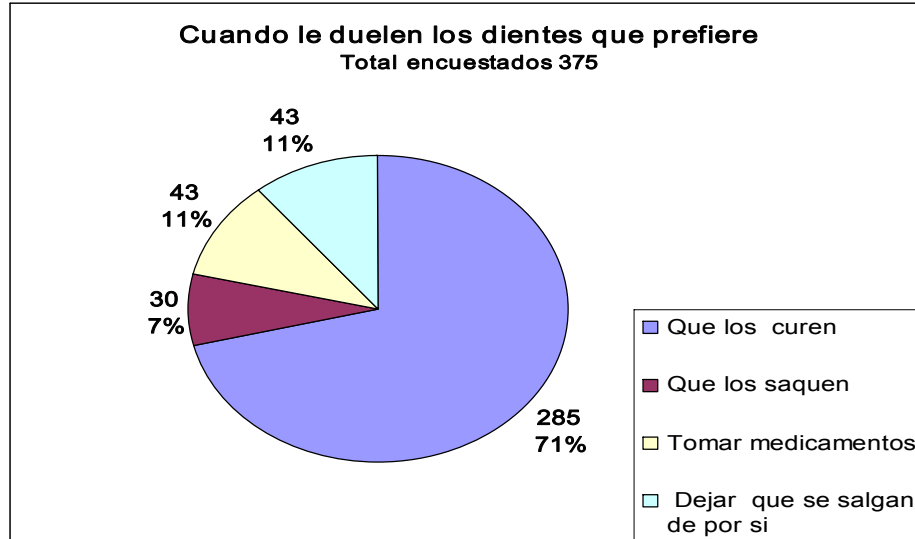
- Que los curen
- Que los saquen
- Tomar medicamentos
- Deja que se salgan de por si

Cuadro N° 16

N° DE ENCUESTADOS		%
Que los curen	285	76
Que los saquen	30	8
Tomar medicamentos	43	12
Dejar que se salgan de por si	43	12
Total	375	100 %

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 16



Fuente: Elaboración propia

En este cuadro se refleja el cuidado que tienen los pacientes con las piezas dentarias, solicitando curación para los mismos, evitando así las extracciones.

Pregunta N° 6

Cuando los dientes permanentes están en mala posición o sobre puestos que se debe hacer.

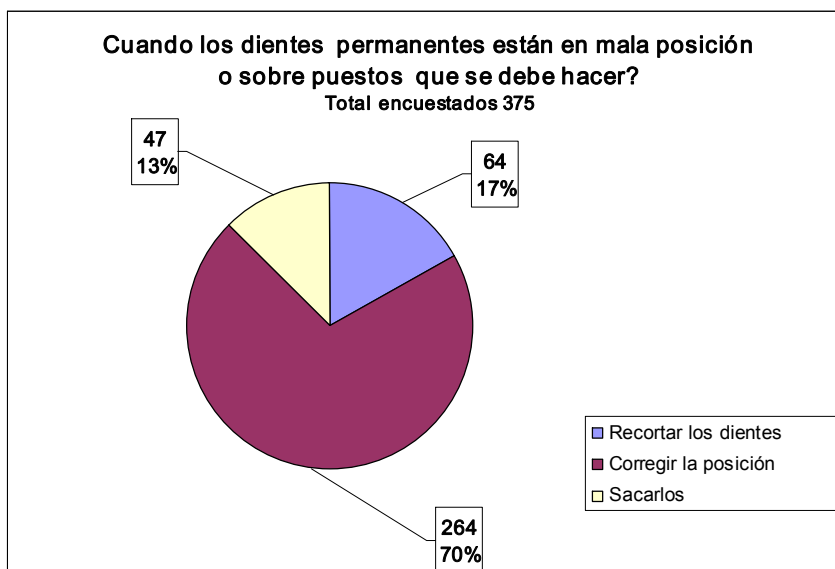
- Recortar los dientes
- Corregir la posición
- Sacarlos

Cuadro N° 17

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Recortar los dientes	64	17
Corregir la posición	264	71
Sacarlos	47	12
Total 375	375	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N° 17



La respuesta a esta pregunta refleja los conocimientos ya más profundos que tienen la mayoría de los pacientes donde ya analizan la situación y eligen el tratamiento correcto tanto para ellos como para sus hijos.

ANEXO 12: GRÁFICO DE CARIES, PERDIDO Y OBTURADO

Antes y después

Gráfico N° 2

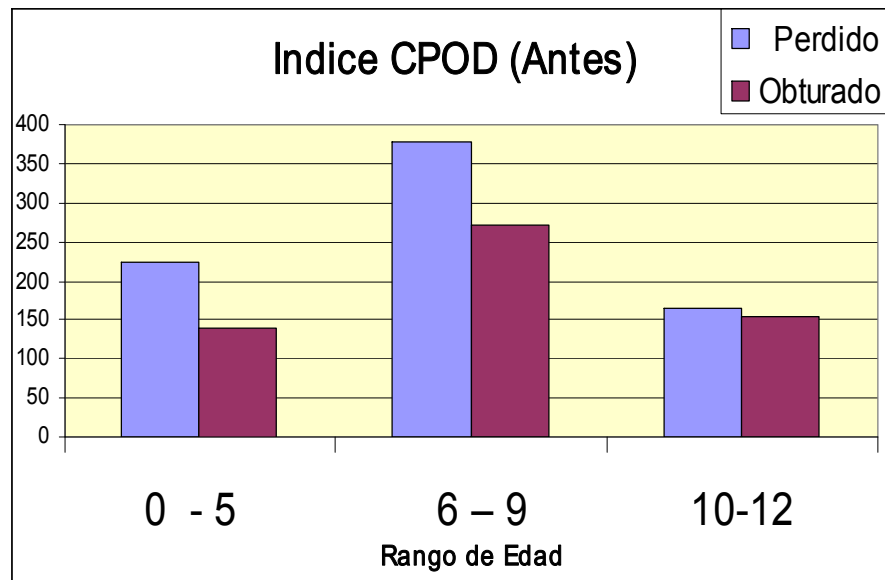
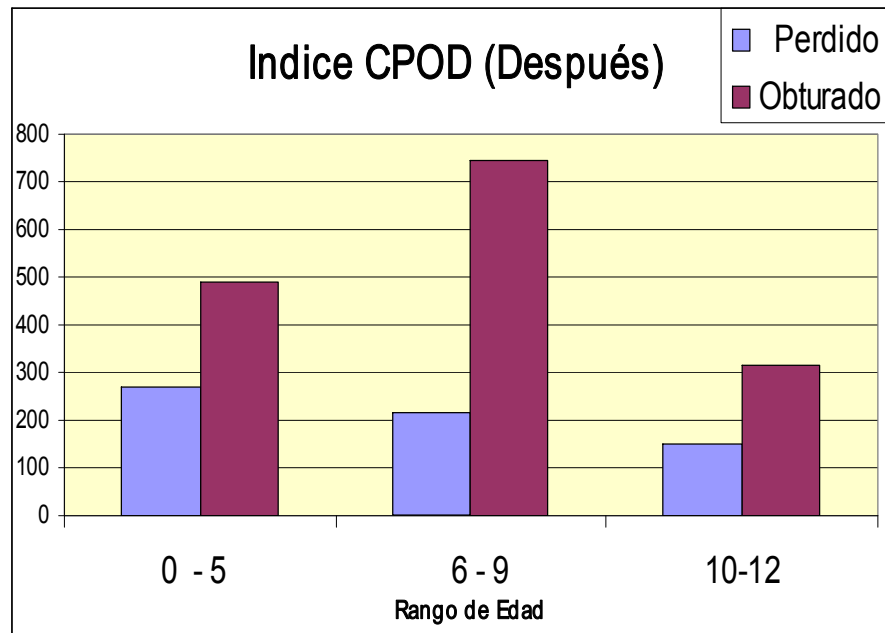


Gráfico N° 3



ANEXO 13: PRUEBAS ESTADÍSTICAS

1.- Prueba Z de Student

Mediante esta prueba estadística determinamos la efectividad del programa de prevención planteado en la tesis

Prevalencia de caries dental

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_{X_1}^2 + S_{X_2}^2}} = \frac{27.43 - 14.73}{\sqrt{0.024^2 + 0.08^2}} = \frac{12.7}{\sqrt{0.006 + 0.064}} = \frac{12.7}{0.25} = 50.8$$

Prueba Z de Student

X_1 = Piezas careadas antes

X_2 = Piezas careadas después

Desvió estándar = 3.06

Error standard = 0.08

Desvió Standard = 1.72

Error Standard = 0.08

2.- Prueba Z de Student

Prevalencia de Perdidos

$$Z = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{Sx_1^2 + Sx_2^2}} = \frac{8.7 - 7.1}{\sqrt{0.045^2 + 0.07^2}} = \frac{1.6}{\sqrt{0.002 + 0.049}} = \frac{1.6}{0.083} = 19.2$$

Prueba Z de Student

X_1 = Piezas perdidas antes

X_2 = Piezas perdidas después

Desvió estándar = 1.26

Error Standard = 0.95

Desvió Standard = 1.75

Error Standard = 0.07

3.- Prueba Z de Student

Prevalencia de Obturados

$$Z = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{Sx_1^2 + Sx_2^2}} = \frac{6.26 - 16.29}{\sqrt{0.034 + 0.019}} = \frac{-9.98}{\sqrt{0.053}} = \frac{9.98}{0.23} = 43$$

Prueba Z de Student

X_1 = Piezas obturadas antes

X_2 = Piezas obturadas después

Desvió estándar = 0.81

Error Standard = 0.034

Desvió Standard = 0.75

Error Standard = 0.019

4.- Prueba Z de Student

Riesgo Cariogénico

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{Sx_1^2 + Sx_2^2}} = \frac{3.77 - 3.05}{\sqrt{0.10^2 + 0.084^2}} = \frac{0.72}{\sqrt{0.017}} = \frac{0.72}{0.13} = 5.5$$

Prueba Z de Student

X_1 = Piezas obturadas antes

X_2 = Piezas obturadas después

Desvió estándar = 1.97

Error Standard = 0.10

Desvió Standard = 1.63

Error Standard = 0.084

N. S. = 2.18

Z = 5.5

5.- Prueba Z de Student

Higiene Oral

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_{X_1}^2 + S_{X_2}^2}} = \frac{2.63 - 1.62}{\sqrt{0.024^2 + 0.024^2}} = \frac{1.01}{\sqrt{0.001152}} = \frac{1.01}{0.034} = 29.70$$

Prueba Z de Student

X_1 = Grado de higiene oral antes

X_2 = Grado de higiene oral después

Desvió estándar = 0.48

Error Standard = 0.024

Desvió Standard = 0.48

Error Standard = 0.024

N. S. = 2.18

Z. = 29.70

ANEXO 14: PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRIA

CARIES DENTAL EN NIÑOS

I.- Definición

Enfermedad química microbiana progresiva e irreversible, caracterizada por la destrucción de los tejidos duros, por la acción de diversos factores.

II.- Etiología.

Enfermedad "Infecciosa Multifactorial

- Microbiana
- Sustrato Carbo hidrato
- Huésped
- Otros factores (tiempo edad)

III.- Clasificación

- Caries de esmalte
- Caries de dentina
- Caries detenida
- Caries recidivante
- Caries rampante o síndrome de Biberón

CARIES DE ESMALTE

I.- Definición

Desmineralización de la matriz inorgánica del esmalte por la acción de los ácidos presentes en la boca.

II.- Etiología

Enfermedad multifactorial

III.- Clasificación

- Fosas y fisuras
- Superficies proximales
- Superficies lisas
-

IV. - Manifestaciones clínicas

- Asintomático
- En el inicio es apenas leve desmineralización. (manchas blancas – lesión subclínica)
- Presenta cavitación a medida que se profundiza
-

V.- Criterios de diagnóstico

- Clínico
- Radiológico

VI.- Diagnostico diferencial

- Fluorosis
- Ameló génesis imperfecta

VII.- Exámenes complementarios

- Radiográfico

VIII.- Tratamiento Odontológico

- Fase preventiva: educación en salud
- Cuando no hay cavitación, terapia de flúor
- Cuando hay cavitación, limpieza de la zona con fresa y realizar restauración.

IX.- Complicaciones

- Caries de dentina

X.- Criterios de referencia

- No requiere

XI.- Criterios de alta

- Resolución de la patología

XII. Control y seguimiento

- Tres a seis meses

CARIES DE DENTINA

I. Definición

Destrucción de la matriz inorgánica y pérdida de la escasa sustancia orgánica de la dentina.

II. Etiología

Enfermedad compleja multifactorial.

III. Clasificación

- Superficial
- Media
- Profunda

IV. Manifestaciones clínicas

- Sintomática
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
- Cavidad con tejido reblandecido

V. Criterios de diagnóstico

- Prioritario: examen clínico visual

- Recurso secundario: leve exploración con sonda
- Asociación sintomatología
- Examen radiográfico

VI. Diagnostico diferencial

- Hiperemia pulpar
- Pulpitis

VII. Exámenes complementarios

- Radiográfico

VIII. Tratamiento

- Fase preventiva: educación en salud, profilaxis diaria de flúor
- Administración de anestesia casi siempre
- Aislado absoluto
- Remoción de dentina cariada
- Uso de reveladores de caries
- Desinfección de la cavidad con clorhéxidrina al 2 %
- Protección indirecta
- Obturación definitiva (amalgama, resina y o inomero de obturación)

IX. Complicaciones

- Pulpitis

X. Criterios de alta

- Resolución de la patología

XII. Control y seguimiento

- Tres a seis meses

CARIES RETENIDA

Existen dos variantes

- Caries debido a la formación de dentina terciaria, como resultado de una gran actividad defensiva del huésped.
- Una de las variantes más común, es la caries detenida por cambio en la flora patógena; los organismos acidógenos son reemplazados casi siempre por los bacteroides cuyas toxinas pigmentan de negro la lesión y no son productores de ácidos, al mismo tiempo se produce una defensa orgánica del huésped. Clínicamente ambas lesiones son fácilmente diferenciales por la coloración, pues esta última presenta un color muy oscuro.

II. Etiología

Multifactorial por cambios de Ph del medio bucal, alimenticio, de aseo o uso de medios preventivos.

III. Manifestaciones clínicas

- Casi siempre asintomático

- Lesiones generalmente extensas poco profundas
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos (leves)
- Cavidad con cambios de coloración y formación de dentina terciaria.

IV. Criterios de diagnóstico

- Clínico visual: exploración con sonda
- Radiográfico

V. Diagnóstico diferencial

- Esclerosis dentinaria
- Necrosis pulpar

VI. Exámenes complementarios

- Radiográfico

VII. Tratamiento

- Fase preventiva: educación en salud
- Administración de anestesia si el caso lo requiere
- Aislado absoluto o relativo
- Remoción de la dentina careada
- Uso de reveladores de caries
- Desinfección de la cavidad con Clorhexidrina al 2%
- Protección indirecta
- Obturación definitiva

VIII. Complicaciones

- Pulpitis

IX. Control y seguimiento

- Tres a seis meses

Caries por lactancia prolongada

I. Definición

Caries agresiva extensa que afecta a pacientes pediátricos cuyo origen es sobretodo la alimentación nocturna (leche materna, leche comercial u otros líquidos azucarados), sin hacer la higiene dental posterior.

II. Etiología

- Acción exuberante y prolongada de los sustratos criogénicos
- Uso prolongado del biberón
- Falta o deficiencia en la higiene

III. Clasificación

- Única patognomónica

IV. Manifestaciones clínicas

- Sintomática de evolución rápida que afecta en primera instancia a los dientes antero-superiores y posteriormente a los dientes posteriores.
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
- Cavidad con tejido reblandecido, cambio de coloración

V. Criterios de diagnóstico

- Examen clínico visual (leve exploración con sonda)

VI. Diagnóstico diferencial

- Ameló génesis imperfecta

VII. Exámenes complementarios

- Radiográfico

VIII. Tratamiento

- Fase preventiva: educación en salud dirigida a los padres de manera intensiva, profilaxis diaria, terapia de flúor de acuerdo a protocolos según riesgo.
- Tratar de que niño con primeros dientes erupcionados (6-7 meses), no reciba alimento después del último aseo dental nocturno.
- Aplicación de fluoruros (barnices)
- Administración de anestesia cuando el caso lo requiera
- Aislado absoluto o relativo
- Remoción del esmalte y dentina careada
- Uso de revelados de caries

- Desinfección de cavidad con clorhexidrina al 2%
- Protección indirecta
- Reconstrucción de las piezas con resina o ionomero
- Endodoncia
- Exodoncia indicada según grado de afección

IX. Complicaciones

- Pulpitis
- Necrosis
- Abscesos
- Fractura coronaria

X. Criterios de referencia

- Si requiere de acuerdo al grado de complejidad

XI. Criterios de alta

- Resolución de la patología

XII. Control y seguimiento

- Uno a tres meses

PROTOCOLO PARA EL EMPLEO DE FLÚOR

Es reconocido el beneficio que tiene el flúor en la reducción de la caries dental, siendo el flúor una parte pequeña en el conjunto de medidas que sirven para prevenir en el individuo la aparición de la caries.

Uso del flúor

El uso domestico se refiere principalmente al uso de pastas dentales flúororadas y también a los enjuagues a base de flúor.

El uso profesional o de consultorio se debe valorar en cada caso de acuerdo al riesgo de caries que tenga cada paciente.

En Bolivia aún no disponemos de una distribución bien organizada y uniforme de flúor comunitario (agua fluorada, sal fluorada); eso nos hace perder el beneficio que tienen estas formas de distribución de flúor en la reducción de caries para gran número de personas.

En el presente protocolo indicaremos cuáles son las maneras más recomendables de usar el flúor.

BEBES

Están comprendidos 6 MESES A 2 AÑOS

En esta etapa se inicia la erupción dental.

Los cuidados que se deben tener los padres de familia en la casa en la erupción de los primeros dientes son principalmente la alimentación nocturna, tanto de leche materna o de biberón, deben disminuir y dormir con la boca limpia,

realizando la higiene en la mañana y antes de dormir. Después del cepillado en la noche los padres pueden aplicar el flúor usando un cotonete embebido en un enjuague de flúor de 0,05% sin alcohol.

En consultorio: en la primera cita, se indican todos los cuidados arriba mencionados, se hace la demostración a los padres evaluando en citas posteriores la efectividad de los cuidados. Se recomienda que las visitas al dentista sean trimestrales

Niños pre escolares (3 a 5 años de edad)

Cuidados en domicilio: a partir de los 3 años ya se comienza a utilizar pasta dental con flúor en cantidad de un grano de arroz, se recomienda que el cepillado debe ser por la mañana y la noche, se sigue aplicando el flúor al 0,05%. En esta edad ya se recomienda el uso del hilo dental.

Los cuidados en el consultorio dental: El profesional odontólogo ya puede usar cepillos de baja velocidad Conjuntamente con agua. Se seguirá aplicando flúor al 0,2% en enjuague.

Niños escolares 6 años hasta la adolescencia

Cuidados en domicilio: El cepillado sigue siendo responsabilidad de los padres, a partir de los 7 años de edad se deja que el niño lo haga solo, siempre bajo la vigilancia de los padres. Uso del hilo dental, se aumenta la cantidad de pasta dental.

Como el niño ya pueden escupir correctamente, se recomienda el enjuague de 0,05% en buchadas de 30 a 40 segundos día por medio antes de dormir.

Los cuidados en el consultorio: profilaxis con o sin pasta fluoradas, usando baja velocidad, para después aplicar flúor en gel en cubetas.

Adolescentes y adultos

Cuidados en domicilio: uso de pastas de dientes normales, uso de hilo dental y uso de enjuagues de flúor al 0.05^a diario en caso de usar aparatos de ortodoncia y cuando no día por medio.

Los cuidados en el consultorio: si el riesgo de caries es bajo, las visitas deben ser semestrales, en el caso de la población del policlínico deben ser más frecuentes.

Conclusiones y Recomendaciones

El uso del flúor es beneficioso para la salud oral sobre todo en niños cuando los conductillos dentinarios no se han cerrado aun y el flúor es absorbido.

El flúor en gel al ser ingerido puede provocar molestias estomacales, es por esta razón que se recomienda que su aplicación se la debe realizar solamente en consultorio, tomando todas las medidas necesarias para esta acción. este viene en varias dosis