

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
“DR. ARNOLDO GABALDON”

**Proyecto de Educación Odontológica para la Salud Integral
del Niño, Niña y Adolescente de la Unidad Escolar
“Padre Delgado” Estado Yaracuy Año 2007**

Proyecto de Trabajo Especial de Grado presentado como Requisito Parcial
para optar al Título de Especialista en Salud Pública

AUTOR: Isaura Beatriz La Rosa

TUTOR: Mardelis Álvarez de Hernández

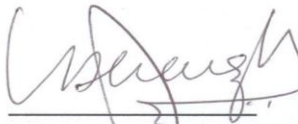
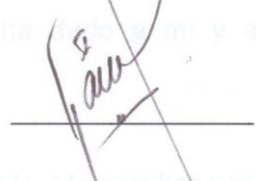
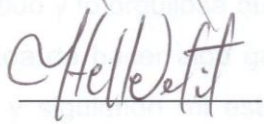
San Felipe, 30 de Octubre de 2007



Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldón"
POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de **Especialización de Gestión en Salud Pública** titulado: **"PROYECTO DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA PARA LA SALUD INTEGRAL DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE DE LA UNIDAD ESCOLAR "PADRE DELGADO" ESTADO YARACUY AÑO 2007"**, presentado por el Ciudadano (a) **ISAURA LA ROSA**, para optar al Título de **Especialista de Gestión en Salud Pública**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO**.

| Nombres y Apellidos | C.I. | Firma del Jurado |
|---|-----------|--|
| MARDELIS ÁLVAREZ DE H. Presidente: | 7.793.187 |  |
| GUSTAVO PARRA Miembro: | 4.885.428 |  |
| YOLMAN TELLES Miembro: | 4.483.289 |  |

Maracay, 06 de diciembre 2007



MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"

**Proyecto de Educación Odontológica para la Salud Integral del Niño,
Niña y Adolescente de la Unidad Escolar "Padre Delgado"
Estado Yaracuy Año 2007**

AUTOR: Isaura Beatriz La Rosa

TUTOR: Mardelis Álvarez de Hernández

AÑO: diciembre 2007

Resumen

Aplicar el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y Promoción para la Salud Integral, en el niño, niña y adolescente de la Unidad Escolar "Padre Delgado" San Felipe, Estado Yaracuy, es el principal objetivo de la presente investigación, con la finalidad de disminuir la alta incidencia de patologías bucales que afectan su salud integral. Este estudio consiste en una investigación de campo reflexiva-crítica, con diseño no experimental, transeccional, descriptivo, dirigida hacia un proyecto factible, donde se establece una interacción entre los objetivos y la situación real de la problemática de la población escolar antes nombrada, permitiendo apreciar que no está percibiendo la información mínima, ni los beneficios que aporta la prevención; requeridos para el individuo poder alcanzar y mantener su salud bucal e integral; lo que se pudo comprobar con los datos compilados en la información recogida a través de la unidad de análisis aleatoria tomada, conformada por 86 alumnos de la misma población; a través de dos encuestas, ambas integradas por dos partes, una primera formada por preguntas cerradas, y una segunda comprendida de un registro de evaluación clínica bucal. Con los resultados obtenidos, se construyeron gráficos que facilitan la interpretación y análisis, para concluir en que aplicar el programa de prevención odontológica es la solución para disminuir la problemática planteada, donde, el 96,5% de los alumnos de la Unidad Escolar "Padre Delgado" sufren de patologías buco-dentales.

Palabras Claves: Patologías bucales, caries, cálculo, gingivitis, prevención.



MINISTRY OF POWER FOR THE PEOPLE'S HEALTH
SENIOR STUDIES INSTITUTE IN PUBLIC HEALTH
"DR. ARNOLDO GABALDON"

**Dental Education Project for Comprehensive Health of Children and
Adolescents of Unity School "Father Delgado"
Yaracuy Year 2007**

AUTHOR: Beatriz Isaura La Rosa

TUTOR: Alvarez-Hernandez Mardelis

YEAR: December 2007

Abstract

Implement Program Bucales Disease Prevention and Health Promotion for Integral, in the child and adolescent unit of the School "Father Delgado's San Felipe, Yaracuy, is the main objective of this investigation, in order to decrease the high incidence of oral diseases that affect their health as a whole. This study consists of a field research-reflexive criticism, with non-experimental design, transactional, descriptive, directed towards a feasible project, which provides an interface between the goals and the realities of the problems of the school population appointed before allowing apreciar que no está percibiendo la información mínima , ni los beneficios que aporta la prevención; requeridos para el individuo poder alcanzar y mantener su salud bucal e integral; lo que se pudo comprobar con los datos copilados en la información recogida a través de la unidad de Random taken analysis, made up of 86 students from the same population; through two surveys, both composed of two parts, the first consisting of closed questions, and a second including a register of clinical evaluation mouth. With the results, charts were constructed to facilitate the interpretation and analysis to conclude that implement preventive dental program is the solution to reduce the problems raised, where 96.5% of students in the Unity School "Father Delgado "buco-suffer from dental diseases.

Key Words: Pathologies buccal cavity, calculus, gingivitis prevention.

RECONOCIMIENTO

A mi Profesor Gustavo por su preocupación, dedicación y apoyo en el logro de nuestras metas individuales y comunes durante nuestra capacitación.

A todos los facilitadores del IAES “Dr. Arnoldo Gabaldón” por su esfuerzo para aportarnos los conocimientos que nos fortalecen como profesionales y también como personas.

A mis compañeros de postgrado por todos esos conocimientos que me aportaron en los debates y jornadas de aprendizaje de cada clase.

A la Gobernación del Estado Yaracuy por creer en mí.

A mi tutora y colega por su apoyo incondicional.

A la Institución a la que pertenezco y de la cual me siento orgullosa PROSALUD, por darme esta oportunidad de crecer.

Y por último a mi menor hijo por su apoyo en momentos de apuro.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico:

En primer lugar a Dios, porque su bendición cada día es mi guía, y por darme la oportunidad de vivir este momento que me hace feliz.

A mi adorada madrecita Pastorita, quien en gloria de mi señor esté, por su gran esfuerzo y constancia para hacer de mi quien hoy soy.

A mis amados hijos Marlhyp, Erick y Abel David, quienes son todo mi tesoro y los que con su amor me estimulan a la lucha de cada día.

A mi manito Alcides por haber colaborado en mi formación y mi espíritu revolucionario.

Al no menos importante, mi querido y hermoso pueblo yaracuyano, a quien agradezco todo ese calor que nos ha dado a mí y a mi pequeño hijo.

Y por último a mí, por todo el esfuerzo invertido y lo orgullosa que me siento de concluir mi postgrado. Siempre con la idea de hacer algo grande que beneficie a mi amada población venezolana y siguiendo mi estímulo revolucionario donde todos obtengamos la mayor felicidad posible, es mi reflexión de que me he formado no primordialmente para curar enfermedades, sino para evitar que mi pueblo las sufra.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---------------------------------------|-----|
| DEDICATORIA..... | ii |
| RECONOCIMIENTO..... | iii |
| TABLA DE CONTENIDO..... | iv |
| LISTA DE GRAFICOS..... | vi |
| RESUMEN..... | ix |
| INTRODUCCION..... | 1 |
| | |
| CAPITULO I | |
| EL PROBLEMA | |
| | |
| Planteamiento del problema..... | 3 |
| Justificación..... | 7 |
| Objetivos: | |
| Objetivo General..... | 9 |
| Objetivos Específicos..... | 9 |
| Actividades..... | 10 |
| Alcances y Limitaciones..... | 12 |
| | |
| CAPITULO II | |
| MARCO TEORICO | |
| Antecedentes de la Investigación..... | 13 |
| Bases Teóricas..... | 18 |
| Base socio Económica..... | 21 |
| Base ideológico Política..... | 22 |
| Base Cultural..... | 24 |
| Bases Legales..... | 25 |

| | |
|---------------|----|
| Supuesto..... | 28 |
|---------------|----|

CAPITULO III

METODOLOGIA

| | |
|---------------------------------------|----|
| Consideraciones Generales..... | 29 |
| Tipo de Investigación..... | 30 |
| Diseño de Investigación..... | 31 |
| Análisis de la situación Actual..... | 32 |
| Población y Muestra..... | 35 |
| Técnicas de Recolección de Datos..... | 36 |
| Técnicas de Análisis de Datos..... | 38 |

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

| | |
|-----------------|----|
| Encuesta 1..... | 40 |
| Encuesta 2..... | 47 |

CAPITULO V

| | |
|-------------------------------------|----|
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 63 |
| Análisis Crítico..... | 65 |
| CONCLUSIONES..... | 68 |
| LISTA DE REFERENCIAS..... | 70 |
| ANEXOS..... | 72 |
| Encuesta1..... | 73 |
| Encuesta 2..... | 74 |
| Gráficos..... | 76 |

INTRODUCCION

Despliegue de empeño y esfuerzo son las características principales de la presente investigación, donde sólo habla de un profesional capacitado y sensibilizado hacia el desarrollo de la salud integral del ciudadano yaracuyano, y que tiene por objetivo poner el mismo esfuerzo y empeño en su aplicación.

Por tanto, este trabajo de grado está realizado en forma detallada con todos los pasos requeridos como proyecto factible, asentando en cada uno de sus puntos los detalles pertinentes, para que al ser aplicado y desplegado, cumpla, tanto con el impacto perseguido, como con su meta de éxito.

Como planteamiento reposa en su contenido, a manera global, la problemática existente y sus consecuencias, más algunas normas establecidas a nivel mundial que aún no se cumplen, formando parte de dicha situación en crisis. Se presenta una justificación con base profunda y se expone como Objetivo General el punto principal para llegar hasta su solución, como es “Implementar el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y Promoción para la Salud Integral”.

Los objetivos específicos van en concordancia con alcanzar el logro del objetivo general, y las actividades se desarrollan bajo una perspectiva factible y de laborioso esfuerzo. El alcance está expuesto dentro de lo posible del tiempo, ya que también existen limitaciones.

En el Marco Teórico existen trabajos de investigación para ser más explícito sobre el punto, tanto de nivel nacional como internacional, persiguiendo la buena documentación del lector, acotando también, base

socio económica, ideológico política, cultural y legal; terminando con la hipótesis o supuesto.

La metodología tiene implícita el tipo y diseño de investigación, análisis de la situación actual del programa en estudio, donde se refleja las consecuencias de patologías bucales en los niños, niñas y adolescentes de la Unidad Escolar “Padre Delgado”, ya que fue seleccionada de esta población una muestra aleatoria de 86 alumnos, con quienes se realizó la recolección de datos para proceder al análisis de los resultados que en definitiva es el aporte fundamental que expresa la situación real y la guía para accionar, complementada con cuadros, gráficos y anexos que llevarán al lector a una clara visión del problema planteado.

Se ofrece un análisis crítico con la intención de llevar a la reflexión y conseguir corregir, además de apoyo de parte de los entes involucrados en función de dar cumplimiento cabal, correcto y efectivo a los programas de Odontología; y por último se establecen las conclusiones y recomendaciones, para dar principio al ideal de colaborar en construir una sonrisa feliz para el ciudadano yaracuyano.

CAPITULO I EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

El Estado Yaracuy tiene una población aproximada de 597.721 habitantes representada en una pirámide demográfica de base ancha con forma de campana, que da como referencia un alto índice de población joven; obviamente requerida de un tratamiento específico dirigido hacia su salud integral.

Dentro del sector Salud del Estado Yaracuy, en el campo de la Odontología, base fundamental para dar cumplimiento a ese requerimiento, la conformación elemental de infraestructura, equipos y recursos humanos, se encuentra afectada por falta de la disposición necesaria de recursos financieros, de parte de los organismos involucrados.

La Organización Mundial de la Salud establece un odontólogo de servicio por cada 2500 hab. Según cálculos matemáticos, para todo el territorio yaracuyano, debe existir un número de 239 Odontólogos; donde tan sólo están activos, 38 ubicados por la red convencional y 90 por Barrio Adentro, que suman un total de 128 profesionales; con un déficit certero de 111 que hace expresión de una elevada población desatendida; siendo importante apreciar que, además, presenta bajo poder adquisitivo; por lo que no obtiene los recursos económicos para asistir a una consulta privada, lo que convierte en imperante, la reflexión sobre una adecuada práctica preventiva masiva profunda.

La prevención constituye un componente elemental dentro de las Ciencias

de la Salud; por la trascendencia que abarca evitando que sucedan las enfermedades, las cuales contribuyen al bajo rendimiento del individuo tanto en sus metas personales como en su aporte para la sociedad.

En lo que al campo odontológico se refiere, la población paterna y materna debido al bajo despliegue de información, que le aporte los saberes odontológicos básicos con la finalidad de alcanzar una salud bucal, no conocen sobre lo eficaz e importante que es mantener en buen estado la dentadura temporal hasta su exfoliación natural, ni cuando se hace presente el primer molar permanente en la boca de sus hijos; y, debido a la falta de adecuada práctica preventiva, sucede un elevado índice de pérdida de ese molar en el niño, niña y adolescente, con la consecuencia de alteraciones de la conformación bucal normal, tanto de tejidos blandos como duros, y de la disposición lineal de sus dientes en la arcada dentaria.

La baja difusión de los conocimientos en este campo, contribuye al acontecer progresivo de modificaciones desfavorables dentro de la cavidad bucal del individuo, que involucra tejidos adyacentes y pérdida de sus piezas dentarias; con la consecuente ruptura del equilibrio de la actividad masticatoria, generando alteraciones en su salud integral, porque todo ese proceso conlleva a enfermedades en su estructura corporal total, provocando el detrimento de su conformación y condiciones físicas.

Una cavidad bucal saludable es base fundamental fisiológica para una buena digestión, ya que su desequilibrio, por cualquier lesión, provoca alteración de la actividad masticatoria; y la pérdida de una pieza dentaria es igual al engranaje de una máquina cuando le falta un diente; pierde la eficacia de su función. Una buena acción masticatoria controla y elimina el sobre-esfuerzo que puedan realizar las vías digestivas para cumplir su

trabajo, evitando enfermedades en ellas. Las enfermedades bucales generan alteración en la salud integral del individuo, debido no sólo a la alteración masticatoria sino también a las infecciones que desencadenan, que llevan al individuo al desmejoramiento progresivo de su estado físico; pero, una óptima dentadura en conjunto con la salud de los tejidos que la circundan, también es de elección prioritaria para el bienestar psicológico y social; porque contribuye además con la conformación de la cara, la fonación y la estética; quien la posee no tiene conciencia plena de lo que afecta a quien no la tiene. Estos tres últimos puntos son de alta importancia para cualquier ser humano, niño, adolescente o adulto; tomando en cuenta que la salud psicológica proporciona al individuo la estabilidad emocional, relevante para el roce social, crecimiento personal y auto estima.

Con las nuevas políticas establecidas por el gobierno nacional; a través del ente rector de la salud y de convenios con otras empresas estatales como Petróleos de Venezuela y empresas privadas con responsabilidad social como por ejemplo la Colgate-Palmolive, entre otras, que tienen la disposición de colaborar con elevar la calidad de vida de la población, a través de su aporte en la contribución de mejorar las condiciones de Salud Bucal de la ciudadanía venezolana, se presenta una oportunidad de dar mayor cobertura. Además de los entes gubernamentales involucrados quienes trabajan para beneficiar la población mas necesitada.

El alto índice de patologías bucales que presentan los alumnos de la Unidad Escolar “Padre Delgado” es el que conduce a la decisión de encontrar una solución al problema, lo que obliga a pensar en la respuesta acertada “Implementar el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y Promoción para la Salud Integral”

Todos los análisis se realizaron en la Unidad Escolar “Padre Delgado” de donde se obtuvo la muestra de estudio para la aplicación de este proyecto, debido a la problemática evidente de los estudiantes de esa institución.

Justificación

La selección del problema se justifica porque la población desplazada del Edo. Yaracuy, sufre un alto índice de enfermedades bucales, como consecuencia de la baja importancia que siempre se le ha dado al desarrollo del Programa Odontológico, e información, prevención, y promoción para la salud en beneficio de la ciudadanía.

No existe en todo el territorio estatal, la cantidad requerida de centros de atención odontológica, y los que se encuentran no están lo suficientemente dotados para ofrecer un servicio de calidad a la población.

La creación en infraestructura de los nuevos espacios odontológicos requeridos, su dotación e implementación de su recurso humano necesita de la disposición de una importante suma de dinero por parte del Estado, que amerita de un tiempo prudencial de largo plazo para lograrlo. Lo que también es sumamente importante para restablecer la salud individual del ciudadano, proporcionándole el tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad; y saber que, cuando este último se realiza en forma precoz, forma parte de la prevención, porque evitará una lesión en cualquier otra parte del cuerpo.

Mientras tanto, es menester poner en práctica los conocimientos sobre prevención que tienen profesionales de la Odontología, que hacen vida y prestan sus servicios en territorio yaracuyano, e incluso los de otras comunidades que deseen brindar apoyo en la labor, para poder así conseguir descender la incidencia de enfermedades en la población emergente.

Ahora bien, el problema formulado puede investigarse para determinar las causas que lo generan con una Investigación de Campo de carácter

reflexivo-crítico con un fuerte análisis. La autora cree que este tipo de investigación dará resultados tangibles, que facilitarán la respuesta acertada al problema. Por tanto, hay suficientes razones para justificar este proyecto, ya que su fin último tendrá un impacto social altamente positivo.

Objetivo General

Implementar el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y Promoción para la Salud Integral en el niño, niña y adolescente de la escuela “Padre Delgado”.

Objetivos Específicos

(a) Gestionar los recursos necesarios para la realización de actividades de prevención.

(b) Establecer la prevención en niños y adolescentes como primera opción.

(c) Unificar acciones de actividades preventivas.

(d) Capacitar al personal requerido, sobre las diferentes prácticas de Prevención en Centros Odontológicos y comunidades.

(e) Involucrar líderes de las comunidades.

(f) Seleccionar equipos, de personal ya capacitado en el campo, para la elaboración y práctica de actividades odontológicas preventivas macro.

Actividades

- (a) 1. Diligenciar con entes gubernamentales la solicitud de recursos.
2. Diligenciar con PDVSA y empresas privadas la obtención de los recursos.

- (b) 1. Separar la población de niños, desde 3 a 4 años.
2. Separar la población de niños, de 5 a 8 años.
3. Separar la población de niños y adolescentes, de 9 a 19 años.

- (c) 1. Consolidar con el recurso humano lo que se persigue.
2. Personalizar las actividades preventivas de acuerdo a las necesidades de cada ciudadano.
3. Establecer protocolo de actividades preventivas.

- (d) 1. Dar talleres de capacitación a Asistentes Dentales e Higienistas.
2. Dar talleres de capacitación a colaboradores en actividades.

- (e) 1. Solicitar colaboración de Consejos Comunales, Comités de Salud y Defensores de la Salud.
4. Crear ases de la Salud en institución escolar.

- (f) 1. Formar un equipo del recurso humano (Odontólogo, Asistente Dental e Higienista) para realizar actividades de prevención en la comunidad a manera de jornadas solicitando la colaboración de empresas para que proporcionen su apoyo favoreciendo dichas actividades.
2. Conformar un personal para realizar, por medios de difusión, programas de información sobre prevención para la salud bucal.

3. Conformar un equipo de Especialistas para realizar en medios de difusión, programas de información y reflexión hacia la prevención.

Alcance

El alcance que se espera de este proyecto es la cobertura del 50% de la población de niños, niñas y adolescentes de la Unidad Escolar Padre Delgado, desde los 3 hasta los 19 años de edad, dentro del primer año de aplicación del proyecto, ya que es la edad comprendida desde que termina la erupción de dentadura temporal, y luego, la factible pérdida prematura del primer molar permanente.

Limitaciones

Disposición de los recursos económicos para la realización de talleres de capacitación del personal que realizará la difusión de la información y la implementación de actividades con las comunidades.

La obtención de los recursos para la creación y activación de nuevos espacios de consulta.

La necesidad de Odontología Curativa para la población.

El completo apoyo del personal para que la labor tenga el impacto deseado. Es importante la estabilidad laboral del equipo como estímulo para realizar bien su trabajo.

La integración de parte de las comunidades para el cumplimiento de la labor.

CAPITULO II MARCO TEORICO

Antecedentes de la Investigación

Hace más de cien años, el estadounidense Willoughby Dayton Miller descubrió que las molestas caries son producidas por la placa bacteriana, una masa blanda mezcla de alimentos con gérmenes, que se alimentan de azúcares (hidratos de carbono), y se adosa a los dientes y encías. En sólo un gramo de placa puede haber doscientos mil millones de microorganismos que producen la caries. El más agresivo se llama estreptococo mutans. ¿Cómo se forma la caries? La placa bacteriana funciona como un laboratorio: metaboliza los azúcares (los edulcorantes se salvan) y produce ácidos que descalcifican el esmalte del diente, ablanda los tejidos y hace que los microorganismos se infiltren en el cuerpo poroso del diente originando pequeñas cavidades superficiales. Cuando alcanza la dentina, parte menos dura del diente que está debajo del esmalte, la caries produce dolor por contacto con alimentos calientes o fríos, azucarados o ácidos. Y si no se trata, avanza hacia el tejido nervioso y se puede perder el diente. Desde la teoría de Miller, la prevención se convirtió en la herramienta más eficaz. Reduce la cantidad de lesiones y evita los gastos de tratamiento, afirma Melania González y Rivas, coordinadora del programa Sonríe Argentina.

La saliva contiene bacterias que se encuentran permanentemente en la boca, conformando la flora bucal normal, pero así como existe una placa cariogénica, hay también una placa periodontopática las cuales se diferencian muy bien de los microorganismos que conforman normalmente la flora bucal. La caries, una enfermedad bacteriana que daña los tejidos duros del diente, afecta al 87 por ciento de los menores de 12 años del país (unos 7

millones de chicos), un número que se mantiene desde hace décadas. Así lo determinan los estudios epidemiológicos del Programa nacional de prevención Sonríe Argentina de la Confederación Odontológica Argentina (CORA). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica a la Argentina entre los países de riesgo medio: los chicos tienen un promedio de tres piezas y media cariadas, arregladas o perdidas. La mayoría de los países de América latina está en riesgo severo, porque supera los siete dientes.

El convenio entre la Universidad Central de Venezuela y Corpoamigos Anaco es uno de los seminarios del Programa de Extensión Docencia - Servicio de la Facultad de Odontología que se viene realizando en 16 estados del país. Dicho seminario cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para una óptima atención a la comunidad, por lo cual es considerado uno de los más importantes de esta Facultad de Odontología

En un estudio de investigación realizado en el año 2.000 dentro de este Seminario, se tomó como muestra 142 pacientes de ambos sexos con edad comprendida entre 6 y 10 años, siendo 82 pacientes femeninos y 60 pacientes masculinos, de 5 poblaciones del Edo. Anzoátegui tales como: Anaco, Aragua de Barcelona, San Joaquín, Santa Rosa y Buena Vista. Los resultados reportaron una alta prevalencia de pérdida del primer molar a temprana edad, lo que lleva a enfrentar la gran problemática presente en las poblaciones rurales por esta lesión en sus ciudadanos, reflejando en forma evidente la ausencia de aplicación de los programas de prevención. Es importante hacer notar la inexistencia de investigaciones epidemiológicas sobre este tema en poblaciones rurales como la de Anaco. Este estudio se llevó a cabo con el método de observación clínica, recopilando los datos al momento de llenar la historia con la anamnesis y el

odontodiagrama, para obtener información mas detallada sobre causa y edad en que ocurrió la pérdida dental.

Del total de pacientes femeninos (82), 45 pacientes presentaron ausencia de alguno de los primeros molares permanentes, lo que representa un 32% de la muestra total, en comparación con 37 pacientes que no presentaron ausencia de ninguno de los primeros molares permanentes. (gráfico1) Con respecto al sexo masculino 32 pacientes de un total de 60, presentaron ausencia de alguno de los primeros molares permanentes, lo que representa un 23% de la muestra total, mientras que 28 pacientes no presentaron ausencia de los molares en estudio. (gráfico 1)

De igual forma al realizar el examen clínico de la muestra se obtuvo que el diente con mayor índice de ausencia fue el primer molar permanente inferior derecho con un 42%, en segundo lugar de ausencia encontramos el primer molar superior derecho con un 33%, seguido por el primer molar superior izquierdo con un 15%, y por último el primer molar inferior izquierdo con un 10%.(gráfico. 2).

En la cavidad bucal, los primeros molares son los que inician el proceso eruptivo de la dentición permanente. Estos comienzan a calcificarse durante el primer mes de vida; en las etapas iniciales del desarrollo. El germen del primer molar permanente superior se ubica en la tuberosidad del maxilar y su superficie oclusal se orienta hacia abajo y hacia atrás, y el del primer molar permanente inferior está localizado a nivel del ángulo del Gonion de la mandíbula y la orientación de su superficie oclusal es hacia arriba y hacia adelante. La edad de erupción de los primeros molares permanentes, en general, es de 6 años, pero varía con un promedio entre los 5 y 7 años de edad; erupcionan primero los inferiores y luego los superiores buscando el contacto con el antagonista.

GRAFICO N° 1
Pacientes con ausencias del primer molar
Pacientes sin ausencias del primer molar

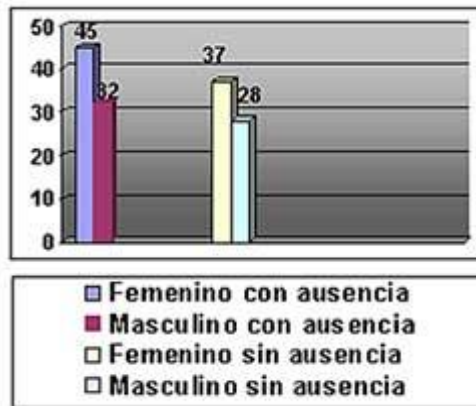


GRAFICO N° 2
Datos porcentuales de la ausencia de los primeros molares permanentes



El primer molar permanente es una de las estructuras dentarias más importante para el desarrollo de una oclusión fisiológica y la adecuada función masticatoria. Pero también son considerados como los dientes permanentes más susceptibles a caries, debido a su morfología y a la acumulación de placa bacteriana; propio de la edad de erupción en el individuo y su higiene bucal, siendo común su restauración o pérdida. Sin embargo, en Dinamarca en 1992, en un estudio realizado por Carvalho J, Thylstrup A y Ekstrand K, demostró que fomentando actividades preventivas como el entrenamiento de pacientes infantiles en el dominio de una buena técnica de cepillado, se puede obtener menor incidencia de caries y en consecuencia, menor la necesidad de tratamiento restaurador o exodoncia; y luego habiendo evaluado cada caso a manera individual, sellar las fisuras antes de que se desarrolle el proceso carioso, pues, está establecida la eficacia de los sellantes de fosas y fisuras para prevenir la caries. Esta infección se desarrolla de forma rápida en los primeros molares permanentes

y puede evolucionar en el transcurso de tan solo seis meses, sufriendo una transformación de lesión incipiente a severa, progresando hasta lograr una exposición franca de la cámara pulpar, siendo frecuente la exodoncia.

Hoy en día ha ocurrido un resurgimiento en la investigación sobre la efectividad de los sellantes de fosas y fisuras. Los sellantes de fosas y fisuras han demostrado ser eficaces no sólo en prevenir la caries antes de que se inicie, sino también deteniendo el progreso de la lesión de caries en sus fases más tempranas. Simonsen en 1991 concluyó que cuando los sellantes de fosas y fisuras eran aplicados tempranamente, el odontólogo podría acercarse a un 100% de protección del diente contra la caries. Actualmente hay dos tipos de sellantes comercialmente disponibles, los curados químicamente y los fotocurados. No obstante el efecto del flúor sobre caries de superficies lisas combinado con el uso rutinario y agresivo de los sellantes contra la caries de fosas y fisuras, teniendo el potencial de erradicar la caries en niños, adolescentes y adultos, los mismos siguen siendo subutilizados.

Una de las objeciones a los sellantes es la posibilidad que ellos podrían ser colocados inadvertidamente sobre caries incipientes, las cuales podrían luego progresar sin ser detectada debajo de los sellantes y poner en peligro la pulpa. La reducción de caries, un año después de la aplicación de sellante, es en torno de 80% y de 70% después de dos años. Una aplicación de sellante debe permanecer intacta por un largo período de tiempo. Cuando los sellantes son utilizados como alternativa terapéutica se realizan procedimientos restauradores microconservadores los cuales fomentan la preservación de la estructura dental y no su remoción innecesaria. Esta restauraciones con instrumentación mínima poseen una finalidad terapéutica y una preventiva, simultáneamente.

Bases Teóricas

La Dentadura Temporal cumple importantes funciones en el desarrollo y crecimiento de todo el Sistema dento-maxilo-facial del niño; y desde luego es elemental en la masticación e interviene directamente en la deglución, fonación y estética.

Es muy importante recordar que las infecciones y otras enfermedades que afectan los dientes temporarios, pueden (y a menudo es así) afectar la pieza permanente de recambio que va a irrumpir en la boca, que está desarrollándose sumergida por debajo del primero. La pérdida prematura de los mal llamados dientes de leche, trae frecuentemente graves problemas de espacio para la dentición definitiva, por lo que habrá que realizar correcciones ortodóncicas en un futuro.

Los dientes de leche son tan importantes para los niños como la dentadura permanente es para los adultos. Los ayudan a realizar una adecuada actividad masticatoria a favor de su salud general, además de hablar y lucir bien. Sin embargo, mucha gente piensa que no es importante cuidar y curar los dientes temporales porque van a estar reemplazados por la dentadura permanente. Pero la dentadura temporal tiene otra función sirve como guía para los dientes permanentes. Si se los sacan o si caen antes de tiempo, los dientes permanentes van a salir giroversionados, y las caries se multiplican más rápido cuando los dientes no están en normoposición.

La odontopediatra del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dra. Cecilia Schellhorn, explica la importancia de que los padres instruyan desde muy pequeños a sus hijos en el cuidado de la dentadura. Enfatizó que quien precisa la prevención de las enfermedades, especialmente de las caries, en los bebés, es la educación de los padres; en su artículo “Padres, como

los primeros dentistas del niño”. Se cree en forma equivocada que las caries en los dientes temporales o de “leche” no requieren tratamiento, porque a la llegada de cierta edad del menor sus piezas dentarias se cambiarán. Sin embargo, el cuidado de la primera dentición es de gran importancia, pues, si los dientes están “enfermos” pueden afectar a los permanentes que se encuentran en proceso de formación.

En el período de Dentición Mixta es sumamente importante asistir a Consulta Odontológica Preventiva por lo menos cada seis meses, con el objeto de establecer su curso y detectar precozmente cualquier tipo de anomalía en el proceso; tales como alteraciones en la secuencia de erupción, la no aparición de uno o varios dientes, alteraciones de la Oclusión, anormalidades en el crecimiento y desarrollo de los huesos Maxilares o Alveolares, etc.

Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente:

1.-Alteración de la actividad masticatoria. La ausencia del primer molar inferior permanente desencadena la disminución de hasta un 50% de eficacia en la masticación, se produce inflamación gingival y periodontopatías, debido al trauma que produce el choque de los alimentos en los tejidos blandos donde no existe pieza dentaria, y al exceso de trabajo de las adyacentes; e igualmente un desgaste oclusal desigual (abrasión) que va asociado al hábito de masticar de un solo lado de la boca.

2.-Erupción continua de los dientes antagonistas. La ausencia de un diente provoca que su antagonista vaya erupcionando con mayor velocidad que los dientes adyacentes y al no encontrar contacto con su antagonista ausente, continúa su erupción hasta quedar extruído. El proceso alveolar también se mueve junto con los molares y pueden causar inconveniente al

momento de restaurar protésicamente al paciente por la disminución del espacio interoclusal, o pérdida de la dimensión vertical en la zona a restaurar si está asociada a la pérdida de otros molares.

3.-Desviación de los dientes. Con la pérdida del primer molar permanente se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anterior al espacio, pueden presentar movimientos, inclusive hasta los incisivos laterales y centrales del mismo lado que se produjo la ausencia.

4.- Desviación de la línea media. Como consecuencia del movimiento dental producido por la pérdida de los primeros molares permanentes podemos mencionar también la desviación de la línea media, lo cual se sustenta a través del estudio realizado por fundacredesa entre 1981 – 1987, donde se indica entre algunas de las causas la extracción dental y el desarrollo no equilibrado de la totalidad del sistema estomatognático.

Base Socio Económica

El Estado Yaracuy no posee en su contexto la cantidad de empresas e instituciones necesarias para aportar el número de empleos satisfactorios que cubra la demanda de sus ciudadanos, como consecuencia existe alto índice de economía informal, lo que lo mantiene con un bajo poder adquisitivo, Debido a su baja productividad económica y de fuentes de empleo un importante índice de sus habitantes capacitados migran hacia las ciudades más cercanas, en busca de mayores ingresos.

La población desplazada que habita en el Estado Yaracuy no obtiene los recursos necesarios para su manutención y la de su familia con calidad de vida, en frecuentes oportunidades no posee ni el pasaje para trasladarse y cumplir con sus acciones habituales que por si mismo establece; por lo que no toma en consideración su salud bucal como una prioridad, tampoco elige dentro de sus planes la asistencia a una consulta odontológica, hasta considerarla como suma necesidad; cuando su dolencia o lesión limita sus condiciones físicas para realizar sus actividades.

Tampoco existen servicios de especialidades odontológicas para dar la respuesta que requiere la ciudadanía a sus diferentes dolencias, algunas de ellas no se toman en cuenta para bienestar social, por considerarlas de orden estético; lo que expresa que como respuesta para la población desplazada no es importante la estética. Todo esto explica poca resolutividad.

Base Ideológico Política

Las políticas para el desarrollo en atención social del sector salud durante todas las administraciones, fueron establecidas favoreciendo la consulta privada; porque en todo momento se ha alimentado el concepto errado de que la buena práctica social y la prevención disminuye la afluencia de usuarios hacia el sector privado. Debido a ello es que dicho sector ofrece resistencia en favorecer nuevas políticas de salud.

Creencia que no tiene base si se evalúa y observa que la población desplazada nunca asistirá a una consulta privada sino por error o necesidad extrema, porque no posee los medios económicos para cubrirla.

Si dentro del campo de la odontología los profesionales ponen en práctica el despliegue eficaz de información en prevención, aumentará la demanda de usuarios a nivel del servicio público, pero también se potenciaría favoreciendo la consulta privada por quien así lo solicita.

Durante la administración anterior en el sector salud se practicó una política de productividad donde se le pagaba al personal profesional por cantidad de pacientes atendidos. El profesional asumió una conducta de máquina de empresa para obtener mayor ingreso. Si tomaba reposo, permiso o vacaciones no tenía derecho a pago alguno, se esmeraba por atender la mayor cantidad de usuarios posible, ya que solo conseguía un salario si estaba activo y por cantidad del producto. La práctica era estrictamente curativa donde la calidad y la prevención no era preocupación para nadie. Los ingresos por cobro, ya que la atención al usuario no era gratuita, eran divididos en tres partes: para honorarios del personal, para reposición de insumos y para la empresa privada, creada por el gobierno local para

manejar esta situación. La idea era atender la mayor cantidad de personas posible, para luego solicitar su voto. La respuesta dada por los ciudadanos demostró una población insatisfecha.

Gozar de una buena salud es factor fundamental para la población, todo individuo está en el derecho de recibir por parte del estado un Servicio Asistencial Social eficiente sobre todo si se tiene en cuenta que el ser humano está propenso a padecer afecciones o enfermedades en cualquier parte de su cuerpo. No obstante, en los servicios de Asistencia Odontológica Social la atención es limitada; ello contradice lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en cuanto a la salud y la calidad de vida, donde además, se expone como prioridad la prevención.

Base Cultural

A pesar de los avances dentro de este campo para evitar la mutilación dentaria, donde el individuo ha hecho un hábito la extracción de sus piezas dentarias, el Odontólogo en su experiencia de consulta clínica, expresa que el usuario no le da importancia a su dentadura sino cuando ya le falta. Ha sido difícil para los profesionales que hacen práctica conservadora, convencer al ciudadano y a padres sobre el cuidado y la conservación en boca de la dentadura temporal, y preservación de la permanente de sus pequeños; tan importante para la masticación y digestión del niño como para la futura alineación de su dentadura. Los motivos son múltiples: la supuesta pronta y segura solución al dolor, menor costo si es consulta privada, la poca información hacia una conducta conservadora, entre otros.

Tampoco es hábito en el individuo una revisión bucal periódica, ni hacerse limpiezas programadas de materia alba, placa bacteriana y cálculo dentario, para evitar las enfermedades tanto de tejidos blandos como duros de su boca; cuando no se conoce ni se practica una correcta técnica de cepillado y el uso de auxiliares que contribuyen a una adecuada higiene oral.

El programa de Prevención de Enfermedades Bucales y de Promoción para la Salud Bucal está orientado hacia la educación de la población. Al convencer y exhortar a las comunidades hacia una práctica preventiva y conservadora, de tú a tú para necesidades individuales, y al desarrollar actividades de información masiva por medios de comunicación, se logrará esa educación y el cambio de conducta. Orientando a las comunidades hacia su salud integral, que proporcionará una ciudadanía y sobre todo niños con una sonrisa limpia, saludable y feliz.

Base legal

La constitución Bolivariana de Venezuela en su contenido en el artículo 83 expresa la salud como un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. En su art. 84 hace referencia de que para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Y complementa este artículo diciendo: “El sistema público de salud da prioridad a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, garantizando el tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad”. En su art. 85 dice: “El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria”. Y en el art. 86 expresa que: Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y también que el Estado tiene la obligación y responsabilidad de asegurar la efectividad de ese derecho.

La Ley Orgánica de protección del niño y adolescente dice en su contenido lo siguiente:

Artículo 41. Derecho a la Salud y a Servicios de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

Parágrafo Primero: El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.

Parágrafo Segundo: El Estado debe asegurar a los niños y adolescentes que carezcan de medios económicos, el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación.

Artículo 42. Responsabilidad de los Padres, Representantes o Responsables en Materia de Salud. Los padres, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños y adolescentes que se encuentren bajo su patria potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños y adolescentes.

Artículo 43. Derecho a Información en Materia de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas de la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo. El Estado, con la participación activa de la sociedad, debe garantizar programas de información y educación sobre estas materias, dirigidos a los niños, adolescentes y sus familias.

La Convención de los Derechos del Niño entrada en vigor el 02/09/90 dice:

Artículo 3.- 1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será, el interés superior del niño.

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 24.- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud.

Supuesto

La superación de las fallas del por qué no se cumple el programa de prevención odontológico dará como resultado una diferencia con respecto al estado actual del servicio en la Unidad Escolar “Padre Delgado”.

Cuando la población de niños y adolescentes supere el aprendizaje de cómo hacer una correcta higiene bucal, se le inculque y controle el hábito para mantenerla, y lo practique, entonces habrá menos posibilidades en ellos de implantación de enfermedades bucales, contribuyendo con esto a disminuir el índice de enfermedades y a elevar su Salud Integral, en este momento con proyección al adulto del futuro.

Este proyecto tiene la intención de contribuir en corregir la problemática existente, facilitando la correcta práctica del Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y Promoción para la salud Oral a través de la información documental, la reflexión y el análisis de los datos recopilados aquí presentados, en dirección de hacer una diferencia que produzca un impacto positivo en la población en estudio.

CAPITULO III METODOLOGIA

Consideraciones Generales

Con los resultados de algunas investigaciones, estudios y consideraciones ya realizados, en conjunto con evidencias obtenidas en relación con la situación investigada se espera dar respuesta a las interrogantes surgidas y que son objeto de esta investigación, a través de la delimitación de procedimientos de orden metodológico.

El Marco Metodológico de la presente investigación, donde se propone comprobar que el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y Promoción para la Salud Integral no se están llevando de la forma adecuada, para entonces aplicar un Proyecto Factible en los niños, niñas y adolescentes; es la parte del proyecto donde se aportará al detalle los métodos y técnicas que se aplicaron en el proceso de recopilación de datos para luego presentarlos y analizarlos con el fin de cumplir el objetivo de la investigación planteada.

Tipo de investigación

Conforme con el problema planteado, el cual refiere la falta de Educación odontológica para la salud integral del niño, niño y adolescente de la Escuela “Padre Delgado”, se realiza una Investigación de Campo reflexiva-crítica dirigida hacia un Proyecto Factible, la cual consiste en presentar un análisis crítico-reflexivo del por qué no se está aplicando en forma adecuada el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y de Promoción para la Salud Integral, siendo la base para incorporar una investigación para aplicar un proyecto.

Este Proyecto de Investigación persigue comprobar que, sus niños, niñas y adolescentes no obtienen la información ni la educación mínima sobre prevención de enfermedades bucales y promoción para la salud, requerida para el individuo poder conseguir y mantener su salud bucal e integral; y también dar la respuesta acertada a dicha problemática para así colaborar con elevar su calidad de vida.

Con los datos estadísticos obtenidos por medio de la unidad de análisis facilitará la realidad para el estudio, se tendrá respuesta a la Investigación de Campo, y también con ello, se determinará las necesidades de la población.

La presentación y análisis de los datos recopilados, que sustente y fortalezca la información documental y la base de conocimientos ya plasmados, dará una importante información por medio de la cual se encontrará respuesta a la búsqueda de la solución al problema; y por tanto la posterior aplicación de un Proyecto Factible.

Diseño de la investigación

El contexto de la investigación planteada, el cual se refiere a la aplicación del Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y Promoción para la Salud Integral, se adecúa a un diseño de campo no experimental transeccional descriptivo, ya que se establece una interacción entre los objetivos y la situación real motivo de este estudio. Se observan y recopilan datos directamente de la realidad, en su suceso natural, con motivo de ser mas precisos en la descripción; esta última y el análisis de las variables se proponen tal como se manifiestan, tomando en cuenta su interrelación e incidencia, habiendo sido efectuada la recopilación de datos en un tiempo único, además, de podrá indagar el como se manifiestan la incidencia y los valores en una o más de las variables estudiadas.

El enfoque de este proyecto de investigación es tanto cuantitativo como cualitativo, ya que la meta propuesta es hacer la máxima cobertura posible en cuanto a niños, niñas y adolescentes con la finalidad de que el beneficio llegue a todos; se reflexiona sobre la cantidad de niños que tendrán salud bucal favoreciendo su salud integral, y que además, podrán comer, hablar y sonreír sin que les duela ni los afeé nada; pero, es de fundamental importancia tomar en cuenta la calidad de las actividades y el trato humano con que se desenvolverán, ya que, de éstos últimos depende el resultado eficaz y efectivo del producto; por tanto, también el impacto positivo y éxito de la aplicación del proyecto.

El análisis debe realizarse con criterio parcial, ya que comprende solo el programa de alcance odontológico, entendiendo que es una situación presente, donde existe el relato de fuentes vivas preocupadas por la problemática existente tras el deseo de que se produzca la solución.

Análisis de la situación actual

La población de niños, niñas y adolescentes de la escuela “Padre Delgado” presenta una problemática de enfermedades bucales muy marcada, que tiene trascendencia limitante en su vida futura, tanto en su configuración física, como en su salud integral y estabilidad emocional; tomando en cuenta que la cavidad bucal es parte de una unidad global como es el cuerpo humano , donde cualquier lesión puede además afectar otra parte del cuerpo, ya que es un componente primordial para la alimentación que por demás debe estar sano para que pueda cumplir a cabalidad con la función fisiológica que tiene destinada, que en caso contrario el producto de sus lesiones son digeridas en conjunto con los alimentos y posiblemente pasar al torrente sanguíneo, con la consecuente afección a otro órgano en su recorrido. También es de igual importancia para la configuración física de su cuerpo, ya que en una persona con digestión defectuosa se presenta afectada; y por último la configuración de su cara y la estética dental, a la cual le da soporte una estructura bucal completa, que en ausencia da origen a enfermedades psicológicas como son el trauma, el complejo y la inestabilidad emocional.

Toda la problemática antes expuesta tiene su asiento en la no correcta aplicación de los Programas de Odontología, la cual sucede por negligencia de los sectores involucrados; a) Los entes gubernamentales quienes se mantienen al margen de la situación y no aportan los recursos requeridos, b) Los gerentes de Odontología quienes no han tomado una verdadera posición efectiva para dar solución de acuerdo a las necesidades, y c) El personal prestador de servicio, quien depende de un jefe que le da las directrices y no se atreve a tomar decisiones contrarias, porque es amonestado. La directriz es Odontología Curativa con altos números, sin

tomar en cuenta la calidad; y la prevención si alcanza el tiempo, que bajo de esas condiciones nunca alcanza y entonces se hace una preventiva deficiente.

Dentro de la práctica Odontológica existen dos componentes, a) la curativa y b) la preventiva. No hay que ser muy estudiado para saber que si se previene no hay lesión, y por tanto, no surge la necesidad de curar. Entonces, se plantea la sugerencia. Dentro del campo de la Odontología existen herramientas óptimas y se pueden establecer estrategias, para actividades preventivas, eficaces, efectivas y concluyentes; lo que colaboraría en la no aparición de enfermedades bucales, obteniendo como producto un elevado beneficio al ciudadano y aportando un impacto generoso en salud para las comunidades.

Es importante para ser efectivo con la realización de actividades estar conciente de como realizarlas y de que manera se obtiene el máximo beneficio. Por ejemplo: para aplicar flúor a los niños en las escuelas, el profesional debe realizar una previa evaluación bucal a cada uno de los alumnos participantes, tomando en consideración que si no existe un moderado o avanzado estado de caries, es prudente que no la haga ya que también es factible desencadenar una fluorosis, sobre todo si es aplicado de manera consecutiva. Hasta ahora se había apoyado el criterio de colocar flúor a los niños cuando no tienen caries para fortalecer sus dientes, el flúor administrado en las pastas dentales, aguas y sal será suficiente para ellos; y por el contrario se le debe colocar es al niño que tiene caries para que penetre y fortalezca los tejidos ya lesionados por la caries. Otro punto a exponer es que para que el flúor cumpla su efecto óptimo a quien se le aplica, debe tener la cavidad bucal bien limpia. Si no se ha establecido el enseñar primero al niño a realizar una correcta higiene bucal hasta

lograrlo, la actividad de aplicación de flúor no tiene sentido. Porque donde el diente mas necesita el contacto del flúor es donde se implantan con frecuencia los paquetes de alimentos.

Entonces lo más efectivo es enseñar al niño la correcta higiene bucal bajo un control diario de materia alba, hasta lograr que la aprenda, no serán muchos días, porque el niño no querrá que lo controlen por mucho tiempo y tratará de asimilar pronto. El asunto está en, al mismo tiempo, explicarle el beneficio siendo convincente.

Un buen sellante de puntos y fisuras, colocado de manera óptima, cada 2 años, es tratamiento de elección. Este en conjunto con una correcta higiene bucal constituye el ideal para evitar la caries. Pero, debe ser colocado en dientes sanos, se sugiere al hacer erupción el diente.

En cuanto a las lesiones de tejido blando, al no permitir implantarse la placa bacteriana en bordes de la encía, ésta no se irritará por ese motivo; sin embargo, existe el depósito de cálculo, el cual también se controla con una correcta higiene bucal, pero, se debe estar pendiente de realizar una limpieza programada de éste.

El Estado Yaracuy cuenta con un grupo de profesionales de servicio preocupado por aportar salud en su área de influencia asignada. Solo es preciso realizar un cambio en las políticas públicas del campo.

Población y muestra

Para este estudio de Investigación se escogió como muestra aleatoria, una población de alumnos que reciben su enseñanza en una Institución Bolivariana, los cuales son 60 adolescentes de ambos sexos, cursante de 4º y 5º años de bachillerato, con edades comprendidas entre 14 y 18 años de edad, y también una población de 26 niños de ambos sexos, cursantes de 2º grado, con edades comprendidas entre 6 y 9 años de edad, todos de la escuela “Padre Delgado” de la Ciudad de San Felipe, Estado Yaracuy; ya que es parte de la edad propicia para que el ciudadano concientice en función de la salud de su vida futura.

La unidad de análisis tomada es representativa de una población de estudiantes de pocos recursos, que dará en su estudio, resultados estadísticos dirigidos a formular respuestas pertinentes de problemas detectados en dicha población, hacia donde se propone desplegar y beneficiar.

Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se realizó en el Servicio de Odontología de la escuela “Padre Delgado” del Municipio San Felipe del Estado Yaracuy en octubre de 2007.

Para la recopilación se utilizó, tanto para cada uno de los niños y niñas, como para los adolescentes, el método de encuesta, la cual está dividida en dos partes, 1) Un interrogatorio oral de preguntas cerradas, cuyo contenido es de 3 en la de los niños y niñas, y de 13 en la de los adolescentes, y 2) Un registro de evaluación clínica de la conformación bucal de cada uno de ellos, con observación científica directa participante, compuesta de 8 instrumentos en la de los niños y niñas, y de 13 en la de los adolescentes. La parte 1, tiene el objetivo de establecer relación de los hábitos y antecedentes con la información obtenida en la parte 2; y la parte 2, tiene como finalidad, detectar condiciones y lesiones, tanto en tejidos duros como en tejidos blandos de la cavidad bucal.

El protocolo que se siguió en los instrumentos utilizados de la parte 2, fue una escala nominal. Para la placa bacteriana y el cálculo dentario, a) poca.- cuando solo se observa en la parte interna de los molares y dientes anteriores inferiores, b) moderada.- cuando se observa también en la parte externa de los molares y c) mucha.- cuando se presenta también en las caras externas de los dientes anteriores. Esta clasificación tiene su base en la experiencia profesional de que cuando una persona cepilla sus dientes lo primero que desea ver limpio son las caras visibles, con un poco de más empeño limpia la cara externa de sus molares, y por último las caras internas tanto de molares como dientes anteriores. Además, se toma en cuenta que

es una población joven, en riesgo de patologías profundas de tipo periodontal.

Para la caries se tomó los niveles de a) leve.- caries en su inicio con localización solo en el esmalte, b) moderada.- caries localizada en esmalte y dentina que mantiene la conformación externa de la estructura dentaria, y c) severa.- cuando se ha perdido la conformación externa de la estructura dentaria.

En cuanto a la gingivitis se evaluó como a) leve.- la encía enrojecida solo a nivel de las papilas inter-dentarias b) moderada.- inflamación de papilas y enrojecimiento del borde libre de la encía, y c) severa.- inflamación pronunciada de las papilas y bordes que festonean los dientes.

Con respecto a la pérdida y extracción prematura se clasificó como si, la destrucción total de la corona de la pieza dentaria o ausencia de ella por extracción.

Para la edad dato de asistencia al Odontólogo se tomó como referencia: < 7 años y de 7 años y más, debido a que la aparición en boca del primer molar permanente tiene la edad de 7 años como edad término, o límite superior de su aparición en boca.

Técnica de análisis de datos

Realizada la recopilación de datos con la introducción de acciones de manera ordenada, la técnica de análisis que se utiliza es el recuento manual, para determinar luego los índices buscados por medio de porcentajes, que facilitarán al lector la interpretación, el análisis y el logro de conclusiones a través de los resultados obtenidos.

Con el nombre de los instrumentos y sus porcentajes se construyeron gráficos representativos que colaboran a hacer explícita cada situación.

Para exponer y dejar pleno conocimiento de la situación se partió de dos momentos de la dentición en el individuo a) La dentadura temporal en época de aparición del primer molar permanente.- Esta condición se aprovecha debido a que los padres observan que su hijo está pasando por un cambio de dentadura, de la temporal a la permanente, por la exfoliación natural de sus dientes anteriores, pero, no sabe que en la parte posterior, donde termina la dentadura temporal, sin mudar pieza alguna, le está haciendo aparición su primer molar permanente, condición que se presta para que al no tener el cuidado correcto, esta pieza entre en abandono y se dañe, con sus consecuencias posteriores. También es importante observar las condiciones en que se encuentra la dentadura temporal en este espacio de tiempo para valorar la salud bucal que ha tenido el niño hasta ese momento. b) La dentición permanente completada antes de la aparición del tercer molar.- Este momento es propicio porque se puede apreciar en el individuo los hábitos y conocimientos que tiene, los cuales lo llevan hacia la salud o enfermedad de todos los tejidos de su boca, y como consecuencia, a la conservación o la pérdida de su dentadura permanente.

El análisis en estas dos estaciones, aportará evidencia exacta de la situación que facilitará lograr el encuentro de la gestión acertada para la solución a la problemática presentada.

CAPITULO IV
ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Encuesta 1

Evaluación a 26 niños y niñas con edad comprendidas entre 6 y 9 años de la
Unidad Educativa "Padre Delgado".

NIÑOS Y NIÑAS EVALUADOS EN LA UNIDAD ESCOLAR PADRE
DELGADO OCTUBRE 2007

| Edad | F | M |
|------------------|----|----|
| 6 años | 2 | 5 |
| 7 años | 8 | 6 |
| 8 años | 2 | 2 |
| 9 años | 1 | 0 |
| Total 26 alumnos | 13 | 13 |

Cuestionario N° 1

Pregunta 1.- Te cepillas los dientes? a) si b) no

Respuesta.- todos los 26 niños y niñas contestaron que sí se cepillan los dientes.

Pregunta 2.- Quien te enseñó a cepillar tus dientes?

- a) Odontólogo en consultorio b) Odontólogo en Escuela
c) alguien en casa d) nadie e) otro

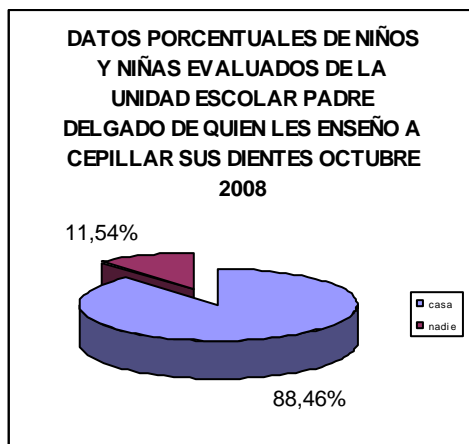
Respuesta.- 23 alumnos, 88,46% de los 26, respondieron que les enseñó a cepillar sus dientes alguien en casa, y los otros 3, el 11,54% respondieron que nadie (gráfico 1). Según esta referencia los niños no han sido entrenados por Odontólogo, lo que facilita una información posible del no saber

hacerse una buena higiene bucal, partiendo de que el profesional de la Odontología es quien está capacitado para brindar esta información en forma eficaz.

Pregunta 3.- Te han aplicado flúor? a) si b) no

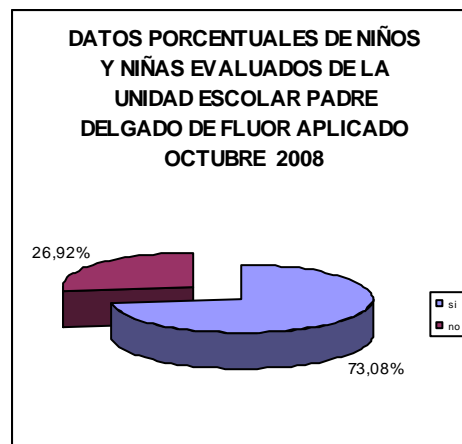
Respuesta.- 19 alumnos respondieron que se les ha aplicado flúor, lo que hace un 73,08% del total; y a 7 dijeron que no, lo que corresponde al 26,92% restante (gráfico 2).

Gráfico 1



Fuente: Encuesta realizada N° 1

Gráfico 2



Fuente: Encuesta realizada N° 1

Toda esta información anterior será útil para junto con los resultados obtenidos en el registro de la evaluación clínica correspondiente, analizar y concluir.

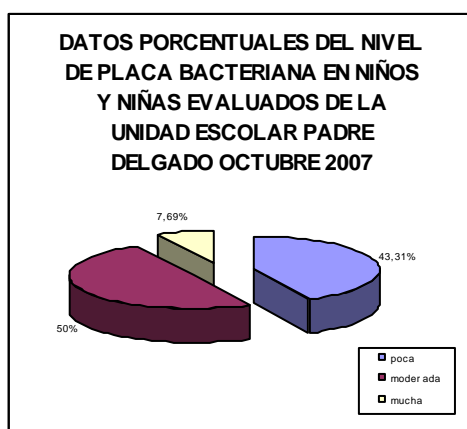
Registro de evaluación clínica N° 1

Clínicamente se observó:

Item 1, placa bacteriana.- 11 niños presentaron poca 43,31%, 13 moderada 50%, y 2 mucha 7,69% (gráfico 3).

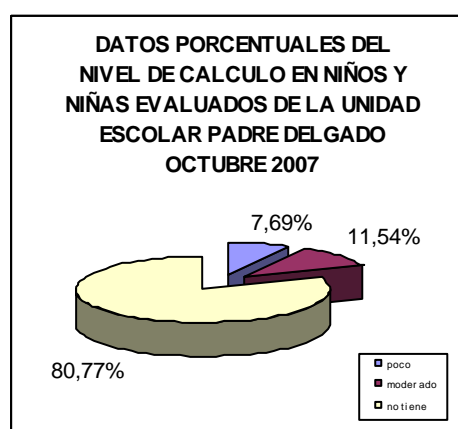
Item 2, cálculo dental.- 2 presentaron poco 7,69%, 3 moderado 11,54%, y 21 no presentaron 80,77% (gráfico 4).

Gráfico 3



Fuente: Encuesta realizada Nº 1

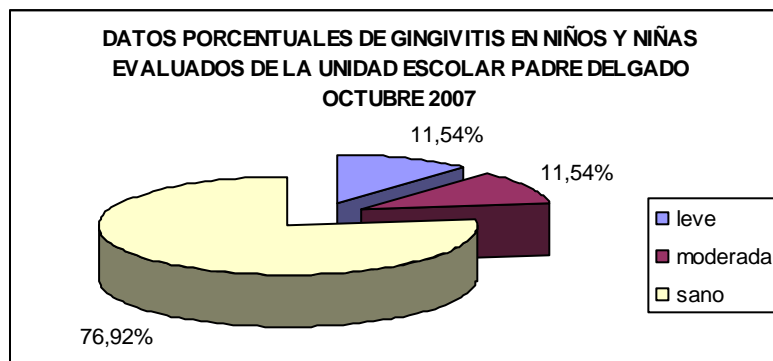
Gráfico 4



Fuente: Encuesta realizada Nº 1

Item 3, gingivitis.- 3 presentaron leve 11,54%, 3 moderada 11,54%, y 20 no presentaron 76,92% (gráfico 5).

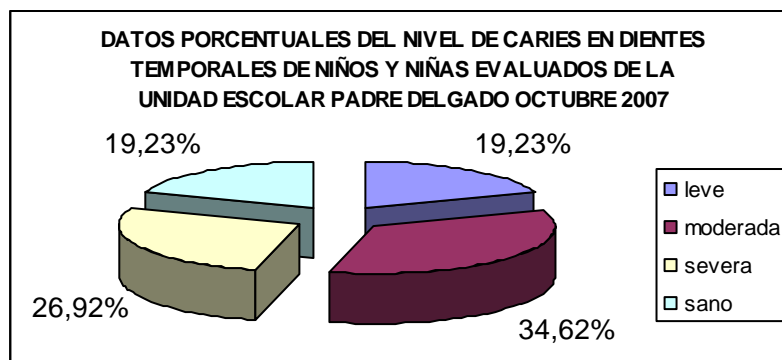
Gráfico 5



Fuente: Encuesta realizada Nº 1

Item 4, caries en dientes temporales.- 5 presentaron leve 19,23%, 9 moderada 34,62%, 7 severa 26,92%, y 5 no presentaron 19,23% (gráfico 6).

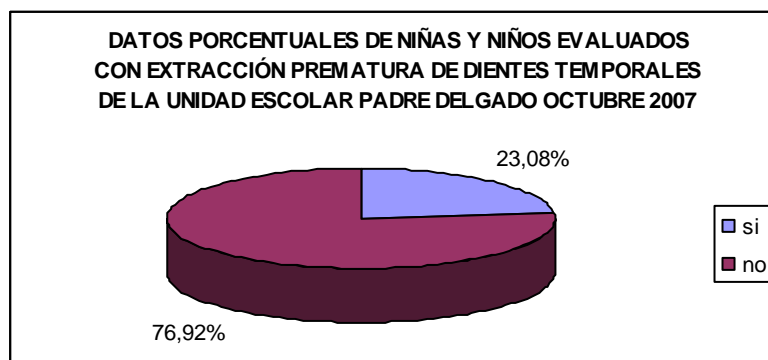
Gráfico 6



Fuente: Encuesta realizada N° 1

Item 5, extracción prematura.- 6 presentaron extracción prematura de dientes temporales 23,08%, y 20 no 76,92% (gráfico 7).

Gráfico 7

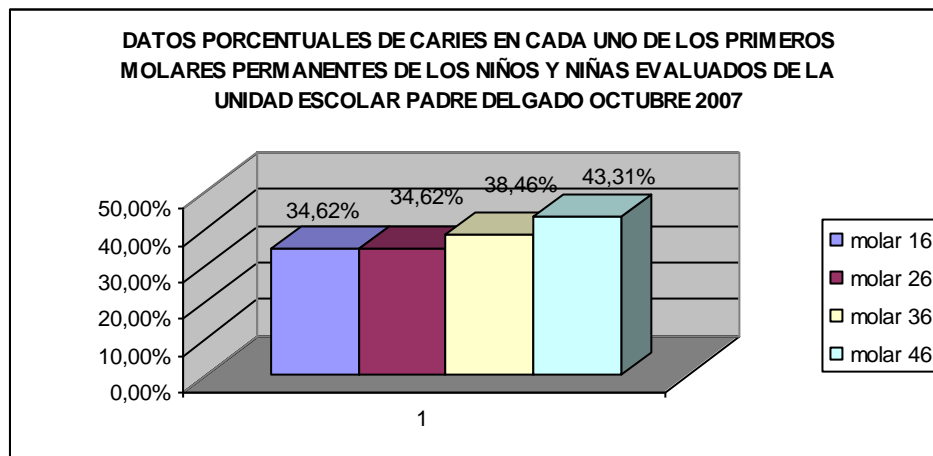


Fuente: Encuesta realizada N° 1

Item 6, caries en Primer Molar Permanente.- De los 26 alumnos, 17 tienen caries en PMP, 65,38%. 9 tienen caries en el 16, 34,62%; 9 en el 26,

34,62%; 10 en el 36, 38,46%; y 11 en el 46, 43,31% (gráfico 8); 7 con caries leve 26,92%, 7 con caries moderada 26,92%, y 3 con caries severa 11,54%.

Gráfico 8



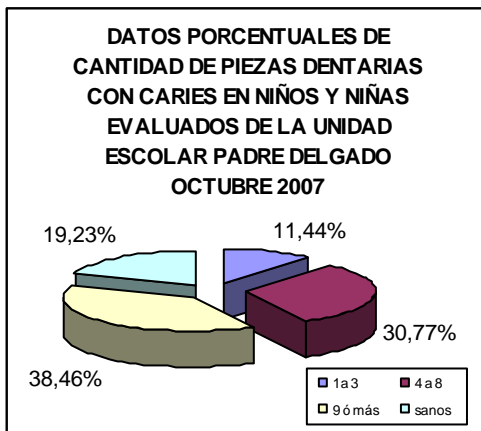
Fuente. Encuesta realizada N° 1

Item 7.- ninguno presentó pérdida del PMP.

Item 8, cantidad de piezas dentales cariadas.- 3 presentaron de 1 a 3, 11,54%; 8 de 4 a 8, 30,77%; 10 de 9 a más piezas, 38,46%; y 5 no presentaron caries, 19,23% (gráfico N° 9). Comparando el resultado del item 6 con el de este item, se deduce que, 4 de los niños, el 15,38%, presentaron caries en temporales mas no presentaron caries en los Primeros Molares Permanentes.

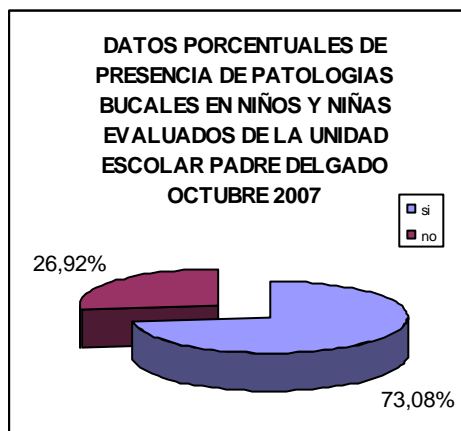
Los 26 niños presentaron placa bacteriana, de ellos 24 tienen patologías bucales 92,31% (gráfico 10); en 17 se observó caries en los PMP 65,38%, en 19 caries en temporales 73,07%, 5 tienen cálculo y gingivitis 19,23% (gráfico 11); y 1 uno tiene sólo gingivitis 3,84%.

Gráfico 9



Fuente: Encuesta realizada Nº 1

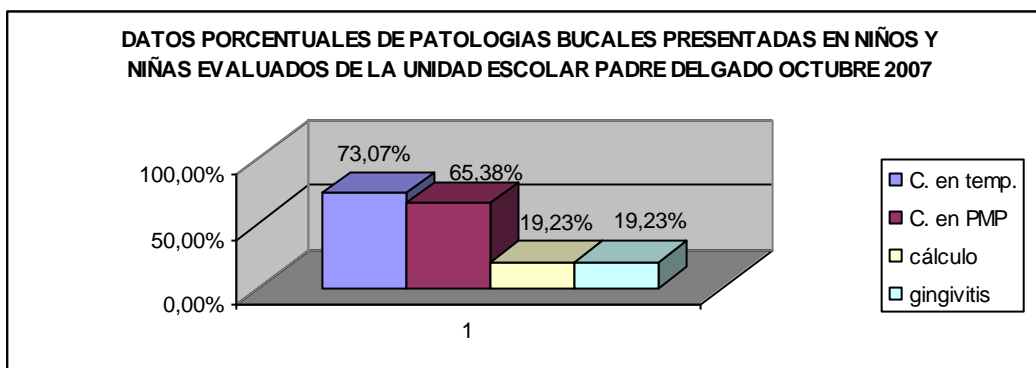
Gráfico 10



Fuente: Encuesta realizada Nº 1

También de estos 26 niños, 4 tienen caries en los cuatro PMP 15,38%, 3 niños con caries moderada 11,54%, y 1 niño con caries severa 3,85%. 3 tienen caries en tres PMP y uno sano 11,54%, 2 niños con caries leve 7,69%, y 1 con caries severa 3,85%. 4 tienen caries en dos PMP y dos sanos 15,38%, 1 niño con caries leve 3,85%, 2 con caries moderada 7,69%, y 1 con caries severa 3,85%. 6 tienen caries en un PMP y tres sanos 23,08%, 4 niños con caries leve y 2 con caries moderada 7,69%.

Gráfico 11



Fuente: Encuesta realizada Nº 1

El Primer Molar Permanente en el niño venezolano hace erupción, o lo que es lo mismo, aparece en boca, al cumplir los 6 años de vida, a manera general (acotación por experiencia profesional); por tanto, es el mejor indicador para detectar el hábito y destreza del niño con respecto a su estado de salud e higiene bucal. En la información recopilada a través del registro de evaluación clínica, se puede observar lo siguiente como puntos más resaltantes: de los 26 niños encuestados, 24 (92,31%) presentaron patologías bucales, 21 (80,77%) presentaron caries en dientes temporales, 16 (61,54) de ellos con nivel entre moderada y severa, 17 (65,38%) en el primer molar permanente, 10 niños con nivel de caries entre moderada y severa; 18 (69,23%) presentaron caries de 4 a más piezas. Toda esta información pone en evidencia, una problemática profunda de enfermedades bucales en los niños de la Unidad Educativa "Padre Delgado", lo que expresa que no se realizan prácticas de prevención eficaces.

Encuesta 2

Evaluación de 60 adolescentes con edad comprendidas entre 14 y 18 años de la Unidad Educativa "Padre Delgado"

ADOLESCENTES EVALUADOS DE LA UNIDAD ESCOLAR PADRE DELGADO OCTUBRE 2007

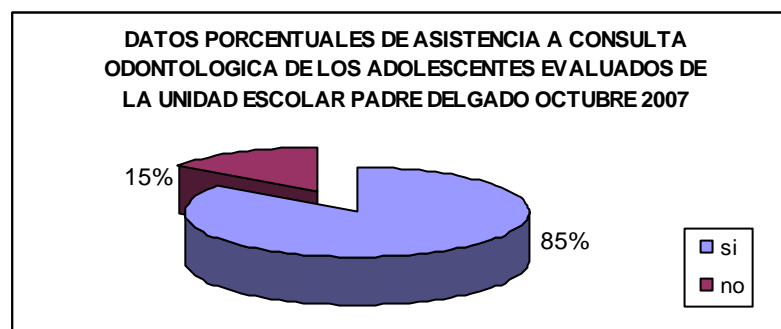
| Edad | F | M |
|------------------|----|----|
| 14 años | 6 | 1 |
| 15 años | 21 | 8 |
| 16 años | 6 | 8 |
| 17 años | 2 | 7 |
| 18 años | 0 | 1 |
| Total 60 alumnos | 35 | 25 |

Cuestionario N° 2

Pregunta 1.- Ha asistido al Odontólogo? a) si b) no

Respuesta.- 85% (51) respondieron que han asistido al Odontólogo, y el 15% (9) respondieron que no (Gráfico 12).

Gráfico 12



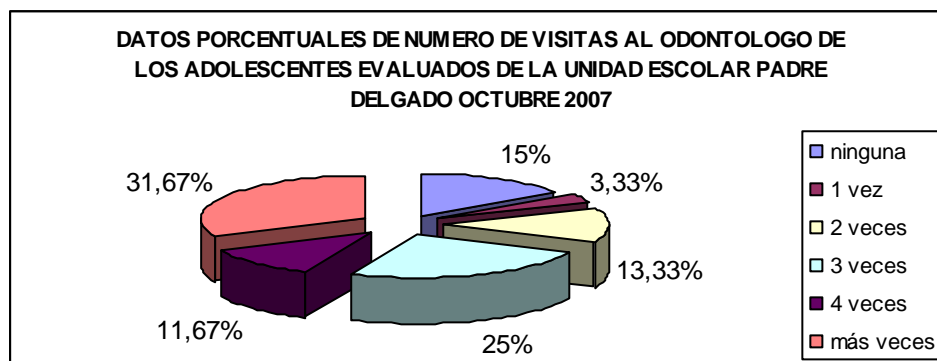
Fuente: Encuesta realizada N° 2

Pregunta 2.- Cuántas veces (has asistido al odontólogo)?

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) más

Respuesta.- 2 respondieron que una vez 3,33%, 8 que dos veces 13,33, 15 que tres veces 25%, 7 que 4 veces 11,67%, y 19 que más veces 31,67% (gráfico 13).

Gráfico 13

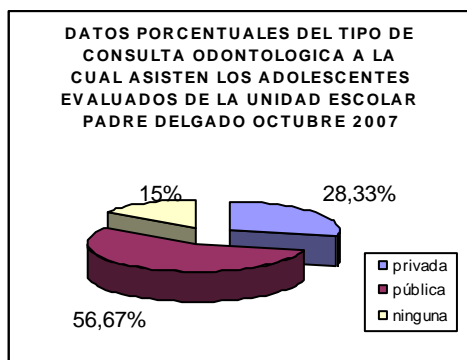


Fuente: Encuesta realizada Nº 2

Pregunta 3.- Tipo de servicio a) privado b) público

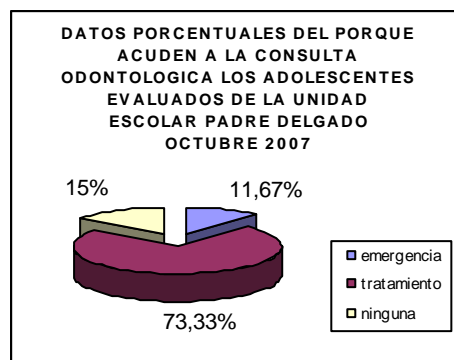
Respuesta.- De los 51 adolescentes, 17 respondieron que a servicio privado 28,33, y 34 que a servicio público 56,67% (gráfico 14).

Gráfico 14



Fuente: Encuesta realizada Nº 2

Gráfico 15



Fuente: Encuesta realizada Nº 2

Pregunta 4.- Su primera vez a consulta fue por a) emergencia b) tratamiento

Respuesta.- La primera vez a consulta 7 dijeron que fue por emergencia 11,66%, y 44 por tratamiento 73,33% (gráfico 15).

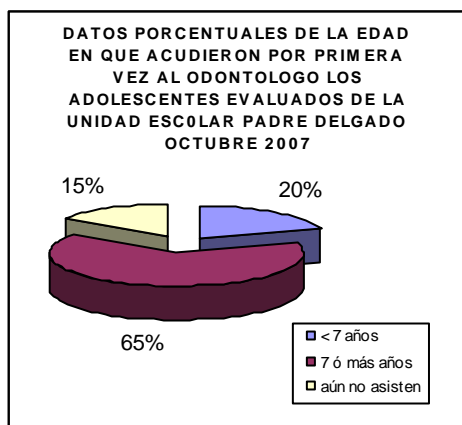
Pregunta 5.- Qué edad tenía cuando fue por primera vez al Odontólogo?_____años.

Respuesta.- De los 51 que han ido al Odontólogo, 12 (20%) respondieron que tenían menos de 7 años cuando fueron la primera vez; y 39 (65%) que tenían 7 años ó más (gráfico 16).

Pregunta 6.- Prefiere asear bien su boca? ó tratarse con el odontólogo?.

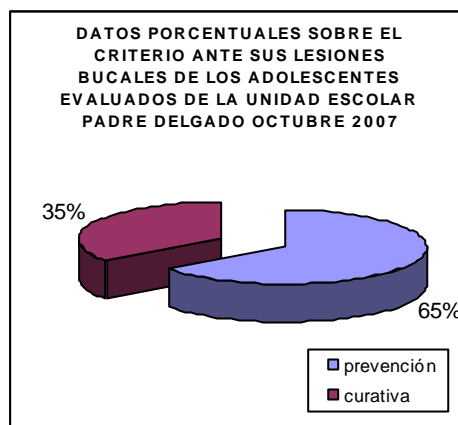
Respuesta.- De los 60 adolescentes 39 (65%) prefieren aprender a asear bien su boca, y 21 (35%) tratarse con el Odontólogo (gráfico 17).

Gráfico 16



Fuente: Encuesta realizada Nº 2

Gráfico 17



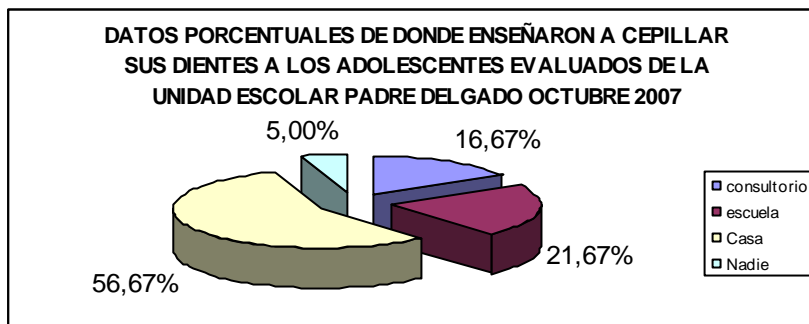
Fuente: Encuesta realizada Nº 2

Pregunta 7.- Quién le enseñó a cepillar tus dientes?

- a) Odontólogo en consultorio b) Odontólogo en Escuela
 c) alguien en casa d) nadie e) otro

Respuesta.- 10 (16,67%) respondieron que los enseñó a cepillar sus dientes Odontólogo en consulta, 13 (21,67%) que Odontólogo en escuela, 34 (56,67%) que alguien en casa, y 3 (5%) respondieron que nadie (gráfico 18).

Gráfico 18

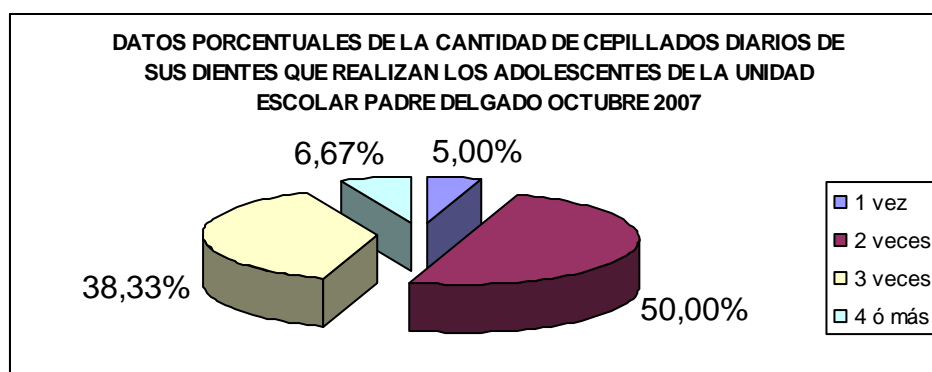


Fuente: Encuesta realizada N° 2

Pregunta 8.- Cuántas veces cepilla sus dientes? a) 1 b) 2 c) 3 d) más

Respuesta.- 3 respondieron que se cepillan una vez al día, 5%; 30 que 2 veces, 50%; 23 que 3 veces, 38,33%; y 4 que más veces, 6,67% (gráfico 19).

Gráfico 19



Fuente: Encuesta realizada N° 2

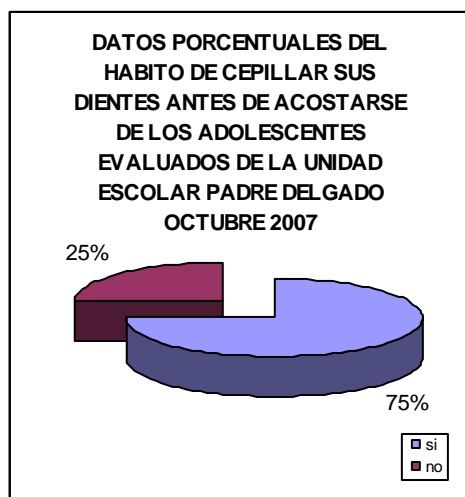
Pregunta 9.- Cepilla sus dientes antes de acostarse? a) si b) no

Respuesta.- 45 dijeron que cepillan sus dientes antes de acostarse 75%, y 15 respondieron que no 25% (gráfico 20).

Pregunta 10.- Usa hilo dental? a) si b) no

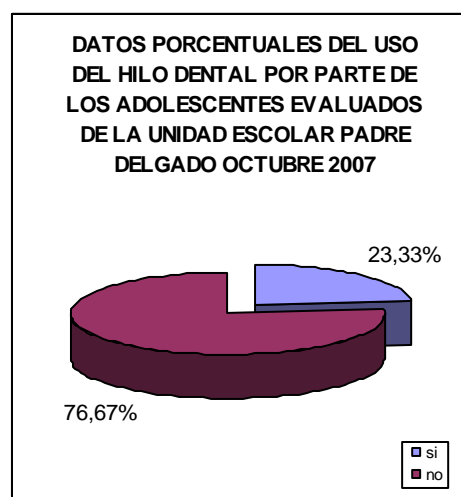
Respuesta.- 14 dijeron que usan hilo dental para su higiene bucal 23,33%, y 46 dijeron que no 76,67% (gráfico21).

Gráfico 20



Fuente: Encuesta realizada Nº 2

Gráfico 21



Fuente: Encuesta realizada Nº 2

Pregunta 11.- - Han colocado tratamiento anti-caries en tus dientes?

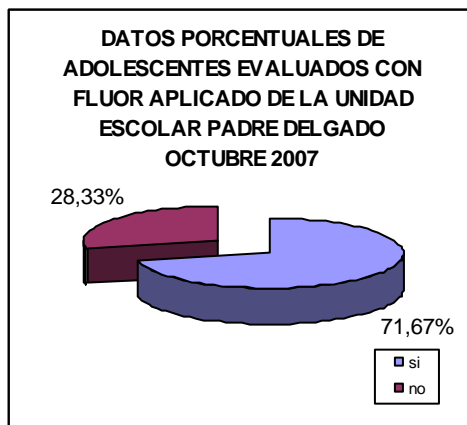
Flúor sellante

Respuesta.- 43 respondieron que le han colocado flúor en sus dientes 71,67%, los demás dijeron que no (gráfico 22). Y con respecto al sellante todos respondieron que nunca se lo han colocado.

Pregunta 12.- Cree que necesita tratamiento odontológico? a) si b) no

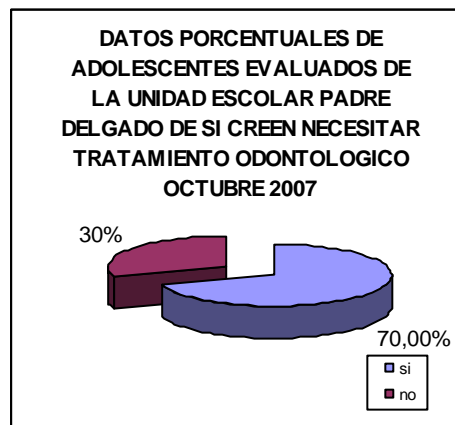
Respuesta.- 42 respondieron que si creen necesitar tratamiento odontológico 70%, y 18 creen que no 30% (gráfico 23).

Gráfico 22



Fuente: Encuesta realizada Nº 2

Gráfico 23

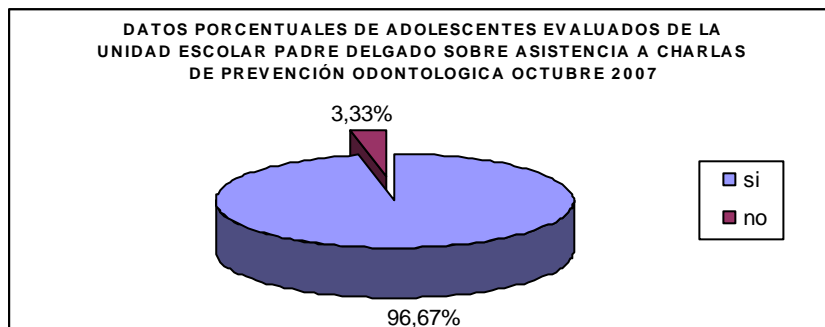


Fuente: Encuesta realizada Nº 2

Pregunta 13.- Ha escuchado charlas de prevención odontológicas?

Respuesta.- 58 dijeron que si 96,67%, y 2 respondieron que no 3.33% (gráfico 24).

Gráfico 24



Fuente: Encuesta realizada Nº 2

En las repuestas aportadas en este cuestionario podemos apreciar que, el mayor porcentaje de alumnos (56,67%) asiste al Odontólogo en servicio público y el 15 % a ninguna, lo que hace referencia de una población de bajos recursos (gráfico 14). El 65% respondió que fue llevado para atención

odontológica por primera vez después de cumplir los 7 años (gráfico16), generalmente esto sucede porque, el niño en este momento de su vida comienza a sufrir cambios radicales dentro de su cavidad bucal, donde está exfoliando su dentadura temporal y está conformándose internamente su dentadura permanente de reemplazo, ya habiendo hecho erupción una parte muy importante, como son los incisivos centrales y los primeros molares permanentes, entonces, de alguna manera el niño expresa la necesidad de su visita al Odontólogo; lo que confirma el hecho de que el 73,33% acuda por tratamiento (gráfico 15).

El 65% dio como respuesta que prefieren aprender a asear su boca, contra 35% que dijo prefieren ir al Odontólogo (gráfico 17), evidencia del temor a asistir a dicha consulta y también del desconocimiento de cual es realmente el beneficio de uno y la necesidad del otro.

El 61,67% no fue entrenado por un profesional de la odontología sobre como hacer su higiene bucal, lo que hace factible que ésta es deficiente (gráfico 18), sin embargo existe hábito, según respuesta a las preguntas 8 y 9 (gráfico 19 y 20).

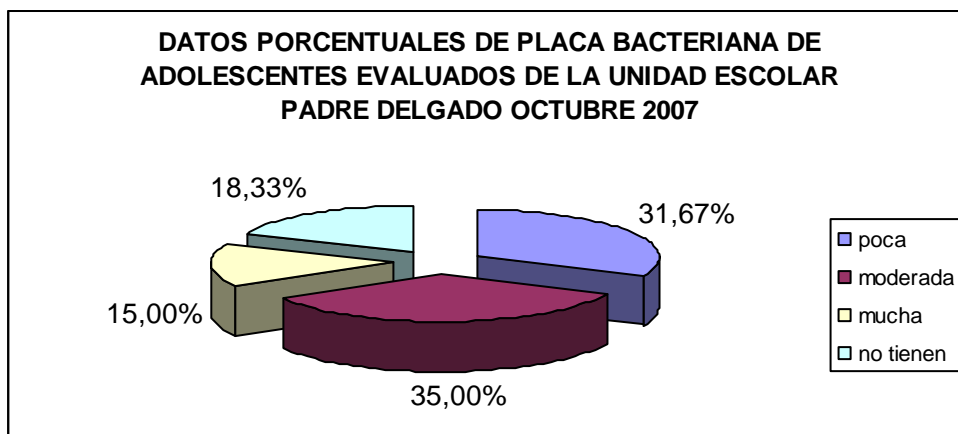
Al 71,67% le han colocado flúor (gráfico 22) y el 96,67% ha escuchado charlas de prevención (gráfico 24), sin embargo, un 30% cree no necesitar tratamiento (gráfico 23), y a ninguno le han colocado sellante de puntos y fisuras.

Registro de evaluación clínica N° 2

Clínicamente se observó:

Item 1, placa bacteriana.- 19 con poca 31,67%, 21 moderada 35%, 9 mucha 15%, y 18,33% no presentan (gráfico 25).

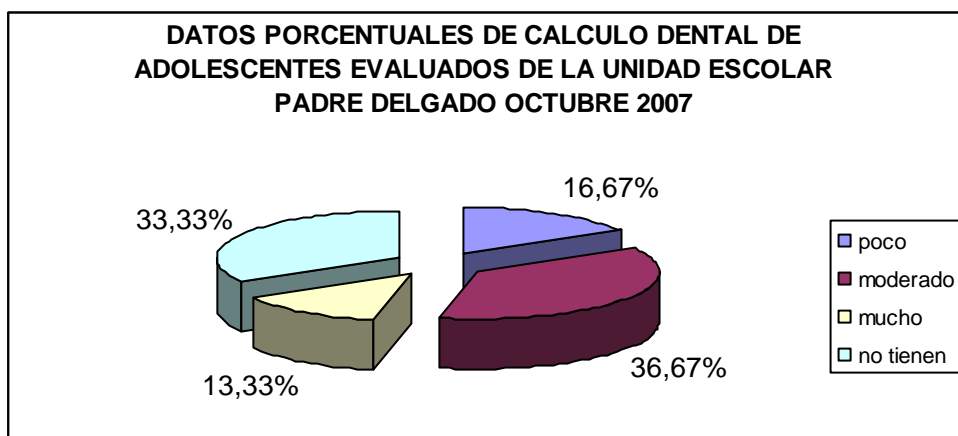
Gráfico 25



Fuente: Encuesta realizada N° 2

Item 2, cálculo dental.- 10 con poco 16,67%, 22 moderado 36,67%, 8 mucho 13,33%, y 33,33% no presentan (gráfico 26).

Gráfico 26

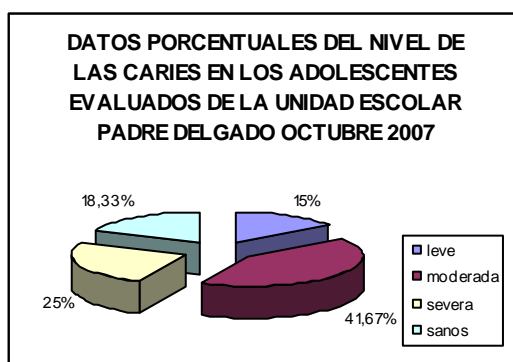


Fuente: encuesta realizada N° 2

Item 3, caries.- 9 con leve 15%, 25 con moderada 41,67%, 15 con severa 25% y 11 sanos 18,33% (gráfico 27).

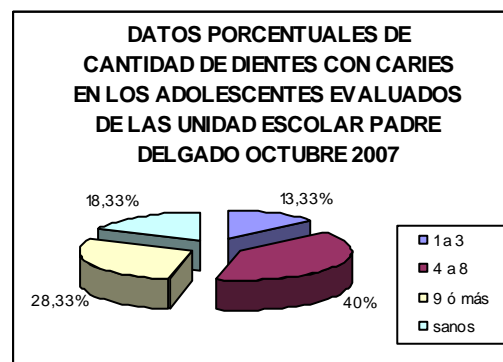
Item 4, cantidad de piezas dentarias cariadas.- 8 presentaron de 1 a 3 piezas cariadas 13,33%, 24 de 4 a 8 piezas 40%, 17 caries en 9 ó más piezas 28,33% y 11 sanos 18,33% (gráfico 28).

Gráfico 27



Fuente: Encuesta realizada N° 2

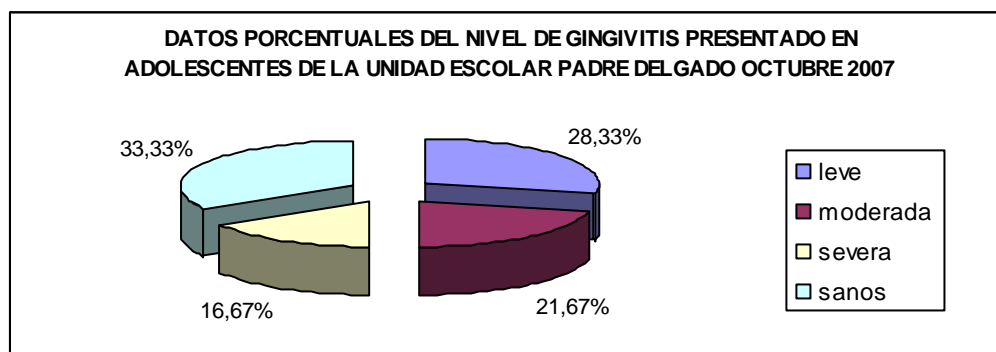
Gráfico 28



Fuente: Encuesta realizada N° 2

Item 5, gingivitis.- 17 con leve 28,33%, 13 con moderada 21,67%, y 10 con severa 16,67 y 20 no presentaron esta lesión 33,33% (gráfico 29).

Gráfico 29



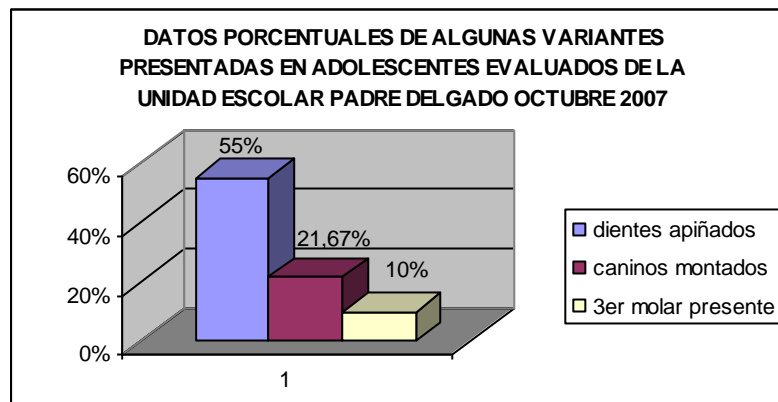
Fuente: Encuesta realizada n° 2

Item 6.- 33 presentaron dientes apiñados 55% (gráfico 30).

Item 7.- 13 presentaron caninos montados 21,67% (gráfico 30).

Item 8.- En 6 se les observó tercer molar presente 10% (gráfico 30).

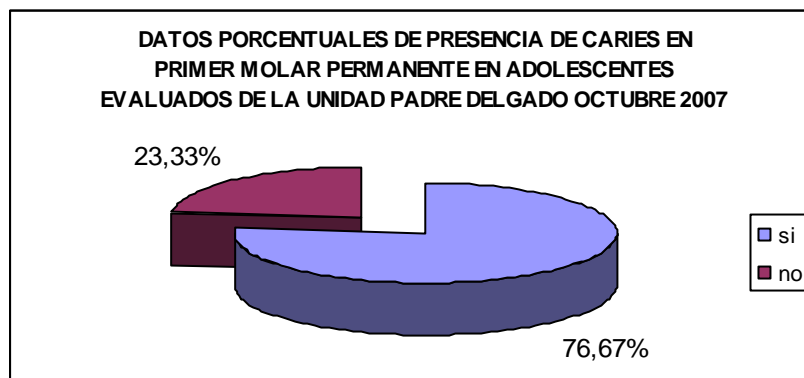
Gráfico 30



Fuente: Encuesta realizada N° 2

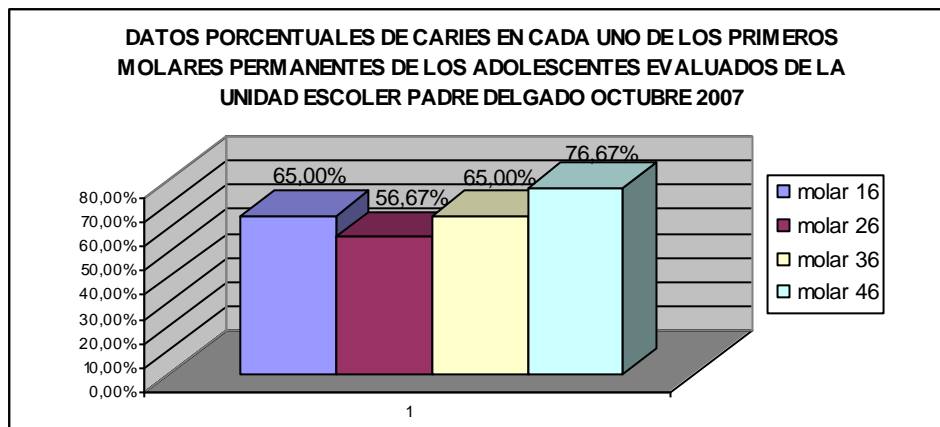
Item 9, caries en Primer Molar Permanente.- 39 tienen caries en el 16, 65%; 34 en el 26, 56,67%; 39 en el 36, 65%; y 38 en el 46, 63,33% (gráfico 32). 46 tienen caries en PMP 76,67%, y 14 no presentaron caries en ningún PMP 23,33% (gráfico 31).

Gráfico 31



Fuente: Encuesta realizada N° 2

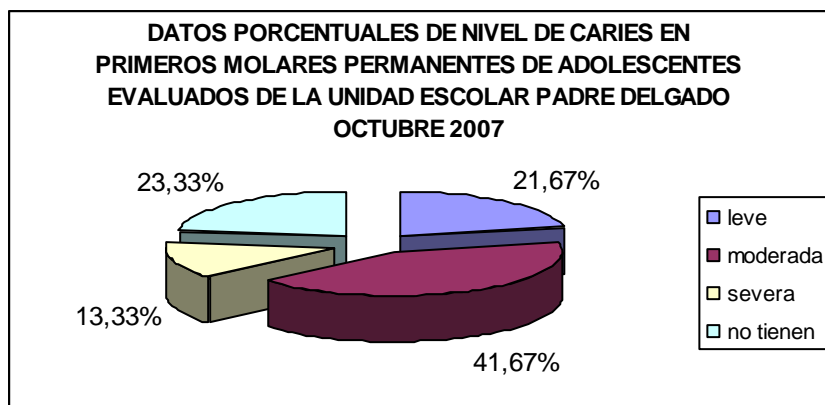
Gráfico 32



Fuente: Encuesta realizada N° 2

Item 10, nivel de la caries en PMP.- 13 tienen caries leve 21,67%, 25 caries moderada 41,67%, y 8 caries severa 13,33% (gráfico 33).

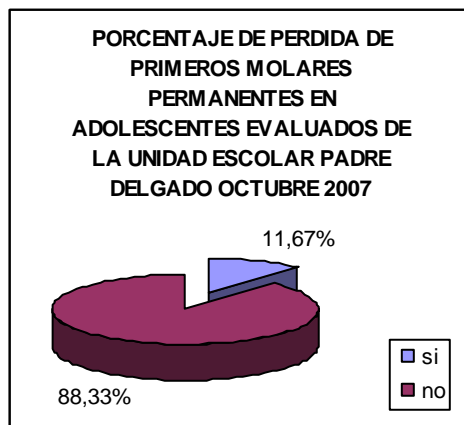
Gráfico 33



Fuente: Encuesta realizada N° 2

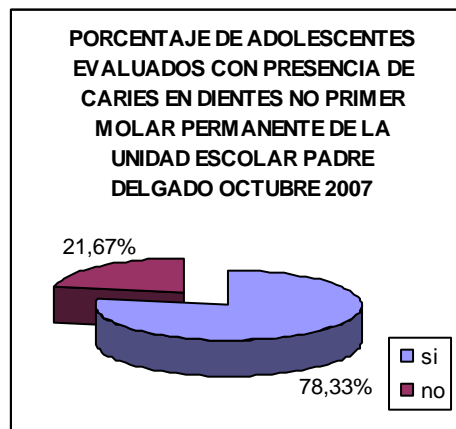
Item 11, pérdida del PMP.- 7 (11,67%) con pérdida del PMP, 1 del 16, 4 del 36 y 4 del 46. Dos con 2 perdidos, 1 del 36 y 46, y el otro del 16 y 36 (gráfico 34).

Gráfico 34



Fuente: Encuesta realizada N° 2

Gráfico 35

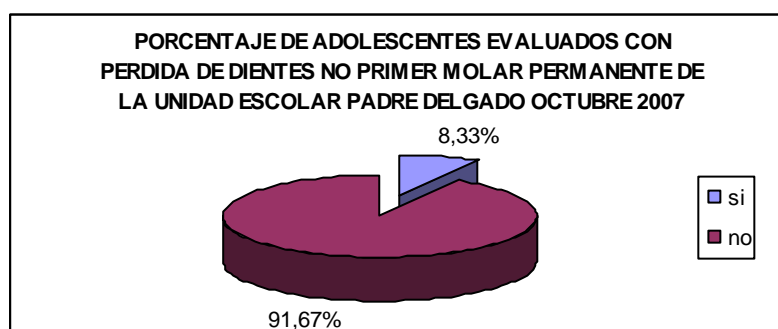


Fuente: Encuesta realizada N° 2

Item 12, caries en otros dientes.- 47 tienen caries en otros dientes, que es el 78,33% de la muestra total (gráfico 35).

Item 13, pérdida de otros dientes.- 5 presentaron pérdida de otros dientes, que es 8,33% de los 60 adolescentes (gráfico 36).

Gráfico 36

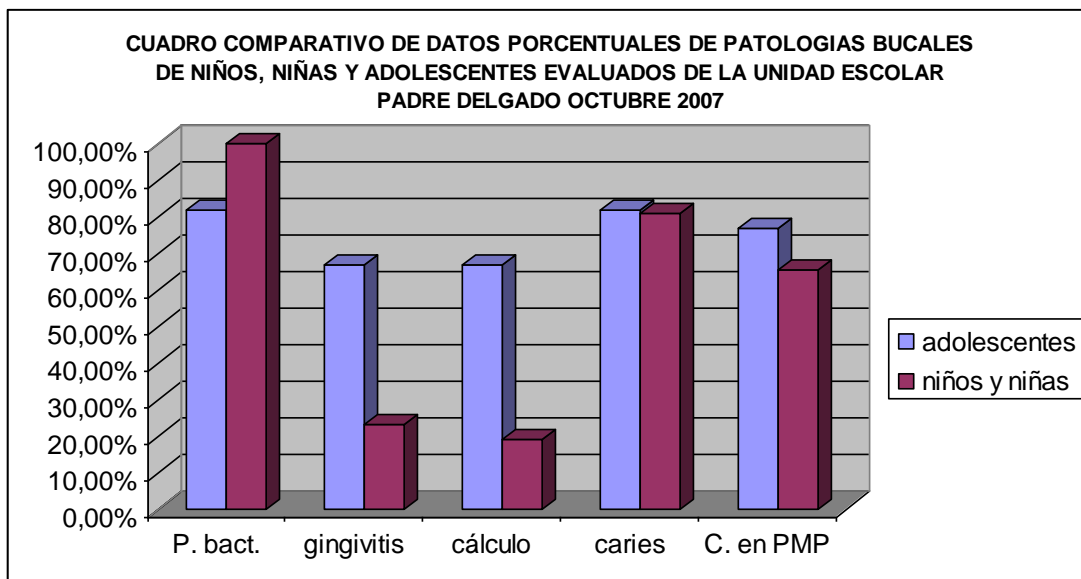


Fuente: Encuesta realizada N° 2

De los 60 adolescentes: 59 presentan patologías bucales 98,33%, 40 presentan cálculo 66,67%, y 40 tienen gingivitis 66,67%; 49 tienen caries

81,67%; de los cuales 46 tienen caries en PMP (gráfico 37), que viene siendo el 93,88% de la muestra que presenta caries y el 76,66% del total de adolescentes evaluados.

Gráfico 37



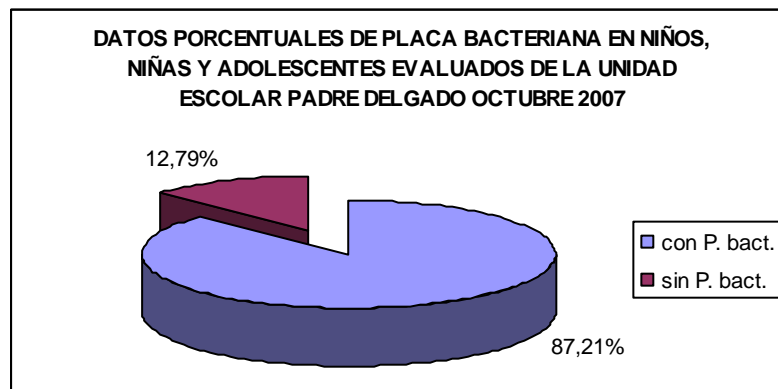
Fuente: Encuesta realizada N° 1 y N° 2

De los 46 que presentan caries en PMP, 22 tienen caries en los cuatro PMP 47,82%; en 2 la caries es leve 4,37%, 15 moderada 32,60%, y 5 severa 10,86%. 4 tienen caries en tres PMP y pérdida del cuarto 8,69%, 2 tienen los tres que le quedan con caries moderada y 2 con caries severa. 8 tienen caries en tres PMP y uno sano 17,39%, 6 tienen los restantes con caries leve y 2 con caries moderada. 2 tienen caries en dos PMP y dos perdidos 4,35%, los 2 tienen los dos que le quedan con caries moderada. 9 tienen caries en dos PMP y dos sanos 19,57%, 6 tienen los otros dos con caries moderada y 3 con caries leve. 1 tiene pérdida de un PMP, caries moderada en uno y dos sanos 2,17%.

El registro de evaluación clínica de adolescentes arroja una información de mucha importancia para este proyecto de investigación debido a las cifras que lamentablemente como soporte aporta. Se resaltan los ítem más importantes: de los 60 encuestados, 49 presentan placa bacteriana 81,67%, 59 sufren patología bucal (98,33%), 49 tienen caries (81,67%), 46 en PMP (76,67%), 41 tienen caries en más de 4 piezas (68,33%), 40 tienen caries moderada ó severa (66,67%), 40 presentaron cálculo dental (66,67%), 30 entre moderado y severo (50%). Estas cifras hablan por si solas sobre la necesidad extrema de práctica preventiva y del requerimiento de atención odontológica de la población que la muestra representa, y abre un alerta sobre las posibles consecuencias de la no aplicación del Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y Prevención para la Salud Integral.

Cuando el individuo ingiere sus alimentos, con la actividad masticatoria se quedan adheridos a los dientes restos de ellos (llamados profesionalmente materia alba) que si no son desalojados con la higiene, allí es donde se instalan las bacterias conformando la placa bacteriana, entonces, sumando cifras de ítems comunes de la primera y segunda encuesta, como es el de placa bacteriana, se obtiene que de los 86 (26 + 60) alumnos, 75 (87,21%) presenta placa bacteriana (gráfico N° 38), analizando se llega a concluir que no existe higiene bucal adecuada, lo que da como respuesta, el alto índice detectado de patologías buco- dentales en esos alumnos (gráfico N° 37), con riesgo de quebrantar su salud integral. Al odontólogo por sus conocimientos y experiencia, le es muy fácil diferenciar materia alba de placa bacteriana, ya que ésta última es una masa adherida al diente con cierta consistencia, que a medida que pasan los días si no se desaloja con la higiene o limpieza en consulta se fortalece, favoreciendo entonces la gingivitis y la adherencia del cálculo.

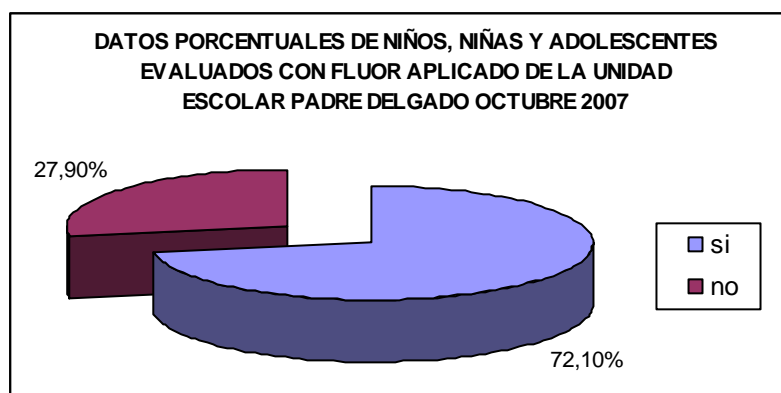
Gráfico 38



Fuente: Encuestas realizadas N° 1 y N° 2

En cuanto a tratamiento anti-caries, con la aplicación de flúor se observa que de los 26 niños, a 19 se les colocó, y de los 60 adolescentes también a 43 de ellos; haciendo la sumatoria resultan 86 alumnos con 62 de ellos a quienes se les ha aplicado flúor, lo que hace un porcentaje de 72,10% (gráfico N° 39). Es fácil concluir, que en estos niños, el proceso de esta actividad, no ha sido manejado para alcanzar un propósito efectivo, por la cantidad de caries que poseen y la pérdida prematura de PMP; 3 de los que tienen pérdida del PMP reportaron que se les aplicó.

Gráfico 39



Fuente: Encuestas realizadas N° 1 y N° 2

El flúor cumple una función como anti-caries significativa, el problema está en que su aplicación requiere de un control; debe ser aplicado con las dosis y normas establecidas, ya que es importante lograr el fin perseguido, no siendo prudente hacerlo en forma indiscriminada porque los resultados podrían ser muy negativos. Con respecto a sellante de puntos y fisuras, no hubo reporte de su práctica de parte de ningún estudiante.

Como punto extra, es importante hacer notar que todo individuo requiere asistir al Odontólogo, ya que en caso de no presentar patologías bucales, es necesario que conozca y aprenda como mantener su salud bucal.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los resultados de las dos encuestas realizadas, se puede observar que si se realiza un análisis global y se establecen comparaciones entre ellas, entonces, se conseguirá que existen situaciones parecidas, pero, a la vez se puede apreciar la proyección de las patologías de los niños, con el estado de las mismas patologías presentadas en mayor magnitud en los adolescentes. Donde ya se comienza a resentir la salud integral del individuo por la pérdida parcial de su dentadura y la potencia de otras enfermedades.

En las repuestas a ambas encuestas, está asentado, que en un alto porcentaje, el aprendizaje con respecto a la higiene bucal es realizado en casa; los padres y madres tratan de dar lo mejor a sus hijos y no es de dudar que pongan empeño en esto, pero, el asunto es que sólo los profesionales de la Odontología tienen los conocimientos y la experiencia necesaria para ello. El 100% de los niños y el 61,67% de los adolescentes dieron negativa a la pregunta, de la enseñanza al respecto por un Odontólogo, y en la información que arroja la observación clínica podemos apreciar la consecuencia de ello. Es relevante que el individuo tenga conocimientos básicos que le ayudan con su salud oral, por ejemplo, es necesario el realizar el proceso de higiene bucal antes de acostarse en la noche, porque se va a dormir 6 ó más horas, y de no realizar esta práctica, las bacterias trabajarán durante la noche formando ácidos que traen enfermedades. Ahora bien, no es sólo importante que la higiene bucal sea orientada por el experto, la recomendación es que ese experto sea consecuente y lleve un control de la actividad hasta que observe que el individuo ya hace en forma óptima su higiene bucal, luego podrá reforzar la actividad con otras acciones como

son: aplicación de flúor a quien lo necesite, aplicación de sellante de puntos y fisuras para todos los dientes sin caries y también la odontología curativa, con la finalidad de rehabilitar al individuo que lo requiere, a través de un tratamiento con calidad.

Las actividades de prevención deben ser personalizadas, todos no tienen las mismas necesidades, y existe a quienes por ejemplo, se les debe indicar una técnica de cepillado distinta. Es favorable establecer un protocolo de actividades para que el individuo vaya superando cada paso con el objetivo de brindarle una prevención certera y con calidad, por ejemplo no aplicar tratamientos anti-caries hasta que el individuo no realice en forma óptima su higiene bucal. La enseñanza de la higiene bucal debe ser consecutiva para que la persona no se desvíe del propósito.

Al realizar actividades de prevención en el niño, es beneficioso involucrar a los padres, para de manera progresiva aportarle los conocimientos necesarios en camino a conseguir y mantener la salud bucal e integral del niño en ese momento, con proyección al futuro.

La evaluación del proceso se puede hacer periódicamente con una encuesta a los beneficiarios sobre su opinión y observación individual.

La evaluación de los resultados se puede realizar con un seguimiento clínico periódico, cada tres meses luego del inicio de aplicación del proyecto; también al culminar el año escolar realizar una valoración del estado de salud bucal a los alumnos que egresan para así observar el impacto ocurrido, pudiendo con todo esto modificar o potenciar conductas.

Análisis Crítico

En el Estado Yaracuy no se cumple en forma adecuada el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales y Promoción para la salud Oral. Esto trae como consecuencia la apatía y negligencia de parte del individuo hacia el tratamiento para su salud bucal, ya que sumergido en la ignorancia no despertará su preocupación por buscar solución a su problemática sanitaria, porque no tiene conocimiento de la trascendencia y lo que ello implica, no conoce como realizar, alcanzar y mantener una correcta higiene bucal, ni la importancia que tiene esta última para beneficio de su salud integral, tampoco está informado que existen tratamientos clínicos odontológicos que contribuyen junto con una buena higiene oral a evitar enfermedades bucales. Entonces acude a consulta solo cuando su necesidad se convierte en una emergencia.

Por lo tanto nos encontramos ante una comunidad yaracuyana donde el 96,5% sufre de enfermedades bucales con riesgo de alteración de su salud integral, conclusión del análisis de la muestra.

El hábito de una buena higiene bucal se construye desde la temprana niñez. Cuando un niño adquiere el hábito de cepillar sus dientes y de realizarlo en el momento adecuado, él mismo buscará la manera de realizar el aseo de su boca, porque la higiene bucal produce aliento fresco que da al individuo sensación de bienestar; es comparable al hábito de ducharse, cuando no se hace, la persona se siente incómoda. Lo bien aprendido por el ser humano en su niñez, lo llevará como práctica toda su vida, sobre todo si tiene el conocimiento del beneficio que le proporciona.

Para el año en curso (2007), el Edo. Yaracuy tiene una población comprendida desde los tres (3) hasta los diez y nueve (19) años de edad de 219.175 habitantes, datos registrados y facilitados por la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico de Prosalud, lo que comprende el 36.6% de la población total en riesgo.

Es importante por todo lo anterior, educar al individuo joven sobre una buena práctica preventiva, para así lograr y mantener su salud integral, y calidad de vida.

Los motivos por los cuales no se cumplen los Programas de Prevención de Enfermedades Bucales y Promoción para la Salud en el Edo. Yaracuy, son múltiples, pero, básicamente esto sucede, porque los entes gubernamentales responsables en dar respuesta y los Gerentes de Odontología no han tomado conciencia de la importancia que tiene para el ciudadano y para el Estado, el que no se sucedan las enfermedades bucales a cambio de tener que curarlas. Los intereses individuales creados prevalecen ante el perjuicio que causa en la población las enfermedades y sus consecuencias. Políticamente suena mejor decir que, en la jornada realizada el día tal se atendió un grandioso número de ciudadanos a quienes se les realizaron tantos miles de amalgamas y se practicaron tantos cientos de exodoncias, que decir, a todos los ciudadanos que acudieron se les enseñó como hacerse una correcta higiene bucal o se les impartió una charla de conocimientos. Las exigencias de parte de las Gerencias de Odontología detrás de las complacencias políticas siempre han sido los numeritos, mientras mas altos sean, mejor es la gerencia, sin tomar en cuenta la calidad de la actividad realizada, y menos importante “la prevención”. Lo prudente sería informar a los entes gubernamentales sobre el impacto que ofrece en la población una buena práctica preventiva, extrayéndolos de su concepto

equivocado. También se bloquea la práctica preventiva odontológica para proteger el monopolio de la práctica privada, debido a la falsa creencia de que se verá afectada. En la práctica social un Odontólogo con una carga horaria de 6 horas de servicio tiene impuesto atender cada día 18 pacientes sin importar la calidad, y la prevención en último plano, quien la estimula es amonestado.

La necesidad de Odontología curativa es extrema, pero para frenar o disminuir esa necesidad, se debe informar y corregir los hábitos del ciudadano emergente, logrando así evitar las enfermedades.

Los productos segregados de las caries y de las enfermedades gingivales, periodontales y de otros tejidos de la boca, en conjunto con los tejidos degenerados y sus bacterias conforman una sustancia purulenta que corre por el sistema digestivo y circulatorio, conduciéndolo al resto del cuerpo, pudiendo provocar y desarrollar graves lesiones en los diferentes órganos que lo componen; se puede reparar las piezas dentarias y eliminar la enfermedad bucal con tratamiento adecuado, pero y ¿la lesión producida en otro u otros órganos? Entonces es importante la reflexión.

CONCLUSIONES

Con las nuevas políticas implementadas, sobre todo, a favor de la población desplazada, se ha profundizado sobre lo que realmente es tener salud; aprendiendo y comprendiendo que se ha convertido en una palabra muy compleja; donde se observa que no sólo es una dolencia o lesión lo planteado, sino que también envuelve un conjunto de factores que proporcionan el bienestar psicológico, físico, social; determinantes que llevan al individuo a poseerla. También está contemplada en nuestra Constitución Nacional, que es una obligación del Estado para con su ciudadanía; proporcionarles salud y calidad de vida. La Odontología tiene mucha inherencia para el logro de todo ese bienestar.

El Estado, como ente garante, está comprometido con esa población desplazada; y debe establecer estrategias de servicio que procuren la salud bucal del individuo desprovisto de los recursos económicos, esta atención debe llevar implícita calidad, con igualdad y equidad, en procura de proporcionar además a este usuario una estética digna como ciudadano.

La prevención es la electiva ideal en el camino de hacer para un país un nuevo ciudadano, activo, productivo, emprendedor, con carisma, dueño de sí mismo; porque la prevención bien aplicada en el Sector Salud evitará el deterioro del ser humano y le brindará la oportunidad de vivir mejor.

El campo de la Odontología requiere del reconocimiento y el apoyo necesario para aportar su cuota en demanda con las comunidades, el Estado Yaracuy es dueño de un equipo de profesionales de servicio preocupados, con la sensibilidad necesaria y a la espera de ese apoyo que le facilitará el camino para brindar su aporte en bienestar social.

Este proyecto fue construido con toda la intensidad de colaborar para que el ciudadano yaracuyano tenga una oportunidad más de ser feliz.

LISTA DE REFERENCIAS

- www.actaodontologica.com/.../2001/2/estudio, Proyecto Anaco U.C.V. Estudio epidemiológico sobre pérdida prematura de primer molar permanente en niño con edades comprendidas entre 6 y 10 años. 2001. Venezuela.
- www.actaodontologica.com, Od. Ma. de los Ángeles Gil Padrón Prof. Asistente Cátedra de Odontología Operatoria. U.C.V. Od. Mabel Sáenz Guzmán, Instructor de la Cátedra de Odontología Operatoria. U.C.V. Od. Dayana Hernández, Docente Temporal de la Cátedra de Odontología Operatoria. U.C.V. Br. Erika González y Est. Odontología U.C.V. Los sellantes de puntos y fisuras: una alternativa de tratamiento “Preventivo o Terapéutico” Revisión de la literatura. 2002. Venezuela.
- www.actaodontologica.com, Casanova A., Medina C., Casanova J., Vallejos A., Manpomé G. y Kageyama M. Pérdida del primer molar permanente. 2004 Campeche, Méjico.
- Colombianamedica.univalle.edu.co, Tascón J., Aranzazu L., Velasco T., Trujillo K., y Paz M. Primer molar permanente: historia de caries en grupo de niños entre 5 y 11 años, frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. 2005. Colombia.
- WWW.clarin.com Giberchio ,G. El 87% de los chicos en edad escolar tienen caries. Argentina.
- www.saludbucal.com Wolfsohn, B. Los riesgos del cambio. Méjico.

- www.uchile.com schellhorn, C. Padres; los primeros dentistas del niño. Chile.
- www.radioecca.net, Gómez G., Gómez D., Martín M Fluor y Fluorosis dental. Canarias.

ANEXOS

EVALUACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON EDAD COMPRENDIDAS
ENTRE 6 Y 9 AÑOS (encuesta nº 1)

Cuestionario Nº 1

Datos

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo M F

Preguntas

- 1.- Te cepillas los dientes? a) si b) no
- 2.- Quien te enseñó a cepillar tus dientes? a) Odontólogo en consultorio O
b) Odontólogo en Escuela O
c) alguien en casa O
d) nadie O
e) otro O
- 3.- Te han aplicado flúor? a) si b) no

Registro de Evaluación Clínica Nº 1

1. - Placa bacteriana a)Poca O b)Moderada O c)Mucha O
- 2.- Cálculo a)Poco O b)Moderado O c)Mucho O
- 3.- Gingivitis a)Leve O b)Moderada O c)Severa O

Dientes Temporales

- 4.- Caries a)Leve O b)Moderada O c)Severa O
- 5.-Extracción prematura a) si b) no

Primer Molar Permanente

- 7.-Caries primer molar P 16 26 36 46 a) L b) M c) S
- 8.-Pérdida primer molar P 16 26 36 46

- 8.- Caries en a)1 a 3 piezas O b) 4 a 8 piezas O c) 9 ó más piezas O

EVALUACIÓN DE ADOLESCENTES CON EDAD COMPRENDIDAS
ENTRE 14 Y 18 AÑOS (encuesta nº 2)

Cuestionario Nº 2

Datos

Nombre:

Edad:

Sexo M F

Preguntas

- 1.- Ha asistido al Odontólogo? a) si b) no
- 2.- Cuántas veces? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) más
- 3.- Tipo de servicio a) privado b) público
- 4.- Su primera vez a consulta fue por a) emergencia b) tratamiento
- 5.- Qué edad tenía cuando fue por primera vez al Odontólogo? _____ años
- 6.- Prefiere aprender a asear su boca ó tratarse con el odontólogo
- 7.- Quién le enseñó a cepillar tus dientes? a) Odontólogo en consultorio
b) Odontólogo en Escuela
c) alguien en casa
d) nadie
e) otro
- 8.- Cuántas veces cepilla sus dientes? a) 1 b) 2 c) 3 d) más
- 9.- Cepilla sus dientes antes de acostarse? a) si b) no
- 10.- Usa hilo dental? a) si b) no
- 11.- Han colocado tratamiento anti-caries en tus dientes?
Flúor sellante
- 12.- Cree que necesita tratamiento odontológico? a) si b) no
- 13.- Ha escuchado charlas de prevención odontológicas? a) si b) no

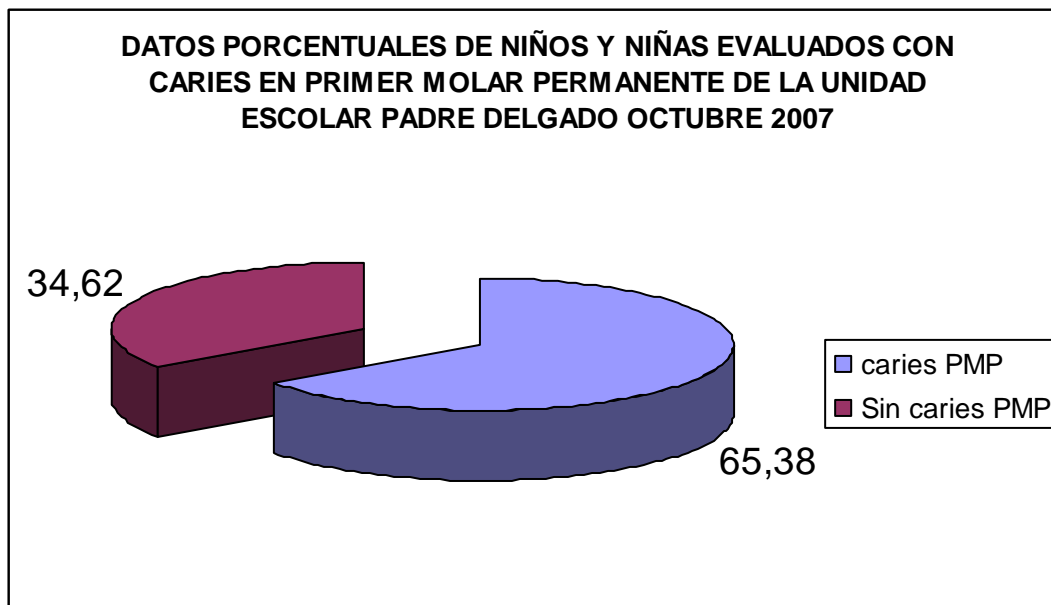
Registro de Evaluación Clínica N° 2 (adolescentes)

1. - Placa bacteriana a)Poca b)Moderada c)Mucha
- 2.- Cálculo a)Poco b)Moderado c)Mucho
- 3.- Caries a)Leve b)Moderada c)Severa
- 4.- Caries en a)1 a 3 piezas b) 4 a 8 piezas c) 9 ó más piezas
- 5.- Gingivitis a)Leve b)Moderada c)Severa
- 6.- Dientes apiñados
- 7.- Caninos montados
- 8.- Tercer molar presente

Primer Molar Permanente

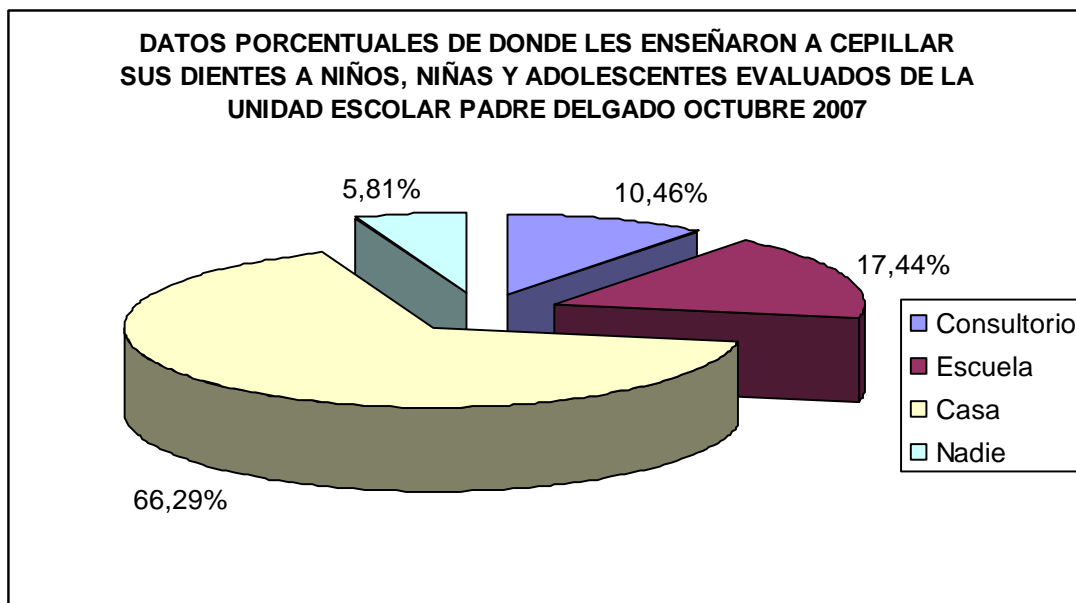
- 9.- Caries primer molar P 16 26 36 46
- 10- Nivel de la caries a) L b) M c) S
- 11.-Pérdida primer molar P 16 26 36 46
- 12.- Caries en otros dientes
- 13.- Pérdida de otros dientes

Gráfico 40



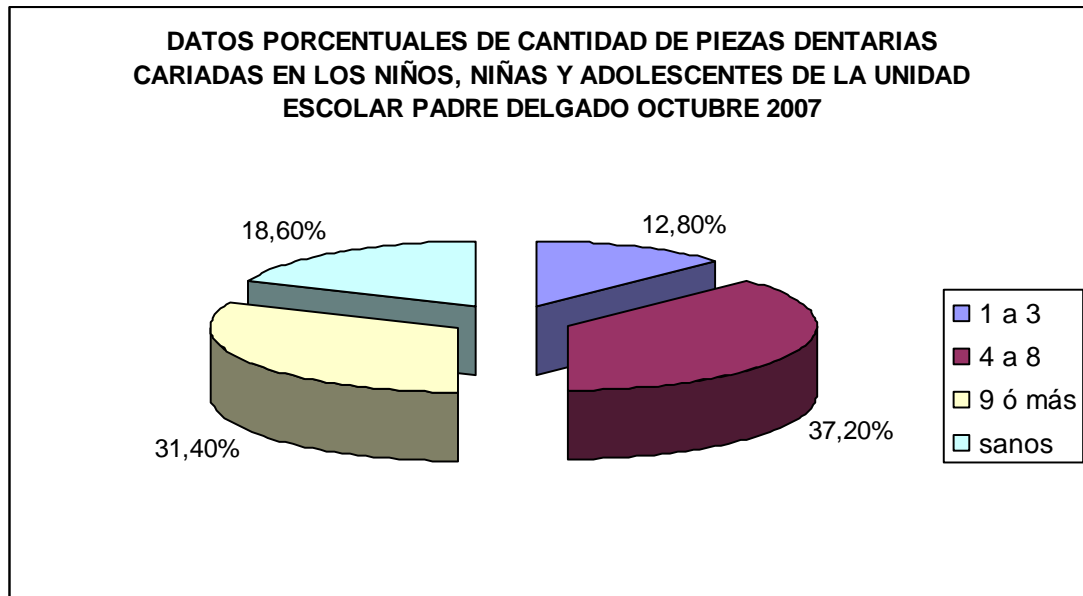
Fuente: Encuesta realizada Nº 1

Gráfico 41



Fuente: Encuesta realizada Nº 1 y Nº 2

Gráfico 42



Fuente: Encuesta realizada N° 1 y N° 2

LISTA DE GRAFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1, datos porcentuales de niños y niñas, de quien les enseñó a cepillar sus dientes | 41 |
| Gráfico 2, datos porcentuales de niños y niñas con flúor aplicado..... | 41 |
| Gráfico 3, datos porcentuales de placa bacteriana en niños y niñas..... | 42 |
| Gráfico 4, datos porcentuales del nivel de cálculo en niños y niñas | 42 |
| Gráfico 5, datos porcentuales de gingivitis en niños y niñas..... | 42 |
| Gráfico 6, datos porcentuales del nivel de caries en dientes de niños y niñas..... | 43 |
| Gráfico 7, datos porcentuales de extracción prematura de dientes temporales en niños y niñas..... | 43 |
| Gráfico 8, datos porcentuales de cada uno de los primeros molares permanentes cariados en niños y niñas..... | 44 |
| Gráfico 9, datos porcentuales de cantidad de piezas dentarias con caries en cada uno de los niños y niñas..... | 45 |
| Gráfico 10, datos porcentuales de presencia de patologías bucales en niños y niñas..... | 45 |
| Gráfico 11, datos porcentuales de cada una de las patologías bucales presentadas en niños y niñas..... | 45 |
| Gráfico 12, datos porcentuales de asistencia a consulta odontológica de los adolescentes..... | 47 |
| Gráfico 13, datos porcentuales de número de visitas al Odontólogo de los adolescentes..... | 48 |
| Gráfico 14, datos porcentuales del tipo de consulta odontológica a la que asisten los adolescentes..... | 48 |
| Gráfico 15, datos porcentuales del porqué asisten a la consulta odontológica los adolescentes..... | 48 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 16, datos porcentuales de la edad en que acudieron por vez primera al Odontólogo los adolescentes..... | 49 |
| Gráfico 17, datos porcentuales del criterio ante sus lesiones bucales de los adolescentes..... | 49 |
| Gráfico 18, datos porcentuales de donde les enseñaron a cepillar sus dientes a los adolescentes..... | 50 |
| Gráfico 19, datos porcentuales de la cantidad de cepillados diarios de sus dientes de los adolescentes..... | 50 |
| Gráfico 20, datos porcentuales del hábito de cepillar sus dientes antes de acostarse de los adolescentes..... | 51 |
| Gráfico 21, datos porcentuales del uso del hilo dental por parte de los adolescentes..... | 51 |
| Gráfico 22, datos porcentuales de los adolescentes con flúor aplicado..... | 52 |
| Gráfico 23, datos porcentuales de si creen necesitar tratamiento odontológico los adolescentes..... | 52 |
| Gráfico 24, datos porcentuales de asistencia de los adolescentes a charlas de prevención odontológica | 52 |
| Gráfico 25, datos porcentuales de presencia de placa bacteriana en adolescentes..... | 54 |
| Gráfico 26, datos porcentuales de cálculo dental en adolescentes..... | 54 |
| Gráfico 27, datos porcentuales del nivel de las caries en adolescentes..... | 55 |
| Gráfico 28, datos porcentuales de cantidad de dientes con caries en los adolescentes..... | 55 |
| Gráfico 29, datos porcentuales del nivel de gingivitis presentado en adolescentes..... | 55 |
| Gráfico 30, datos porcentuales de algunas variantes presentadas en los adolescentes..... | 56 |
| Gráfico 31, datos porcentuales de presencia de caries en primeros molares permanentes de los adolescentes..... | 56 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 32, datos porcentuales de la presencia de caries en cada uno de los primeros molares permanentes de los adolescentes..... | 57 |
| Gráfico 33, datos porcentuales del nivel de caries en primeros molares permanentes de los adolescentes..... | 57 |
| Gráfico 34, datos porcentuales de pérdida de los primeros molares permanentes en adolescentes..... | 58 |
| Gráfico 35, datos porcentuales de presencia de caries en dientes no PMP en adolescentes..... | 58 |
| Gráfico 36, datos porcentuales de pérdida de dientes no PMP en adolescentes..... | 58 |
| Gráfico 37, cuadro comparativo de datos porcentuales de patologías bucales en niños, niñas y adolescentes..... | 59 |
| Gráfico 38, datos porcentuales de presencia de placa bacteriana en niños, niñas y adolescentes..... | 61 |
| Gráfico 39, datos porcentuales de niños, niñas y adolescentes con flúor aplicado..... | 61 |
| Gráfico 40, datos porcentuales de niños y niñas con caries en PMP..... | 76 |
| Gráfico 41, datos porcentuales de donde enseñaron a cepillar sus dientes a niños, niñas y adolescentes..... | 76 |
| Gráfico 42, datos porcentuales de cantidad de piezas dentarias cariadas en niños, niñas y adolescentes..... | 77 |