



**FACULTAD DE POSTGRADO**

**TESIS DE POSTGRADO**

**PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD BUCAL EN LA  
PERIFERICA 2 INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD  
SOCIAL**

**SUSTENTADO POR:**

**SABY SORAYA GARCIA ALVARADO**

**PREVIA INVESTIDURA AL TITULO DE**

**MASTER EN**

**DIRECCION EMPRESARIAL**

**TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZAN, HONDURAS  
C.A.**

**ABRIL, 2015**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA**

**UNITEC**

**FACULTAD DE POSTGRADO**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**RECTOR**

**LUIS ORLANDO ZELAYA MEDRANO**

**SECRETARIO GENERAL**

**ROGER MARTINEZ**

**VICERRECTOR ACADÉMICO**

**MARLON BREVÉ REYES**

**VICERRECTORA CAMPUS SPS**

**ANA LOURDES LAFFITE**

**DECANO DE LA FACULTAD DE POSTGRADO**

**TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS  
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE**

**MÁSTER EN:**

**DIRECCION EMPRESARIAL CON ORIENTACION  
EN GERENCIA HOSPITALARIA**

**ASESOR METODOLÓGICO**

**CINTHIA ISELA CANO**

**ASESOR TEMATICO**

**MARCO MARTINEZ**

**MIEMBROS DE LA TERNA (o comisión evaluadora)**

**HENRY ANDINO**

**ELLY ALEMAN**



## **FACULTAD DE POSTGRADO**

### **PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL**

#### **PERIFERICA #2 DEL IHSS**

#### **AUTOR:**

Saby Soraya Garcia Alvarado

#### **RESUMEN:**

El trabajo de tesis se realizó con el propósito fundamental de establecer un plan de Promoción y prevención de la Salud Bucal periférica #2 del IHSS, esto en base a lo observado con el alto grado de enfermedades buco dentales que presentan los pacientes que asisten a la clínica odontológica y para lo cual se planteó presentar a las autoridades un plan de promoción y prevención de la salud bucal que permitiera a los pacientes adoptar una cultura sobre higiene y prevención de la salud bucal, se fundamentó en base a las teorías de odontología preventiva a la metodología de un enfoque mixto con datos cuantitativos y cualitativos, un estudio tipo transversal y una investigación descriptiva; se utilizó como herramienta de recolección de datos una encuesta y la evaluación clínica de los pacientes obteniendo como resultado una alta incidencia en la mala higiene bucal donde el sexo masculino indica un 51% de la mala higiene bucal los pacientes en la edad de 6-11 años son los que presentan mayores problemas bucales, como las caries gingivitis, enfermedad periodontal.

Con lo anterior se concluye que los pacientes no tiene un cepillado dental correcto no usan hilo dental ni enjuagues fluorados.

**Palabras claves:** Caries, Enfermedad Periodontal, Gingivitis, Promoción, Prevención.



## **GRADUATE SCHOOL**

### **PROMOTION AND PREVENTION OF ORAL HEALTH**

#### **PERIFERICA No. 2 THE IHSS**

**BY:**

**SABY SORAYA GARCIA ALVARADO**

#### **ABSTRACT:**

The thesis was conducted with the primary purpose of establishing a plan of promotion and prevention of peripheral Oral Health # 2 IHSS, this based on what was observed with the high degree of oral diseases presented by patients attending dental clinic and which was raised submit to the authorities a plan for promotion and prevention of oral health that would allow patients to adopt a culture of hygiene and prevention of oral health, was based on theories based on preventive dentistry a mixed methodology approach cuantitavos and qualitative data, a cross-sectional descriptive study and research; a survey and clinical assessment of patients resulting in a high incidence of poor oral hygiene where the male indicates 51% of poor oral hygiene in patients age 6-11 was used as data collection tool years are those with major dental problems such as cavities gingivitis, periodontal disease.

With the above we conclude that patients do not have a proper brushing and flossing do not use fluoride rinses.

Keywords: Caries, Periodontal Disease, Gingivitis,

Promotion, Prevention.

## **DEDICATORIA**

A Dios Todopoderoso, por darme el don de la vida y guiar cada uno de mis pasos, por la oportunidad que ha puesto en mi camino y darme la fortaleza y sabiduría para cumplir mis metas.

### **A mis padres**

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

En especial a mis dos amores que Dios puso en mi vida a mi esposo **Ángel Mauricio Rosales Canaca** y mi hijo **Ángel Mauricio Rosales García** por su apoyo incondicional su comprensión y darme el aliento necesario para seguir adelante.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la sabiduría, fortaleza y salud para la realización de esta investigación.

A mi madre y mi padre que está en el cielo, a mi esposo, mi hijo por su apoyo moral y sus palabras de ánimo y aliento que me compartieron durante el período que duró la investigación.

A mi asesor metodológico Licenciada Cintia Cano, por su asesoría, tiempo, paciencia y comprensión a lo largo de este proceso.

Al Licenciado Marco A. Martínez por aceptar ser mi asesor temático y orientarme en el desarrollo de la investigación.

A todos los catedráticos por compartir sus conocimientos en cada una de las clases cursadas durante el tiempo de formación en la maestría.

Al Instituto Hondureño De Seguridad Social por la información proporcionada.



## INDICE

### **I. CAPITULO I PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACION**

1.1 INTRODUCCION.....	14
1.2 ANTECEDENTES.....	15
1.3 DEFINICION DEL PROBLEMA.....	20
1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	21
1.3.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	22
1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	22
<b>1.4 OBJETIVOS</b>	
1.4.1 OBJETIVOS GENERALES.....	23
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	23
1.5 JUSTIFICACION.....	24
<b>2. CAPITULO II. MARCO TEORICO</b>	
2.1.1 ANALISIS DE SITUACION ACTUAL.....	25
2.1.2 MICRO ENTORNO.....	28
2.1.3 ANALISIS INTERNO.....	29
2.2 TEORIAS DE SUSTENTO.....	34
2.3 CONCEPTUALIZACION.....	57
<b>3. CAPITULO III METODOLOGIA</b>	
3.1 CONGRUENCIA METODOLOGICA.....	60
3.2 ENFOQUE.....	62
3.3 DISEÑO.....	62
3.3.1 POBLACION.....	63

3.3.2 SELECCIÓN DE MUESTRA.....	63
3.3.3 UNIDAD DE ANALISIS.....	64
3.3.4 UNIDAD DE RESPUESTA.....	64
3.4 TECNICA E INSTRUMENTO.....	65
3.4.1.1 INSTRUMENTO UTILIZADO.....	65
3.4.2 TECNICA.....	65
3.5 FUENTE DE INFORMACION.....	66
3.5.1 FUENTE PRIMARIA.....	66
3.5.2 FUENTE SECUNDARIA.....	66
3.6 LIMITANTES.....	66
<b>4. CAPITULO IV RESULTADOS</b>	
4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS.....	69
<b>5. CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 CONCLUSIONES.....	80
5.2 RECOMENDACIONES.....	80
<b>6. CAPITULO VI APLICABILIDAD</b>	
6.2 INTRODUCCION.....	81
6.3 DESCRIPCION DEL PLAN DE ACCION.....	82
6.3.1 FASES DEL PLAN DE ACCION.....	83
6.4 PRESUPUESTO IMPLEMENTACION.....	87
6.5 PRESUPUESTO ANUAL ACTIVIDADES.....	88
6.6 ANALISIS COSTO BENEFICIO.....	89
6.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	97
BIBLIOGRAFIA.....	98

ANEXO 1	
ENCUESTA.....	105
ANEXO 2 GRAFICA DE RESULTADO PREGUNTA 1.....	109
ANEXO 3GRAFICA DE RESULTADOPREGUNTA 2.....	110
ANEXO 4 GRAFICA DE RESULTADOPREGUNTA 3.....	111
ANEXO 5 GRAFICA DE RESULTADOPREGUNTA 4.....	112
ANEXO 6 GRAFICA DE RESULTADOPREGUNTA 5.....	113
ANEXO 7 GRAFICA DE RESULTADOPREGUNTA 6.....	114
ANEXO 8 GRAFICA DE RESULTADOPREGUNTA 7.....	115
ANEXO 9 GRAFICA DE RESULTADOPREGUNTA 8.....	116
ANEXO 10 GRAFICA DE RESULTADOPREGUNTA 9.....	117
ANEXO 11 GRAFICA DE RESULTADOS PREGUNTA 10.....	118
ANEXO 12 GRAFICA DE RESULTADO DI-S.....	119
ANEXO13 GRAFICA DE RESULTADO DI-S.....	120
ANEXO 14 BROCHURE.....	121
ANEXO 15 FICHA ODONTOLOGICA.....	122

## **CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION**

### **1.1 INTRODUCCION**

En la actualidad el comportamiento de numerosas enfermedades está determinado en gran medida por la conducta y actitudes de los individuales hacia el auto cuidado de la salud, al mismo tiempo estas conductas están reguladas por patrones culturales y de tradición popular, así como por el significado que el individuo le otorgue a la enfermedad. En el período del embarazo la existencia de ciertas creencias y mitos populares en relación con la salud bucal influyen en las actitudes que asumen las gestantes hacia el proceso salud enfermedad. La modificación de la conducta individual con el fin de reducir el riesgo de enfermar, o de aumentar la salud y el bienestar, es hoy el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública.

Estos objetivos son llevados a cabo a través de intervenciones dirigidas hacia el conjunto de la comunidad, ya sea mediante estrategias educativas que pueden ser transmitidas a través de los medios de comunicación, como con la participación de agentes de salud que deben desarrollar potencialidades que los capaciten para ejercer liderazgo social en la prevención de la enfermedad y promoción de salud u otros enfoques de tipo comunitario.

Para promover comportamientos saludables debemos tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo. La información científica hace falta para fomentar la aparición de nuevas creencias que la incluyan, así como para mezclarse con las tradiciones culturales de los grupos humano.

En este caso hablaremos de salud odontológica; Todas las enfermedades pueden prevenirse y las enfermedades bucales no son la excepción.

La importancia radica en que al poner en marcha la promoción y prevención de la salud bucal interpondremos barreras que interfieran en el desarrollo de las enfermedades bucodentales.

Sabemos que la odontología preventiva es la que se encarga de poner medidas de cuidado especial y preventivo que ayudan a mejorar y obtener beneficios altamente resultantes.

Estas acciones tienen como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de los estilos de vida y de los patrones de consumo.

## 1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Las páginas de la historia consagran que el 19 de diciembre de 1957, la Asamblea Nacional Constituyente estableció las bases que dieron paso al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), al promulgar el Decreto No. 21 que estipula la obligación del Estado de garantizar a los trabajadores del país medios de subsistencia como derecho real y delegar la responsabilidad de administrar los servicios correspondientes. Dos años después, se creó el IHSS mediante el Decreto No. 140 del 3 de julio de 1959. El Seguro Social surgió como "una entidad autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente de la hacienda nacional". Desde su creación se le asignó la responsabilidad de "orientar, dirigir, prestar y administrar los servicios de seguridad social a la población trabajadora de Honduras", basándose para ello en el Artículo 142, Capítulo VI de la Constitución de la República.

Adicionalmente, los Artículos 143 y 144 de la misma Carta Magna, señalan que "el estado, los Patronos y los Trabajadores están obligados a contribuir al financiamiento, mejoramiento y expansión de la seguridad social". La Seguridad Social nace como consecuencia de la huelga

Bananera de la Costa Norte en julio de 1954. En el pliego original de 10 puntos El Comité de Huelga hace énfasis en la parte económica exigiendo además un código de trabajo y libertad de sindicalización. Dos meses después (21 agosto), la lista de condiciones sube a 30 puntos, dentro de los cuales sobresale la creación de los Ministerios de Salud y de Trabajo, mejorar las condiciones de salud y de educación en los enclaves bananeros de la United y la Standard Fruit, además el establecimiento de la Seguridad Social que acababa de aprobarse en Guatemala durante el gobierno de Jacabo de Arbenz. El Presidente de Honduras en esa época el Dr. Juan Manuel Gálvez negoció el citado pliego de condiciones y ya para 1955 hay una dirección de trabajo para resolver conflictos laborales.

1956 el Presidente Julio Lozano crea el Ministerio de Salud, cuyo primer Ministro fue el Doctor Manuel Cáceres Vigil, y el Ministerio del Trabajo cuyo primer Ministro fue el Profesor Mariano P. Guevara que dura sólo un año, siendo sustituido en 1958 por el Dr. Rogelio Martínez Agustínuz. En 1959 durante el gobierno del Dr. Ramón Villeda Morales se aprueba el Código de Trabajo y el 22 de mayo del mismo año se aprueba la Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social en el Congreso, presidido por el Dr. Modesto Rodas Alvarado, nombrándose como primer director al mencionado Dr. Rogelio Martínez Agustínuz, hombre de probada honradez e inteligencia; como subdirector quedó el Dr. Alfredo Midence, famoso radiólogo; y como Director Medico el Dr. Gaspar Vallecillo, renombrado clínico y profesor de la escuela de Medicina. Y el 3 de julio se publica oficialmente en el diario La Gaceta.

En los primeros años se organiza financiera y administrativamente la Institución, siendo asesorada por técnicos de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en especial por el Sr. Fernando Antonio Bayo, quien por muchos años trabajo en el Seguro Social.

De esta forma se aprueba el Reglamento, donde se establecen sólo tres prestaciones: Enfermedad, Maternidad (EM) que inició en 1962, Vejez, Invalidez y Muerte (IVM) que inició en 1969; y Riesgos Profesionales, que entró en vigencia el 29 de junio de 2005. En la Ley se establece la obligatoriedad de los trabajadores y empresarios para afiliarse al IHSS, y las cuotas son las siguientes: para Enfermedad Maternidad (EM) es del 5% para el Patrono, 2.5% para el Trabajador, y 0.5% para el Estado; haciendo un total de 8%. Para Vejez, Invalidez y Muerte (IVM) la tasa de cotizaciones es de 2% para el Patrono, 1% para el trabajador y de 0.5% para el Estado, en total de 3.5%. Sumando ambas prestaciones un total de 11.5%. A este porcentaje, se agrega un 0.2% para proporcionado por el Patrono para cubrir la prestación del régimen de Riesgos Profesionales.

Cabe mencionar que cuando se funda INJUPEM (Instituto de Jubilaciones para Empleados Públicos), de una sola vez para cumplir esta prestación se asignaron 13% del Estado, 8% del trabajador, y por si fuera poco, no hay techo de cotización. Mientras que en el Seguro Social su techo de cotización de 600 Lempiras no cambió desde 1962 hasta el 1 de junio de 2001, como consecuencia de un movimiento huelguístico que fue iniciado por la Asociación de Médicos del IHSS y el Colegio Médico de Honduras, y prontamente apoyado por el Sindicato de Trabajadores del IHSS, lográndose que la Junta Directiva de la Institución elevará el techo a partir de esa fecha sobre una remuneración máxima de dos mil cuatrocientos lempiras (L. 2,400.00), estableciéndose que al final de cada uno de los períodos de un año que finalizaron el 1 de julio de 2002 y el 1 de julio de 2003, respectivamente.

La Junta Directiva no hubiese realizado los estudios actuariales que le indiquen los parámetros para un ajuste en las tasas de cotización, estas serán incrementadas automáticamente, elevándose

los techos a tres mil seiscientos (3,600) y cuatro mil ochocientos (4,800), respectivamente en cada una de las fechas arriba indicadas (Artículo 55-B de la Ley del IHSS, Decreto 140).

La prestación de servicios de salud que se ha venido practicando en el IHSS durante los últimos 45 años se ha caracterizado por ser fragmentado, discontinuo centrado en la atención altamente especializado, con un uso indiscriminado y no controlado de medicamentos; en resumen, es un servicio que podemos definir como organicista, que predominó a inicios del siglo pasado, cuya característica es la inaccesibilidad e inequidad con altos costos y despersonalizado. (Bu Girón 2006).

El análisis del proceso de consultas ambulatorias revela un círculo vicioso de la atención con pérdida de la continuidad para el derecho habiente, y no necesariamente visto por el mismo médico. Además la pérdida de integralidad dando paso al fraccionamiento de las consultas entre varios médicos generales y especialistas, la atención y seguimiento de las enfermedades de los pacientes, son efectuadas por diferentes médicos, sin oportunidad de verificar si hubo o no éxito en el manejo y tratamiento recomendado, lo que evita establecer una sólida relación médico-paciente. Esta prestación de servicios es altamente costosa y actualmente no responde a las necesidades reales de la población, dificulta la unificación de criterios para el manejo y tratamiento de las entidades nosológicas por parte del personal de salud y limita un correcto monitoreo y evaluación de la atención brindada.

En cuanto a la integración de las unidades del IHSS, existen dificultades entre las mismas para ofrecer una atención continuada e integrada y accesible, lo que reduce la calidad de la prestación de los servicios y la insatisfacción de los usuarios. (PAISFC 2007).



En la periférica #2 del Instituto Hondureño de Seguridad Social cuenta con un departamento de odontología el cual está formado por dos clínicas dentales en la que se les brinda atención a los empleados afiliados al IHSS realizándoles los siguientes tratamientos:

Evaluaciones

Exodoncias

Obturaciones con amalgama y resina

Pulpotomias

Profilaxis

Aplicaciones de flúor

El departamento de odontología da cobertura las áreas de ginecología adulto mayor y pediatría también brinda apoyo al programa del gobierno ESCUELA SALUDABLE interviniendo las escuelas kínderes guarderías se da apoyo a las comunidades con brigadas odontológicas para aquellas personas que no tienen recursos ni acceso a un centro de salud. Una de las debilidades más fuerte que presenta el departamento de odontología es la falta de promoción y prevención de la salud bucal a los pacientes que asisten a la clínica de la periférica #2, para poder de esta manera ayudar a reducir la alta incidencia de las enfermedades bucales que se observan en dicha clínica, comenzando a educar a las mujeres embarazadas a los niños en pediatría y haciendo conciencia al adulto mayor que aunque use prótesis debe tener cuidados bucales.

### 1.3 DEFINICION DEL PROBLEMA

El comportamiento epidemiológico de la salud y de las enfermedades bucales así como de las condiciones de vida y de salud general de las personas, es el resultado de un proceso dinámico que se produce en todos los ámbitos de la vida social: en los centros laborales, en el ámbito del consumo familiar; en las posibilidades de organizarse en los procesos culturales de los cuales es participe. (Breilh, 1994). Asimismo, Breilh(1994) afirma que cada grupo socioeconómico tiene un patrón de vida característico, que determina su movimiento de relación entre el ambiente y las condiciones genéticas y fisiológicas típicas que lo caracterizan. La caries dental se refleja el carácter de la clase que tiene el proceso salud-enfermedad, ya que el comportamiento epidemiológico de la salud y la enfermedad bucal se presenta de manera desigual para los diferentes países a partir de sus condiciones de desarrollo socio- económico.

Al interior de cada uno de ellos, también se presenta de manera desigual para las diferentes clases sociales. Por otra parte Rioboo (2002) describe el comportamiento epidemiológico de la caries dental para los paises desarrollados y los no desarrollados, o pobres, afirma que para la década de los 60 la caries llegó a constituir una pandemia, sin embargo, durante los últimos 25 años se produce un cambio en el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad. Números estudios epidemiológicos han demostrado que la prevalencia de caries dental se modificó en el curso de las últimas décadas en la mayor parte del mundo. En las partes industrializadas y en algunos países en vías desarrollo, la experiencia de caries en niños y adolescentes experimento una importante reducción, al mismo tiempo que incremento la proporción de individuos con boca libre de caries y es más baja la frecuencia de otras enfermedades estomatológicas. (Yankilevich, Battellino, Cattoni y Cornejo, 1992).

En Venezuela estudios epidemiológicos realizados a nivel nacional por el Ministerio de Sanidad (1974), FUNDACREDESA (1984) y a nivel regional por Méndez et al. (1996) y Morón et al. (1996, 1998, 2000 y 2004) demuestran en sus resultados que la caries dental constituye un proceso que se inicia desde las etapas tempranas del desarrollo humano y va incrementándose a medida que el individuo avanza en edad. Según las premisas antes planteadas esta investigación pretende generar promoción y prevención de la salud bucal dirigido a los pacientes de la periférica #2 del IHSS, donde participen los odontólogos y las asistentes dentales con el fin de ofrecer información en las primeras edades de vida sobre la salud bucal que contribuya a la adquisición de hábitos y costumbres que favorezcan a elevar los niveles de salud bucal en los niños y adolescentes de la periférica # 2 IHSS.

### 1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

La falta de promoción y prevención en salud bucal en la periférica #2 del IHSS tiene como consecuencias enfermedades buco dental como en primer grado la formación de placa bacteriana que nos lleva a la formación de cálculo dental lo que da paso a una gingivitis luego a una periodontitis y esto a la pérdida del diente, otra de las enfermedades es la caries dental que al no tratarla se convierte en pulpitis luego se forma un absceso dental finalmente a la pérdida del diente; las causas que provocan estas enfermedades son:

Falta de educación

Mala técnica de cepillado dental

Falta de uso hilo dental

Escaso recurso económico

Mala higiene

Alta ingesta de carbohidratos

Hábitos nocivos

Falta de aplicación de flúor

### 1.3.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Conocer las causas de la alta incidencias de enfermedades bucales de los pacientes de la periférica #2 IHSS?

### 1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Qué medidas de acción y prevención hay actualmente en el departamento de odontología en la periférica#2 del IHSS?

¿Cuáles son los factores que influyen en la alta incidencia de enfermedades bucales en la periférica#2 del IHSS?

¿Qué consideraciones hay para promocionar para la prevención de la salud bucal a la comunidad que asiste periférica #2 del IHSS?

¿De qué manera se podría promocionar la prevención en salud bucal en el departamento de odontología periférica#2 del IHSS?

## 1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO

### 1.4.1 GENERAL

Conocer las causas del alta incidencias de enfermedades de los pacientes que asisten a la periférica #2 del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

### 1.4.2 ESPECIFICOS

- Realizar un diagnóstico de las medidas de acción y prevención odontológicas en el departamento de odontología.
- Identificar los factores que influyen en la alta incidencia de enfermedades bucales.
- Determinar las consideraciones necesarias a promocionar en la salud bucal.
- Definir un programa de prevención de la salud bucal en el departamento de odontología de la periférica #2 del IHSS.

## 1.5 JUSTIFICACION

En el campo de la salud bucal las acciones preventivas son la mejor estrategia de afrontar los diversos problemas de salud desde el espacio geográfico una comunidad hasta los de una nación, desde un orden individual a un orden poblacional. La salud bucal contribuye significativamente en la salud general, en el crecimiento y desarrollo del niño, juega un papel importante en la nutrición, correcto lenguaje y el desarrollo normal de los maxilares; Así también influye en la apariencia y la autoestima de los pacientes mejorando su calidad de vida. La prevención va dirigida a reducir la alta incidencia de enfermedades bucales en las zonas urbanas y rurales proporcionando capacitaciones y medidas preventivas para reducir los riesgos de: Las

enfermedades bucodentales son consideradas un problema por su alto grado de frecuencia se presenta entre la población sin distinción de raza, edad, y nivel socioeconómico.

La importancia de realizar el estudio nos ayudara a conocer el estado de salud de los pacientes, los resultados que obtengamos servirá a la periférica # 2 del IHSS como referencia importante para planificar programas y estrategias de atención odontológicas. Los beneficios serán mayores cuando antepongamos en marcha la promoción y prevención de la salud bucal, o más rápidamente detectemos la enfermedad. Para la realización de este proyecto se cuenta con todos los medios de prevención odontológica, recursos económicos, el conocimiento humano profesional de respaldo para desarrollar los objetivos planteados y tratar de demostrar la hipótesis propuesta.

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, en 1978 discutieron en la conferencia de Alma Ata el futuro de la salud, y formularon una estrategia global. A través del servicio de Salud Buco-Dental, se establecieron metas para mejorar la salud bucal. En 1982, a partir de esa estrategia, fue ratificada la meta por la Federación Dental Internacional (FDI) como máxima autoridad técnica mundial de odontología. A partir de esto, cada país según sus características y posibilidades procedió a establecer sus propias metas y definir las acciones necesarias a ejecutar.

### **2.1.1 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL**

Durante los años 80 y 90, Europa reportó una tendencia a la disminución índices de salud bucal en menores de doce años de edad de tal para el año 2000 alcanzaron los índices recomendados por la OMS. (Higashida B. 2001) Las condiciones de salud bucal en el contexto Latinoamericano se expresa cómo un verdadero mosaico epidemiológico, en las que se combinan problemas de las sociedades llamadas subdesarrolladas con las de desarrollo avanzado. En dichas sociedades, la estructura socioeconómica se manifiesta, entre otros aspectos, por las condiciones de salud de la población. En el caso de la bucal, se expresa por las posibilidades de acceso a la misma. (Doris D. Méndez 2003).

En la proximidad de la celebración del “Día de la Odontología Latinoamericana, Cuba informa que sus indicadores de salud bucal se encuentran al mismo nivel de los de los países más desarrollados. Asimismo revelan un sobre cumplimiento de las metas propuestas por la OMS. (Irogoyen Zepeda 2001). En Argentina, el Programa Nacional de la Salud Bucal tenía como línea

de acción la promoción de la salud en la infancia, la fluorización del agua de consumo y el estímulo de la calidad de la atención. Uno de los grupos prioritarios son los niños hasta los doce años de edad. (Tascon J.2005).

Estudios realizados por el Ministerio de Salud en la población escolar de Brasil,

Mostraron que la salud bucal mejoró como resultado de un conjunto de acciones educativas y preventivas. Asimismo, la adición de flúor al agua de consumo beneficio al 42 por ciento de la población en 1996. Contrariamente, Perú presenta indicadores poco halagadores. El estudio Tello- 2001 sobre salud bucal, reflejo que el 79 por ciento de los niños carecen de una buena salud bucal. Lamentablemente, las políticas sobre este tema utilizan programas ajenos a su realidad social. Idealmente, a los cuatro años de edad deberían estarse implementando intervenciones de promoción y prevención bucal dirigido a los padres de familia. Sin embargo, el Ministerio de Salud el Colegio de Odontólogos Peruano ejecuta tardíamente programas de prevención bucal. (Secretaria de Salud 1987).

En El Salvador, un estudio realizado en 1999 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y por el Ministerio de Educación, reveló que solamente el 28.2 por ciento de los niños gozaban de una buena salud bucal. La OMS tenía su sede en Ginebra, Suiza y está conformada por aproximadamente 190 países. La OPS es la oficina regional para las Américas, y ambas tenían por objetivo mundial el alcanzar el mayor nivel posible de salud para todos los pueblos. Tanto la OMS como la OPS participan en el esfuerzo mundial para poner en relieve y abordar los problemas de salud bucal. La OMS y OPS, declararon el 7 de abril de 1994 “año de la salud buco dental”. El propósito de las actividades era informar a las comunidades, promoviendo la participación comunitaria en las intervenciones de salud bucal, la cual es fundamental en la



calidad de vida del individuo. En circunstancias, la falta de salud bucodental puede llevar a una mala salud en general e incluso la muerte, por complicaciones de las afecciones o enfermedades de las estructuras de la cavidad bucal. Asimismo, el mal aspecto de las estructuras bucales puede menoscabar la imagen que una persona tenía de sí misma y crearle dificultades para el desenvolvimiento en su entorno social. A pesar de un sin número de esfuerzos, el papel de la salud bucodental es desestimado como parte del bienestar y la salud general. Se hace necesario despertar la conciencia y tomar medidas preventivas en este campo. En virtud que la salud no es la mera ausencia de enfermedad, idealmente para gozar de la misma es indispensable realzar la trascendencia de mantener una buena salud buco dental. Es pertinente referir que en lo que a salud buco dental se refiere aún no se ha optimizado el potencial de las medidas preventivas.

Esto a pesar que con inversiones relativamente pequeñas se obtiene beneficios que perduran toda la vida. Como punto de partida en la socialización y educación de las poblaciones debe conocerse lo que significa en términos generales lo que es “gozar de salud bucal”. Puede decir que la Salud Bucal es la resultante de la interacción de todos los factores económicos, sociales, biológicos y culturales que propician una permanencia más prolongada de los órganos dentales en el individuo. Esta se sustenta en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permita la mejor función con órganos involucrados en la digestión. Lo anterior, sin menoscabar el sentimiento de aceptación regido por las pautas culturales del grupo social de pertenencia, que marca la percepción estética como una condición en el significado de salud. (Saska Estupinar 2005).

Una de las máximas prioridades de la odontología es conservar una buena salud dental por medio de medidas preventivas y de tratamiento temprano. Sucintamente, las principales enfermedades

buco dentales como la caries (con sus respectivas consecuencias) y la gingivitis son consecuencia de ausencia de higiene bucal. Sin menospreciar que estas afecciones y aspectos buco-dentales pueden producirse ante factores en el medio buco-dental, condiciones genéticas y del comportamiento, los demás aspectos buco dentales como piezas dentales en situación de riesgo, la mal oclusión, la fluorosis dental, son secundarias a la no realización de las prácticas de higiene bucal.

### 2.1.2 ANALISIS MICRO ENTORNO

En Honduras, en 1997 se realizó un estudio epidemiológico de salud bucal en escolares menores de quince años de escuelas públicas. Solamente un 60.7 por ciento se cepillan los dientes más de una vez al día (y la mayor parte son del área urbana). Un 76.1 por ciento no ha recibido enjuagues de soluciones con flúor en los últimos seis años. Se obtuvo un ceo (promedio de dientes cariados, extraídos y obturados en piezas temporales) a los ocho años de edad de 5.17. Se reporta que no hay diferencia en cuanto el sexo; sin embargo, es mayor la incidencia en escolares de madres analfabetas. La prevalencia de la historia de caries a los ocho años de edad fue de 59 por ciento. Se obtuvo un 1 por ciento de fluorosis y un 25.8 por ciento de alteraciones oclusales. El CPO-D a los 12 años de edad fue de 4.51; y un 9.7 por ciento de los niños necesitan atención odontológica inmediata. (Secretaria de Salud 1997)

En Honduras, son pocos los estudios que brindan información sobre la dimensión de problemas referentes a la salud bucal. En 1987 se reportó un índice CPO ceo-d de nueve, y una prevalencia de caries del 98 por ciento. (OMS 2000)

Es significativo realizar un estudio de esta naturaleza a fin de actualizar la información para emitir estrategias de abordaje a la problemática que enfrenta la población escolar. De acuerdo con

la Organización Mundial de la Salud (OMS), Honduras se encuentra entre los países de alto rango de enfermedades bucales. Es ampliamente reconocido que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser prevenibles. Desafortunadamente, también es cierto que Honduras no promueve la cultura de la prevención, y el área de odontología no es la excepción. En general los pacientes acuden al odontólogo cuando la enfermedad está avanzada, lo que implica molestias, complicaciones, severidad, pérdida de tiempo, ausentismo escolar e incluso se eleva el costo de la atención bucal. El reflejo de esta situación se ve plasmado en los altos índices reportados en 1987. Diez años después (1997), la misma institución realizó un estudio epidemiológico en las escuelas de educación primaria en el ámbito nacional evidenciando un CPO ceo de 5.3 con una prevalencia de caries de 88.2 %.

La lucha frente a estos problemas de salud bucal, depende en gran medida de factores sociales, de comportamiento y de los estilos de vida. Los criterios diagnósticos que mejor predicen hasta ahora el riesgo de caries incluyen: edad, prácticas inadecuadas de higiene oral, nivel socioeconómico bajo, historia previa de caries, índice de caries actuales, mal oclusión y la deficiente exposición al flúor, entre otros. Por ser la caries una enfermedad que se desarrolla a lo largo de los años, resulta importante considerar todos los posibles factores que inciden en su etiopatogenia.

### 2.1.3 ANALISIS INTERNO

Con la alta incidencia que refleja los AT1 ( Informes diarios de pacientes) que se llevan en la clínica de odontología de la periférica#2 del IHSS se observó que la enfermedad más alta es la caries dental y el grupo de mayor incidencia son los niños de 5 años con un porcentaje 30% luego le sigue el grupo de 18- 27 años con un porcentaje de 25% y finalmente el grupo de 28- 35 años

con un porcentaje de 20% , por tal razón estos pacientes cuando llegan una edad arriba de los 40 años presentan ausencia de la mayoría de sus piezas dentales. La segunda enfermedad que se observa en la clínica es la Enfermedad Periodontal y la Gingivitis que el grupo de mayor incidencia es 18-25 años le sigue el de 28 -35 años y finalmente los mayores de 40 años. Toda esta estadística se debe a que los pacientes presentan una mala higiene bucal, no tienen una adecuada alimentación, tienen malos hábitos presentan una educación pobre en cuanto a salud bucal como son las técnicas de cepillado dental, el uso del hilo dental, las aplicaciones de flúor en el caso de los niños y los cuidados de la madre en el embarazo. La caries dental es una enfermedad crónica; infecciosa transmisible y multifactorial; es muy frecuente en la infancia y constituye la causa principal de la pérdida dental, se produce durante el periodo post eruptivo del diente culminado en una desmineralización ácido localizada, puede llegar a la destrucción total del diente sino es limitado el daño. (Sosa 2003).

En la periférica #2 del IHSS acude una porción pequeña de pacientes a la consulta odontológica, no porque les duela algo o tengan una patología en su boca, si no para mantener un buen estado de salud bucal; En estos felices casos hay una actitud altamente positiva que el personal debe apoyar y fortalecer. Según los estudios de la secretaria de salud pública hay que implementar un programa donde se pueda educar a la población sobre la importancia del cuidado oral, de modo que busque al médico odontólogo para prevenir la formación de caries dental avanzada es una de las causas más frecuentes en las extracciones tempranas de los dientes. Si en el IHSS se brindan servicios de primer nivel de atención primaria ayudaría a fortalecer las capacidades de la Institución.

Por esa razón si brindamos promoción y prevención de la salud bucal, con un enfoque familiar y comunitario, en la periférica #2 del IHSS, que consistiría en la prestación de servicios de salud bucal, de forma continua que desarrolle acción de prevención y rehabilitación de enfermedades bucales, con el propósito de contribuir a una vida sana y económicamente productiva; mediante la participación activa del derecho habiente. Hacer uso de maniobras preventivas como utilizar técnicas y agentes para impedir el inicio de la enfermedad para cambiar el sentido opuesto de esta o detenerla antes de que requiera tratamiento.

La odontología preventiva primaria es una práctica eficaz productora de salud odontológica.

En la odontología preventiva los tratamientos más usuales son:

- a.- fluorizaciones para reforzar el esmalte
- b.- selladores de fosas y fisuras para proteger al diente permanente de caries.
- c.- detención de caries en su estado inicial.

La ventaja de estos tratamientos son su corta duración, su mínima molestia y su resultado final más económicos para el paciente e Institución. Así hacer ver al paciente que existe una relación entre salud bucal y salud general, cuando la salud general se ve afectada la salud bucal se debilita por ejemplo los signos de diabetes, SIDA, hepatitis, artritis pueden ser vistos en la boca. De la misma forma cuando la salud bucal se debilita puede incrementar los riesgos de una pobre salud general como son las enfermedades cardio vasculares. Con la promoción y prevención de la salud bucal se pretende dar protección específica de las enfermedades bucales se debe orientar a la formación, instrucción y motivación de los derecho habientes para realizar un adecuado control

personal de placa dentó bacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico como cepillo dental, hilo dental, y auxiliares de la higiene bucal como pastillas reveladoras de placa bacteriana.

Hacer promoción de la salud bucal debe ir orientada a:

- a. Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo.
- b. Informar sobre los padecimientos más frecuentes y sus secuelas.
- c. Desarrollar y formar en su caso hábitos conductas que favorezcan la salud bucal.
- d. Promover el cuidado de los tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal.

La educación de la salud bucal se debe realizar a través de:

- a. Comunicación interpersonal e intermedia, se debe realizar mediante mensajes en consultas, platicas demostraciones, videos teatro.
- b. Prácticas para el auto cuidado de la salud bucal, previo a iniciar cualquier tratamiento dental.
- c. Comunicación colectiva que se lleva a cabo a través de medios como: ferias de salud, trifolios afiches, murales.

Otras medidas de protección que se tomaran en cuenta para la vigilancia:

- a. Estudios epidemiológicos cada 5 años de incidencia de caries.
- b. Monitoreo de aplicaciones de flúor con forme a dosificaciones señaladas en un reglamento técnico vigente.
- c. Componentes educativos dirigidos a la población y profesionales involucrados. (Taylor RB 1998).

## **MARCO CONCEPTUAL Y FUNDAMENTO**

La salud bucal de los individuos y la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud- enfermedad; por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de este y en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de la estructura y funcionamiento del aparato estomatognatico que permitan a mediano y largo plazo, disminuir el nivel de prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población hondureña. Las enfermedades de mayor prevalencia de acuerdo con la organización mundial de la salud son las caries dentales y la enfermedad periodontal la frecuencia media son las anomalías dentó-faciales y mala oclusiones, la frecuencia variable son el cáncer oral, los defectos de los tejidos dentales los traumatismos maxi faciales por causa de violencia y fluorosis dental. (Mata 2000), (Taylor RB 1998).

Honduras de acuerdo con la clasificación mundial de la salud se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia de enfermedades bucales, dentro de ellas las caries dentales que afecta más del 90% de la población. Las enfermedades bucales por su alta morbilidad se encuentra entre las de mayor demanda de atención entre los servicios de salud del país, situación que condiciona al incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población. Como consecuencia de lo anterior, la sociedad hondureña y sus instituciones carecen de la suficiente capacidad económica para resolver las necesidades de atención odontológica de la población. (OPS/OMS 2001).

(Willian, 1998) (Marcador de Posición 1) Sin embargo es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas y diagnóstico temprano, para una disminución significativa de sus secuelas. Por esta razón es indispensable unificar y establecer los criterios de atención de salud bucal, con énfasis en la prevención integral, en los sectores públicos, social y privado. La normativa de la prevención integral para práctica en cirugía dental pública, social y privada en el ámbito nacional, es la estrategia de acción más efectiva para mejorar el estado actual de salud bucal de la población hondureña.

Estas acciones tienen como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos como parte del mejoramiento de los estilos de vida y los patrones de consumo. (Ross Willian 1998).

## 2.2 TEORIAS DE SUSTENTO

### 2.2.1 ODONTOLOGIA PREVENTIVA

En los últimos años, la enseñanza de la odontología se ha modificado. Así, se concede importancia a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Los padres, niños y niñas valoren la importancia de la prevención para disminuir la frecuencia de enfermedades bucales en los aspectos individuales y colectivos, y de ese modo identifique dicha prevención como parte esencial de la salud. La odontología preventiva es la actitud que comprende el cambio en la escala de valores cuyo valor más alto es el mantenimiento de la salud bucal. Se puede definir como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal.



Por lo general las personas acuden a consulta odontológica cuando padecen caries avanzadas o sus complicaciones y muchas veces lo hacen cuando ya es imposible conservar los dientes. Por ello, la tendencia actual de la odontología es la prevención.

La filosofía de la odontología preventiva incluye:

- a. Considerar al paciente como unidad y no como un conjunto de dientes enfermos.
- b. Si el paciente tiene una boca sana, tratar de conservar la salud.
- c. Diagnosticar y tratar lesiones lo más pronto posible.
- d. Rehabilitar al paciente.
- e. Dar educación para la salud del individuo, la familia y comunidad.

#### IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y SUS NIVELES

Se consideran problemas de salud pública en el mundo los siguientes:

- a. Caries dental.
- b. Enfermedad periodontal.
- c. Anomalías dentó faciales.
- d. Mal oclusión.
- e. Cáncer bucal.
- f. Malformaciones de tejidos dentales.
- g. Traumatismo maxilofacial.
- h. Fluorosis dental.

De este modo, resulta que la caries dental y la enfermedad periodontal son de las enfermedades más frecuentes en la población, por lo cual existen muchas personas con caries sin obturar y desdentadas. También son comunes el cáncer bucal y las mal oclusiones.

Lo más importante de estos padecimientos es que pudieron evitarse.

Un programa de odontología preventiva debe realizarse en dos niveles: el hogar y el consultorio.

Las medidas a seguir en el hogar incluyen:

- a. Práctica de una higiene bucal correcta, uso de dentífricos y cuando se requiera enjuague con flúor.
- b. Dieta adecuada
- c. Tratamiento de cualquier enfermedad potencialmente perjudicial para las estructuras de la boca.
- d. Acudir a citas con el odontólogo.

El odontólogo debe considerar al paciente como una unidad biopsicosocial, es decir como un ser humano completo y por tanto debe preguntar a ese paciente que espera del odontólogo y cual son sus conocimientos y sus temores. Asimismo, el programa en el consultorio debe contemplar:

- a. Control de placa bacteriana.
- b. Aplicación de diferentes métodos preventivos, entre ellos uso de fluoruros en distintos medios.
- c. Instrucción al paciente acerca de dieta y alimentación.
- d. Aplicación de pruebas para valorar actividades de caries.
- e. Uso de selladores de fosetas y fisuras.

- f. Educación y enseñanza al paciente.
- g. Seguimiento o control con una frecuencia definida.

Uno de los objetivos primordiales de un programa de odontología preventiva

Consiste ayudar al paciente a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal. Por tanto, es necesario enseñar al paciente a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender como se producen y a controlarlos.

El odontólogo tiene que reconocer el esfuerzo de los pacientes que tienen una boca sana. También debe estar consciente de que las personas tienen necesidades, entre ellas (figura 1), fisiológicas de seguridad, de reconocimiento, social de autoestima y de auto relación.

El individuo satisface por sí solo las necesidades fisiológicas, como el hambre y la sed, entre otras, y de manera similar trata de cumplir con sus requerimientos de seguridad, como vivienda, trabajo, etc.

El odontólogo puede desempeñar una función muy esencial en la motivación del paciente para satisfacer necesidades sociales, como pertenecer a un grupo, ser aceptado y reconocido, lograr autoestima y dignidad: una boca sana, un aliento fresco y una sonrisa agradable son importantes para alcanzar aceptación social y mejorar la autoestima.

## 2.2.2 PROBLEMAS DE SALUD EN AMERICA E IMPORTANCIA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

En 1990, la Organización Mundial de la Salud informó que cada una de 10 personas tiene totalidad de sus dientes sanos y obturados. Las caries dentales constituyen una enfermedad de carácter universal, manifiesta su ataque desde el primer año de vida, afecta más o menos al 91%

de la población mayor de cinco años y es más frecuente entre las personas de 5 a 14 años de edad.

Las enfermedades periodontales ocurren con mayor frecuencia en personas de mayor edad; sin embargo, junto con las caries constituyen problemas graves de salud, no solo por su carácter mutilador, sino por las complicaciones sistémicas generales. Es imposible resolver esos problemas con la mera atención odontológica curativa, ya sea a través de instituciones de salud pública o de las privadas. La situación es más grave si se analiza la baja cantidad de recursos humanos enfocada a brindar atención. De autorrealización de autoestima de reconocimiento social de seguridad fisiológicas entre 1985 y 1989 se realizaron estudios en varios países de América Latina para determinar la situación de la salud bucal, sobre todo en relación con las caries dentales y las enfermedades periodontales, que son las más frecuentes. Precauciones universales la boca es una cavidad donde abundan microorganismos, ya sea en sangre, saliva o en placa dentó bacteriana. Esos microorganismos pueden infectar a través de heridas microscópicas y contaminar instrumentos estériles, equipo dental y demás superficies.

La contaminación es la presencia de un agente infeccioso en la superficie del cuerpo, también en vestidos, ropa de cama, juguetes, instrumentos quirúrgicos, apósitos u otros objetos inanimados o sustancias incluso en el agua y los alimentos. A diferencia de la contaminación, polución denota la presencia de sustancias nocivas pero no siempre infecciosas para el ser humano. Desde 1980 se reconoció la importancia de la transmisión del virus de la hepatitis B en el ámbito odontológico y posteriormente el síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Por ello, la Asociación Dental Americana y otras organizaciones odontológicas se dedicaron a divulgar las precauciones universales enunciadas por los Centres for Disease Control (CDC) con el propósito de evitar la

transmisión cruzada de cualquier tipo de microorganismos entre los pacientes y los profesionales de la salud. Las precauciones universales se basan en los siguientes puntos:

- a. Lava y cuidado de las manos
- b. Barrera protectoras
- c. Uso de instrumental cortante o punzante.
- d. Limpieza, desinfección y esterilización del material recuperable.
- e. Aseo de superficie contaminadas.
- f. Recolección y esterilización de ropa contaminada.
- g. Vacunación contra la hepatitis B.

Salud pública existen tres concepciones:

- a. Estado de salud de una colectividad: la salud pública busca conocer el nivel de salud de la población con el fin de identificar los principales problemas que rebasan el nivel individual y que requieren de acción colectiva para su solución.
- b. Gestión administrativa mediante la cual se trata de mejorar la salud. Es decir, el Estado debe proteger la salud. Por ejemplo, según el Programa Nacional de salud (1984-1988 México), los servicios de salud pública se orientan básicamente hacia: la prevención y el control de padecimientos transmisibles y no transmisibles; la vigilancia e investigación epidemiológicas; la educación para la salud, la nutrición y la planificación familiar; el control sanitario; el saneamiento básico y la prevención, y el mejoramiento de la calidad del ambiente. Para lograr estos objetivos es necesario contar con la participación activa de cada integrante de la colectividad.
- c. Grupo de conocimiento para el mejorar la salud de las colectividades humanas.

Como ciencia, la salud pública tiene un campo específico de acción, desarrolla y aplica conocimientos técnicos y científicos especiales, se apoya y sustenta en una filosofía, ofrece la posibilidad de generar investigaciones en su campo y también permite el entrenamiento intelectual riguroso.

La salud pública, de acuerdo con (winslow 2000), es la ciencia es el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para lograr:

- a. El saneamiento del medio.
- b. El control de las enfermedades transmisibles.
- c. La educación de los individuos en la higiene personal.
- d. La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico oportuno y el tratamiento preventivo de las enfermedades.
- e. El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Cada cuidado debe recibir esos beneficios para estar en condiciones de gozar su derecho a la salud y a la longevidad, y esta es una búsqueda necesaria. La salud pública se considera una ciencia porque requiere de fundamentos teóricos y concepciones científicas aceptadas y comprobadas, pero también necesita habilidad y capacidad para la aplicación de técnicas y procedimientos que permitan realizar ideas.

Algunos autores consideran conveniente incluir la rehabilitación al hablar de salud pública, ya que la función de esta son:

- a. Protección de la salud.

- b. Fomento de la salud.
- c. Restauración de la salud
- d. Funciones técnicas generales y de servicios auxiliares.
- e. Por su parte Nalón agrupo las actividades de la salud pública en siete categorías.
- f. Realización colectiva.
- g. Dirigidas a prevenir la enfermedad, la incapacidad y muerte prematura.
- h. Relacionada con la previsión médica.
- i. Relacionada con la recolección y el análisis de estadísticas vitales.
- j. Educación sanitaria del público, ya sea individual y colectiva.
- k. Planeación y evaluación de los programas de salud.
- l. Investigación ya sea científica, técnica o administrativa.

Las actividades comunitarias en las que el médico no interviene personalmente son:

- a. Control sanitario de alimentos y bebidas.
- b. Control de insectos roedores y otros vectores.
- c. Control de la contaminación de la atmósfera, el suelo el agua, así como prevención de los peligros de radiaciones y ruido.

En las actividades para sanear el ambiente intervienen, entre otros ingenieros sanitarios, ingenieros industriales, químicos, técnicos en saneamiento, antropólogos y educadores. Muchas personas ajenas a la medicina también son necesarias para abastecer agua potable y drenaje, controlar la calidad de los alimentos y bebidas, así como combatir insectos, roedores y otros vectores.

Otras actividades en cambio, requieren de la participación del personal médico, odontológico y paramédico (que trabaja al lado del médico u odontólogo) y por tanto, de la medicina preventiva, lo cual es parte de la salud pública. Entre esas actividades se encuentran: control de padecimientos transmisibles y no transmisibles, educación higiénica; organización de servicios médicos, enfermería y diagnóstico oportuno y tratamiento de enfermedades.

Las salud publica según los señalamientos de la Organización Mundial de la Salud, comprenden actividades cuyo fin es proteger, fomentar y reparar la salud y que son principalmente de responsabilidad colectiva; el medico necesariamente intervendrá y participará en dichas actividades pero no todas son responsabilidad.

### 2.2.3. LA SALUD ORAL

En la actualidad existe la capacidad de prevenir o controlar la mayor parte de las enfermedades o trastornos orales de los pacientes. Miles niños y jóvenes en ESTADOS UNIDOS se han beneficiado con estos procedimientos. Por ejemplo, la caries ha disminuido drásticamente entre los menores estadounidenses entre los 5 y 17 años de edad. (Kaste et al, 1998). De hecho, la información reciente demuestra que casi el 55% de ellos está libre de caries en los dientes permanentes, en ese sentido el porcentaje disminuye drásticamente con la edad. Además, una impresión general es que la boca de los pacientes está más limpias con pequeñas manchas exógenas perceptibles y con una encía saludable.

Los procedimientos preventivos no han estado disponibles ni accesibles a todos los pacientes. Esta desigualdad quizá es la razón de que cerca de 80% de las lesiones cariosas se presentan en la cuarta parte de la población infantil estadounidense. Además también aún persisten intensas disparidades en el estado de la salud oral y en el uso de los servicios odontológicos. Los pacientes



de escasos recursos tienen más posibilidades de tener mayor proporción de caries y menor probabilidad de recibir tratamiento.

Además está bien establecido que los productos del tabaco, fumar y el tabaquismo sin humo es el principal riesgo para el cáncer de la cavidad oral y faríngeo. (Silverman, 1998). Pero entre los jóvenes estadounidenses está en aumento el uso del tabaco para “escupir” es una opción segura a la de fumar cigarrillos. Es igualmente desconcertante o más, que entre la juventud el tabaquismo sea muy frecuente e incluso puede estar en aumento (Center for Disease Control and Preventivo, 1996). También debe destacarse algunos textos de educación para la salud incluyen información de que los productos del tabaco y del alcohol son factores de riesgo importantes para los cánceres de cavidad oral (Gold, 1993). De igual importancia es el hecho de que gran cantidad de jóvenes, especialmente de escasos recursos, no completan la preparatoria. (The Annie E. Casey foundation, 1997). Y muchos son padres de temprana edad. Por tanto, la información sobre salud es especialmente importante para los jóvenes que egresan de la escuela secundaria. es importante que adquieran tanto el conocimiento como las habilidades para alcanzar y conservar una buena salud, incluso la oral para ellos y sus hijos. Por estas razones es deseable la promoción de la salud oral en las escuelas y también es una necesidad. En la sociedad estadounidense ninguna otra institución después de la familia puede ser más por la salud infantil y juvenil (Kolbe, 1982). En la sociedad actual los niños viven con frecuencia en familia de padres soltero o con dos empleos la escuela constituye el único lugar de constancia en el ambiente infantil. Pero los programas de salud oral no pueden considerarse aislados de las necesidades y prioridades en conflicto dentro de las necesidades médicas, odontológicas y sociales de niños y jóvenes.

#### 2.2.4 ENSEÑANZA EN SALUD ORAL

Los niños en edad escolar, especialmente los más pequeños, dependen de los padres, de los programas escolares o de ambos, para obtener información sobre salud oral o para la inclusión en los programas o tratamientos de la odontología preventiva. Muchos maestros estiman que la instrucción sobre salud oral debe ser responsabilidad de los padres y los educadores sanitarios, no de ellos. Esta consideración sería legítima si todos los padres fueran capaces de atender la salud oral de sus hijos. Para ilustrarlo (Mandel, 1996). Puntualiza que existe amplia disminución de caries en los jóvenes de 17 años de edad, de estos el 50% está libre de caries al tiempo que expresa preocupación por el 50% que presenta caries. (Mandel, 1996). Además, el crecimiento continuo de la cantidad de niños que viven en la pobreza, junto con los recortes en los programas de salud pública, puede no hacer un buen presagio para el acceso a los servicios odontológicos de la población no atendida.

Un niño criado en un hogar donde los padres tienen carencias económicas o educativas con frecuencia está en desventaja desde el punto de vista odontológico. En estos hogares la intervención de los padres en el cuidado de la salud oral del niño inicia con la búsqueda de ayuda para aliviar el dolor. Muchas madres que trabajan y padres solteros no pueden participar en las actividades escolares y derivan la responsabilidad en autoridades escolares. Otros pueden ser apáticos o estar demasiado preocupados por conseguir el sustento de sus familias, de manera que la salud oral no constituye una prioridad en sus vidas.

Incluso con adultos muy motivados y educados es frecuente un mínimo conocimiento respecto a la salud oral. (Horowitz et al, 1996 Gift et al, 1994). Además, es posible que en los hogares y bajo la guía de los padres, resulte más difícil influir en cambio conductual, que con el maestro.

En otras palabras, muchos padres no saben cómo auxiliar a sus hijos a que ayuden a sí mismo y necesitan el apoyo de un programa de salud escolar. Incluso, y siempre que sea posible, los padres deben estar en los programas escolares de salud oral, pudiendo proporcionar un esfuerzo positivo vigoroso, ya sea por modelamiento o con mensajes verbales que apoyen los cambios de actitud y comportamiento propuesto en el ambiente escolar. En sentido ideal, la educación a los padres debe ser paralela con la del niño, de esta manera los primeros aprenderán mejorar su propia salud oral, así como tener los lineamientos para ayudar a sus hijos. Este proceso educativo de los padres frecuentemente es necesario para sobrepasar las barreras originadas por experiencias adversas en el pasado respecto al tratamiento odontológico y sus implicaciones.

La línea basal es que todos los niños tienen el derecho a una buena educación que les capacite para ser adultos capaces y productivos. Un niño sano está mejor capacitado para aprender. Las escuelas y la salud están unidas firmemente, por tanto los programas de salud escolar constituyen el nuevo cimiento para promover la salud y evitar las enfermedades entre los menores. (Horowitz, 1986, Institute of Medicina, 1997). Los programas de salud escolar han tenido tres componentes principales: educación para la salud, servicios de salud y un ambiente saludable. Recientemente algunos han expandido esta triada a un modelo de ocho componentes que incluye educación para la salud, educación física, servicios de salud, servicios sobre nutrición, promoción de la salud para el personal escolar, servicios de asesoría y psicología, ambiente escolar saludable, así como participación de los padres y la comunidad. (Institute of Medicina. School & Health: Our Nation's Investment, 1997).

Quienes abogan por este último modelo estiman que ayuda más a resolver los complejos problemas que enfrentan las comunidades, ningún modelo individual es mejor. Los programas

escolares deben ser completos y basarse en las necesidades de la población a la cual pretenden servir. Participación de los Proveedores de Atención para la Salud Oral Voluntariado Profesional.

Sin embargo es raro tener odontólogos o higienistas dentales o ambos empleados por los sistemas escolares. Por tanto, abundan las oportunidades para que odontólogos e higienistas dentales participen como voluntarios en los Programas escolares. La opinión profesional es invaluable para identificar los recursos de enseñanza-aprendizaje para hablar con grupos de estudiantes, Profesores y padres, proporcionar adiestramiento en servicio a profesores y administradores, y ayudar a las escuelas en ocasiones especiales como en el día del odontólogo y en ferias escolares.

El apoyo de la comunidad profesional Fortalece y promueve la credibilidad de un programa, mejora la imagen de la odontología y la higiene dental, y constituye una práctica constructiva para los proveedores de servicios participantes. Para reforzar las relaciones escuela comunidad. Es necesaria una presencia más consistente de los profesionales de la salud oral en todo el año académico. Los odontólogos, higienistas dentales y estudiantes de odontología de cada

Grupo proveedor pueden, y deben tener participaciones importantes en los

Programas de salud escolar (Horowitz, 1986). Estas pueden variar desde el

Liderazgo en la planeación de un programa completo de salud oral y su

Implantación, hasta proporcionar educación a los estudiantes o entrenamiento en servicios a los profesores.

O bien, tener una participación sencilla de apoyo en el procedimiento recomendado en la escuela de la localidad. Cualquiera que sea la participación, requiere que el proveedor tenga la capacidad

de conocer las necesidades de los estudiantes en la(s) escuela(s), por lo que necesita comportarse como evaluador de éstas. Y esto requiere un conocimiento científico actualizado acerca de la manera de prevenir trastornos y enfermedades orales identificados entre los niños de la(s) escuela(s) (Horowitz, 1986).

Los proveedores de atención a la salud deben apoyar los procedimientos válidos. Esto es, debe recomendar utilizar y proporcionar información precisa y exacta sólo sobre los procedimientos eficaces basados en la investigación. (Horowitz, 1986). Por ejemplo, en una escuela en la que los estudiantes tienen grandes tasas de caries en las superficies masticadoras de los dientes posteriores, debe recomendarse los selladores dentales además del uso regular del enjuague bucal fluorado.

Es importante que los proveedores de atención para la salud oral deban trabajar con los demás involucrados en los programas de salud escolar. Estos grupos incluyen enfermeras escolares, educadores sanitarios, médicos, nutriólogos, administradores escolares, líderes de las organizaciones religiosas locales; miembros de los departamentos estatal y local de salud, asociaciones de padres y profesores, padres de familia, estudiantes y políticos. Idealmente, los proveedores de atención para salud oral deben tener habilidades sólidas de organización comunitaria y de comunicación.

### 2.2.5. PROGRAMAS EXISTOSOS

Para maximizar el potencial de éxito de un programa, como los escolares de salud oral, deben incluir los elementos contenidos en la nemotecnia CAPITEI. Al proponer un programa, éste debe ser:

**C** – Consistente con las necesidades de la población servida.

**A** – Administrativamente sólido, porque requiere planeación y evaluación política, profesional, educativa y comunitaria para asegurar un equipo de personal de salud oral, enseñanza, dinero, materiales e instalaciones necesarios para apoyar los objetivos de éste incluye:

**P** – Procedimientos eficaces de prevención o regímenes en la escuela y actividades en el salón de clases como parte del programa de estudios de salud oral.

**I** – Exámenes orales para identificar la patología inevitable o presente.

**T** – El tratamiento o los servicios de referencia.

**E** – La Educación que capacita a las personas para tomar decisiones apropiadas y practicar el autocuidado óptimo.

**I** – La investigación y evaluación para determinar el éxito del programa y los cambios necesarios.

Planeación: la llave del éxito

Un programa escolar exitoso no sucede por azar. Es importante un plan de acción completo para grados específicos, así como una clara delimitación de las responsabilidades y objetivos del mismo (Harowitz, 1986). Debe hacerse notar que si bien la inclusión de todos los grados

escolares (desde preescolar hasta el último de secundaria) es deseable e ideal, rara vez acontece en la salud oral. Cuando es incluida en el ambiente escolar lo más frecuente es que sea de preescolar al sexto de primaria.

La planificación juiciosa finalmente resultará en programas significativos orientados de manera específica que se integran en los años escolares, debe incluir una valoración de las necesidades comunitarias, desarrollar prioridades, un presupuesto y evaluación de extremos. Por diversas razones, es necesario el desarrollo de un plan de acción por escrito, que puede servir como herramienta educativa para informar a las personas y grupos, especialmente a los que es necesario “incluir” como socios en la empresa. Un plan escrito también puede utilizarse para solicitar financiamiento que ayude a cimentar el programa propuesto.

Por supuesto que el plan sirve como guía para aquéllos involucrados en conservar los objetivos (Horowitz, 1986). Un grupo diverso y comprometido ayuda a asegurar gran variedad de insumos, audiencia representativa y sentido de pertenencia bien sustentado. En las etapas iniciales de planeación es importante establecer relaciones de trabajo cooperativas entre padres, líderes comunitarios (empresarios y políticos), maestros, administradores escolares y profesionales de la salud oral. Un odontólogo representativo debe formar parte de todos los consejos escolares estatales y locales para asegurar el punto de vista profesional y político (Kolbe, 1982).

## 2.2.6 ETIOLOGIA DE LA CARIES

La caries dental es una enfermedad que afecta al diente y se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente si el proceso avanza sin restricción. Se acepta casi universalmente que esta destrucción (que avanza hacia adentro desde la superficie dentaria externa) es resultado de la acidez

producida por bacterias en el medio ambiente inmediato del diente. Clínicamente la caries se caracteriza por cambios de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza se destruyen tejidos y se forman cavidades. Para los tres tejidos duros del diente (esmalte, dentina y cemento), los principales componentes inorgánicos son el calcio y el fósforo, presentes en forma cristalina conocida como hidroxiapatita. La fórmula química es representada de la forma siguiente  $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ .

### 2.2.7 PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

La investigación odontológica desarrollada en un grupo de países en los últimos 25 años, constituye un trabajo formidable. Resultados de estas investigaciones, facilitan una mejor comprensión del proceso de inicio de la caries dental y de los factores relacionados con ésta, propiciando la búsqueda de mejores formas de impedir su aparición. En la actualidad existen distintos puntos de vista sobre la valoración de los diversos factores, algunos originados por un enfoque unidireccional, manifestado por autores que tienden a considerar como decisivos a los factores microbianos que determinan el proceso agresivo en la caries dental. Los estreptococos productores de la sustancia de fermento de grandes variedades de carbohidratos, tenía la propiedad de provocar un descenso del pH por debajo de cuatro. Igualmente permite el almacenamiento de polisacáridos intracelulares que luego se transforman en ácido láctico ante.

La ausencia del sustrato exógeno. Son estas las características que los sitúan entre los primeros microorganismos productores de caries. Otros autores sobrestiman la importancia de la resistencia del esmalte y por último, otros enfatizan el papel regulador de la saliva. Estos estudios y la amplia literatura odontológica, pueden permitir una concepción integral que permita entrever nuevas vías hacia una más efectiva prevención de las caries.



## CARIES: ¿CÓMO SE FORMA? ¿CÓMO PUEDE PREVENIRSE?

La caries es un tipo de infección que todos conocemos bien. La caries dental es la destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales. Este deterioro de los dientes está muy influenciado por el estilo de vida, es decir influye lo que comemos, la forma cómo cuidamos nuestros dientes (nuestros hábitos de higiene), la presencia de flúor en la sal y la pasta de dientes que utilizamos. La herencia también juega un papel importante en la susceptibilidad de sus dientes a las caries.

Si bien la caries suele ser más común en niños, los adultos también corren riesgo de padecerla.

Los tipos de caries incluyen:

**Caries de corona:** Son las más comunes, se presentan tanto en niños como en adultos, y generalmente sobre las superficies de masticación o entre los dientes.

**Caries radicular:** a medida que avanzamos en edad, las encías se retraen, dejando expuestas partes de la raíz del diente. Como las raíces no están recubiertas por esmalte, estas zonas expuestas pueden afectarse fácilmente.

**Caries recurrentes:** se pueden formar alrededor de las obturaciones y coronas existentes. Sucede debido a que dichas zonas tienen tendencia a acumular placa, lo cual finalmente produce la formación de caries.

Los adultos corren especial riesgo de padecer caries si sufren de sequedad bucal, que es un trastorno provocado por la falta de saliva debido a algunas enfermedades, el uso de algunos medicamentos, y a tratamientos de radioterapia y quimioterapia. La sequedad bucal puede ser temporal o permanente, según su origen.

Las caries pueden ser graves ya que si no se tratan, pueden destruir el diente y matar los delicados nervios de su interior, lo cual puede provocar un absceso (una INFECCIÓN EN el extremo de la raíz). Una vez formado un absceso, el único tratamiento posible es la endodoncia (también llamada tratamiento del conducto radicular), una cirugía o la extracción del diente.



Figura No 1 Fuente: Formación de un absceso dental (Operatoria dental Barrancos M. pág. 289)

## FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES

La boca alberga bacterias que producen ácidos que debilitan los dientes. Estas bacterias pueden multiplicarse para formar la placa, que se adhiere al diente y provoca la aparición de caries. Algunas personas deben prestar especial atención a su salud dental porque presentan una predisposición genética que contribuye al desarrollo de la caries: su capa de esmalte es más fina y, por lo tanto, más débil; tienen una mala alineación de los dientes, que hace más difícil limpiarlos, etc.

Los alimentos con alto contenido en azúcar y los ácidos erosionan el esmalte y también pueden desempeñar un papel muy destacado en la aparición de la caries:

Bebidas como los zumos de frutas y los refrescos con gas son ácidas por naturaleza.

Los dulces, las patatas fritas, las galletas, etc. presentan un alto contenido en azúcares. Las bacterias se encargarán de convertir estos azúcares en ácidos.

Estos ácidos son muy corrosivos y atacan el esmalte dental, lo cual favorece la aparición de caries.

## QUE PREVIENEN LA FORMACIÓN DE CARIES

### HIGIENE BUCAL

Aunque es difícil actuar sobre los factores genéticos, la aparición de caries se puede evitar cuidando de los factores ambientales. Por lo tanto, es imprescindible mantener una buena higiene dental:

Cepíllate los dientes al menos dos veces al día para eliminar la placa.

Utiliza un enjuague bucal con un alto contenido en flúor e hilo dental para los lugares más difíciles de alcanzar.

La aparición de caries se puede evitar siguiendo una serie de buenos hábitos diarios.

### FLÚOR EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES

El uso regular de flúor es una forma eficaz de prevenir la aparición de caries. Los dentífricos y enjuagues bucales con flúor y la dieta diaria (agua y determinados pescados y mariscos) ayudan a reforzar el esmalte, con lo que los dientes presentan una mayor resistencia a los ataques de los ácidos y son menos vulnerables ante la caries.

## DIETA SANA

A pesar de las prácticas de limpieza diaria, la dieta es determinante en la aparición de la caries, por lo que para prevenirla es importante evitar el picoteo entre comidas, reducir el consumo de bebidas gaseosas, licores y zumos de frutas ácidas.

## SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

En cuanto a selladores dentales, los pacientes necesitan saber cómo protegen de la caries a las superficies oclusales de los dientes, las edades a las que deben utilizarse en los dientes y la necesidad de una posible replicación.



Figura No 2 Fuente: sellador de fosas y fisuras (2015 revista odontológica)

## PREVENCIÓN DE LA GINGIVITIS

¿Qué es la gingivitis?

Gingivitis, una inflamación de las encías, es la etapa inicial de la enfermedad de las encías y la más fácil de tratar. La causa directa de la gingivitis es la placa: una película suave, pegajosa y sin color formado por bacterias que se forma constantemente sobre los dientes y encías.



Figura No 3 Fuente: gingivitis (periodontología clínica Glickman pág. 345)

Si el cepillado y el uso diario del hilo dental no eliminan la placa, la misma produce toxinas (venenos) que irritan el tejido gingival, causando gingivitis. En esta primera etapa de la enfermedad, el daño puede revertirse, ya que el hueso y el tejido conectivo que sostienen los dientes en su lugar todavía no han sido afectados. Sin embargo, si se deja sin tratamiento, la gingivitis puede transformarse en periodontitis y provocar daños permanentes a sus dientes y mandíbula.

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

junta placa bacteriana y restos de comidas. Algunas personas pueden experimentar mal aliento o mal gusto recurrentes aun cuando la enfermedad no esté avanzada.

¿Cómo prevenir la gingivitis?

La correcta higiene bucal es fundamental. Las limpiezas profesionales también son extremadamente importantes pues una vez que la placa se endurece y acumula, o se transforma en sarro, sólo un odontólogo podrá eliminarla.

Se, puede ayudar a detener la gingivitis antes de que se desarrolle de la siguiente manera:

1. Cepillado correcto y uso apropiado del hilo dental para eliminar la placa, los restos de alimentos y controlar la acumulación de sarro

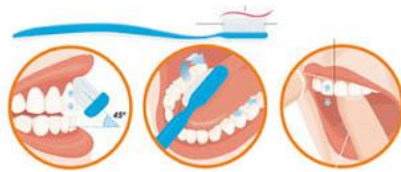


Figura No 4 Fuente: técnicas de cepillado Bass (odontología preventiva2003)

2. Alimentación correcta para asegurar la adecuada nutrición de su mandíbula y dientes



Figura No 5 Fuente: Revista de nutrición del IHSS 2009

3. Evitar cigarrillos y otras formas de tabaco



Figurara No 6 Fuente: <http://vidayestilo.terra.com/salud/vida-sana>

4. Programar controles regulares con su odontólogo



Figura No 8 Fuente: revista odontológica colegio de cirujanos Dentistas 2014

## 2.3 CONCEPTUALIZACION

**DIETA:** Se refiere a la ingesta de todos los alimentos y bebidas.

**NUTRICION:** Es estudio del metabolismo que ocurre después de la ingestión de los alimentos.

**PROGRAMA:** Es un grupo organizado de procedimientos diseñado para resolver un problema determinado.

**EDUCACION EN SALUD:** Es una combinación de experiencias planeadas de aprendizaje diseñada para facilitar las acciones voluntarias que conducen a la salud (Green, 1991). Esta educación debe formar parte integral de cualquier programa de salud escolar. La educación para la salud se utiliza para informar, educar y reforzar los mensajes sanitarios previos. Es fundamental educar a una variedad amplia de personas y grupos para lograr la aceptación y el empleo de las medidas sanitarias.

**CONOCIMIENTO EN SALUD:** Es la capacidad de una persona para obtener, interpretar y comprender los servicios y la información básicos, así como la capacidad para utilizar o no, dicha información o servicios de manera que fortalezcan o mejoren la salud. (Joint Comite on Nacional Health Education Standrs, 1995).

**PROMOCION DE LA SALUD:** Es cualquier combinación planeada de apoyos educativos, políticos, reguladores y de organización para las acciones y situaciones que conducen a la salud de personas, gruidos o comunidades. (Green, 1991). Esta definición difiere de una de uso más común, la que generalmente se considera como relaciones públicas o publicidad. Aunque estas actividades frecuentemente forman parte de la promoción de la salud, se refieren a las acciones que pretenden modificar un ambiente individual que mejore la salud, sin importar las acciones individuales o para capacitar a las personas para que aprovechen los procedimientos preventivos y de tratamiento.

**CARIES DENTAL:** caries dental es la destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.



ENFERMEDAD PERIODONTAL: comprenden un conjunto de circunstancias que afectan a cualquier órgano del periodonto, es decir, es un proceso inflamatorio de las encías que ocasiona daños en los tejidos de los dientes.

PERIODONTO: Conjunto de ligamentos que fijan el diente dentro del alveolo óseo del maxilar.

MAL OCLUSION; La mal oclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobre mordidas, subordinas y mordidas cruzadas.

FLUROSIS: Trastorno que se produce por la ingestión excesiva y prolongada de flúor. La intoxicación crónica grave por flúor produce otosclerosis y otras alteraciones óseas y articulares patológicas en los adultos.

## **CAPITULO III METODOLOGIA**

La investigación tiene como propósito definir los aspectos y variables comprobables e incidentes en la promoción y prevención de la salud bucal lo que servirá de base para ayudar a disminuir la alta incidencia de enfermedades bucales en la periférica #2 del IHSS.

Este capítulo contendrá la descripción y explicación del proceso metodológico y las técnicas e instrumentos más adecuados para la definición de aspectos y variables más relevantes de la temática en investigación.

### **3.1 CONGRUENCIA METODOLÓGICA**

#### **3.1.1 MATRIZ METODOLÓGICA**

A continuación se presenta la tabla correspondiente a la matriz metodológica de la tesis, aquí se plantea de forma breve el problema en el cual se está trabajando, así como los objetivos que se desean alcanzar y las variables a medir tanto independientes como dependiente.

Tabla No 1 Matriz Metodológica

MATRIZ								
PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL DE P#2 DEL IHSS								
PREGUNTAS	OBJETIVO	VARIABLE	DEF. VARIABLE	DIM. INSTRUM.	INDICADOR	PREGUN. INSTRUM	POSIBLE RESPUESTA	TIPO DE INSTRUMENTO
<p>¿Conocer las causas de la alta incidencias de enfermedades bucales de los pacientes de la periférica #2 IHSS?</p> <p>¿Qué medidas de acción y prevención hay actualmente en el departamento de odontología en la periférica#2 del IHSS?</p> <p>¿Cuáles son los factores que influyen en la alta incidencia de enfermedades bucales en la periférica#2 del IHSS?</p> <p>¿Qué consideraciones hay para promocionar para la prevención de la salud bucal a la comunidad que asiste periférica #2 del IHSS?</p> <p>¿De qué manera se podría promocionar la prevención en salud bucal en el departamento de odontología periférica#2 del IHSS?</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Conocer las causas del alta incidencias de enfermedades de los pacientes que asisten a la periférica #2 del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).</p> <p><b>ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Realizar un diagnóstico de las medidas de acción y prevención odontológicas en el departamento de odontología.</li> <li>•Identificar los factores que influyen en la alta incidencia de enfermedades bucales.</li> <li>•Determinar las consideraciones necesarias a promocionar en la salud bucal.</li> <li>•Promocionar prevención de la salud bucal en el departamento de odontología de la periférica #2 del IHSS.</li> </ul>	<p>1. SEXO</p> <p>2.EDAD</p> <p>3.HIGIENE BUCAL</p> <p>4.HABITOS ALIMENTICIOS</p> <p>5.PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Edad, sexo</p> <p>DEPENDIENTE</p> <p>Higiene bucal</p> <p>Hábitos alimenticios</p> <p>Prevención salud bucal</p>	<p>CUALITATIVO</p> <p>CUANTITATIVO</p>	<p>BUENO</p> <p>MALO</p> <p>EDAD</p> <p>SEXO</p>	<p>1¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?</p> <p>2¿Usa hilo dental?</p> <p>3¿Cuántas veces usa enjuague bucal al día?</p> <p>4¿Cuántas veces come alimentos ricos en azúcar?</p> <p>5¿Cuántos tiempo de comida hace al día?</p> <p>6¿Tiene hábitos nocivos?</p> <p>7¿ha recibido charlas de higiene dental?</p> <p>8¿Cuántas veces cambia el cepillo dental?</p> <p>9¿cada cuánto se aplica flúor?</p> <p>10¿cada cuánto visita al odontólogo?</p> <p>11¿edad?</p> <p>12¿sexo?</p>	<p>1 VEZ AL DIA</p> <p>2 VECES AL DIA</p> <p>3VECES AL DIA</p> <p>MAS DE 3 VECES</p> <p>NINGUNA</p> <p>Sí</p> <p>no</p>	<p>ENCUESTA</p> <p>DIAGNOSTICO:</p> <p>Técnica DI-S</p> <p>Técnica CI-S</p>

Fuente: elaboración propia

### 3.2 ENFOQUE Y METODOS

El método que se aplicará inicialmente es el exploratorio, ya que es a través de este que se describirán las manifestaciones de la situación real y actual del departamento de odontología de la periférica# 2 del IHSS.

El método descriptivo será un camino más de acercamiento que explicará la realidad dentro de la cual irán los procedimientos y técnicas que se emplearán en la investigación.

El enfoque que tendrá la investigación es Mixto, considerando que por medio de este enfoque se recolectará, analizará y vinculará tanto datos cualitativos como cuantitativos que reflejaran de manera más confiable y completa la investigación.

Con los datos cualitativos como; referencias y antecedentes que describan las características propias del departamento de odontología de la periférica # 2 del IHSS de la información de los expedientes y de los informes diarios (AT1) consecuentemente los fundamentos cuantitativos los que permitirán hacer comparaciones a través de informes estadísticos sobre los pacientes atendidos, de esta forma se podrá guiar el proceso investigativo para descubrir y comprender los puntos esenciales del problema.

### 3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación más apropiado para realizar este estudio es la investigación no Experimental ya que no existirá manipulación intencional de las variables. Como tal, corresponde ejercer la observación del fenómeno en su espacio natural en donde interrelacionan actores principales y secundarios; definiendo como actores principales a los pacientes del departamento

de odontología de la periférica #2 del IHSS. Como tal, corresponde ejercer la observación del fenómeno en su espacio natural en donde interrelacionan actores principales y secundarios.

El tipo de diseño de investigación no Experimental será el Transversal. Se hará uso del Diseño no Experimental Transversal porque se realizará en un tiempo oportuno, para cumplir con los objetivos de la observación.

### 3.3.1 POBLACION

#### Ubicación y Espacio Geográfico

La investigación se realizará en el Departamento de Odontología del IHSS donde su ubicación es:

- Ubicado en la colonia Santa Fe
- En la periférica #2 en el segundo piso.

#### Ubicación Temporal

Las herramientas de investigación como: la evaluación de los pacientes las encuestas, se realizarán en un período de dos semanas iniciando a partir del 16 de febrero finalizando el 20 de febrero del 2015

### 3.3.2 Proceso de Selección Muestral

El elemento muestral a estudiar son los expedientes y los AT1 (informes diarios) de los pacientes de departamento de odontología de la periférica # 2 del IHSS.

La muestra a utilizar será por conveniencia. La muestra por conveniencia será aplicada a pacientes de odontología de la periférica #2 del IHSS.

El Tamaño de la muestra serán los pacientes que lleguen a consulta al departamento odontología la periférica #2 del IHSS cuya población es de 1440 y

Se utilizó la siguiente formula:

DONDE

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

N=1440

$\sigma=0.5$

Z=1.96

e= 0.05

$$n = 1440 \cdot (0.5)^2 \cdot (1.96)^2 / ((1440-1) \cdot (0.5)^2 + (0.5)^2 \cdot (1.96)^2) = 303 \text{ muestras}$$

### 3.3.3 Unidades de Análisis

1. Nuestra unidad de análisis serán los pacientes que asistan a consulta de odontología en la periférica # 2 del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
2. Autoridades Institucionales. Es necesario conocer si las autoridades del Instituto Hondureño Seguridad Social (IHSS) si consideran dentro del plan la promoción y prevención de la salud bucal para resolver los principales problemas que afrontan el departamento de odontología.

### 3.3.4 Unidad de Respuesta

1. Que no se obtenga respuesta positiva o inmediata ante la gestión de fondos necesarios para la marcha de la promoción y prevención de la salud bucal.
2. Injerencia de un interés político como condicionamiento para colaborar y poner en marcha la promoción y prevención de la salud bucal.
3. Escasa participación activa de los doctores comprometidos en apoyar la promoción y prevención de la salud bucal.

### 3.4 TECNICA E INSTRUMENTO APLICADO

Es importante destacar que la información requerida para la investigación en curso, se obtendrá por medio de las siguientes técnicas de recopilación de datos:

- Evaluación odontológica: se hará al momento que el paciente entre a consulta.
- Encuestas: Se realizarán encuesta para conocer e indagar con los pacientes sobre aspectos de higiene dental y de alimentación.

#### 3.4.1 Instrumentos

##### 3.4.1.1 Instrumento Utilizado Evaluación Bucal

Espejo bucal plano, explorador número 5, pinza algodонера, servilletas, gasa, lápiz de grafito, guantes y mascarillas.

##### 3.4.1.2 Proceso de Validación Instrumento

Se realizó una prueba piloto para determinar que el instrumento de recolección de datos pudiera medir de forma adecuada lo que se esperaba y que el vocabulario utilizado fuera comprensible para los pacientes.

#### 3.4.2 Técnica

Se utilizó un cuestionario simplificado de 12 preguntas a los pacientes que asisten a consulta de la clínica odontológica periférica#2 del IHSS.

### 3.5 FUENTE DE INFORMACION

La fuente de información, se considerará un estudio de campo en la fase de diagnóstico en vista que la investigación se realizará en el área objeto de estudio; es decir, los datos de interés se recopilarán en la Unidad de odontología de la periférica #2 del IHSS donde se manifiesta el problema, permitiendo a la investigadora obtener información primaria suministrada directamente de los pacientes que asistan a consulta valiéndose de instrumentos válidos y confiables.

#### 3.5.1 Fuente Primaria

Esta se obtuvo de las fichas dentales de los expedientes de los pacientes y del AT1 (Informes diarios de los pacientes)

#### 3.5.2 Fuente Secundaria

Para la fase de diseño de promoción y prevención de salud bucal se recolectará información documental, para obtener, escoger, extraer y registrar la información relevante y necesaria a los efectos de la realización del trabajo, por lo tanto comprende, la selección y evaluación del material y el registro de la información. que se recopilará y transcribirá por el investigador.

### 3.6 LIMITANTES

1. Número de participantes en el grupo de estudio ya que no hay una continuidad personalizada médico paciente no hay un seguimiento de las enfermedades de los pacientes son efectuadas por diferentes médicos sin oportunidad de verificar si hubo éxito o no en el manejo tratamiento recomendado.



2. La información registrada y almacenada por el departamento de odontología del IHSS carece debido procedimiento que nos facilitaría el estudio, este punto debemos de indicar las trabas burocráticas que alargan el trabajo.

## CAPITULO IV RESULTADOS Y ANALISIS

El procesamiento estadístico de la información de las encuestas que se tomó de los pacientes que asistieron a consulta de la periférica #2 se tabulo en tablas que se elaboraron en Excel al igual que las gráficas. La encuesta que se les realizo a los pacientes (anexo 1) fue creada con el fin de lograr información acerca de las prácticas de higiene bucal que realiza en su hogar comenzando con:1) Frecuencia de cepillado diario a lo cual el paciente pudo contestar que lo realiza una vez, dos veces, tres veces ninguna 2) Uso diario del hilo dental lo que el paciente pudo responder una vez, dos veces, tres veces ninguna 3) Aplicación de enjuague dental donde el paciente pudo responder una vez, dos veces, tres veces ninguna 4) visitas al odontólogo para lo cual el paciente pudo responder una vez, dos veces ninguna.

Al terminar de llenar la encuesta al paciente se procede hacer la evaluación clínica en una ficha dental y se utiliza la técnicas DI-S (Simplified Debris Index) índice de restos simplificado que consiste en colocar el explorador dental en tercio incisal del molar o los dientes deslizándolo desde ahí atravesando el tercio medio hasta llegar al tercio gingival de las caras vestibular o lingual según corresponda. El resultado se obtiene sumando los resultados de “RESTOS” presentes o no en los tercios de las caras dentales y dividiendo el resultado entre el número de piezas dentales examinadas (por lo general el denominador es seis por ser un sextante).

Luego utilizamos técnica CI-S (Simplified Calculo Index), índice de cálculo simplificado que se coloca el explorador dental en el surco gingival ubicándonos en el tercio distal deslizándonos subgingival mente hasta el tercio mesial. El resultado se obtiene sumando la presencia o no de cálculos dentales encontrados y dividiendo el resultado entre el número de piezas dentales examinadas (por lo general el denominador es seis por ser un sextante).

#### 4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

**TABLA No 2**

CUANTAS VECES SE CEPILLA LOS DIENTES AL DIA				
	UNA	DOS	TRES	NINGUNA
<b>EDAD</b>				
0-5 AÑOS	0	10	17	0
6-11 AÑOS	2	15	79	0
18-24 AÑOS	0	0	39	0
25-35 AÑOS	2	8	57	0
36-45AÑOS	0	1	29	0
46-65 AÑOS	0	1	43	0
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>35</b>	<b>264</b>	<b>0</b>
<b>SEXO</b>	UNA	DOS	TRES	NINGUNA
MASCULINO	2	21	123	0
FEMENINO	2	14	141	0
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>35</b>	<b>264</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>				<b>303</b>

Fuente: Encuesta investigada

La muestra para este estudio comprendió treientos tres pacientes seleccionadas aleatoriamente.

La distribución por edad es homogénea debido a que la muestra fue proporcional. En cuanto al sexo la proporción mayor la representan las mujeres .La mayor proporción de los pacientes procede del sector urbano-marginal.

Respecto a las prácticas realizadas por los pacientes sobre higiene bucal, en términos generales, en el cepillado diario dental los pacientes llegaron al estándar recomendado por la ADA (Asociación Dental Americana) que recomienda cepillarse los dientes por lo menos 3 veces al día siendo el sexo femenino el que tiene mejor hábito entre las edades de 25 a 35 años.

**TABLA No 3**

CUANTAS VECES USA EL HILO DENTAL				
	UNA	DOS	TRES	NINGUNA
<b>EDAD</b>				
0-5 AÑOS	0	0	0	27
6-11 AÑOS	0	0	0	96
18-24 AÑOS	4	12	19	5
25-35 AÑOS	1	8	7	50
36-45 AÑOS	0	10	16	4
46-65 AÑOS	15	12	3	14
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>42</b>	<b>45</b>	<b>196</b>
<b>SEXO</b>	UNA	DOS	TRES	NINGUNA
MASCULINO	14	18	21	92
FEMENINO	6	24	24	104
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>42</b>	<b>45</b>	<b>196</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>				<b>303</b>

Fuente: Encuesta investigada

Los pacientes no tienen el hábito del uso del hilo dental de los 303 encuestados solo 107 usan el hilo dental y no en los estándares establecidos por la ADA (Asociación Dental Americana)

En la edades 5 a 11 años no usan hilo dental y este es uno de los factores causante de caries interproximal, la mayoría que usa el hilo dental son los varones en las edades de 18 a 24 años

**TABLA No 4**

<b>CUANTAS VECES USA ENJUAGUE BUCAL</b>				
	<b>UNA</b>	<b>DOS</b>	<b>TRES</b>	<b>NINGUNA</b>
<b>EDAD</b>				
0-5 AÑOS	0	0	0	27
6-11 AÑOS	0	0	0	95
18-24 AÑOS	2	6	7	24
25-35 AÑOS	11	2	1	54
36-45AÑOS	0	4	11	15
46-65 AÑOS	15	5	10	14
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>29</b>	<b>229</b>
<b>SEXO</b>	<b>UNA</b>	<b>DOS</b>	<b>TRES</b>	<b>NINGUNA</b>
MASCULINO	19	5	3	123
FEMENINO	9	12	26	106
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>29</b>	<b>229</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>				<b>303</b>

Fuente: Encuesta investigación

El enjuague dental es más usado que el hilo dental cubriendo casi el estándar de lo recomendado por la ADA (Asociación Dental Americana) siendo el grupo femenino el que más lo usa en las edades de 36 a 45 años.

**TABLA No 5**

CUANTAS VECES CONSUME ALIMENTOS RICOS EN				
	UNA	DOS	TRES	MAS DE TRES
<b>EDAD</b>				
0-5 AÑOS	0	2	2	24
6-11 AÑOS	5	6	41	50
18-24 AÑOS	2	13	13	15
25-35 AÑOS	0	0	37	10
36-45 AÑOS	4	5	13	8
46-65 AÑOS	21	25	0	7
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>51</b>	<b>106</b>	<b>114</b>
<b>SEXO</b>	UNA	DOS	TRES	MAS DE TRES
MASCULINO	19	26	58	53
FEMENINO	13	25	48	61
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>51</b>	<b>106</b>	<b>114</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>				<b>303</b>

Fuente: Encuesta investigada

Los pacientes no tienen una cultura de una dieta balanceada, los niños son los que más consumen azúcares en su dieta entre las edades de 6 a 11 años siendo el sexo femenino que más consume, los varones en la edad 46 a 65 años son los que menos consumen alimentos con azúcar; es por eso que a temprana edad parece con caries múltiple lo que produce una elevada colonia de estreptococos que son los causantes de muchas enfermedades infecciosas como la fiebre reumática, problemas renales al no tener una dieta balanceada produce problemas sistémicos como diabetes juvenil.

**TABLA No 6**

<b>CUANTOS TIEMPOS DE COMIDA HACE AL DIA</b>				
	<b>UNA</b>	<b>DOS</b>	<b>TRES</b>	<b>MAS DE TRES</b>
<b>EDAD</b>				
0-5 AÑOS	0	0	4	25
6-11 AÑOS	0	0	50	44
18-24 AÑOS	0	0	28	11
25-35 AÑOS	0	0	0	67
36-45AÑOS	0	0	22	8
46-65 AÑOS	0	0	44	0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>148</b>	<b>155</b>
<b>SEXO</b>	<b>UNA</b>	<b>DOS</b>	<b>TRES</b>	<b>MAS DE TRES</b>
MASCULIMO	0	0	68	86
FEMENINO	0	0	80	69
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>148</b>	<b>155</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>				<b>303</b>

Fuente: Encuesta investigada

Al no tener horarios fijos de alimentación los pacientes desencadena una mala higiene en la que hay más formación de placa bacteriana que nos lleva al cálculo dental y por esta razón se puede observar niños entre la edades 6 a 11 años con gingivitis, y el sexo masculino es el que más predomina.

**TABLA No 7**

<b>PRESENTA HABITOS NOSCIVOS</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>EDAD</b>		
0-5 AÑOS	0	27
6-11 AÑOS	0	96
18-24 AÑOS	0	39
25-35 AÑOS	0	67
36-45 AÑOS	0	30
46-65 AÑOS	0	44
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>303</b>
<b>SEXO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
MASCULINO	0	152
FEMENINO	0	151
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>303</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>		<b>303</b>

Fuente: Encuesta investigación

En este estudio no se encontró pacientes que tengan hábitos nocivos como chuparse el dedo morder lápices comer uñas etc.



**TABLA No 8**

A RECIBIDO CHARLAS SOBRE HIGIENE DENTAL		
	SI	NO
<b>EDAD</b>		
0-5 AÑOS	0	27
6-11 AÑOS	0	96
18-24 AÑOS	0	39
25-35 AÑOS	0	67
36-45 AÑOS	0	30
46-65 AÑOS	0	44
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>303</b>
<b>SEXO</b>	SI	NO
MASCULINO	0	152
FEMENINO	0	151
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>303</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>		<b>303</b>

Fuente: Encuesta de investigación

En este estudio se puede observar que no hay una educación en relación a la salud bucal ni en niños ni adultos y esto es lo que contribuye a una alta incidencia enfermedades bucales.

Los pacientes no tienen una correcta forma de cepillado dental no saben sobre la importancia del uso del hilo dental y no saben porque deben usar un enjuague que contenga flúor, en ambos sexos su nivel de conocimiento sobre la salud bucales es pobre, y los adultos tienen menos conocimiento que los niños.

**TABLA No 9**

CADA CUANTO CAMBIA CEPILLO DENTAL			
	CADA TRES MESES	UNA VEZ AL AÑO	CADA SEIS MESES
<b>EDAD</b>			
0-5 AÑOS	6	9	12
6-11 AÑOS	50	25	21
18-24 AÑOS	36	1	30
25-35 AÑOS	54	0	15
36-45 AÑOS	0	0	0
46-65 AÑOS	34	0	10
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>35</b>	<b>88</b>
<b>SEXO</b>	<b>CADA TRES MESES</b>	<b>UNA VEZ AL AÑO</b>	<b>CADA SEIS MESES</b>
MASCULINO	86	18	68
FEMENINO	94	17	20
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>35</b>	<b>88</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>			<b>303</b>

Fuente: Encuesta de investigación

Según el estándar de la ADA (Asociación Dental Americana) se debe cambiar el cepillo dental cada tres meses se puede observar que la mayoría no lo cambia si no que cada seis meses lo que provoca una mala técnica de cepillado. Un factor por lo que los pacientes no lo cambian puede ser su nivel socioeconómico que es bajo y no cuentan con los recursos para cambiarlo cada 3 meses, en el estudio realizado se encontró que hay niños que no tienen un cepillo dental usan el del padre o la madre.

**TABLA No 10**

CADA CUANTO SE APLICA FLUOR			
	UNA VEZ AL AÑO	CADA SEIS MESES	NINGUNA
<b>EDAD</b>			
0-5 AÑOS	0	0	27
6-11 AÑOS	0	0	96
18-24 AÑOS	0	0	0
25-35 AÑOS	0	0	0
36-45 AÑOS	0	0	0
46-65 AÑOS	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>123</b>
<b>SEXO</b>			
MASCULINO	0	0	62
FEMENINO	0	0	61
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>123</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>			<b>123</b>

Fuente: Encuesta de investigación

Aquí se encontró que los niños no están recibiendo las aplicaciones de flúor en sus centros escolares ni en las clínicas odontológicas que asisten, debido que no hay una promoción acerca de la importancia de las aplicaciones del flúor en la edad temprana para prevenir las caries dentales y así darle una excelente salud bucal.

**TABLA No 11**

CADA CUANTO VISITA AL ODONTOLOGO			
	UNA VEZ AL AÑO	DOS VECES	CUANDO TIENE PROBLEMAS
<b>EDAD</b>			
0-5 AÑOS	0	0	27
6-11 AÑOS	0	0	96
18-24 AÑOS	0	11	28
25-35 AÑOS	0	6	61
36-45 AÑOS	0	9	21
46-65 AÑOS	0	10	34
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>267</b>
<b>SEXO</b>	UNA VEZ AL AÑO	DOS VECES	CUANDO TIENE PROBLEMAS
MASCULINO	0	26	126
FEMENINO	0	10	141
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>267</b>
<b>TOTAL ENCUESTADOS</b>			<b>303</b>

Fuente: Encuesta de investigación

En este estudio se observa la pobre cultura de los pacientes que solo visitan al odontólogo cuando presentan problemas bucales, cuando llegan con caries avanzadas que terminan en abscesos o pérdida de la pieza dental, llegan con procesos gingivales, periodontitis agudas, cuando lo recomendado es que lo visiten al odontólogo cada seis meses a una revisión o realizarse sus profilaxis (limpieza dental) y en caso de los niños a la aplicación del flúor dental, el sexo masculino es el que más visita al odontólogo por revisión o sus limpieza dental en la edad 18a 24 años.

## Higiene Bucal de los pacientes, según Índice de Higiene Bucal Simplificado

(Componente DI-S) periférica#2 IHSS

**Tabla No.12\_DEBRIS INDEX SIMPLIFIED (DI-S)**

	<b>NUMERO PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>BUENA (0.1-0.6)</b>	<b>33</b>	<b>10.8</b>
<b>REGULAR(0.7 -1.8)</b>	<b>86</b>	<b>28.3</b>
<b>MALO (1.9- 3.0)</b>	<b>184</b>	<b>60.7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100</b>

Fuente: evaluación de los pacientes de la investigación

En lo que respecto a la higiene bucal, el DI-S refleja que los pacientes no gozan de una “buena” higiene bucal y son pocos los que tienen una higiene “regular, y siendo la mayoría presenta higiene bucal deficiente, para este estudio se tomó como muestra 6 dientes los primeros molares superiores, centrales superiores, los centrales inferiores y los primeros molares inferiores, se examinó los restos de placa bacteriana de los tercios medios y gingivales de las caras vestibular y palatina y lingual utilizando la escala 0.1a0.6 buena ,0.7 a 1.8 regular y 1.9 a3.0 malo.

## CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

1. En el departamento de odontología no cuenta con las medidas de acción sobre prevención en salud bucal (cepillado, uso de hilo dental, aplicaciones de flúor, visita al odontólogo) de la población en estudio son deficientes desde muy corta edad. En la investigación que se realizó los hallazgos fueron que los pacientes 6-11 años presentan un porcentaje alto en cuanto a malos hábitos de higiene bucal son pocos los que gozan de una excelente higiene bucal.

2. Uno de los factores que influyen en la alta incidencia de enfermedades bucales es el bajo nivel socio-económico de los pacientes padecen más de caries dental y de una pobre higiene bucal, otro factor es la edad, los pacientes 6 -11 años presentan un alto índice de caries dental y los pacientes de 18 a 25 años son los que más presentan enfermedades periodontales y el sexo, Masculino es el que presenta el índice más alto en relación al sexo femenino en cuanto a caries y enfermedad periodontal.

3. Se encontraron las siguientes consideraciones de la odontología preventiva como una herramienta para disminuir la alta incidencia de enfermedades bucales:

A.-La promoción de la salud bucal integrada a la salud general en las poblaciones es innovadora.

B.-Generar buenos hábitos de higiene, haciendo que los sujetos se responsabilicen por su autocuidado y adopten estilos saludables de vida,

C.- Tener una oportunidad como profesional de trabajar por la salud de la gente, de integrarnos a los equipos de salud, de adquirir nuevos roles como salubristas y, quizá, de causar un impacto en las enfermedades no transmisibles.

4. Se necesita un programa que incluya la promoción y prevención de salud bucal orientado a mejorar la salud bucal de los pacientes. Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- 1.- Implementar el nuevo enfoque de atención integral (diagnóstico precoz y atención preventiva)
- 2.- Orientar acciones de Salud Pública a los estratos más pobres y continuar los programas de fomento de la salud.
- 3.- Capacitar al personal que trabaja con el odontólogo (asistente dental y promotores de salud)  
Las reformas en salud generan retos y oportunidades para las profesionales. Los odontólogos debemos participar activamente en la reforma de la salud en Honduras, en donde el énfasis en la atención pasará de lo curativo a la promoción de la salud. Esto requiere una reacomodación sísmica en los currículos y el aprendizaje de nuevas competencias y actitudes en los profesionales. Tenemos una oportunidad histórica de generar un impacto en la salud bucal y en la salud general, insertándonos en los equipos básicos para la salud.
- 4.- Promover y fomentar la prevención en salud bucal a los pacientes que asistan a consulta en la Periferica#2 ,y elaboración de un manual promoción y prevención de la salud bucal.

## **6. CAPITULO VI APLICABILIDAD**

### 6.1 Promoción y prevención salud bucal en la periférica #2 IHSS

#### 6.2 Introducción

La Salud contempla una relación de equilibrio entre el ser humano y el ambiente en que se desempeña. Un completo equilibrio es posible, entre otros aspectos, con un estado bucal favorable. Esto facilita las relaciones sociales y actividades del desempeño diario como la acciones deglutir, masticar, estudiar, trabajar, como también mantener una autoestima favorable. El deterioro de la salud bucal puede afectar a otros sistemas y funciones de nuestro organismo: a nuestro corazón, al bebé en gestación, dificulta la alimentación en los niños, además de complicar a otras enfermedades existentes, tales como la diabetes.

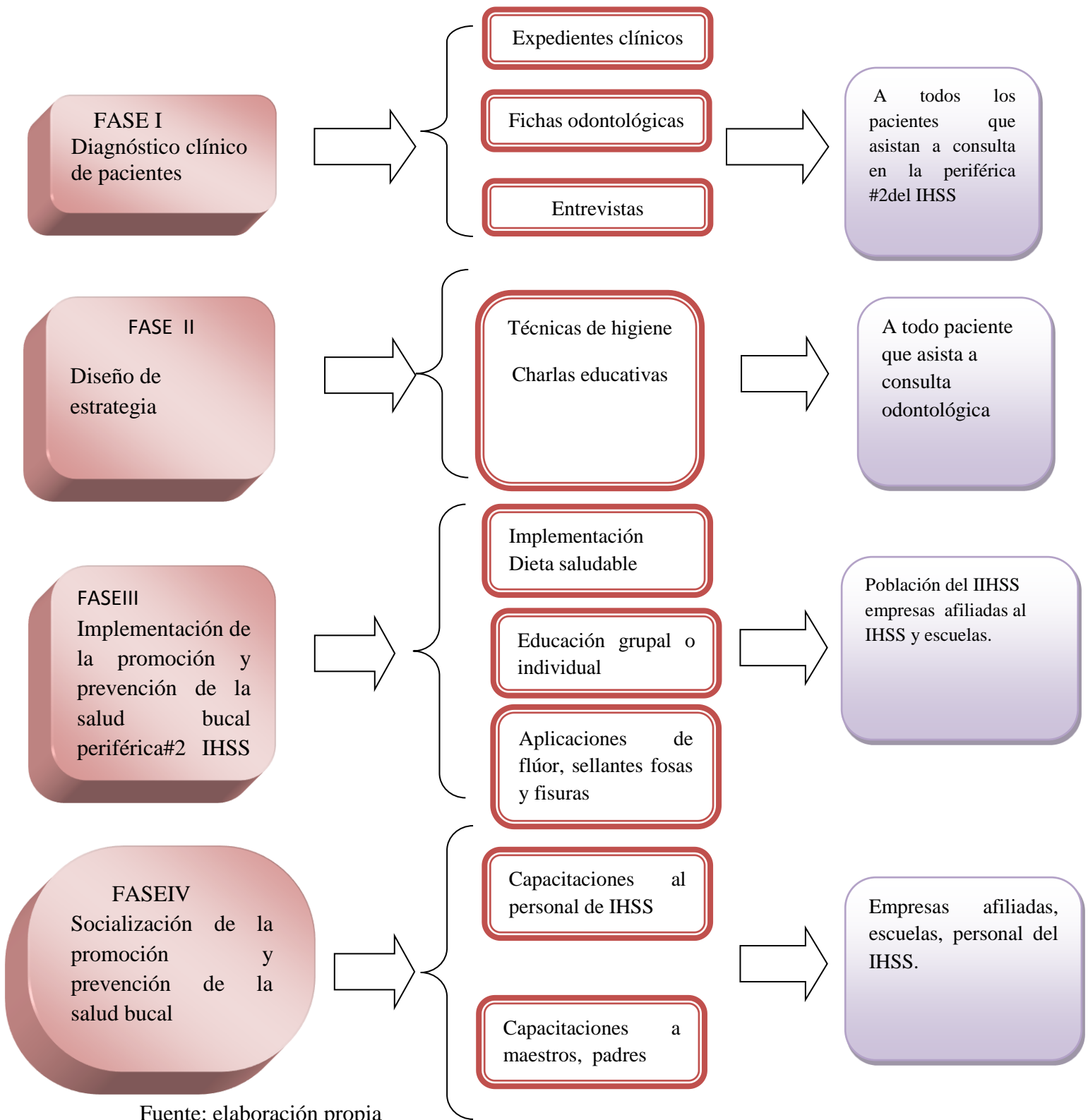
Es importante que las personas tomen conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal, así como también, prevenir las enfermedades bucales más frecuentes: caries, gingivitis, enfermedad periodontal y las anomalías dentomaxilares.

La prevención de estos problemas de salud es la manera más efectiva de evitar su aparición, mediante medidas simples realizadas en el hogar.

La boca es una estructura compleja, que cumple funciones esenciales para la vida: respiración, masticación, deglución, fonación y estética. Entre las funciones sociales y de interacción del individuo, la boca y las estructuras que la conforman, posibilitan los gestos, lenguaje, sonrisa, y, además, complementa la estética facial de las personas.



6.3 Figura No.9 Descripción del Plan de Acción



### 6.3.1. Fase I Diagnóstico

Mediante la intervención clínica: se realizará el examen de la cavidad bucal y llenado de una ficha con datos personales, odontograma e índices caries y gingival, lo cual nos permitirá evaluar el estado bucal individual y realizar un relevamiento de datos epidemiológicos generales.

Además se observarán distintas pautas a tener en cuenta como motricidad fina, comprensión, habilidades, etc., para realizar la técnica de higiene oral. Esta etapa sirve de base para determinar la necesidad de atención odontológica y el diseño de estrategias que corresponden a la segunda fase.

- Fase 2 – Diseño de estrategia

El objetivo de crear hábitos saludables: visita periódica al odontólogo, enseñanza de la técnica de higiene oral adecuada, reforzar el esmalte dental y disminuir la carga bacteriana bucal con uso de enjuagues fluorados, disminuir el potencial cariogénico de la dieta. Se realizará, la elaboración de una estrategia preventiva individualizada de detección precoz de patologías, el diseño y programación de charlas educativas. Las charlas es un modo de organizar una actividad que favorece la exposición de interrogantes y de inconvenientes, de la búsqueda de soluciones a través del aprendizaje adquirido y el desarrollo de la participación y la creatividad.

- Fase 3 – Implementación

El cepillado es la principal arma con la que contamos los odontólogos para combatir las principales patologías orales. La promoción y prevención se basa en la ejecución de actuaciones individuales y colectivas (charlas, videos), para controlar los factores de riesgo que provocan las patologías bucales. Se darán a conocer los resultados de la etapa diagnóstica para motivar, incluir

y concientizar sobre la importancia de reconocer fortalezas y debilidades de sus acciones ante la situación bucal de los pacientes. Se realizarán demostraciones de técnica de higiene a los pacientes y con los accesorios necesarios para que puedan adquirir las habilidades necesarias para realizarla, por lo que se les obsequiara los kit odontológicos que contiene, una pasta dental de muestra, hilo dental, cepillo dental, un enjuague, se elaboró un brochure (ver anexo #6) con la técnica de cepillado y la importancia del uso del hilo dental. Además se llevará a cabo el control y seguimiento de los pacientes con aplicaciones de flúor a los niños se elaboró un carnet (ver anexo) donde se llevara el control de las aplicaciones de flúor cada 6 meses, se aplicaran sellantes de fosa y fisuras, se capacitara al personal como las asistentes dentales y los promotores de salud.

- Fase 4 –Socialización

La socialización es el proceso por el cual las personas van adquiriendo progresivamente aspectos de actitud, comportamiento y valores que son comprendidos y aceptados por los colaboradores; por lo tanto, la promoción de salud tiene tres componentes fundamentales e interrelacionados: educación para la salud, comunicación e información.

Educación para la salud: Se ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad en un proceso de cambio de actitud y de conducta, parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad. Para lograr los objetivos de la educación para la salud es necesario conocer las “actitudes”, porque sobre la base de estas se lograrán las modificaciones en los estilos de vida, para lo cual es importante la “motivación” logre en los individuos y poblaciones.

La actitud es la posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objetivo, persona, comportamiento o situación. Posee tres componentes: cognitivo, conativo y afectivo.

a) **Cognitivo:** Incluye todo lo que sabe del objeto, el conjunto de opiniones y creencias que se tienen en relación con él, lo cual se ha ido formando a lo largo del tiempo, ha adquirido complejidad y estabilidad por lo que no es fácil de modificar.

b) **Conativo:** Indica si el sujeto está en disposición o intención de desarrollar la conducta para lograr una modificación.

Analizando este concepto puede decirse que para lograr un cambio de actitud, es necesario que el individuo esté motivado; precisamente uno de los factores que intervienen en la regulación de la conducta humana es la motivación. Esta surge de las necesidades e impulsa al hombre a realizar actividades para satisfacerlas.

c) **Afectivo:** Incluye los sentimientos, estados emocionales y de ánimo que suscitan en el sujeto, es el objeto de la actitud. Es precisamente en este componente en el que se apoyan la utilización de las técnicas afectivo-participativas que están formadas de acuerdo a la cultura en que se ha desarrollado el individuo, sus creencias, experiencias personales, así como el grupo y la que ha recibido del entorno en que se desarrolló, como los medios de comunicación, escuela, hogar, entre otros.

**Comunicación:** La tarea de introducir nuevos comportamientos en una comunidad se realiza básicamente mediante la comunicación. Comunicación de masas e interpersonal, es decir a través de los medios de comunicación masiva y la comunicación directa a los dirigentes de la

comunidad. Existirán distintas etapas del cambio de comportamiento, desde la exposición y la atención pasando por la comprensión y la persuasión hasta la acción y el mantenimiento del nuevo comportamiento.

La tarea de influir en el comportamiento, a través de los medios, es sumamente difícil. El peligro radica en que al recibir muchos mensajes a veces conflictivos, la gente tiende a conservar sus hábitos bien establecidos.

Información: Incluye la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos, temas para concientizar a los pacientes y población en general, acerca de acontecimientos importantes.

Temas obligatorios en una intervención educativa sobre salud bucal como:

- El cepillado dental como profilaxis de caries
- Placa dentobacteriana y dieta cariogénica
- El flúor en la actividad preventiva

6.4 PRESUPUESTO PARA IMPLEMENTAR PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD BUCAL PERIFERICA #2 IHSS.

Tabla No.13 Presupuesto de Aplicación Promoción y prevención de la salud bucal

ACTIVIDAD	COSTO
<b>Fase de Socialización</b>	
Brochure	L4,000.00
1 Pantallas <u>Projecta-Versatol</u> Modelo 33266	L2,520.00
Proyector Epson VS 220	<b>L7,560.00</b>
<b>Total Fase de Socialización</b>	<b>L14,080</b>
<b>Fase de Capacitación</b>	
Capacitación sobre Técnicas de Cepillado a las asistentes dentales y promotores de salud ( <u>Coffe Break</u> )	L2,000.00
Capacitación sobre nutrición a las asistentes dentales y promotores de salud ( <u>Coffe Break</u> )	<b>L2,000.00</b>
<b>Total Fase de Capacitación</b>	<b>L4,000.00</b>
<b>TOTAL APLICACIÓN PROMOCION Y PREVENCION SALUD BUCAL</b>	<b>L18,080.00</b>

Fuente elaboración propia

## 6.5 PRESUPUESTO ANUAL DE ACTIVIDADES FASES DE APLICABILIDAD

Tabla No 14 PRESUPUESTO ANUAL DE LAS ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS

<b>Gastos Anuales por Rubro</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>
Promoción	5.000,00	5.250,00	5.512,50
Capacitaciones	12.000,00	12.600,00	13.230,00
Campañas a Escuelas Públicas	15.000,00	15.750,00	16.537,50
Promoción en Clínicas Periféricas	12.000,00	12.600,00	13.230,00
Insumos	15.000,00	15.750,00	16.537,50
Material odontológico	57,840.00	58,840.00	59,900.00
<b>Total</b>	<b>59.000,00</b>	<b>61.950,00</b>	<b>65.047,50</b>
<b>Aportantes</b>			
Empresa Privada Colgate	29.500,00	30.975,00	32.523,75
IHSS	29.500,00	30.975,00	32.523,75
<b>Total Ingresos</b>	<b>59.000,00</b>	<b>61.950,00</b>	<b>65.047,50</b>
Aportación de los beneficiarios	0	0	0

Fuente: elaboración propia

En los Comentarios: Beneficios del 100% en cuanto al costo para los pacientes.

La empresa privada y el IHSS cubren los costos, y los beneficios son cualitativos, Ayudándoles en su salud bucal y previniendo enfermedades y por consiguiente costos futuros al IHSS.

## 6.5 ANALISIS DE COSTO BENEFICIO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL PERIFERICA # 2 IHSS

### Análisis de costos

Los costos se definieron bajo los centros de costos y sobre los cuales se desarrolló el

Proceso analítico que se presenta en el siguiente esquema:



Fuente: elaboración propia



Determinación del costo de la Periférica#2 IHSS costo .Se realiza la consolidación de todos los recursos de la Periférica# 2 costo a través de una estructura de costos, que permite clasificarlos como costo asociado a la producción o al soporte de esa especialidad.

#### Determinación del Costo Unitario

Utilizando el costo total de la Periférica# 2 de costo y las unidades producidas de la Periférica # 2 costos se calcula el valor unitario de cada servicio.

$$\text{Costo unitario} = \frac{\text{Costo total de la periférica\#2 durante el año}}{\text{Número de unidades producidas durante el año}}$$

Unidades producidas: Obturaciones, exodoncias, profilaxis, etc.

Se definieron las siguientes unidades de costos:

- Operatoria
- Profilaxis
- Exodoncias
- Promoción y prevención
- Consulta odontológica

## Recurso Humano

Matriz de Registro de Datos Recursos Humano

Tabla No 15 REGISTRO DATOS RECURSO HUMANOS

NUMERO	NOMBRE	CARGO	PERMANENTE	CONTRATO	COSTO X AÑO
1	Saby García	Odontóloga	x		
2	Nancy Zelaya	Odontóloga	x		
3	Zobeida Padilla	Odontóloga	x		
4	Quintín Hernández	Odontólogo	x		
5	Reina López	Asistente		x	
6	Fabiola Castro	Asistente	x		

Fuente: elaboración propia

En la columna “Cargo” se desea contar una denominación que describa fielmente la actividad real de la persona, ya que en ocasiones la designación nominal de los cargos busca responder a la

ubicación dentro de la estructura organizacional y no corresponde a la actividad actual desempeñada.

### **Materiales odontológicos**

Matriz de Registro de Datos de Insumos

Tabla No 16 REGISTRO DATOS DE INSUNOS ODONTOLOGICOS

<b>Material</b>	<b>Cantidad/mes</b>	<b>Cantidad/año</b>	<b>Costo/unidad</b>	<b>Costo /año</b>
<b>Resina</b>	1 caja por odontólogo	12 cajas por odontólogo	L. 2,500	L.30,000
<b>Amalgama</b>	3 onza por odontólogo	36 onzas por odontólogo	L. 700	L. 8,400
<b>Anestesia</b>	1 caja por odontólogo	12 cajas por odontólogo	L 500	L. 6,000
<b>Agujas</b>	1 caja por odontólogo	12 cajas por odontólogo	L. 120	L. 1,440
<b>Mascarilla</b>	1 caja por odontólogo	12 cajas por odontólogo	L.100	L.1,200
<b>ion omero</b>	1 bote por odontólogo	12 botes por odontólogo	L.900	L.10,800

Fuente: elaboración propia

El objetivo aquí también es discriminar los suministros empleados en las diferentes actividades de la prestación del servicio durante el año 2015, tal y como se ejemplifica en la columna “Uso” de la matriz. El “Valor por Unidad” corresponde a la unidad mínima de adquisición o de venta, mas no a la unidad de consumo o de aplicación. La “Cantidad adquirida” corresponde a lo consumido o recibido durante el año 2015.

## **RECURSO VIDA ÚTIL EQUIPO**

Tabla No 17 VIDA UTIL DEL EQUIPO

<b>Equipo odontológico en general, equipo de oficina, muebles y Enseres.</b>	<b>10 años</b>
<b>Piezas de mano, micro motor, instrumental odontológico de larga duración.</b>	<b>5 años</b>
<b>Instrumental odontológico de corta duración: abre bocas, bisturí, condensadores, cucharilla, curetas, espejo bucal, exploradores, obturadores, pinza algodонера.</b>	<b>3 años</b>

Fuente: elaboración propia

Se realiza la consolidación de todos los recursos de la periférica#2 costo a través una estructura de costos, que permite clasificarlos como costo asociado a la atención odontológica (costos de producción) o su soporte o apoyo (costos administrativos).

### **Producción equivalente de los servicios de salud oral del punto de atención:**

fue el principal criterio empleado por su alta capacidad de establecer con precisión el nivel de actividad real de cada uno de los servicios de salud oral, generalmente empleado para distribuir recurso humano, insumos, tecnología, infraestructura y costos indirectos y administrativos.- Se calcula multiplicando la producción por un factor ponderador obtenido a partir del estudio de tiempos y movimientos, el cual sirve para dejar en términos semejantes entre sí la producción de cada especialidad, considerando que unas actividades toman más tiempo que otras, y por tanto, consumen más recurso.

Las equivalencias de producción empleadas fueron las siguientes:

Tabla No 18 EQUIVALENCIAS DE PRODUCCION

<b>SERVICIOS</b>	<b>EQUIVALENCIAS</b>
<b>OPERATORIA</b>	0,4758
<b>EXODONCIA</b>	0,5943
<b>PROFILAXIS</b>	0,2147
<b>PROMOCION PREVENCIÓN</b>	0,1169

Fuente: elaboración propia

### **BENEFICIOS DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION**

Estimación del precio asociado a actividades de promoción y prevención .Las actividades de promoción y prevención se discriminan en primer lugar entre aquellas que son de carácter individual y colectivo. Las primeras se diferencian conforme al régimen de afiliación de la persona hacia la cual se orienta la actividad. Las actividades de tipo individual tienen que ver con

control de placa, educación en salud oral y control de riesgo, terapias de mantenimiento, aplicación de sellantes, y fluorización. Las actividades de tipo colectivo corresponden a acciones extramurales realizadas en diferentes ámbitos —escolar, comunitario. Las actividades colectivas son acordadas entre la Secretaría y el IHSS, en número y en cantidad de dinero a gastar, ante lo cual, una primera percepción apunta a indicar que hasta cierto punto, el dinero que se recibe como ingreso, representa al mismo tiempo el valor del gasto.

La eficacia y calidad de la producción se medirá en las altas integrales y controles de mantención.

En cuanto a los Controles de Mantención, su nivel de producción supera a las Altas Integrales en

Más del doble en los dos primeros años de la evaluación, para mantenerse casi estables en los años 2016 y 2017, como consecuencia de la política ya citada. Ello da como resultado que, mientras en el año 2015 había 2,8 controles de mantención por cada alta integral, esta relación se revierte en el año 2016 a 1,2 controles de mantención por cada alta integral, lo que se evalúa en forma positiva.

Las actividades de educación y de odontología preventiva que realiza el módulo junto a las

Actividades clínicas en cuatro o cinco sesiones a la semana, equivalen a que un niño, por cada alta integral, ha tenido a lo menos 5 o 4 experiencias grupales en educación y en prevención. Esta

Modalidad está acorde con la práctica moderna de la odontología en niños donde se combinan los

Criterios de edad, daño bucal, higiene bucal, educación y fluoración, por lo que se evalúa

Positivamente,

6.6 CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PROMOCION Y PREVENCIÓN SALUD BUCAL

Tabla No.19 Cronograma de Implementación del Promoción y Prevención de la Salud Bucal

Actividades	Meses (Semanas) Año 2015																							
	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
Socialización	■	■	■	■																				
Capacitación sobre Técnicas de cepillado					■	■	■	■																
Capacitación sobre nutrición									■	■	■	■												
Implementación Promoción y prevención de la salud bucal													■	■	■									
Ver resultados obtenidos de la aplicación del Promoción y prevención de la salud bucal																	■	■						

Fuente: elaboración propia

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

Acevedo A., Rivera L., Núñez A., Rojas F., Sientes J., Volpe A., (2000). Prevalencia de la Caries Dental en la Región Capital de Venezuela. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela.

Alman, J. (1982). Declining caries prevalence: statistical considerations. *J. Dent Res.* 61

(Sp Iss):1361-3.

Anderson, R; Bradnock, G; Beal, J; James, P.M.C. (1982). The reduction of dental caries prevalence in English school-children. *J. Dent. Res.*, 61(Sp Issue): 1311-6.

Angarita M. y Mejía C. (2000). Encuesta de prevalencia de cálculo dental en escolares de 5 a 14 años. Artículo publicado. Bogotá: Colombia. Athanassouli, T; Mamai-Homata, E; Panagopoulos, H; Koletsi-Kounari, H; Apostolopoulos, A. (1992). Dental caries changes between 1982 and 1991 in the child population in Athens. Greece. *Caries Res.*, 26: 229. Bailit, H. (1988). Changing patterns of oral health and implications for oral health manpower. Responsibility to the public. *Int. Dent. J.*, 38: 56-60.

Battellino, J; Cattoni, S.T.D; Escudero, M. (1974). Medidas antropométricas, salud bucodental y desarrollo psicológico en preescolares de la Ciudad de Córdoba. *Rev. Fac. Cienc. Méd. Córdoba*, 32: 321-42.

Battellino, J. y Bennún, R. (1991). Niveles, tendencias y estructura de la mortalidad infantil en la Provincia de Córdoba (Argentina). *Cuad. Med. Soc., Rosário*, (56): 25-42.



Bianco, M. y Sonis, A. (1986). Recursos humanos en salud de la Argentina. Educ. Med. Salud, 20: 323-37.

Bourges H. et al (1987) Valor nutritivo de los alimentos mexicanos. Tabla de uso práctico. L-12 10ª. México: Instituto Nacional de la Nutrición.

Bronfman, M. y Tuirán, R. (1984). La desigualdad ante la muerte: clases sociales y mortalidad. Cuad. Med. Soc., Santiago, 29/30: 53-75.

Boutin, G. y Durning P., (1997) Intervenciones socioeducativas en el medio familiar. Narcea S.A. de Ediciones. Madrid.

Brunelle, A. y Carlos, P. (1990). Recent trends in dental caries in US children and effect of water fluoridation. J. Dent. Res., 69 (Sp Iss): 723-7.

Carmichael, L; Rugg-Gunn, J; French, D; Cranage, J. (1980). The effect of fluoridation upon the relationship between caries experience and social class in 5-year-old children in Newcastle and Northumberland. Br. Dent. J., 149: 163-7. 88

Carasuo, H; Ngassapa, D; Kerosuo, E; Ranta, K. (1988). Caries experience in the primary dentition of nursery school children in Dar es Salaam, Tanzania. Caries Res., 22:50-4.

Cattoni, S.T.D; Yankilevich, E.R.L.M; Cornejo, L.S; Battellino, L; Zak, A.G. (1992).

Córdova Y. (1999). Consideraciones Teórico-Methodológicas en el Abordaje del componente bucal de la salud colectiva. Facultad de Odontología.

Dávila M., Gil M., Daza D., Bullones X., Ugel E. (2003). Salud Oral de las personas con retraso mental en cuatro Municipios del Estado Lara.

AAWH: .Datos y Cifras. “Boca Sana, Vida Sana” Folleto Informativo

Asociación Estadounidense para la Salud Mundial (AAWH). Metas

Mundiales para el Año 2000 Unidad de Salud Bucodental Ginebra Suiza 1994.

De Paola, P; Soparkar, M; Tavares, M; Allukian, M; Peterson, M. (1982). A dental survey of Massachusetts schoolchildren. J. Dent. Res., 61 (Sp Issue): 1356-60.

Disney, A; Graves, C; Stamm, W; Bohannan, M; Abernathy, R; Zack, D.D. (1992).

Doris Mendez Venezuela 2003

Elliot, J. (2000) El Cambio Educativo desde la Investigación Acción. Tercera Edición. Ediciones Morata, S.L. Madrid.

French, D; Carmichael, L; Furness, A; Rugg-Gun, J. (1984). The relationship

Between social class and dental health in 5-year-old children in the north and

South of England. Br.Dent.J., 156:83-6.

Garbero I, Delgado A., y Benito I. (2001). Salud Oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Tucumán .Argentina

Glass, L. (1982). The First International Conference on the Declining Prevalence of Dental Caries. J. Dent. Res., 61(Sp Iss): 1301-83.

González F., Abdala A., Montoya G., Parra C., Pinto P. (2002). Evaluación de las condiciones de Salud oral y la efectividad de los programas de promoción y prevención instaurados en la

comunidad pesquera de corregimiento de Bocachica, Cartagena de Indias. Universidad de Cartagena. Colombia.

Guerra Macedo 1984

Harris, N. Y García, F. (2001) *Odontología Preventiva Primaria*. Editorial Manual Moderno. México.

Helm, S. & Helm, T. (1990). Correlation between caries experience in primary and

Helöe, L.L. & Hangejorden, O. (1981). The rise and fall of dental caries: some global aspects of dental caries epidemiology. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 9:294-9.

Higashida B. mexico 2001

Irigoyen Zepeda mexico 2001

Kalsbeek, H. & Verrips, G.H.W. (1990). Dental caries prevalence and the use of fluorides in different European countries. *J.Dent. Res.*, 69(Sp Iss): 728-32.

Kaste L., Selwitz R., Oldakowski R., Brunelle J., Winn D y Brown L (1996). Coronal caries in the primary and permanent dentition of children and adolescent 1-17 years of age. United States.

Khan, A. (1992). Prevalence of dental caries in school children of Lahore, Pakistan. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 20: 155.

Koch, L.; Gershen, A; Marcus, M. (1985). A children's oral status index based on dentist judgment. *J. Am. Dent. Assoc.*, 110: 36-42.

Koloway, B. & Kailis, D.G. (1992). Caries gingivitis and oral hygiene in urban and rural preschool children in Indonesia. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 20:1578.

León N. (1999). Evaluación de los tratamientos periodontales en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Caracas – Venezuela.

Loesche, W.J.; Eklund, S.A.; Burt, B.A. (1982). Relationship between antibiotic use and DMF scores in children. *IADR Prog. Abst.*, 61.

Lombardi, C; Bronfman, M; Fachini, C; Victora, G.; Barros, F. (1988).

Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos.

Mandel, I.D. (1985). Changing patterns of dental caries. *Quintessence Int.*, 16: 81.

Mansbridge, N. (1959). The influence of social and economic conditions on the prevalence of dental caries. *Arch. Oral Biol.*, 1:241 -53.

Marthaler, T.M. (1990). Caries status in Europe and prediction of future trends.

*Caries Res.*, 24: 381-96.

Massler, M. (1969). Teenage cariology. *Dent. Clin. N. Am.*, 13: 405-12.

Matejka, J; Sinwel, R; Cleaton-Jones, P; Willians, S; Hargreaves, A.; Fato, L.P;

Docrat, M. (1989). Dental caries at five and twelve years in South African

Indian Community: a longitudinal study. *Int. J. Epidemiol.*, 18: 423-6. 90

Martignon S., Granados O. (2002). Prevalencia de Fluorosis Dental y Análisis de

Asociación a Factores de Riesgo en Escolares de Bogotá.

Olza, B. (1996) Odontología Preventiva. McGraw Hill. México Primera Edición

ONU 2002

OPS Washington 2002

OMS 2000

Operatoria Dental de Barrancos Mooney edición 1988

Periodontología clínica de Glickman Carranza séptima edición

Revista instituto Hondureño Seguridad Social Dr. Bu Girón 2007)

Periodontología clinica de Glickman Carranza séptima edición.

Programa de atención integral en salud familiar y comunitaria 2007. (PAISFC)

Rey M, Salas E., Martignon S. (2003). Caries Dental y asociación a factores de

Riesgo en la población escolar de Monquirá, Boyacá.

Revista Cubana2001

Rioboo, R. (2002) Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Tomo I. Ediciones Avances Madrid.

Robertson, A; Reade, C; Steidler, E; Spencer, J. (1989). A dental survey of Tibetan

Children in Dharamsala. Community Dent. Oral Epidemiol. 17: 44-6.

Rojas F. (2000). El Uso de un Índice de Carencia Material para identificar niños de Alto riesgo con caries dental.

Sabulsky, J. (1991). Estudio socioepidemiológico de la desnutrición crónica en Escolares de la Ciudad de Córdoba. Córdoba, Argentina. Tesis Doctoral.

Saska Estupiñar Washington 2005

Secretaria de Salud de Honduras 1987

Secretaria de Salud de Honduras /OPS 1997

## ANEXOS No. 1 ENCUESTA



### PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD BUCAL P#2 IHSS

Buenas tardes, la presente encuesta es para una investigación asignada al proyecto de graduación de la Maestrías, UNITEC. Agradecemos el tiempo que se tomará para completar las preguntas que se muestran a continuación.

1¿Cuántas veces cepilla los dientes al día?

- a. 3 veces
- b. 2 veces
- c. 1 vez
- d. Ninguna

2¿Cuántas veces usa el hilo dental al día?

- a. 1 vez
- b. 2 veces
- c. 3 veces

d. Ninguna

3¿Cuántas veces usa el enjuague dental al día?

a. 1 vez

b. 2 veces

c. 3 veces

d. Ninguna

4¿Cuántas veces al día consume alimentos ricos en azúcar?

a. 1 vez

b. 2 veces

c. 3 veces

d. Más de 3 veces

e. Ninguna

5¿Cuántos tiempos de comida hace al día?

a. 1 vez

b. 2 veces

c. 3 veces

d. Más de 3 veces



e. Ninguna

6¿Presenta Hábitos Nocivos (chupar el dedo, comer hielo, morder lápices etc.)

O Si

O No

¿Cuál?-----

7¿Ha recibido charlas sobre higiene dental?

O Si

O No

8¿Cada cuánto cambia cepillo dental?

a. Cada 3 meses

b. 1 vez al año

c. Cada 6 meses

9¿Cuántas veces se aplica el flúor? En caso si es niño

a. 1 vez al año

b. Cada 6 meses

c. Ninguna

10¿Cada cuánto visita al odontólogo?

- a. 1 vez al año
- b. 2 veces al año
- c. Solo cuando tiene problemas

**Datos Demográficos**

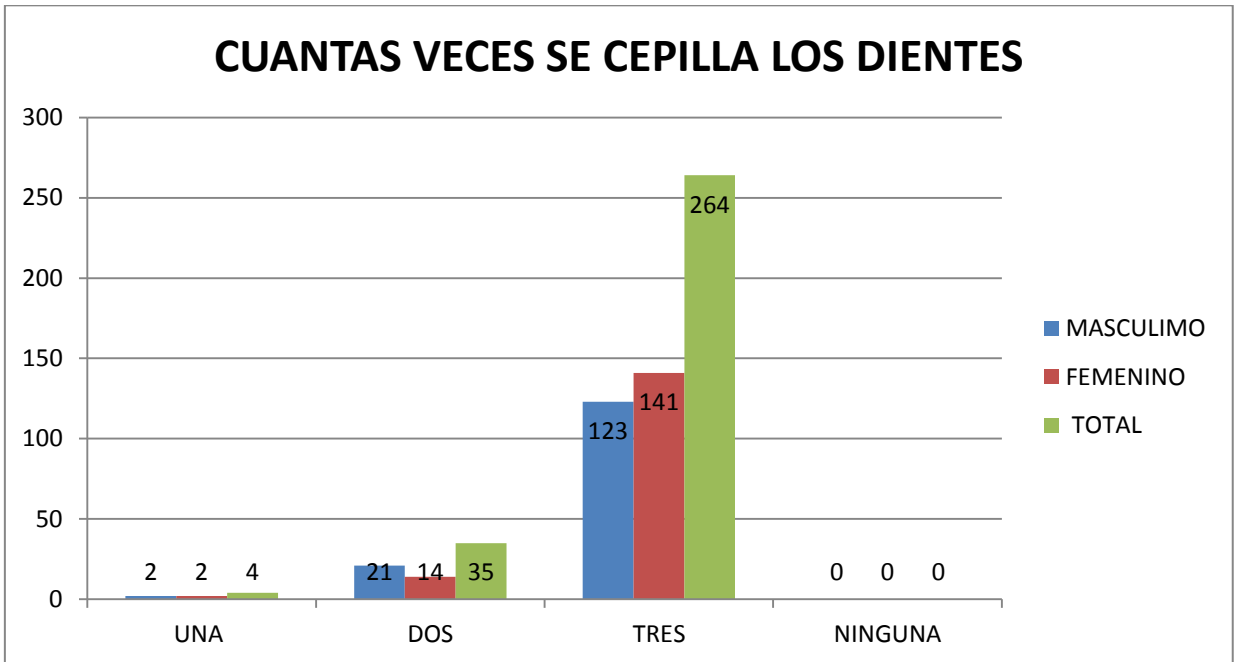
Sexo

- Femenino
- Masculino

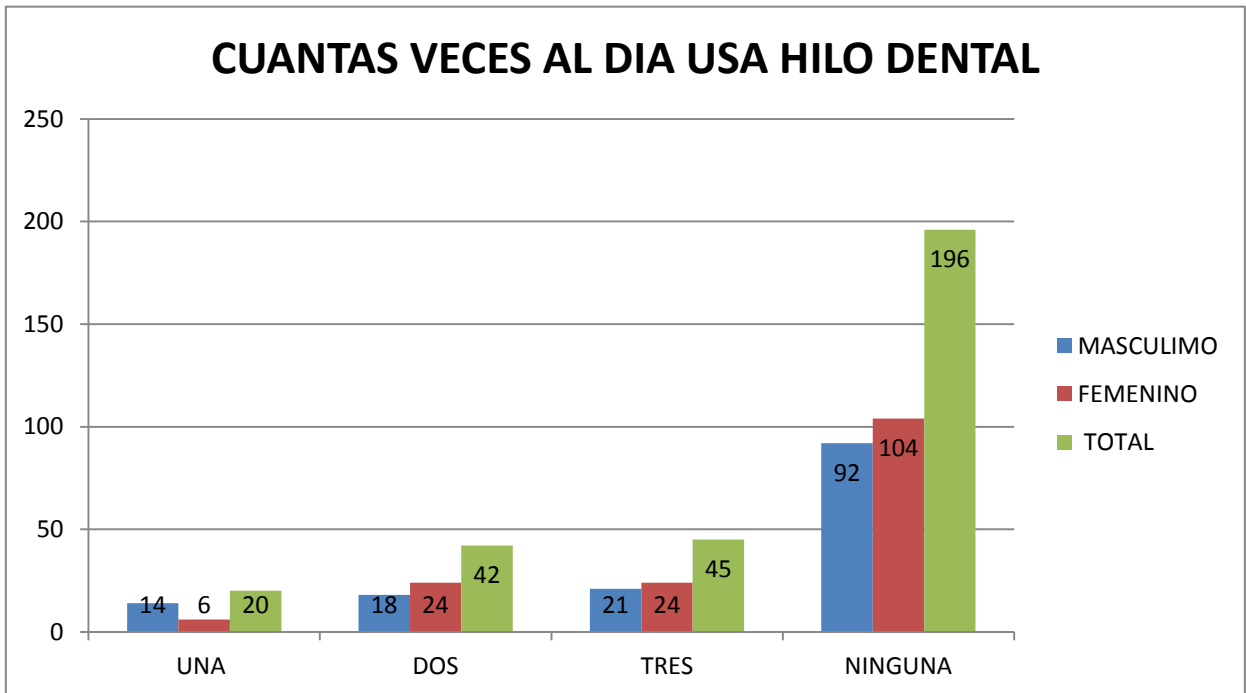
**Edad**

- 0-5 años
- 6-11 años
- 12-18 años
- 25-35 años
- 36-45 años
- 46- 65 años
- Más de 65 años

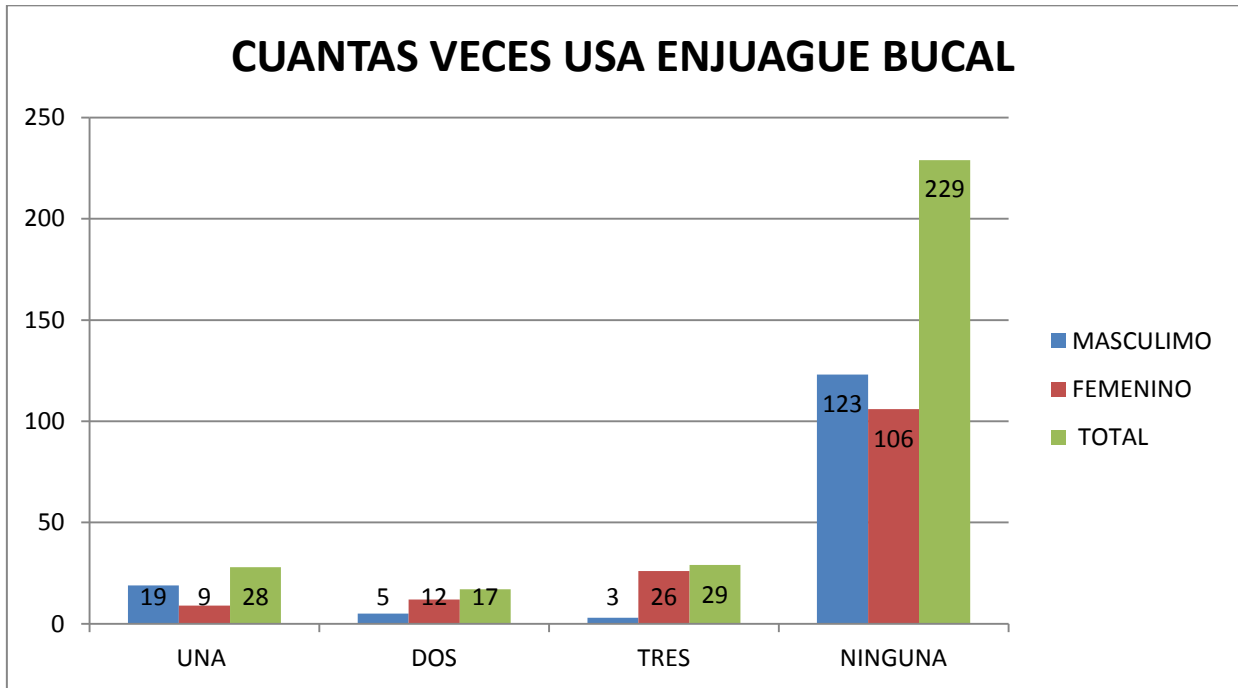
**ANEXO No 2 GRAFICA DE RESULTADOS DE ENCUESTA**



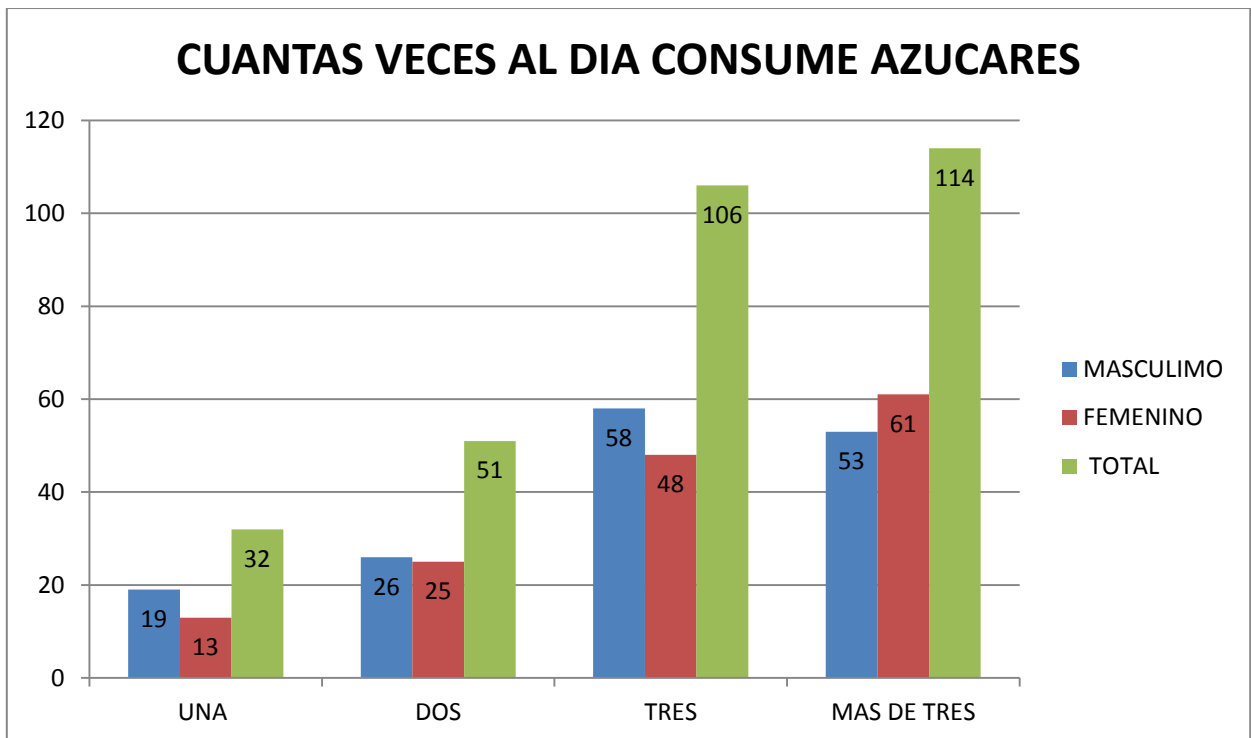
**ANEXO No.3 GRAFICA DE RESULTADOS DE ENCUESTA**



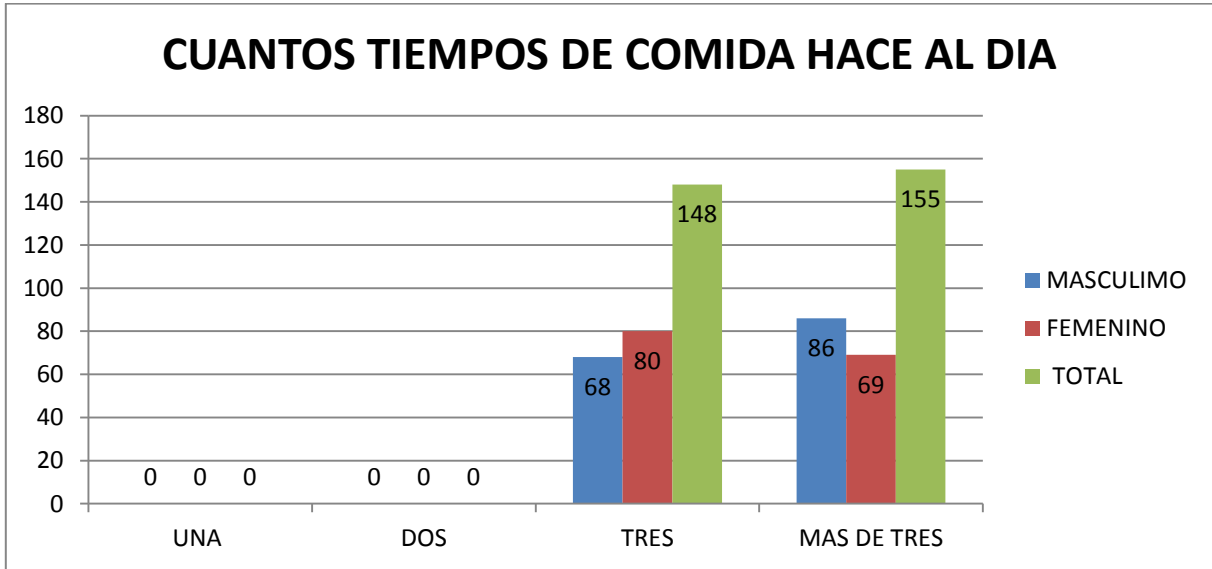
#### ANEXO No 4 GRAFICA DE RESULTADO DE ENCUESTA



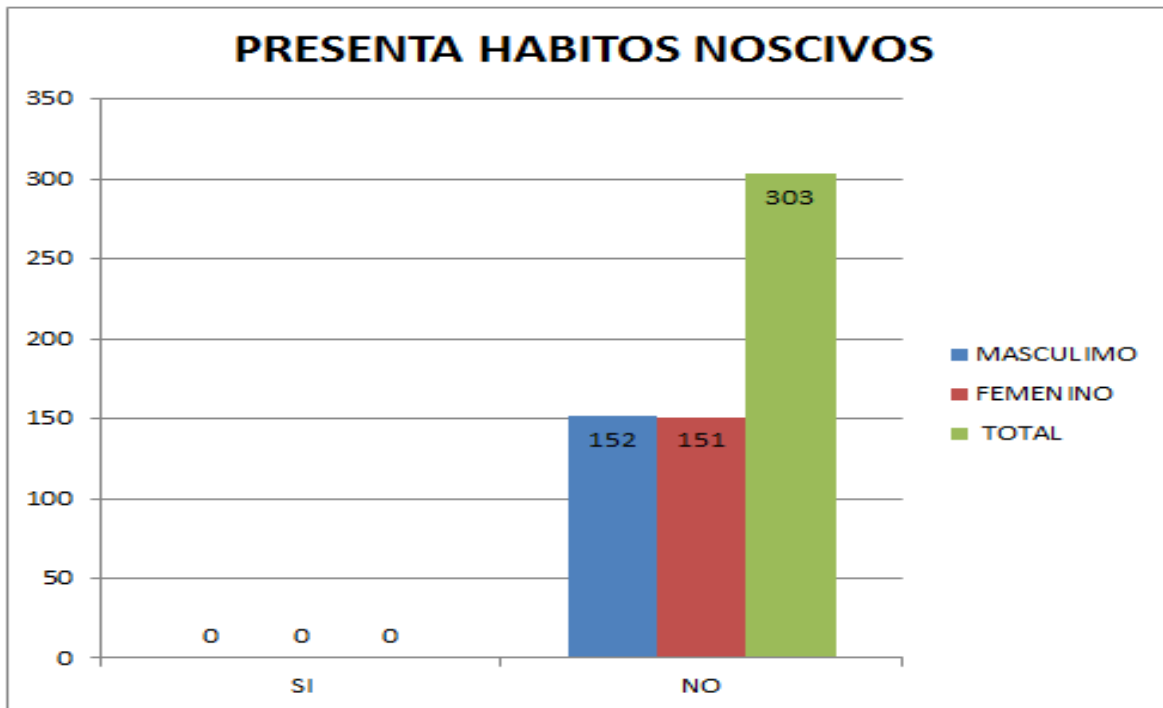
#### ANEXO No 5 GRAFICA DE RESULTADO DE ENCUESTA



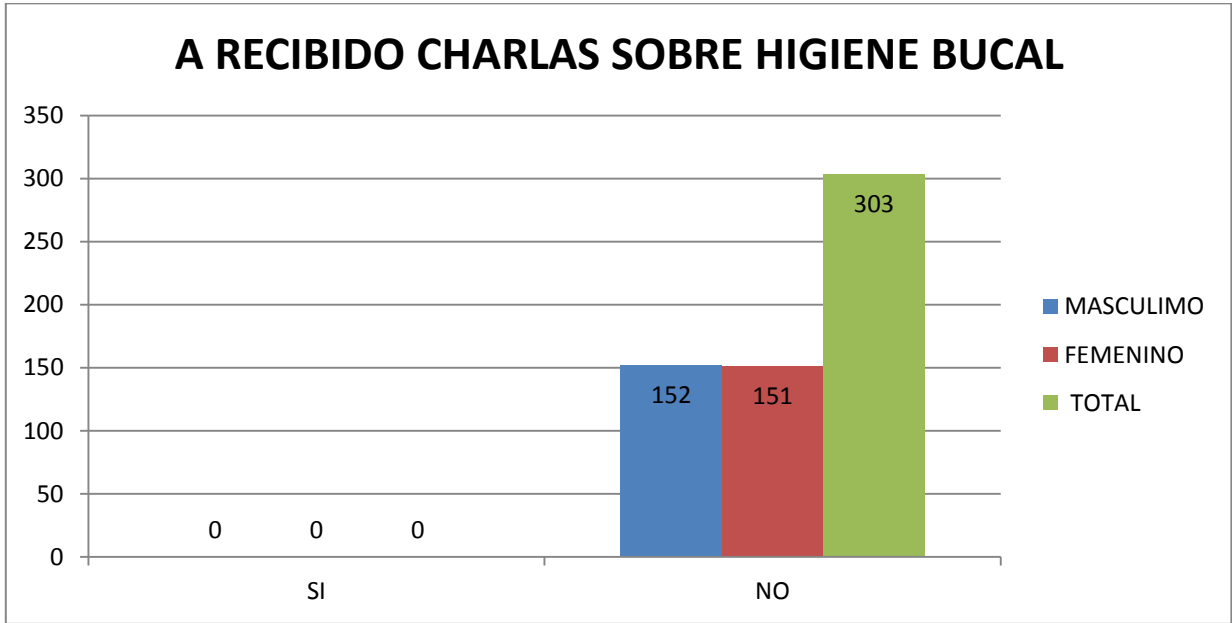
### ANEXO No 6 GRAFICA DE RESULTADO DE ENCUESTA



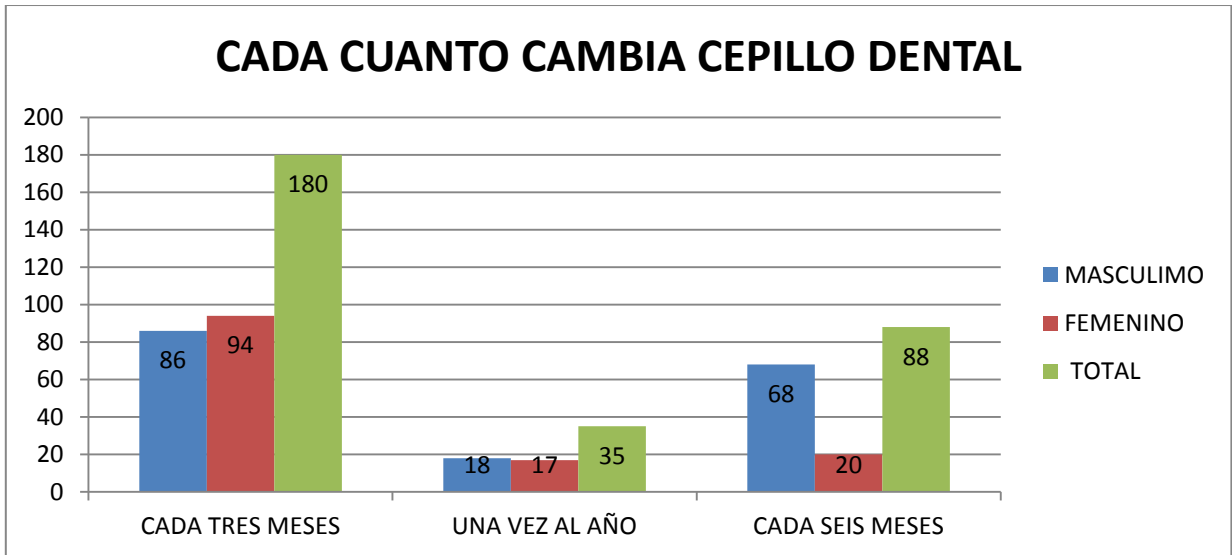
### ANEXO No 7 GRAFICA DE RESULTADO DE ENCUESTA



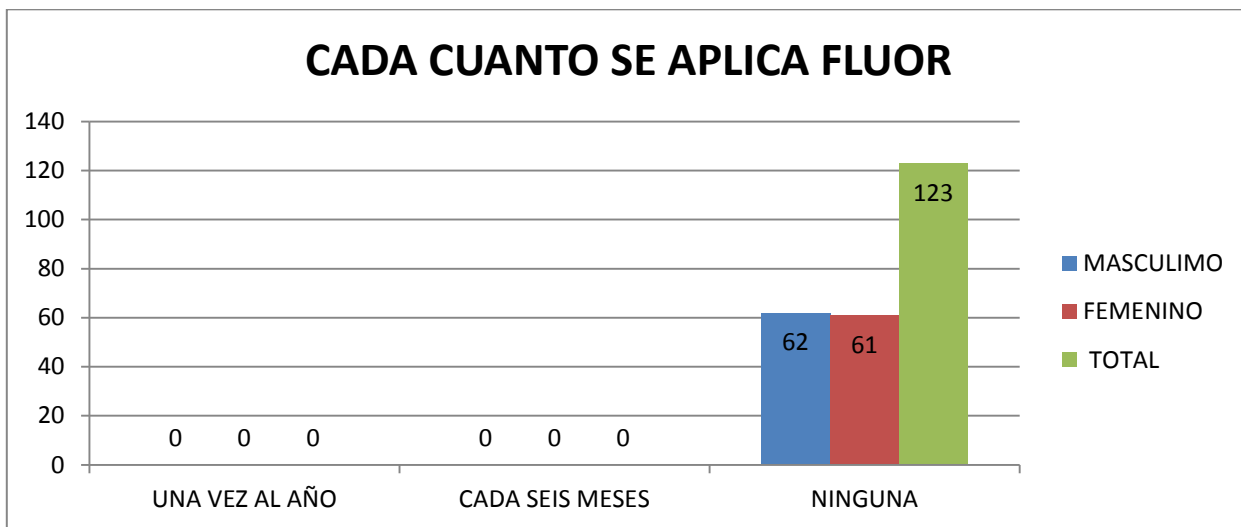
**ANEXO No 8 GRAFICA DE RESULTADO DE ENCUESTA**



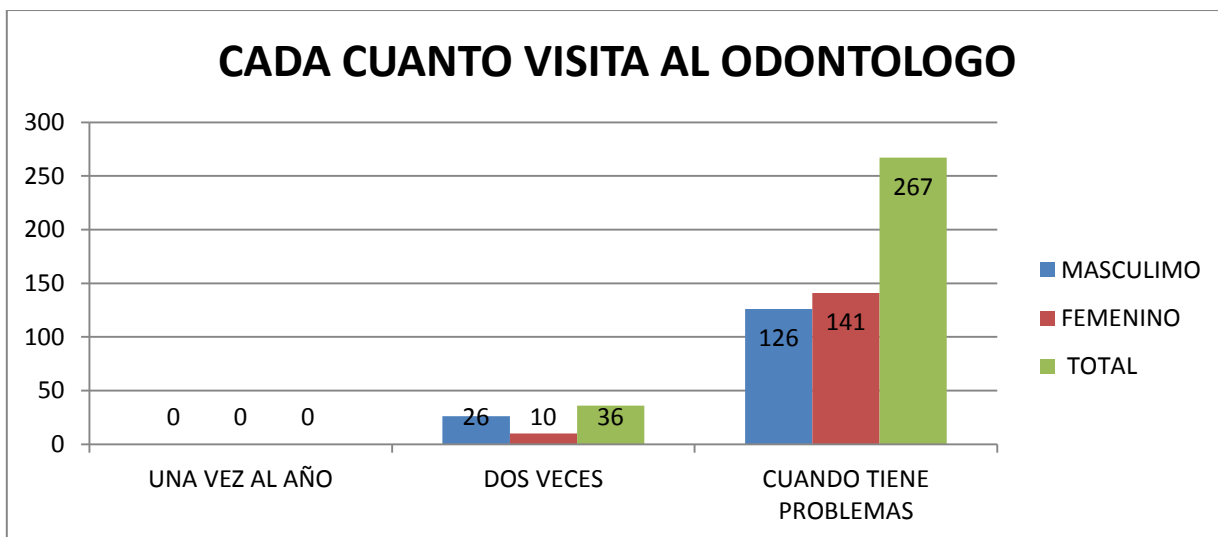
**ANEXO No 9 GRAFICA DE RESULTADO DE ENCUESTA**



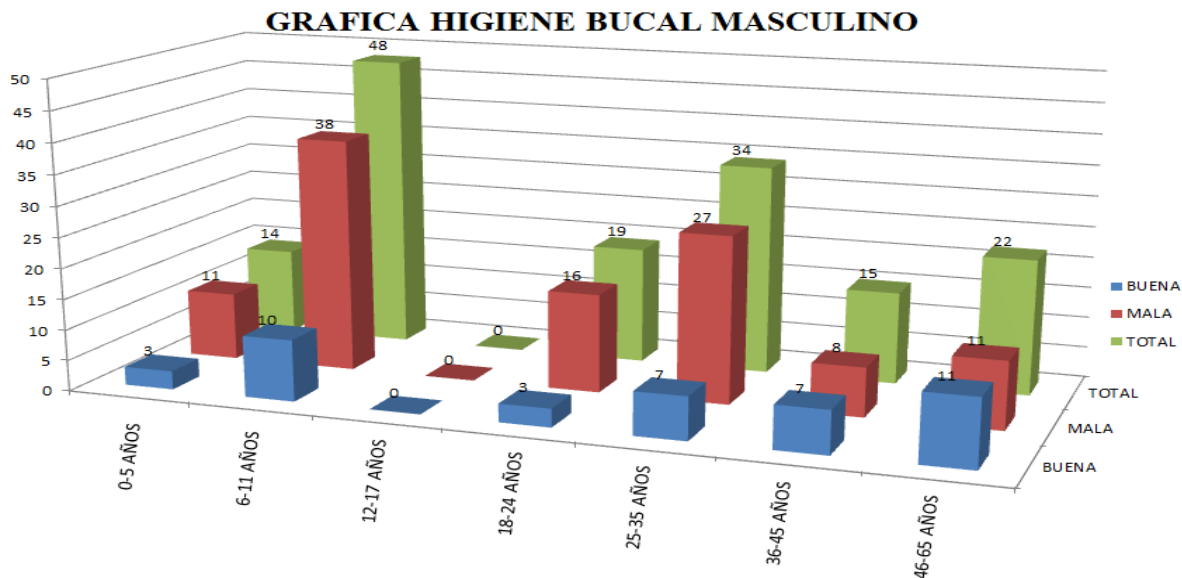
**ANEXO No 10 GRAFICA DE RESULTADO DE ENCUESTA**



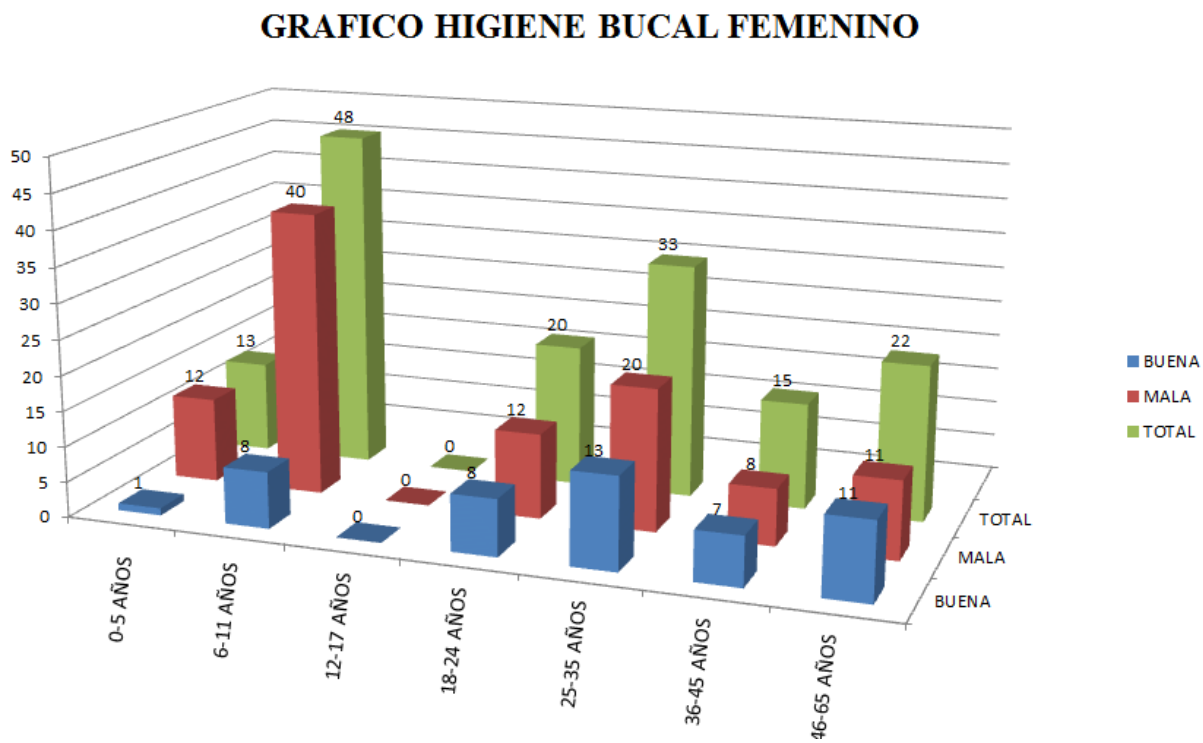
**ANEXO No 11 GRAFICA DE RESULTADO DE ENCUESTA**



**ANEXO No.12 GRAFICA DE RESULTADO DE EVALUACION DI-S**



**ANEXO No.13 GRAFICA DE RESULTADO DE EVALUACION DI-S**





**ANEXO No.14 BROCHURE DE PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD BUCAL**



## ANEXO No.15 FICHA DE EVALUACION ODONTOLOGICA



### INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGICA

## HOJA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

No. DE EXPEDIENTE

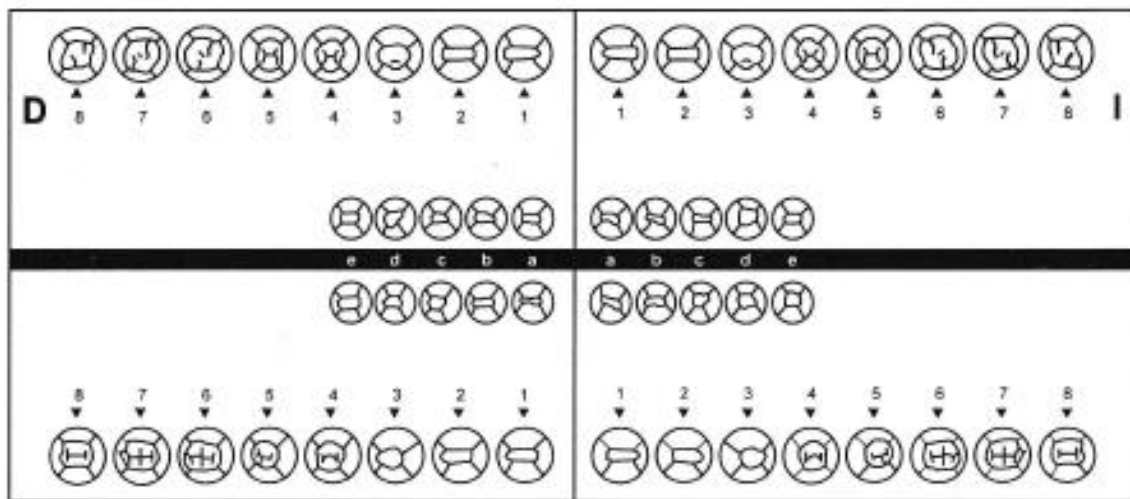
Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

Médico Familiar \_\_\_\_\_

Marque con un ✓ dentro del paréntesis si la respuesta es afirmativa. Déjelo en blanco si es "no"

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <p>( ) ¿Es ésta su primera visita?<br/>Si ha habido experiencia dental previa:<br/>( ) Fue satisfactoria<br/>( ) Le pusieron anestesia local<br/>( ) Le tomaron radiografías<br/>( ) Le dieron instrucciones de higiene oral<br/>( ) Efectuó visitas periódicas a la clínica<br/>¿Hubo algún problema?</p> <p><b>Hay sensibilidad oral debido a:</b><br/>( ) Calor ( ) Dulces ( ) Masticación<br/>( ) Frío ( ) Lesiones Previas<br/>Existe historia de:<br/>( ) Chuparse el dedo ( ) Dificultad al tragar<br/>( ) Protrusión lingual ( ) Respirador bucal<br/>( ) Onicofagia ( ) Mordedor de objetos duros</p> | <p><b>Ha tenido...</b><br/>( ) Examen físico reciente<br/>( ) Problemas cardíacos<br/>( ) Presión arterial alta<br/>( ) Presión arterial baja<br/>( ) Problemas circulatorios<br/>( ) Problemas nerviosos<br/>( ) Tratamientos de radiación<br/>( ) Dolor en región auditiva<br/>( ) Excesivo sangramiento<br/>( ) Sangramiento de encías<br/>( ) Empaquetamiento<br/>( ) Tratamientos de fluor<br/>( ) Pruebas de vitalidad pulpar<br/>( ) Alergia a anestésicos locales<br/>( ) Alergias a antibióticos<br/>( ) Otras alergias</p> | <p>( ) Amigdalectomía ( ) Mastoiditis<br/>( ) Adenoides removidos ( ) Otitis<br/>( ) Anemia ( ) Paperas<br/>( ) Asma ( ) Neftosis<br/>( ) Encefalitis ( ) Fiebre Reumática<br/>( ) Sinusitis crónica ( ) Escarlatina<br/>( ) Tumores ( ) Tifoides<br/>( ) Epilepsia ( ) Amigdalitis<br/>( ) Tumores ( ) Tuberculosis<br/>( ) Alcoholismo ( ) Sífilis<br/>( ) Diabetes</p> |
|--|--|---|



Simbología para extraer X Ej:

Diente - - Clave Ej:

Para Obt.: \_\_\_\_\_ Colorear las superficies afectadas en azul

Obturado previamente: No se coloca

Ausente \_\_\_\_\_ Ej:

Hacer Radiografía: RX Ej:

Acciones Realizadas: Clave: ✓

Obturado: Ej: ✓

Extraído: Ej: ✓

Radiografía: Ej: ✓

CÓDIGO 50-08-01

