

**"OPORTUNIDADES PERDIDAS EN SALUD BUCAL Y NECESIDADES DE
ATENCION BUCAL DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO
DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"
GUATEMALA, C.A.**

TESIS PRESENTADA POR

MARIA RENEE PAPP CRASBORN

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO PREVIO
A OPTAR AL TITULO DE:**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1996.

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central**

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Jorge Martinez Solares
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo
Vocal Tercero:	Dr. Victor Manuel Campollo Zavala
Vocal Cuarto:	Br. Franklin Alvarado López
Vocal Quinto:	Br. Gonzalo Javier Sagastume Herrera
Secretario:	Dr. Manuel Andrade Bourdet

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Jorge Martínez Solares
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Miguel Arriaga Franco
Vocal Tercero:	Dr. Carlos Chúa López
Secretario:	Dr. Manuel Andrade Bourdet

09
T(1291)
C.4.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y MARIA:

Por guiar mi camino y permitir realizar mis
metas

A MIS PADRES:

Mario Arnoldo Pappa Gordillo

Carmen Crasbron de Pappa

Como un agradecimiento al amor, esfuerzo y
comprensión que me han brindado.

A MIS HERMANOS:

María Raquel, María José y Mario Arnoldo

Por ser parte importante de mi vida.

A MI FAMILIA:

Especialmente a mis sobrinos Roberto Antonio,
Mario Andrés, mi tía Zoila Crasborn y mi cuñado
Marco Antonio.

A MIS PADRINOS:

Sidney Morales y Carlos Crasborn

Por haber sido ejemplo para mí.

A MIS AMIGOS:

Carlton, Ricardo, Zagreb, Estuardo, Clariza, Analú y
Adriana por los recuerdos que siempre me van
a acompañar.

TESIS QUE DEDICO

A: LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A: LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A: MIS CATEDRATICOS E INSTRUCTORES

A: MIS ASESORES DE TESIS

Dr. Carlos Chúa

Dr. Miguel Arriaga

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el agrado de someter a la consideración de ustedes mi trabajo de tesis titulado:

"OPORTUNIDADES PERDIDAS EN SALUD BUCAL Y NECESIDADES DE ATENCION BUCAL DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS".

Conforme lo demandan los reglamentos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero expresar mi sincero agradecimiento al Dr. José de la Cruz por su valiosa ayuda en la realización de este trabajo de tesis.

Y a ustedes distinguidos miembros del tribunal examinador, reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

INDICE

	Pag. No.
I. Introducción.....	1
II. Definición del Problema.....	3
III. Definición de Conceptos.....	5
IV. Justificación.....	6
V. Revisión de Literatura.....	8
VI. Objetivos de la Investigación.....	32
VII. Variables.....	33
VIII. Metodología.....	36
IX. Instructivos para los Instrumentos de Medición....	41
X. Recursos.....	51
XI. Resultados de la Investigación: Cuadros, Gráficas e Interpretaciones.....	52
XII. Discusión de Resultados.....	94
XIII. Conclusiones.....	97
XIV. Recomendaciones.....	100
XV. Limitaciones.....	102
XVI. Anexo 1: Ficha para Determinación de Necesidades Odontológicas.....	103
XVII. Anexo 2: Encuestas.....	105
XVIII. Anexo 3: Cuadro para Recolección de Información de los expedientes clínicos.....	108
XIX. Bibliografía.....	109

SUMARIO

La presente investigación se realizó en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios; dicha investigación se elaboró de la siguiente manera: Se examinaron 300 niños hospitalizados, determinando el Índice de Caries Dental ceo-CPO, realizándoles un examen bucal de tejidos blandos, evaluación del estado periodontal y oclusión, todo esto con el objeto de determinar la necesidad de prevención, educación y tratamiento que tienen dichos niños.

Encontrándose referente a Caries Dental que el CPOt promedio en los niños menores de 2 años es 0.92, de los 2 a los 6 años es de 6.58 y de los 7 a los 13 años es de 8.31, pudiéndose notar el aumento proporcional conforme la edad; y un 30.6% de niños menores de 6 años, presentaron Caries por Biberón.

En cuanto al estado de salud periodontal, se observó que el 34.3% de los niños examinados padecen algún grado de alteración del periodonto, al igual que se pudo observar que el 70% de áreas dentales evaluadas presentaron depósitos blandos y un 45% de los pacientes presentaron algún tipo de maloclusión; también se observó un 31.4 % de lesiones de tejidos blandos que necesitan tratamiento, por lo que se hace evidente la necesidad de atención bucal.

Se realizaron encuestas al personal médico y auxiliar para poder determinar las Oportunidades Perdidas en salud bucal, es decir todas aquellas acciones que podrían tomarse para el beneficio de los pacientes, con el fin, de dar un tratamiento integral, y es así como se determinó en base al resultado de estas encuestas que se pierden 51% de oportunidades en los aspectos de salud bucal en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

Se revisaron también los expedientes de los pacientes examinados con el fin de poder determinar los hallazgos bucales que se observan a la hora de realizar el examen físico integral, y poder así enumerar una serie de recomendaciones sobre hallazgos que no deben pasar desapercibidos, y darle a la salud bucal su importancia.

Recopilados los anteriores datos se elaboraron las recomendaciones pertinentes, sobre:

- Diagnóstico, promoción, educación y tratamiento que necesitan los niños, aprovechando el tiempo que pasan hospitalizados.
- Aprovechar el contacto que tienen los niños con el personal de salud diariamente, para satisfacer esas necesidades que constituyen actualmente Oportunidades Perdidas.

I. INTRODUCCION

El actual Hospital General San Juan de Dios tiene como filosofía el prestar una atención integral y de calidad a los pacientes que demandan sus servicios.

En la práctica ese tipo de atención ha dado lugar a dudas en cuanto a su cumplimiento. En este trabajo se pretendió evaluar los servicios prestados en la rama de Odontología en el departamento de Pediatría con el propósito de identificar las deficiencias existentes y enmendarlas en forma continua como parte de un proceso de corregir, mejorar y lograr prestar una mejor atención.

Dentro de este esquema, este estudio trató de identificar las oportunidades que se pierden en la rama de Odontología durante la asistencia que se realiza a los niños en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, y después de identificadas, se elaborará un plan para rescatar las mismas y así prestar el servicio integral que esta población se merece.

Se entiende como Oportunidad Perdida: toda situación en que una persona acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integradas de salud que le corresponden según su grupo etáreo, género y sus condiciones de riesgo (14). Es una técnica de encuesta que identifica rápidamente la realidad de atención, con el objeto de detectar las opciones que se pierden de ofrecer

una mejor atención, integral o completa, en los contactos del paciente con los servicios de salud.

El estudio se realizó con el objetivo de mejorar la calidad de atención en salud que se presta al paciente brindándosele de esta manera en forma integral; debido a que se ha comprobado que las enfermedades en la boca constituyen un problema que afecta a casi la totalidad de la población, sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico o cultural y por los resultados obtenidos en esta investigación podemos decir que los niños del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios constituyen una población afectada por esta situación, y que no cuenta en este momento con algún recurso específico para atender sus necesidades.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Los niños que acuden al departamento de Pediatría del Hospital San Juan de Dios son atendidos de acuerdo al padecimiento principal que le aqueja (sobrevivencia), y muchas veces se limita la atención a este punto, impidiendo la oportunidad de brindarle todo un complejo integrado de acciones tales como: educación, promoción, diagnóstico y tratamiento precoz en salud. Realizar esto conllevaría gran beneficio a los pacientes, pues como personas no se puede desglosar una parte de ellas porque constituye un sistema integral y como tal debe ser evaluado y tratado. De aquí que se maneje actualmente el concepto de salud integral, que debe de hacerse patente a la hora de atender al paciente aprovechando todo contacto con él (contacto efectivo). Es por ello, que la salud bucal como elemento de la salud integral del niño, debe incorporarse a los servicios que se prestan en toda institución de salud. Esto tiene mayor importancia cuando consideramos que en la actualidad dentro de la estructura del Departamento de Pediatría no existe un Area de Odontología. Unicamente existe la sección de Odontología en la consulta externa de adultos, que depende del Departamento de Cirugía de todo el Hospital: distribuída de la siguiente manera: Clínica para Exodoncia de adultos y niños, Medicina y Patología Bucal. Clínica de Operatoria de Adultos y Clinica E.P.S. de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Esta última presta sus servicios realizando operatoria a niños comprendidos entre 2 y 14 años, quienes son pacientes que acuden a la consulta externa general para solicitar tratamiento dental; dejando sin atender a los pacientes hospitalizados y de los otros servicios del departamento de Pediatría, considerándose esto como una oportunidad perdida, pues los mismos miembros del equipo de salud desconocen la existencia de este servicio. Además, se podría aprovechar el recurso humano (personal de salud del área de pediatría) para contribuir en la prevención y promoción de la Salud Bucal, que constituye Atención Primaria de la Salud Bucal.

Todo esto se tradujo en razones más que suficientes para proceder a evaluar la conducta que se sigue en la atención del niño en este hospital, y de aquí surgió la duda de cuáles son las Necesidades de Salud Bucal y cuántas las Oportunidades Perdidas en los niños del Departamento de Pediatría en el Hospital General San Juan de Dios, y constituyendo el problema que se investigó en este proyecto.

III. DEFINICION DE CONCEPTOS

OPORTUNIDAD PERDIDA:

"Es toda circunstancia en que una persona acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integradas de salud que le corresponden de acuerdo con las normas vigentes, según su grupo etareo, su género y/o sus condiciones de riesgo".

(14)

OPORTUNIDAD PERDIDA EN SALUD BUCAL:

"Constituye toda circunstancia en la que se pueda presentar un paciente a un establecimiento de salud y no reciba las acciones integradas de atención en salud bucal que le corresponden, según su genero, edad y condiciones de riesgo que pueda presentar".

NECESIDADES ODONTOLÓGICAS:

"Se refiere a la precisión absoluta de recibir educación en salud bucal, medidas preventivas y tratamiento dental por parte del personal de salud".

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD BUCAL:

"Constituye fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. Se orienta a los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud". (17)

IV. JUSTIFICACION

Actualmente la población guatemalteca recibe una atención odontológica insatisfactoria en términos de niveles, amplitud y cobertura. Más de 3/4 partes de la misma no recibe atención odontológica (13), esto es debido primordialmente al tipo de práctica privada individual que se caracteriza por un enfoque curativo de los problemas bucales, lo que resulta más costoso y no resuelve los problemas de salud bucal de la población.

Varios estudios epidemiológicos realizados en latinoamérica indican que más del 90% de su población presenta problemas de caries dental (13). Esta situación se agrava al pensar que la patología bucal comprende además de la caries dental, Periodontopatías, maloclusiones, anomalías congénitas, procesos inflamatorios, infecciones de tejidos blandos y duros, cáncer bucal, etc. Esto nos pone frente a un inmenso problema que nos hace comprender la necesidad de desarrollar el componente de Salud Bucal como elemento básico de la Salud Integral de los individuos, la familia y la comunidad; y deberá ser incorporado en la administración y programación de los sistemas nacionales y locales de salud. Si esto fuera así debería reflejarse en el personal que tiene a su cargo el cuidado de la salud, ya que es frecuente que el trabajador de salud considere los problemas bucales como normales, y no toma el mínimo interés en evaluarlos y menos aun en prevenirlos transmitiendo conocimientos sobre salud bucal para ayudar en el nivel de salud que corresponde a

prevención y educación, y menos aún en buscar solución a los que ya existen. Por ello surgió la necesidad de investigar las Oportunidades Perdidas en Salud Bucal de los niños del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, ya que como odontólogos, tenemos el deber de educar a todo el equipo de salud que trabaja con niños, haciendo notar que la salud Bucal es importante y que la colaboración de todos contribuye a prevenir, tratar y rehabilitar la Salud Integral de los niños. Inclusive contribuir a que una institución como el Hospital General modifique o incorpore este servicio con una mayor cobertura y profundidad. Conociendo también que son muy pocas las personas e instituciones que se han preocupado por efectuar un análisis de los problemas de Salud Bucal, y de los servicios ofrecidos con programas preventivos dedicados a la Salud Bucal y de aquí que se justificó la realización de este proyecto de investigación.

Estas fueron razones más que suficientes como para evaluar la conducta que se sigue en la atención del niño en este Hospital, y en base a los resultados obtenidos se hicieron propuestas concretas para mejorar y superar los procedimientos actuales: dentro de las que se incluyen: 1) elaboración de un programa educativo que brinde medidas preventivas, 2) Creación de infraestructura. 3) adiestramiento al personal de salud no odontológico.

V. REVISION DE LITERATURA:

INTRODUCCION DEL COMPONENTE DE SALUD BUCAL DENTRO DE LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD

ATENCION INTEGRAL:

Se entiende como Atención Integral "responder a todas las necesidades del individuo, no solo en términos de sus necesidades biofisiológicas o situaciones patológicas, sino más allá de sus dimensiones psicológicas y sociales".(6)

Considerando lo anterior como premisa fundamental y reconociendo el derecho de todo ser humano de disfrutar de una Salud Integral que le permita llevar una vida productiva y adecuada, se fortalece y enfatiza la necesidad de incorporar el componente de salud bucal dentro de la Atención Integral de Salud.

SALUD BUCAL:

A pesar del grado de morbilidad e interés de la población, la Salud Bucal no ha tenido prioridad en los programas de Salud Pública; así por ejemplo: las enfermedades infecciosas en la boca en menores de 5 años constituyen un factor de riesgo (13), esto llama la atención cuando se considera que en la Asistencia Pública, la atención en Salud Bucal para menores de 5 años no es prioritario en los programas nacionales, y más aún cuando constituye una de las primeras causas de consulta, las enfermedades de los dientes (16).

La atención Odontológica se debe sustentar en los principios del enfoque de riesgo; siendo los principales problemas la caries dental y la Enfermedad Periodontal, debe atenderse a los grupos de población más vulnerables: los escolares entre 5 y 12 años (13).

Es por ello necesario la utilización del concepto Componente Salud Bucal dentro de la atención Integral de Salud, como lo propone la OPS, pues corresponde a la respuesta científico-técnico-social frente a las expresiones particulares del proceso de salud-enfermedad en su niveles colectivo e individual (13).

No se puede hablar de Salud Integral si no incluimos todos los aspectos que esta conlleva, ya que frecuentemente los médicos tienden a olvidar que la boca es ámbito donde se padece enfermedades y por donde entran agentes infecciosos al cuerpo.

Actualmente se reconoce a una adecuada Salud Bucal como elemento importante para el bienestar físico y social de las personas. Los dientes son importantes para comer, hablar y por razones estéticas. El tener dientes y encías saludables es esencial para eliminar fuentes de infección que puedan diseminarse hacia otras partes del cuerpo y para eliminar incomodidades sociales como la halitosis. Un aspecto saludable es particularmente importante en épocas de dificultades económicas, puesto que mejora las oportunidades de empleo. Los dientes cariados y los problemas de Salud Bucal se encuentran entre las causas más importantes de ausentismo laboral (11).

Los niños con salud bucal pobre o que sufren abscesos y dolor de dientes no pueden aprender bien en la escuela, y tienden a interrumpir sus estudios debido a problemas asociados con Atención Odontológica.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El fenómeno de salud-enfermedad en Guatemala evidencia características deficitarias alarmantes, desde cualquier ángulo que se vea, ya sea desde el punto de vista del estado de salud, cuyos indicadores proporcionan datos de la existencia de enfermedades de alta prevalencia en la población; o desde el punto de vista de la situación de salud (en lo que se refiere a las instituciones), la cual evidencia escasez de recursos humanos y materiales para la salud en casi todos los campos. El problema se torna más complejo a la luz de las características socio-económicas y culturales de la población guatemalteca, y se puede observar que el intento de dar solución a los problemas de salud es infructuoso debido a que las necesidades crecen en mayor proporción que la cobertura que prestan los servicios. (2)

La población guatemalteca padece de un estado de salud precario, si se toma como base la definición aceptada internacionalmente de que "la salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar de la persona tanto en el aspecto físico como social y mental" (6).

Esta problemática es generalizada en muchos países del mundo es por ello que se puede hacer mención que en 1977 se reconoció como una urgente necesidad el mejorar las condiciones de salud de toda la población, por lo que fue establecida una política en la Asamblea de la OMS, denominada "Salud para Todos en el año 2000". También se estableció que para llevar a cabo esta política era necesario la implementación de una estrategia diferente: la Atención Primaria en Salud (11). Esta es fundamentalmente "asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que sean aceptables, con su

plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar" (18). Es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable y en la que se necesita el apoyo del sistema de salud para que la población pueda beneficiarse de los conocimientos útiles y eficaces que por la complejidad o el elevado costo de su aplicación no podrían aprovecharse normalmente de otra forma.

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales es decir que afectan no sólo a lo curativo sino, fundamentalmente a lo preventivo. Es por ello que no podemos seguir negando la necesidad de atender a la población de una manera integral.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD BUCAL:

Debido a la enorme morbilidad de la población en cuanto a enfermedades bucales se hace indispensable incorporar la Salud Bucal dentro de la Atención Primaria, para así poder luchar por la Salud Bucal de toda la población.

El concepto tradicional de servicio de atención en el campo de la Salud Bucal ha estado relacionado con la provisión de atención por parte de personal capacitado profesionalmente, inaccesible a las comunidades en muchas partes de Latinoamérica por el escaso número de profesionales, costo o demanda de los servicios (11), que aún trabajando el 100% no se lograría cubrir a toda la población, por lo que es necesario un abordaje de la práctica odontológica alternativa a las necesidades y problemas bucales prevalentes en la población (13), y así llenar ese vacío correspondiente a diagnóstico precoz de enfermedades bucales, promoción y educación en Salud Bucal el cual puede ser llenado

dentro del contexto de las estrategias de Atención Primaria con participación de la Comunidad.

La capacitación de responsables de Salud Bucal, promotores de salud, padres de familia, líderes sociales, maestros, personal de Salud institucional, estudiantes y personal asistencial, es necesario para impactar esta problemática (15).

Sin involucrar a toda la comunidad no lograremos la ayuda necesaria para prevenir y tratar en forma precoz los problemas de Salud. utilizando medidas sencillas que están al alcance de toda la población, evitando que luego tengan necesidad de rehabilitación costosa a la que no tienen acceso.

Se deben contemplar programas de Atención Primaria en Salud Bucal. e incluirlos en todo Programa de Atención Primaria de Salud, los cuales deberán considerar la utilización no sólo de médicos y dentistas sino también del personal auxiliar y de la comunidad.

OPORTUNIDADES PERDIDAS

"Es toda circunstancia en que una persona acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integradas de salud que le corresponden de acuerdo con las normas vigentes, según su grupo etáreo, su género y/o sus condiciones de riesgo".

(14).

Entendemos entonces que toda acción que pudo haberse tomado en una institución de salud en la atención de un paciente y que no se realizó constituye una oportunidad perdida.

Las encuestas que se hacen para determinar Oportunidades Perdidas constituyen una técnica que identifica rápidamente la realidad de la atención, la cual permite obtener resultados de utilización inmediata y oportuna, y aplicar monitoreo y retroalimentación de las acciones tendientes a mejorar la calidad de Atención.

El objetivo que pretende es detectar las opciones que se pierden de dar una mejor atención, siendo esta integral, dando óptima utilización a todos los contactos del paciente con los servicios, es decir que exista un Contacto Efectivo.

OPORTUNIDADES PERDIDAS EN SALUD BUCAL

Constituye toda circunstancia en la que se pueda presentar un paciente a un establecimiento de salud y no reciba las acciones integradas de atención de salud bucal que le corresponden según su género, edad y condiciones de riesgo que pueda presentar.

De aquí que toda acción que pudo haberse tomado para diagnosticar prevenir, y tratar las afecciones bucales por todo el personal de una institución de salud constituye una Oportunidad Perdida.

Oportunidad Perdida en Salud Bucal se refiere a que debe brindársele a los pacientes Calidad de Atención en Salud Bucal aprovechando todo contacto con él: pues tanto el paciente internado como el ambulatorio en una institución de salud pasa cierto tiempo en espera de ser atendido, tiempo que podría utilizarse en proporcionarle educación y prevención de salud bucal, así como cuando es examinado, aprovechar para efectuarle un diagnóstico rápido de alguna afección bucal.

Es muy importante el brindar Calidad de Atención en Salud Bucal a la población en general, pero aún lo es más a la que por sus condiciones se haya en mayor riesgo y puede prevenirse una gran cantidad de problemas bucales, esto es la población infantil y adolescente, porque están en la edad de poder fomentar hábitos, prevenir enfermedades bucales y guiar el desarrollo de su sistema estomatognático.

NECESIDADES ODONTOLÓGICAS

Actualmente en Guatemala como en los demás países de Latinoamérica las enfermedades bucales afectan a casi la totalidad de la población, sin distinción de sexo, nivel socioeconómico o cultural, con sus repercusiones físicas como psíquicas (15); y para enfrentar este enorme problema contamos con un enfoque del problema de salud bucal biologista, técnico o individualista, que no atiende a la mayoría de la población, concentrando los recursos, dándose énfasis a una política curativa de poca cobertura, que no ha logrado cambios fundamentales en el proceso salud enfermedad.

Las enfermedades Bucales son tan comunes que su ausencia es considerada en algunos casos como anormal. En los niños y adolescentes guatemaltecos se presenta como un problema de gran magnitud: el 7% de los varones de nuestro país a los 30 años son totalmente edéntulos y el 19% de las mujeres a los 20 años lo son también, y actualmente, el 60% de la población está parcialmente edéntula como resultado de la falta de prevención y tratamiento tardío (15). Debido a que estos datos fueron obtenidos de una encuesta realizada hace cinco años podemos inferir que el problema en la actualidad es mayor.

La terapéutica para el restablecimiento de la salud de las piezas dentales involucradas es de elevado costo, por lo que no es posible resolver las enfermedades bucales con actividades reparadoras.

A pesar de que la caries dental y las periodontopatías son las enfermedades que mayor mortalidad dentaria producen durante la vida del individuo, no debe dejarse desapercibida la amplia patología conectada al Sistema Estomatognático, tales como:

maloclusiones, anomalías congénitas, procesos inflamatorios e infecciosos de tejidos blandos, cáncer bucal, etc., todo esto vendría a complicar el panorama y es aquí donde confirmamos la enorme importancia de cubrir las necesidades bucales pues la salud bucal es parte de la salud integral y como tal debe expresarse al estudiar las necesidades de la población.

PATOLOGIAS BUCALES MAS FRECUENTES EN GUATEMALA

En Guatemala las Enfermedades de la boca más frecuentes según el Departamento de Salud Bucal de la Dirección General de Servicios de Salud y la OPS (15), son:

Caries Dental

Enfermedad Periodontal

Maloclusiones

La Caries Dental afecta a la mayoría de la población y con mayor intensidad a los menores de quince años (población escolar).

La Caries Dental y la enfermedad periodontal son las enfermedades de mayor prevalencia, presentando signos en común tales como destrucción de tejidos de la boca. Ambas son multicausales, infecciosas, progresivas, y en su desarrollo es determinante la presencia de la placa bacteriana.

La placa bacteriana o placa dentobacteriana se refiere a una masa suave, blanquecina, metabólicamente activa, fuertemente adherida a los dientes, siendo su constitución principal bacterias y sus productos atrapados en una matriz de polisacáridos de origen bacteriano y glicoproteína, aceptándose actualmente el papel que ésta juega en el apareamiento de la

caries dental y enfermedad periodontal.

Las dos enfermedades causan lesiones reversibles en las etapas iniciales e irreversibles en la medida que avanzan, pero el problema más serio es que además de la destrucción que producen dejan secuelas que debido al proceso infeccioso que producen, no solo afectan los tejidos dentarios, sino que invaden hueso, encía, labios, mejillas, etc. La infección puede dañar otros órganos del cuerpo como oídos, ojos, corazón, garganta, estómago, etc. alterando así la salud general del individuo.

La pérdida de uno o más dientes debido a caries dental, enfermedad periodontal, golpes u otras causas, ocasiona en la boca varias alteraciones que irrumpen o limitan sus funciones, produciendo problemas gástricos, dificultad en la masticación, mala apariencia personal, fonación, dicción, etc.

En los niños la pérdida de un diente temporal antes de tiempo produce trastornos en la erupción del diente permanente que suplirá al temporal, debido a la pérdida de espacio normal en el cual hará su erupción. Lo que hará que erupcione en un lugar incorrecto.

La pérdida de un diente ocasiona disminución en la altura normal del hueso en el lugar donde se alojaba, y el nivel normal de la encía baja, es frecuente encontrar que el diente oponente se extruya, haciendo contacto con la encía de la arcada oponente.

1. Caries Dental:

Es un proceso patológico y localizado de origen externo, que se caracteriza por la demineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente, frecuentemente inicia luego de la erupción dentaria en la cavidad

bucal, y evoluciona hacia la formación de una cavidad (15), (17). Los factores que intervienen o contribuyen en el proceso de caries dental son muy variados. entre los mismos se mencionan: frecuencia en el consumo e ingesta diaria de azúcares, restablecimiento y desarrollo de la placa bacteriana sobre superficies dentales, mecanismos de la flora cariogénica, contenido de fluoruro en la superficie dentaria, características de la saliva (17).

La producción intermitente de ácidos por las bacterias de la placa en períodos que corresponden con la ingesta de azúcares causan pequeñas disoluciones o desmineralizaciones superficiales del mineral apatítico del diente, las cuales son frecuentemente compensadas por procesos de remineralización con un mineral esencialmente similar. Cuando los procesos de desmineralización prevalecen sobre los de remineralización en un determinado tiempo, hay pérdida del mineral del diente hasta una magnitud tal que eventualmente posibilita la observación a simple vista de signos o pequeñas lesiones de caries dental, que luego evoluciona a cavidades francas.

2. Enfermedad Periodontal:

La enfermedad periodontal está causada por bacterias que nutren de partículas de alimentos en descomposición, o placa bacteriana. Esta se adhiere a la superficie de los dientes y se introduce en estos, haciendo que las encías se inflamen y sangren. Si no se elimina, origina depósitos duros de sarro, denominados cálculos dentarios.

La lesión inicial es la gingivitis, la cual puede ser según la ubicación de los irritantes, localizada o generalizada.

La gingivitis clínica se caracteriza por enrojecimiento hinchazón, pérdida del punteado de la encía, sangrado proveniente del surco gingival después de una irritación leve como el cepillado. La inflamación de las papilas a menudo produce un aspecto algo bulboso de las mismas. Una vez que la inflamación se ha extendido al surco normal entre la superficie del diente y las encías, cuando la condición persiste la destrucción de tejido puede superar al proceso de cicatrización, y forman una bolsa periodontal, cuando esta bolsa es demasiado profunda requiere de procedimientos incómodos, caros y de resultados dudosos. La resorción del hueso marca el punto de inicio del fenómeno que se conoce como Periodontitis. En las etapas avanzadas la pérdida de hueso puede ser tan severa que dé lugar a movilidad y pérdida de los dientes.

3. Maloclusiones:

La maloclusión ocupa el tercer lugar después de la caries y la enfermedad periodontal con respecto al número de personas afectadas (7). La mayoría de estas maloclusiones son causadas por la desarmonía entre el tamaño de los dientes y la cantidad de arcada ósea disponible para acomodarlos en alineamientos estética y funcionalmente aceptables. La causa específica de una maloclusión puede variar desde un simple factor ambiental a las complejas interrelaciones entre los antecedentes genéticos del individuo y los factores ambientales en los cuáles se halla sumergido. Lo más probable es que las maloclusiones sean la suma de ambos derivados de una oclusión genéticamente pobre y empeorada por fuerzas funcionales, nutrición o hábitos en el

desarrollo.

Herencia: la causa simple más grande de la maloclusión.

Factores Locales: entre los más importantes se encuentran la pérdida prematura de los dientes temporales, retención de dientes primarios, dientes supernumerarios, pérdida prematura de dientes permanentes, malformación dentaria y otras anomalías.

Entre todos los factores que ocasionan maloclusión hay uno que tiene mayor importancia y a menudo mejor controlable, y es éste la pérdida prematura de dientes. Puede deberse a una estructura dentaria deficiente, a falta de higiene, carencia de cuidados dentarios por un profesional, a deficiencias congénitas en el tamaño del arco dentario, a un ambiente favorable o a una combinación de todos estos factores. En la dentición temporal la conservación de los dientes hasta la caída natural asegura a menudo el espacio vertical y horizontal necesarios para los dientes de recambio. En la dentición permanente la pérdida de un diente, especialmente un molar, puede ser la causa de migraciones, y rotaciones de los dientes vecinos, así como de la extrusión de los oponentes.

LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Constituyen toda alteración de la anatomía normal de los tejidos blandos de la cavidad bucal.

Se han realizado muchos estudios para determinar las lesiones más prevalentes en la población. Así por ejemplo en

1991 se realizó un estudio a nivel nacional acerca de las condiciones estomatológicas de la población escolar (6), dividiendo el país en regiones y se encontró que las lesiones de tejido blando más prevalentes eran:

Región Central: apéndice frenular 18%, anquiloglosia
11%

Región Norte: amígdalas hipertróficas 37%

Región Suroccidental: lengua saburral 97%, adenopatía
ganglionar Submentoniana 2% y manchas
melánicas 16%

Región Nororiental: lengua saburral 91.66%, y lengua
fisurada 12%

En un estudio realizado en la Facultad de Odontología en 1981 para determinar la Patología Oral de mayor prevalencia en pacientes de la misma (5), se encontró que en el grupo etáreo de 0 a 3 años presentaron un número muy bajo de las condiciones estudiadas. Las únicas presentes fueron lengua saburral, gránulos de Fordyce, periodontitis, anquiloglosia, con prevalencia menores de 1%. Y en el grupo etáreo de 4 a 13 años se encontró que las lesiones más prevalentes eran: lengua saburral, manchas melánicas, gingivitis, gránulos de Fordyce, lengua fisurada, apéndice frenular, pozos comisurales y Pulpitis irreversible.

A nivel nacional se realizó un estudio en el año 1989 (6) en escolares de educación primaria de establecimientos privados y públicos, en el que se encontraron los siguientes hallazgos:

Anquiloglosia. Úlcera traumática, pozos comisurales, cicatrices labiales, herpes labial, apéndice frenular, hiperplasia focal del epitelio, papiloma, fístula y absceso crónico, macroglosia, papiloma dérmico, lengua fisura, estomatitis aftosa recurrente, leucoplasia.

En la ciudad capital de Guatemala se realizó un estudio sobre anomalías congénitas (6) examinando 1363 niños recién nacidos, de los cuales 592 presentaron una o más anomalías orales. siendo los resultados:

	# de casos
Perlas de Epstein	280
Anquiloglosia	78
Pozos Comisurales	58
Uvula Bífida	57
Dientes Natales	44
Apéndice Cutáneo	26
Micrognasia	8
Frenillo Tectolabial	8
Pozos Preauriculares	9
Hemangioma	2
Macrognasia	2

Entre las anomalías que podemos encontrar en la cavidad bucal hay muchas que pueden considerarse como normales, otras son patológicas, pero no todas necesitan tratamiento.

Lesiones Prevalentes que No Necesitan Tratamiento

- Apéndice Frenular
- Pozos Preauriculares
- Manchas Melánicas
- Lengua Fisurada
- Gránulos de Fordyce
- Pozos Comisurales
- Cicatrices Labiales
- Perlas de Epstein
- Uvula Bífida

Lesiones y/o Anomalías de la Cavidad Bucal de mayor frecuencia
que Necesitan Tratamiento:

- Caries
- Anquiloglosia
- Necrosis Pulpar
- Periodontitis
- Gingivitis
- Dientes Supernumerarios
- Papiloma
- Fistula
- Absceso Crónico
- Estomatitis Aftosa Recurrente
- Anomalías Dentales
- Hipoplasia de Esmalte
- Herpes Labial
- Dientes Incluidos
- Hiperplasias
- Leucoplasias
- Macroglosia
- Hemangioma
- Paladar Hendido
- Labio Leporino
- Caries por Biberón

PREVENCIÓN

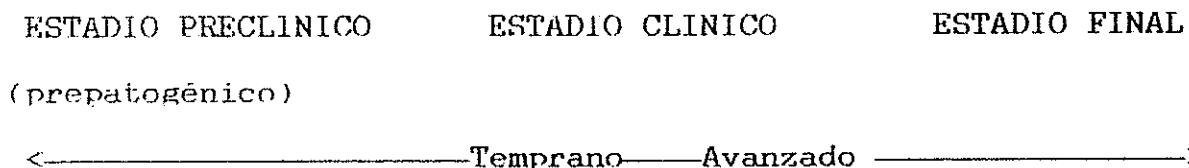
Al aceptar el enfoque de atención Integral en salud es necesario cambiar la actitud tradicional que trata los problemas de salud solamente desde el punto de vista curativo, pues esto limita la atención que se podría brindar, además de no resolver los problemas de salud.

Pero para poder comprender este enfoque de atención de la salud, es necesario aplicar el concepto integrador de Historia Natural de la Enfermedad, que se aplica de la siguiente manera:

1. Prevención primaria (promoción y protección de la salud).
2. Prevención secundaria (curación)
3. Prevención Terciaria (Rehabilitación).

Conceptos y niveles de prevención según Leavell y Clark: (2)

TRANSICION DE SALUD A ENFERMEDAD



NIVELES DE PREVENCION

PRIMER	SEGUNDO	TERCER	CUARTO	QUINTO —
NIVEL	NIVEL	NIVEL	NIVEL	NIVEL
PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO Y Tx PRECOCES	LIMITACION INCAPACIDAD	REHABILI TACION
PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIARIA

Aplicación de los Conceptos de Prevención en Salud Bucal:

El ser humano es un armonioso ente morfológico, fisiológico y psíquico, y no un conjunto de estos componentes por separado.

Por lo que la aplicación de la prevención se refiere primariamente al individuo como un ente total, y sólo en segundo término a la enfermedad o al órgano u órganos afectados.

La odontología preventiva se define como la suma total de los esfuerzos destinados a fomentar, conservar y/o restaurar la salud del individuo, por medio de la promoción, mantenimiento y/o restitución de su salud bucal.

Los componentes de la fisiología preventiva son:

1. Considerar al paciente como una entidad total.
2. Tratar dentro de nuestra competencia de mantener la salud.
3. Tratar con todos los medios a nuestro alcance de detener el avance de la enfermedad.
4. Al mismo tiempo tratar de rehabilitar al paciente física, psicológica y socialmente.
5. Proporcionar al paciente el conocimiento, la competencia y motivación necesarios para mantener su salud, así como ayudar a conservar la de su familia y su comunidad.

Las enfermedades bucales en Guatemala aparecen como un problema de gran magnitud que es imposible solucionar a través de tecnología curativa (PREVENCIÓN SECUNDARIA), costosa y complejas, sin lograr cobertura amplia que sigue ofreciendo la exodoncia

como única solución. sin existir tecnología preventiva capaz de dominarla, basadas en Prevención Primaria, pues los indicadores de Salud actualmente utilizados en los servicios de salud tienden a dar énfasis al número de visitas de pacientes, estado de la enfermedad y acciones curativas, en vez de dar relevancia a las condiciones de salud general y de salud Bucal de la la comunidad. Por lo tanto es necesario, que se de énfasis considerable a este aspecto y al adiestramiento del personal, conjuntamente con el uso de la tecnología apropiada.

El abordaje de la situación bucodental debe orientarse de manera efectiva para atacar el problema en forma colectiva e individual. antes que el paciente potencial se presente a la clinica para tratamiento, lo que iría encaminado a acciones de los niveles de promoción de la salud, protección específica, y diagnóstico y tratamiento precoz.

Esto es contrario a la práctica actual donde la mayoría de los servicios públicos se dedican a atender emergencias o aliviar dolor. Este enfoque aunque humanitario, ha distorsionado el verdadero propósito, objetivo y capacidad de los servicios otorgados a través de instituciones gubernamentales y semiprivadas, a tal punto que es frecuentemente asociado a las mentes del profesional no odontológico, como base del programa de salud bucal.

Es por lo anteriormente expuesto que concluimos que el problema bucal es imposible solucionarlo a través de la Odontología curativa y que la Prevención es la medida más eficaz para hacer frente a la problemática, pues reduce los costos de atención por la elevada disminución de las necesidades de tratamiento, mejorando las condiciones de salud bucal en la

población, en especial en la población infantil.

Esta necesidad urgente de frenar el incremento de la morbilidad de la población en problemas bucales, debe enmarcarse dentro de los niveles de prevención, garantizando su aplicación dentro de los programas de Atención Bucal, entendiéndose como una ampliación de la atención que tiene derecho la población sin desplazar el carácter prioritario de los problemas de mayor prevalencia la caries y la enfermedad periodontal.

Medidas de Prevención de los Problemas Bucales más Prevalentes:

a) Caries Dental:

Métodos de Control de la Caries Dental:

1. Medidas Químicas: están incluyen:

- a. Las que alteran la superficie o estructura del diente: la más utilizada el FLUOR: en fluoración de abastecimientos de agua, de forma sistémica, en buches y aplicado tópicamente.
- b. Las Substancias que interfieren la degradación de los carbohidratos mediante alteraciones enzimáticas.
- c. Substancias que interfieren con el crecimiento bacteriano y el metabolismo.

Cada uno de estos podría tener un efecto benéfico en el control de la caries pero hay necesidad de mayores estudios y pruebas.

2. Medidas Nutricionales:

La principal consiste en la reducción de la ingestión de carbohidratos refinados, para lo cual es necesario la

colaboración del paciente para tener éxito.

3. Medidas Mecánicas:

Incluyen procedimientos diseñados de forma específica para retirar la placa bacteriana de las superficies dentales. Entre ellas se pueden citar:

1. La profilaxis realizada por el dentista.
2. El cepillado dental.
3. Enjuague de la boca.
4. Uso de hilo dental o de palillos.
5. La incorporación de comidas detergentes en la dieta.
6. Selladores de Fosas y Fisuras: el objetivo es evitar el apareamiento de caries de la superficie oclusal, una de las áreas difíciles de conservar limpias, y ha sido ampliamente demostrada su efectividad como método preventivo.

b) ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Para el control de la enfermedad periodontal es necesario la remoción de los factores irritantes: placa bacteriana, sarro, empaques de comida, malposición dental. Lo anterior se puede lograr a través de los siguientes procedimientos:

- cepillado dental adecuado y limpieza interdental
- profilaxis frecuente
- detartraje, curetaje y alisado radicular
- eliminación de contactos prematuros.

c. MALOCCLUSION: en este aspecto es importante que se detecten tiempo los problemas que pueden causar maloclusión, tales como: hábitos nocivos, disarmonía entre la arcada y el tamaños y forma de las piezas dentales, anomalías dentarias y de tejidos blandos y duros, falta de higiene, etc., para que puedan ser corregidos con medidas interceptivas o referidos al especialista para su tratamiento.

VI. OBJETIVOS

GENERAL

Establecer las Necesidades de Atención Bucal y las Oportunidades Perdidas en este campo, de los niños hospitalizados del Departamento de Pediatría de Hospital General San Juan de Dios.

ESPECIFICOS:

1. Determinar si en la etapa de diagnóstico clínico de ingreso hospitalario se evalúa el estado de Salud Bucal en los niños del departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.
2. Determinar si se toma alguna medida que contribuya a la evaluación, tratamiento y prevención de problemas bucales en los niños hospitalizados del departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.
3. Establecer las lesiones y/o anomalías de tejidos blandos y duros de la cavidad bucal que presentan los niños del departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios que necesitan atención odontológica.
4. Establecer las acciones concretas que permitan brindar una atención en salud bucal como componente de la salud integral a los niños que atiende el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

VARIABLES:

VARIABLE:

1. LESIONES Y/O ANOMALIAS DE TEJIDOS BLANDOS Y DUREZ DE LA CAVIDAD BUCAL
Entre ellas incluimos de acuerdo a la necesidad de tratamiento:

DEFINICION:

Constituyen toda manifestación de alteración en la salud Bucal.

INDICADOR:

Diagnosticadas a través del examen clínico que se efectuó a los pacientes del departamento de Pediatría.

a. Caries Dental	Enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente (17).	Por observación a simple vista es una mancha que puede ir desde un color blanquecino hasta negro o marrón, con apariencia yesosa o con cambios de consistencia, o donde existen cavidades francas cuantificadas en el índice CPO total.
b. Enfermedad Periodontal	Es la destrucción de los tejidos que sostienen al diente, y la subsecuente creación de cavidades alrededor del mismo, dentro de las encías o el aflojamiento y pérdida del diente (11).	Ausencia o presencia de gingivitis y periodontitis. Diagnosticado a través de los signos evaluados en la ficha.
c. Maloclusión:	Constituye una relación anormal entre los dientes de una arcada con respecto a otra (11).	Presencia o ausencia de alteración de la oclusión, evaluada según la clasificación de Angle.
d. Anquiloglosia Parcial:	Es una alteración frecuente causada por un frenillo lingual corto o uno cuya inserción está denariado cerca del vértice de la lengua (17).	Ausencia o presencia de la lesión al examen clínico.
e. Lengua Saburral:	Se llama así a la lengua cubierta de saburra, la cual está formada de células exfoliadas, depósitos de alimentos y bacterias, y que no ha sido removida por una adecuada higiene.	Presencia o ausencia de saburra al examen clínico.
f. Úlcera traumática	Lesión causada por alguna forma de traumatismo precedida por una sensación de picazón o quemazón, dolorosas, pequeñas cubiertas por una membrana necrótica de color gris, rodeada por un halo inflamatorio (17).	Presencia o ausencia de la lesión al examen clínico.
g. Papiloma	Es un tumor epitelial benigno que se presenta como un crecimiento exofítico compuesto de numerosas proyecciones papilares que le confieren una superficie de aspecto verrucoso de color blanquecino (17).	Presencia o ausencia de la lesión al examen clínico.
h. Herpes Bucal:	Enfermedad infecciosa aguda, común causada por el virus Herpes Ominis, que afecta paladar duro y encía adherida cuando es intrabucal, rara vez en mucosa móvil. Se desarrollan vesículas cortas que al romperse forman úlceras (17).	Presencia o ausencia de la lesión al examen clínico.

j. Absceso crónico:	Es una concentración localizada de pus en una cavidad formada por la desintegración de los tejidos asociada con un trayecto fistuloso que drena en forma continua y es asintomático (9).	Ausencia o presencia de la lesión al examen clínico.
k. Leucoplasia:	El término se refiere únicamente como un concepto clínico para referirse a toda lesión que sea de color blanco y que no pueda ser identificada con un diagnóstico específico (17).	Ausencia o presencia de la característica al examen clínico.
l. Estomatitis Alftosa Recurrente:	Enfermedad común que se caracteriza por el desarrollo de ulceraciones dolorosas en la cavidad bucal de forma recurrente (17).	Ausencia o presencia de la lesión al examen clínico.
m. Macroglosia:	Condición que se caracteriza porque la lengua es de tamaño mayor de lo normal, es primaria cuando hay desarrollo excesivo del tejido muscular y secundaria por la presencia de tejidos o sustancias anormales en el interior de la lengua (17).	Ausencia o presencia de la lesión al examen clínico.
n. Hemangioma:	Es una lesión formada por vasos sanguíneos frecuentemente congénito generalmente de naturaleza benigna (17).	Ausencia o presencia de la lesión al examen clínico.
o. Paladar hendido:	Constituye una anomalía de desarrollo que consiste en falta de unión parcial o total de los procesos palatinos durante el período embrionario (17).	Ausencia o presencia de la lesión al examen clínico.
p. Labio Leporino:	Lesión congénita que consiste en una hendidura del labio superior con deformidad de la nariz que frecuentemente afecta el reborde alveolar y el paladar (17).	Ausencia o presencia de la lesión al examen clínico.
q. Caries por Biberón:	Es una forma excesiva de caries que afecta la dentición decidua, atribuida al uso prolongado de biberón con alto contenido de azúcares (1).	Ausencia o presencia de la lesión al examen clínico.
r. Otras Lesiones	Constituyen cualquier otra alteración de la Salud Bucal que no se haya descrito debido a su poca frecuencia.	Ausencia o presencia de otra alteración al examen clínico.

VARIABLE

2. OPORTUNIDADES PERDIDAS EN ATENCION BUCAL:

Entre las que incluimos:

DEFINICION:

Constituye toda situación en que una persona oculte a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integradas de Salud Bucal que le corresponde según su grupo etáreo, género y sus condiciones de riesgo (14).

INDICADOR:

Determinándose a través de los resultados de las encuestas realizadas al personal de Salud y la revisión de los expedientes de los pacientes del Departamento de Pediatría.

a. Falta de Educación en Salud Bucal:	Constituye la ausencia de información sobre las manifestaciones de los problemas bucales y la forma de prevenirlos.	La respuesta de ausencia o presencia de Educación Bucal.
b. Falta de Medidas Preventivas en Salud Bucal:	Constituye la ausencia de acciones preventivas que pudiera realizar el personal de Salud del Departamento de Pediatría para evitar problemas bucales.	La respuesta de ausencia o presencia de medidas preventivas en Salud Bucal.
c. Falta de diagnóstico de las condiciones de la cavidad bucal.	Quando el personal de Salud no hace una evaluación mínima de las condiciones bucales, durante la evaluación inicial de los pacientes hospitalizados.	La respuesta de ausencia o presencia de diagnóstico de las condiciones de la cavidad bucal.
d. Falta de Tratamiento y Rehabilitación Bucal.	Quando no se reciba las acciones necesarias de tratamiento de los problemas bucales.	La respuesta de ausencia o presencia de referencia al área de odontología de consulta externa de adultos del hospital.

Tipo de Investigación:

- Prospectiva
- Analítica
- Descriptiva
- Operacional
- Participativa

Sujeto de Estudio

- a) Pacientes hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.
- b) Personal de Salud que labora en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

Duración del Estudio:

El estudio fue realizado en el Hospital General San Juan de Dios en el departamento de Pediatría durante los meses de mayo y junio de 1996.

Población estudiada:

- a) Se examinó un total de 300 niños hospitalizados, excluyendo el área de Cuidados Intensivos y emergencia en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.
- b) Se encuestó al personal de Salud que labora en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, de la siguiente manera:

-82 médicos en total (20 médicos especialistas, 23 médicos de Postgrado, 13 estudiantes de Pregrado/Internos y 26 estudiantes de pregrado/externos).

- 59 enfermeras (graduadas y auxiliares)

c) Se revisaron los expedientes de los pacientes hospitalizados del Departamento de Pediatría que se examinaron durante la investigación.

Criterios de Inclusión:

- a. Niños de sexo masculino o femenino, comprendidos entre los 0 y 13 años de edad, y que estuvieron hospitalizados en el período de estudio.
- b. Personal de Salud a cargo del tratamiento y cuidado de los niños del departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.
- c. Expedientes de los pacientes hospitalizados que se examinaron durante la investigación.

Criterios de Exclusión:

- a. Pacientes ambulatorios del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.
- b. Todo niño/a que presentó un cuadro clínico comprometido (terapia intensiva).

PROCEDIMIENTO:

1. Determinación de las Necesidades de Salud Bucal de los niños del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios a través de los siguientes procedimientos:

- Determinación de los Indices ceo y CPO
- Examen Clínico de tejidos blandos y duros, según el procedimiento llevado en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que constituyen las Fases I y II del proceso de diagnóstico (3).
- Determinación del estado Periodontal a través del Índice Comunitario de Necesidades de tratamiento Periodontal modificado por el Departamento de Educación de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos (6).
Toda esta información se consignó en una Ficha para Determinación de Necesidades de Atención Bucal (ver anexo).
Las dos examinadoras realizaron el examen de cada niño conjuntamente, mientras una realizó la inspección de los aspectos mencionados anteriormente, la otra los anotó en la ficha respectiva.
- Evaluación de la Oclusión: que fue determinada de acuerdo a la clasificación que realiza Angle (3), habiéndose anotado luego cualquier otra alteración que se presentó.

2. Determinación de las Oportunidades Perdidas en Atención Bucal de los niños del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios a través de la aplicación de los siguientes procedimientos:

- a. Encuestas a los médicos y a las enfermeras que laboran en ese departamento (ver anexo), las cuales llenaron personalmente, luego que les fueron entregadas y explicadas

- las instrucciones por las examinadoras, a quienes entregaron finalmente.
- b. La revisión de expedientes de pacientes hospitalizados. Los datos de la revisión de expedientes se anotaron en un cuadro diseñado para tal fin (ver anexo), y sirvieron para conocer si hubieron datos importantes sobre la cavidad bucal que merecieron su diagnóstico y en algunos casos su referencia al área de Odontología de Consulta Externa de Adultos del Hospital.
3. Al haber recopilado los datos obtenidos del examen clínico procedió a cuantificar el número de pacientes afectados con los distintos tipos de lesiones bucales, para poder presentar los resultados de cuales son las necesidades bucales de una forma concreta.
 4. Se procedió a establecer un porcentaje de las oportunidades perdidas de Atención Bucal de los niños del departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios de acuerdo a las respuestas que se encontraron en las encuestas aplicadas al personal de salud que labora en el mismo, y los resultados de la revisión de las fichas.
 5. En base a los resultados se definieron acciones concretas para atender las necesidades bucales de los niños del departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, incluyendo un programa de capacitación en Salud Bucal al personal de Salud que labora en el departamento de Pediatría.

INSTRUMENTOS DE MEDICION :

- a. Determinación de las lesiones y/o anomalías de la cavidad bucal: se evaluaron los siguientes aspectos que fueron consignados en la Ficha para Determinación de Necesidades de Atención Bucal (ver anexo).
 1. Determinación del ceo y CPO
 2. Evaluación de Tejidos Blandos de la Cavidad Bucal
 3. Evaluación del estado Periodontal
 4. Evaluación de la Oclusión
- b. Encuestas sobre Oportunidades Perdidas de Atención Bucal (ver anexo)
 1. Encuesta a médicos
 2. Encuesta a Personal Auxiliar
- c. Cuadro para recolección de información de los Expedientes de los pacientes hospitalizados (ver anexo).

IX. INSTRUCTIVOS PARA LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION:

INSTRUCTIVO DE LA FICHA PARA DETERMINACION DE NECESIDADES DE ATENCION BUCAL (ver anexo 1) :

Datos Generales:

Fecha: se anota la fecha del día que se examina al paciente.

Número ficha: se anota en forma correlativa un número para cada paciente examinado, partiendo del 001.

Lugar: En este caso se anotará Hospital General San Juan de Dios en todos los casos.

Examinado: se anota el nombre del paciente examinado.

Servicio: se anota el servicio que tiene a su cargo el ingreso del paciente.

Edad: se anota el número cumplido de años del paciente.

Sexo: Se anota F para sexo femenino y M para el masculino.

Examinador: se anota el nombre de la persona que realiza el examen.

Instrucciones de la Ficha para cuantificación de Caries Dental:

- Número de Piezas Permanentes y Primarias Presentes:

se anotará el número exacto de piezas permanentes y primarias presentes en el momento del examen utilizando las casillas correspondientes para cada uno, y marcándolas en el diagrama encerrando cada pieza presente en un círculo, iniciando el examen en el cuadrante superior derecho y continuando con los otros cuadrantes en sentido de las agujas del reloj.

El diente es considerado presente en la boca, cuando una parte visible o se pueda tocar con la punta del explorador con el desplazamiento de tejido blando. Las piezas permanentes y primarias que no se encuentren presentes en el examen serán marcadas en el diagrama con una equis (x).

Si un diente primario y uno permanente ocupan el mismo espacio dentario sólo el estado del diente permanente será registrado.

-Número de piezas con caries: (C y c)

Se anotarán en las casillas correspondientes para cada uno el número de piezas con caries, C para las piezas permanentes y c para las piezas primarias. También marcándolo en el diagrama, utilizando lapicero color rojo y siguiendo el mismo orden que en la evaluación de las piezas presentes.

Se hará una medición razonable de caries dental: desde las manchas de color blanco hasta las de color marrón o café, donde exista cambios de consistencia o apariencia yesosa, hasta las cavidades francas.

-Número de piezas ausentes o indicadas para Extracción: (P o e)

(P): en el caso de las piezas permanentes se anotará el número de piezas que hayan sido perdidas por causa de caries o que su estado al momento del examen ameriten su extracción.

(e): en el caso de las piezas primarias se anotarán las piezas que por su estado al momento del examen ameriten su extracción.

Se marcará en el diagrama con una flecha hacia arriba.

-Número de piezas obturadas:

Se anotarán en las casillas correspondientes para cada una las piezas permanentes (O) y primarias (o) que se encuentren obturadas al momento del examen.

-TOTAL CPO:

En esta casilla se sumarán los resultados de las casillas de piezas permanentes con Caries (C), Indicadas para extracción (P), y obturadas (O).

-TOTAL ceo:

En esta casilla se sumarán los resultados de las casillas de piezas primarias con caries (c), indicadas para extracción (e) y obturadas (o).

-INDICE CPO TOTAL:

En esta casilla se sumarán los resultados de las casillas CPO y ceo.

INSTRUCCIONES Y CRITERIOS DEL EXAMEN CLINICO DE TEJIDOS BLANDOS Y DUREOS: (3)

Se realizará el examen clínico de acuerdo al procedimiento llevado en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, así:

El examen clínico de la mucosa bucal se hace cuidadosamente, y en un orden sistemático. El examinador procede utilizando dos bajalenguas a examinar primero los labios y luego la mucosa bucal derecha, incluyendo los surcos superior e inferior, la mucosa

labial superior, la mucosa bucal izquierda y la mucosa labial inferior. Enseguida se inspecciona la mucosa palatal, luego la orofaringe, así como el dorso y los bordes de la lengua y la consistencia y movilidad de la misma, se examina el vientre de la lengua y el piso de la boca, luego el área retromolar. Por último la región submaxilar y la Articulación Temporomandibular.

En el espacio correspondiente en la ficha se anota el diagnóstico clínico de las condiciones bucales encontradas, así como la descripción, utilizando una sola línea para cada lesión. Si no se contara con un diagnóstico inmediato se describe lo mejor que se pueda la condición encontrada, y se anotará un diagnóstico diferencial.

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACION DEL ESTADO PERIODONTAL: (6)

Para el registro de los aspectos que corresponden a la evaluación del estado Periodontal, se divide la boca en seis segmentos anterior, de canino a canino, y posteriores derecho e izquierdo. de Primera molar hasta el último diente del arco, tanto en el arco superior como en el inferior.

Los hallazgos del examen para un segmento se registran solamente cuando hay dos o más piezas dentales y no están indicadas para extracción. Si solo queda una pieza dental funcionando en un segmento, se incluye en el segmento inmediato. Los segmentos faltantes son señalados con una línea diagonal que atraviesa la casilla correspondiente.

El registro de los hallazgos clínicos de la Evaluación del Estado Periodontal se basa en datos obtenidos de piezas dentarias específicas. Los dientes índice a examinar son:

Para la dentición permanente: Para la dentición primaria:

2, 3, 8, 14, 15 a, b, e, i, j,
31, 30, 24, 19, 18 t, s, o, l, k.

Cuando se trate de dentición mixta se examinarán solo 6 dientes índices. así:

3	-	8	-	14
30	-	24	-	19

Si en dado caso no se cuente en algún cuadrante con las piezas permanentes respectivas, se examinarán las piezas primarias antes indicadas (12).

De los 10 dientes examinados, se harán solo 6 anotaciones en las casillas correspondientes. Si no hay dientes índices presentes dentro de un segmento, se examinarán todas las piezas dentarias restantes de ese segmento.

El orden del examen de los segmentos es: Superior derecho, central superior, superior izquierdo y luego inferior izquierdo, central inferior e inferior derecho.

Criterios y Codificación de las Observaciones:

Se utiliza espejo dental, palpación, explorador y sonda periodontal.

1. Depósitos Blandos:

Si se observan depósitos suaves en el margen gingival o al hacer el examen exploratorio, se anota 1 en este segmento, si no están presentes se anotará 0.

2. Hemorragia:

Si al hacer el examen exploratorio con la sonda periodontal

hay sangramiento del surco gingival se anota 1 y 0 si no se halla.

3. Cálculos: si se observan cálculos dentales obviamente presentes en contacto con el margen gingival, o si al examen exploratorio se demuestran se anota 1 en el segmento, si no están presentes se anota 0.

4. Color Aumentado de la Encía: Se anota 1 si se observa cambio evidente de color de la encía, y 0 si no hay cambio o es muy tenue.

5. Bolsas periodontales de más de 3 mm:
Se hace el sondeo periodontal de las piezas índice en las áreas mesial y distal, introduciendo verticalmente la sonda periodontal de Williams en el surco gingival hasta el fondo, sin hacer demasiada presión, y si existen bolsas mayores de 3 mm se anota 1, si no existen se anota 0.

6. Movilidad dental:
Si se notan claros movimientos del diente se anota 1 en el segmento correspondiente, y si no existe se anota 0.

Se concluye con el Diagnóstico del Estado Periodontal en base a los factores anteriores, así:

-Si existe: depósitos blandos, hemorragia, color aumentado de la encía y cálculos, se diagnosticará: GINGIVITIS.

-Si existe todo lo anterior más bolsas periodontales de más de 3 mm y/o movilidad dental se concluye que hay PERIODONTITIS.

-EVALUACION DE LA OCLUSION: (3)

Para evaluarla se toma un bajalenguas en cada mano y se coloca uno sobre cada carrillo a nivel de la línea de oclusión; se hace presión hacia afuera con los bajalengua y se solicita al paciente que cierre la boca en posición habitual de mordida.

Se anotará en la casilla correspondiente el tipo de maloclusión que presenta el paciente, marcando un X, ya sea bilateral o unilateral; en este último caso se especificará en la casilla de al lado si es derecha o izquierda. La evaluación de la mordida se basa en la clasificación según Angle, así:

a. Normoclusión: Extraoralmente el maxilar inferior está en relación anteroposterior correcta respecto al maxilar superior. Intraoralmente se observa que la cúspide mesiobucal de las primeras molares superiores ocluye en el surco mesiobucal de las primeras molares inferiores, el resto de piezas dentarias superiores e inferiores tienen una relación correcta, tanto en función como en estética.

b. Maloclusión Clase I: Extraoralmente el maxilar inferior está en relación anteroposterior correcta respecto al maxilar superior, intraoralmente se observa que la cúspide mesiobucal de las primeras molares superiores ocluyen en el surco mesiobucal de las primeras molares inferiores pero existe alteración de posición en un o más de las piezas dentarias con o sin cambio de función y/o estética.

horizontal o vertical mayor de lo normal, lo más común es observarla en la maloclusión clase II. Guarda relación con una sobreerupción de los incisivos superiores, y con menor frecuencia a la infraerupción de los molares y la sobreerupción de los incisivos inferiores.

-Mordida cruzada:

Constituye la posición invertida de los planos oclusales de una o mas piezas ya sean superiores o inferiores, y puede ser anterior o posterior, y bilateral o unilateral.

-Mordida Abierta:

Constituye una sobremordida vertical negativa, donde hay ausencia de relacion en el segmento anterior de la arcada superior con la inferior en el momento del cierre .

-Apiñamiento dental:

Cuando los dientes se hayan dispuestos en un espacio menor al que deberian ocupar, adoptando posiciones caprichosas; por disponerse de una estructura ósea insuficiente o por tener piezas dentales muy grandes.

INSTRUCCIONES PARA LA UTILIZACION DEL CUADRO DE INFORMACION SOBRE ASPECTOS ODONTOLÓGICOS:

Antes de realizar el examen clínico a cada paciente hospitalizado en el departamento de Pediatría se procederá a revisar el expediente de cada uno de ellos consignando los siguientes datos en el cuadro diseñado para tal fin, así:

- # de expediente: se anotara el número de clasificación asignado a cada paciente.
- Motivo de Hospitalización: se anotará el motivo por el cual el paciente fue hospitalizado.
- Hallazgos sobre condiciones bucales: se anotarán los hallazgos bucales que se encuentren consignados en el expediente del paciente.
- Referencia o Consulta Odontológica: se anotarán las consultas o referencias hechas al área de Odontología de Consulta Externa de Adultos que se hallen en el expediente de los pacientes hospitalizados.

INSTRUCCIONES PARA LA UTILIZACION DE LAS ENCUESTAS:

- Se le otorgara a cada miembro del equipo de salud del Departamento de Pediatría un ejemplar de la encuesta de acuerdo a su condicion (médico o personal auxiliar).
- Se indicará el tipo investigación a realizar.
- Se le pedira que conteste a cada interrogante de la encuesta de la forma más honesta posible, y que marque con bolígrafo una X en la casilla correspondiente, y que especifique la respuesta de forma más concisa en donde se especifique.
- Se le recogerá la encuesta inmediatamente luego de ser llenada.

X. RECURSOS:

A. HUMANOS:

-Estudiantes: Odontólogas practicante.

-Asesores de la Investigación:

Dr. Miguel Arriaga Franco

Dr. Carlos Chúa

B. MATERIALES:

Entre los que se utilizó: Fichas para evaluación Clínica, Cuadros para recolección de la información de los Expedientes de los pacientes hospitalizados, Encuestas para el Personal Médico y Auxiliar, Instrumental odontológico para realizar el examen clínico. hojas de papel bond. lapiceros, borrador, computadora.

RESULTADOS

GRAFICAS. CUADROS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

**A. RESULTADOS DEL EXAMEN CLINICO A LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
HOSPITAL GENERAL.**

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EXAMINADA, SEGUN EDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. INVESTIGACION NECESIDADES DE TRATAMIENTO, AÑO 1996.

EDAD	f	%
< de 2 â.	75	25
2 - 6 â.	97	32.34
7 - 13 â.	128	42.66
TOTAL	300	100.00

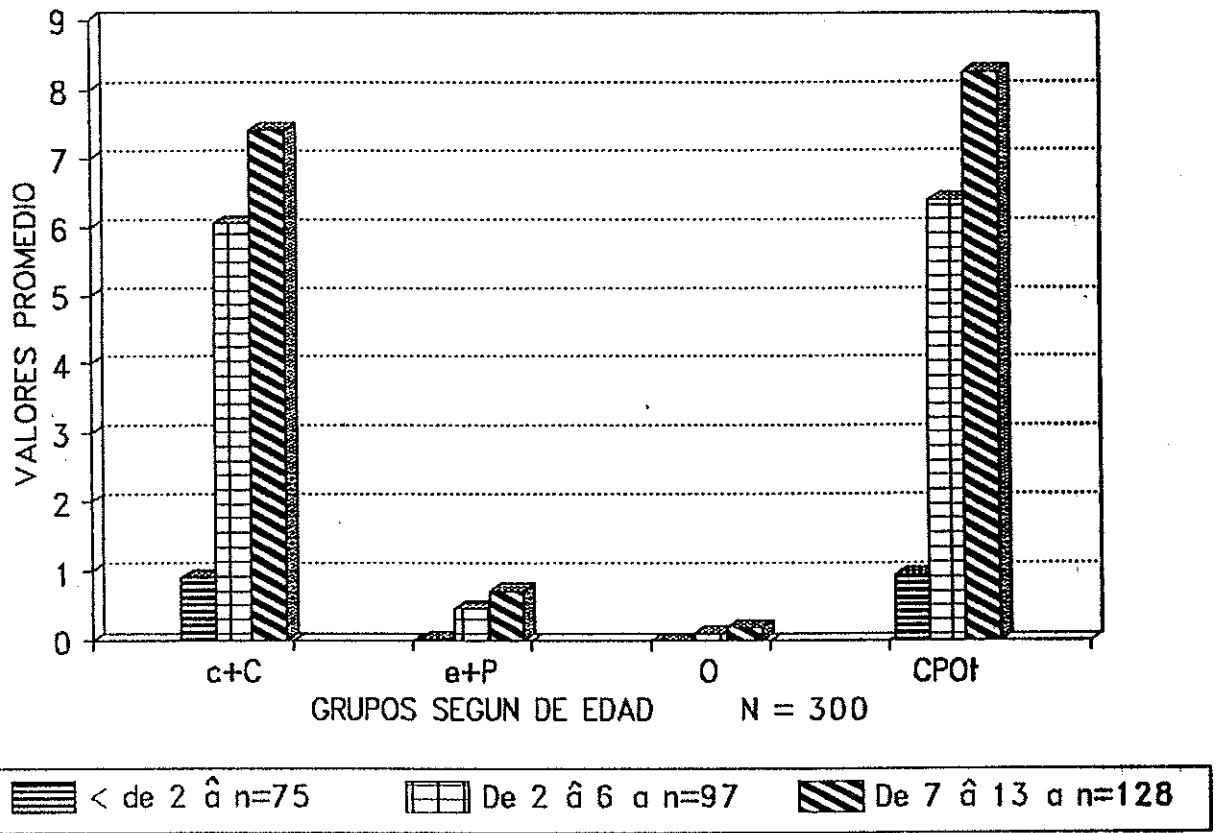
CUADRO NO. 2

DISTRIBUCION DE INDICE DE CARIES DENTAL CPO SEGUN EDAD, EN 300 NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DE HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, Año 1996..

EDAD	C		P		O		CPOt
	f	X	f	X	f	X	
< 2 â	68	0.91	1	0.01	0	0.00	0.92
2-6 â	587	6.04	45	0.46	8	0.08	6.58
7-13â	949	7.41	92	0.71	24	0.18	8.31
TOTAL	1604		138		32		X 5.27

GRAFICA No. 1

Distribución de índice de caries dental CPO según edad en 300 niños hospitalizados en el Hospital General San Juan de Dios en el Departamento de Pediatría, Año 1996.



INTERPRETACION CUADRO No. 2:

Este cuadro muestra las piezas cariadas, perdidas y obturadas. Siendo las piezas cariadas encontradas 1604, las perdidas 138, como también muestra que las piezas obturadas son una mínima cantidad (32 piezas), por lo que puede decirse que la atención odontológica a los niños es casi inexistente. Es así como aumenta dramáticamente el CPOT siendo los valores promedio por edad: < de 2 años 0.92, de 2 a 6 años 6.58 y de 7 a 13 años 8.31. Siendo el CPOT promedio para toda la población de 5.34, tomando en cuenta que en la población menor de 2 años hay 25 casos que no son evaluables por no haber iniciado la erupción dental.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE CARIES POR BIBERON SEGUN EDAD EN 147 NIÑOS MENORES DE 7 (*) AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996.

Presentan o No la lesión:	< 2 â.		2 - 6 â.		TOTAL
	f	%	f	%	%
Caries por biberon	23	15.8	22	14.9	30.6
Sin Caries por Biberón	27	18.4	75	51.0	69.4

100 %

n = 147

(*) Pacientes considerados No evaluables en los siguientes grupos:

< de 2 â.: 25 niños por no haber iniciado erupción dental.

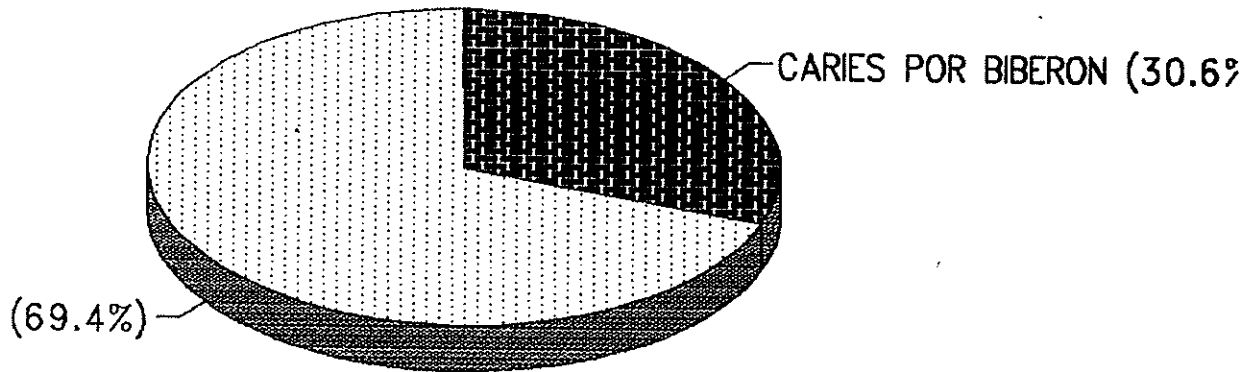
7 - 13 â.: 128 niños por no ser susceptibles de padecer la lesión.

INTERPRETACION CUADRO No. 3 :

Este cuadro muestra que de la población susceptible de padecer caries por biberón (147 niños) un 30.6% de los niños la padecen.

GRAFICA No. 2

Porcentaje de Caries por Biberón en 147 Niños menores de 7 años de edad, hospitalizados en el Hospital General San Juan de Dios en el Departamento de Pediatría, Año 1996.



CUADRO No. 4 :

DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD PERIODONTAL. SEGUN EDAD EN 300 NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL. SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996.

Estado Periodontal	EDAD						TOTAL
	< 2 ã.		2 - 6 ã.		7 -13 ã		%
	f	%	f	%	f	%	%
Gingivitis	1	0.3	25	8.3	64	21.4	30.0
Periodontitis	0	0.0	3	1.0	10	3.3	4.3
No Evaluables	25	8.3	0	0.0	0	0.0	8.3
Periodonto Sano	49	16.3	69	23.0	54	18.0	57.3

100

INTERPRETACION CUADRO No. 4 :

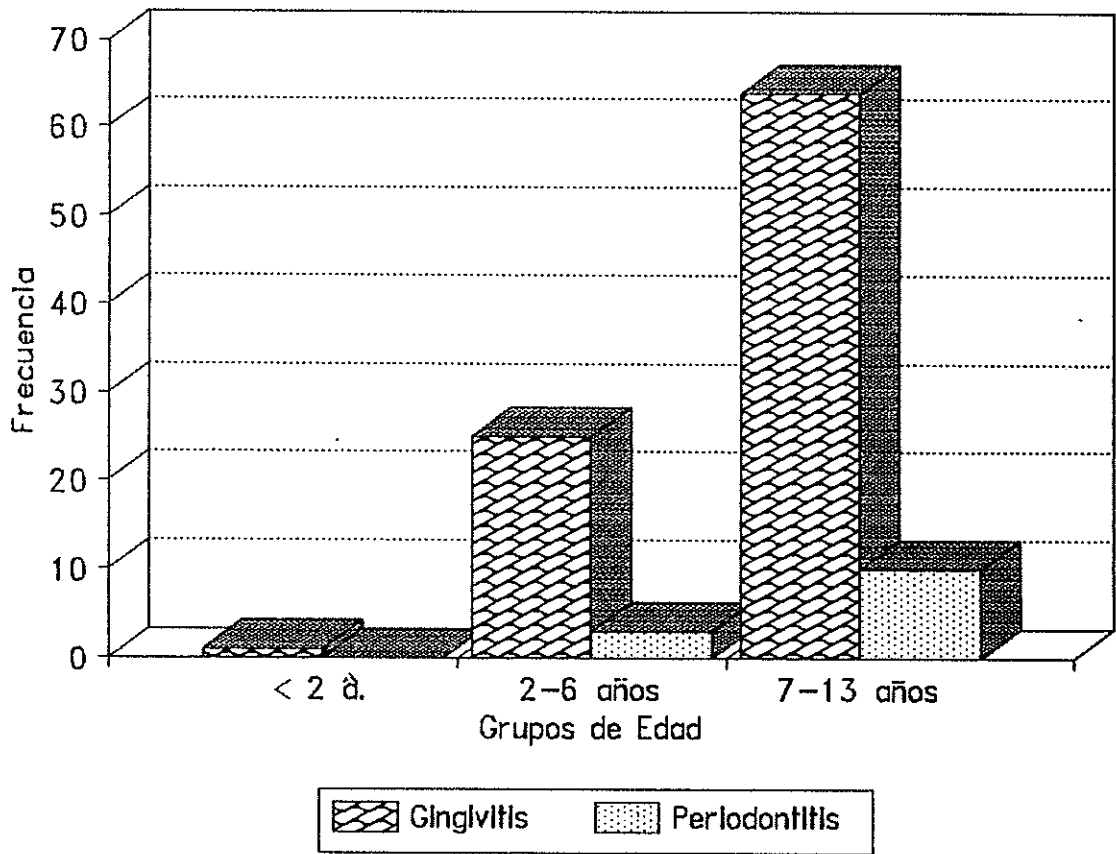
ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Este cuadro muestra que aunque un 57.4% de niños esté sano, hay un 34.3% que tiene comprometida su salud periodontal (gingivitis + Periodontitis), lo que es un porcentaje muy alto por la edad de los niños y por las consecuencias que la enfermedad periodontal conlleva.

Este problema también va creciendo proporcionalmente con la edad, así en los < de 2 años existe ya 1 caso de gingivitis, en el grupo de 2 a 6 años existen 25 casos, y población de 7 a 13 años existen ya 64 casos. Y aún siendo una población tan joven pudo observarse 13 casos de periodontitis (un 4.33 %).

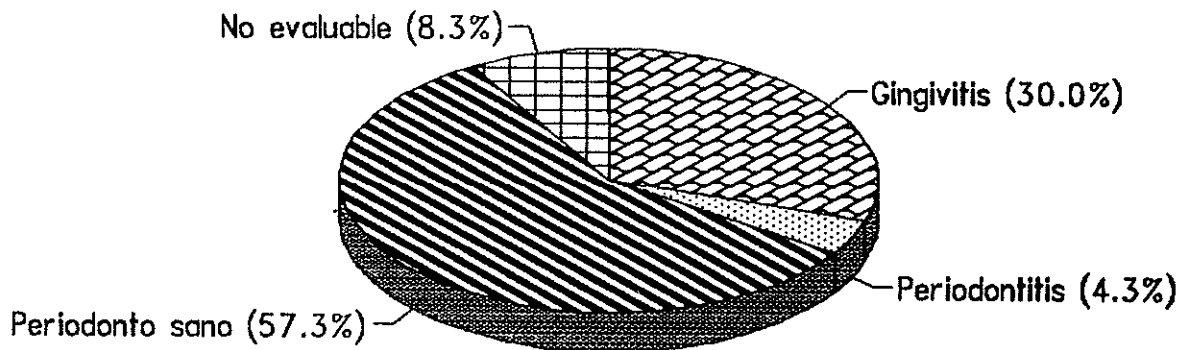
GRAFICA No. 3

Distribución de Enfermedad Periodontal según edad en 300 niños hospitalizados en el Hospital General San Juan de Dios, Departamento de Pediatría, Año 1996.



GRAFICA No. 4

Distribución de Enfermedad Periodontal en 300 niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, Año 1996.



CUADRO No. 5:

DISTRIBUCION DE LAS AREAS DENTALES QUE PRESENTARON DEPOSITOS BLANDOS, EN 300 NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996.

POBLACION	No. AREAS * CON DEPOSITOS BLANDOS		NO. AREAS SIN DEPOSITOS BLANDOS	
	f	%	f	%
< 2 años	76	4.60	224	13.57
2 -3 años	448	27.15	134	8.13
6-7 años	631	38.25	137	8.30
TOTAL	1155	70.00	495	30.00

Areas no evaluables: 150

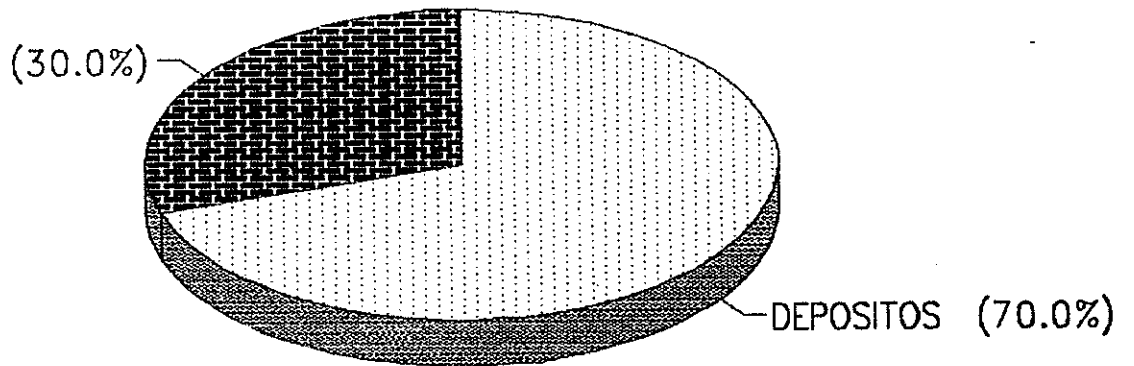
* No. de áreas se refiere a las 6 áreas en que fue dividida la boca del paciente para realizar el examen periodontal (ver instructivo/metodología).

INTERPRETACION CUADRO No. 5:

En este cuadro se puede observar que 70 % de la 1650 áreas dentales de los niños examinados presentaron depósitos blandos lo que hace pensar en la falta excesiva de higiene dental.

GRAFICA No. 5

Distribución de Areas Dentales que presentaron Depósitos Blandos en 300 Niños Hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, Año 1996.



CUADRO No. 6

HALLAZGOS DE MALOCCLUSIONES ENCONTRADOS EN 300 NIÑOS

HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL

GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996.

HALLAZGO:	f	%
MORDIDA CRUZADA	27	9.0
APIÑAMIENTO ANTEROINFERIOR	22	7.3
MORDIDA BORDE A BORDE	17	5.6
SOBREMORDIDA VERTICAL AUMENTADA	17	5.6
SOBREMORDIDA HORIZONTAL AUMENTADA	17	5.6
MALPOSICION DENTARIA	15	5.0
MORDIDA ABIERTA	8	2.6
FALTA DE ESPACIO PARA CANINOS	6	2.0
LINEA MEDIA DESVIADA	5	1.6
FALTA DE ESPACIO	1	0.3
TOTAL DE MALOCCLUSIONES	135	45%
POBLACION SIN MALOCCLUSIONES	165	55%

INTERPRETACION DEL CUADRO No. 6

En este cuadro muestra que un 45% de la población presenta alteraciones de la oclusión, y también podemos apreciar como predominan las mordidas cruzadas y apiñamientos anteroinferiores, las que constituyen alteraciones que se presentan en su mayoría por pérdida de espacio ya sea por extracciones prematuras o por caries proximales.

CUADRO No. 7

EVALUACION DE LA OCLUSION SEGUN EDAD EN 225 NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS AÑO 1996

EDAD	2 - 6 AÑOS		7 - 13 AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Grada Mesial	30	13.3	1	0.4	31	13.7
Grada Distal	15	6.7	3	1.3	18	8.0
Plano Terminal Recto	19	8.4	0	0.0	19	8.4
Maloclusión I	7	3.1	28	12.4	35	15.5
Maloclusión II	1	0.4	37	16.4	38	16.8
Maloclusión III	4	1.7	56	25.0	60	27.0
No Evaluable	21	9.3	3	1.3	24	10.6

TOTALES 225 100%

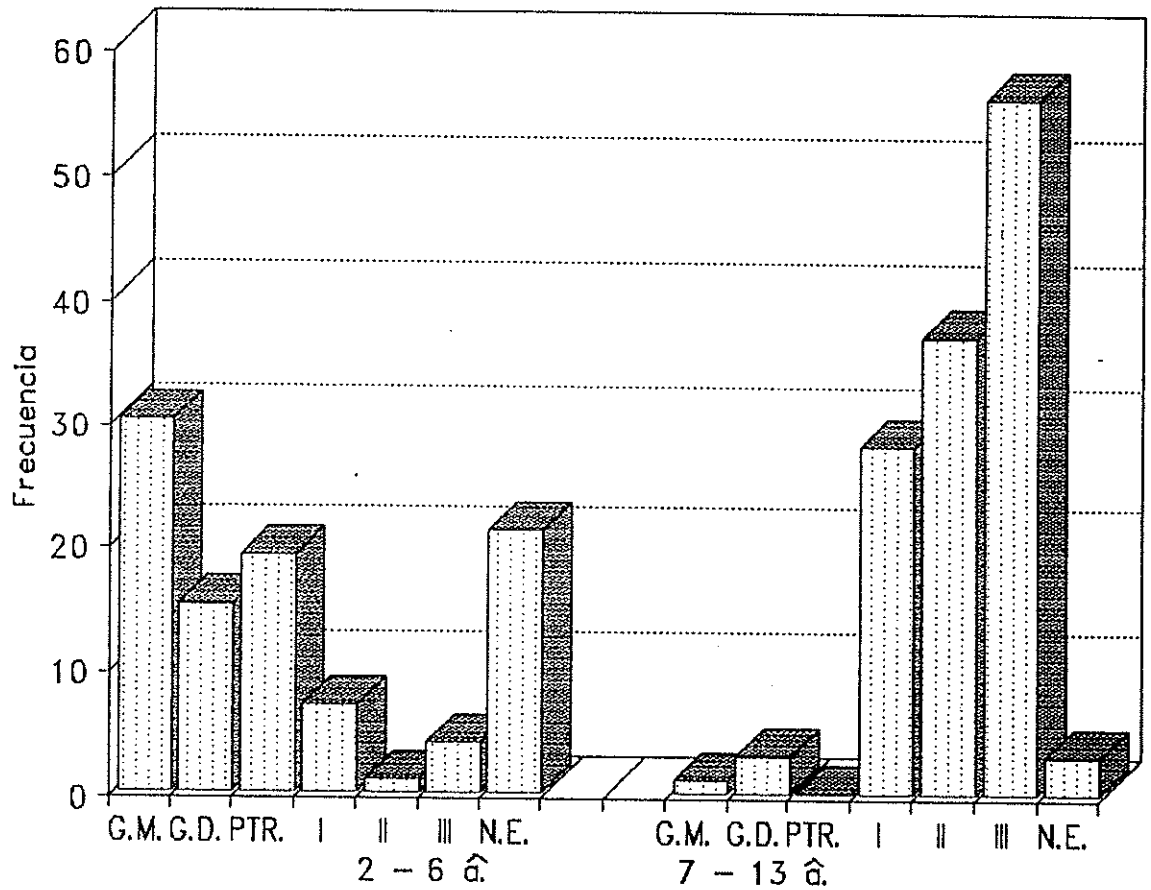
POBLACION NO EVALUABLE : < DE 2 a. (75 niños).

INTERPRETACION DE LA CUADRO No. 7:

En este cuadro podemos apreciar los tipos de oclusión de la población. Así observamos que en la población de 2 a 6 años de edad la oclusión con mayor porcentaje es la Grada mesial 13.3 (30 casos), y en la de 7 a 13 años observamos que el porcentaje mayor se refiere a Maloclusión Clase III, con 56 casos lo que representa un 25%.

GRAFICA No. 6

Distribución por Edad del tipo de Oclusión en 300 niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, Año 1996.



CUADRO No. 8

FRECUENCIA DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS EN 300 NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, Año 1996.

LESIONES	f	%
LENGUA SABURRAL	65	21.6
CANDIDIASIS	7	2.0
ANQUILOGLOSIA	4	1.3
RETRACCION GINGIVAL	4	1.3
QUEILITIS ANGULAR	3	1.0
HIPERPLASIA GINGIVAL	2	0.6
FISTULA	2	0.6
ESTOMATITIS AFTOSA	2	0.6
LEUCOPLASIA	2	0.6
HERPES BUCAL	2	0.6
LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO	1	0.3
TOTAL	94	31.4 %
POBLACION SIN LESIONES	206	68.6 %

INTERPRETACION DEL CUADRO No. 8

En este cuadro puede observarse que es baja la incidencia de lesiones que necesitan tratamiento, 31.4%; pero llama la atención la alta frecuencia de lengua saburral, debido a la mala higiene bucal de los niños hospitalizados.

B. INTERPRETACION DE LA REVISION DE
EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO
DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN
JUAN DE DIOS,
AÑO 1996.

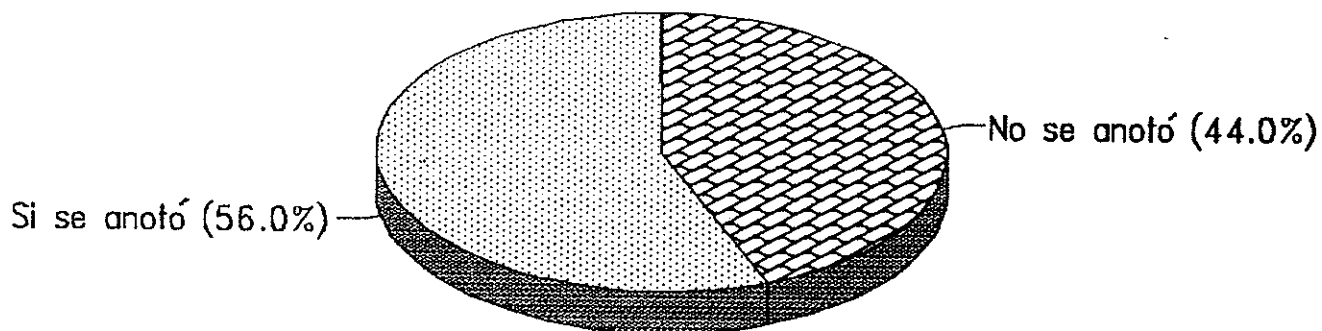
CUADRO No. 9:

HALLAZGOS DE LA CAVIDAD BUCAL ANOTADOS EN LOS EXPEDIENTES DE 300
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. Año 1996:

Hallazgos	No. de Expedientes	
	f	%
Con anotación Cavidad bucal	132	44
Sin anotación Cavidad bucal	168	56
TOTAL	300	100%

GRAFICA No. 7

Hallazgos de la Cavidad Bucal anotados al examen de ingreso en los expedientes de 300 niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, Año 1996.



CUADRO No. 10

Hallazgos sobre Condiciones Bucales anotados en los Expedientes de 132 Niños Hospitalizados en el Depto. de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, Año 1996.

Hallazgo	Frecuencia
Mucosas húmedas	41
Condiciones de la boca normal	35
Orofaringe normal	29
Hiperemia	13
No lesiones bucales	7
Caries	7
Buena abertura bucal	4
Buena Dentadura	4
Sepsis	4
Leve macroglosia	4
Anodoncia Parcial	3
Mucosa Pálida	3
Hipertrofia de amígdalas	3
Cianosis Peribucal	2
Presencia de piezas	2
Queilitis	2
Úlcera en lengua	2
Gingivorragia	2
Halitosis	2
Mala higiene	2
Pérdida de tejido labial	2
Fractura del proceso alveolar	2
Petequias en encía	2
Movilidad Dental	1
Pérdida de piezas	1
Escoriaciones a nivel de mucosa labial	1
Crepitaciones a nivel de mucosa labial	1
Trismus	1
Mordida en lengua	1
Cadidiasis	1
Labios Agrietados	1
Lesiones algodonosas en boca	1
Máculas en garganta	1
Adenopatía submaxilar	1

TOTAL 188

Hallazgos Patológicos: 66 (35 %)

INTERPRETACION

El cuadro No. 9 muestra que en el 44% de los expedientes de los niños examinados no aparece ninguna anotación sobre la cavidad bucal. Sin embargo en el 56% de los expedientes de los niños sí aparecen anotaciones sobre cavidad bucal. En éstos, las anotaciones se circunscriben a orofaringe, hidratación de las mucosas, y condiciones de la cavidad bucal consideradas por los médicos como normales.

Las condiciones como Cándida, Queilitis, caries, halitosis, pérdida de piezas, movilidad dental, hemorragia gingival y mala higiene bucal (1 caso), etc., solo fueron anotados en pocos casos, lo que no debería pasar desapercibido por el personal médico, ya que se cuenta con el tiempo necesario, para diagnosticarlas, y brindar orientación y educación al respecto, así como buscar la forma de tratarlas.

De las 188 anotaciones, solamente 66 son consideradas como patológicas, lo que representa un 35% de los hallazgos.

CUADRO No. 11:

PACIENTES REFERIDOS AL AREA DE ODONTOLOGIA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SEGUN REVISION DE LOS EXPEDIENTES DE 300 NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996.

Referencia	f	%
Se hizo referencia	3	1
No se hizo referencia	297	99
TOTAL	300	100%

INTERPRETACION

En este cuadro se refleja claramente la cantidad de oportunidades que se pierden para poder brindar Salud Bucal, es por ello que solo el 1% de la población fue referido al área de Odontología, lo que deja sin atender grandes problemas como los demuestra el examen clínico realizado a los pacientes hospitalizados.

**C. RESULTADOS DE LA ENCUESTA A PERSONAL
MEDICO DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
AÑO 1996.**

CUADRO No. 12

INTERPRETACION DE LA ENCUESTA REALIZADA A 83 MEDICOS DEL
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE
DIOS, Año 1996.

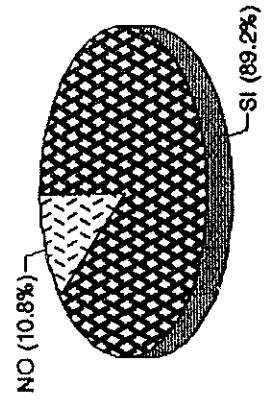
PREGUNTA	SI		Op. Perdida NO		sc.	
	f	%	f	%	f	%
1. Examinan la cavidad bucal?	74	89.2	9	10.8	0	0
2. Indica a la madre la importancia del cuidado de los dientes?	47	56.6	33	39.8	3	3.6
3. Indica a las madres método de limpieza a niños < de 3 años?	32	31.8	51	61.4	0	0
4. Recomienda a la madre visitar al dentista?	51	61.4	31	37.3	1	1.2
5. Prescribe flúor?	20	24.1	63	75.9	0	0
6. Indica a las madres que dejar la pacha mucho - tiempo en la boca provoca caries?	58	69.9	25	30.1	0	0
7. Indica a la madre evitar los azúcares?	71	85.5	12	14.5	0	0
8. Indica a la madre evitar extracciones tempranas?	26	31.3	57	68.7	0	0
9. Ha referido pacientes a Clínica Dental de Consulta Externa?	49	59.0	34	41.0	0	0

PROMEDIO Op.
PERDIDA: 43%

ENCUESTA A MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. AÑO 1996.

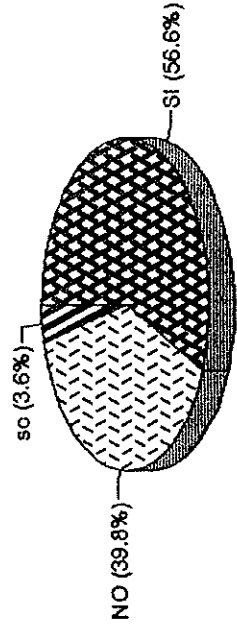
Gráfica No. 8

PREGUNTA 1: Evalúa la cavidad bucal al
realizar el examen clínico de rutina?



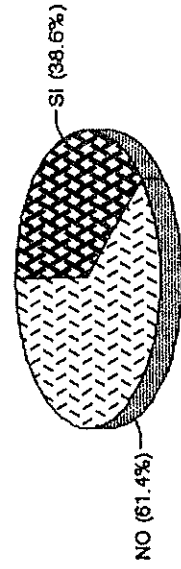
Gráfica No. 9

PREGUNTA 2: Indica a la madre la importancia de los dientes desde que salen?



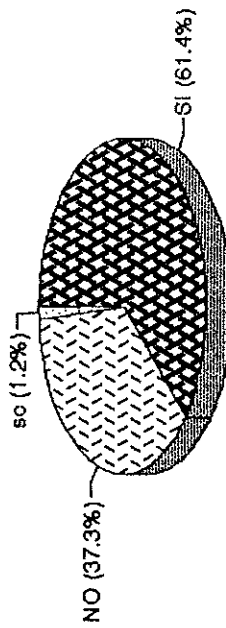
Gráfica No. 10

PREGUNTA 3: Indica a madres de niños menores de 3 ó 6 años algún método de limpieza?



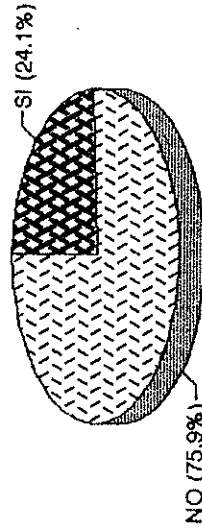
Gráfica No. 11

PREGUNTA 4: Recomienda a madres visitar al Odontólogo de forma periódica?



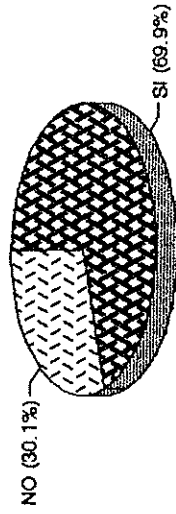
Gráfica No. 12

PREGUNTA 5: Prescribe flúor a sus pacientes?



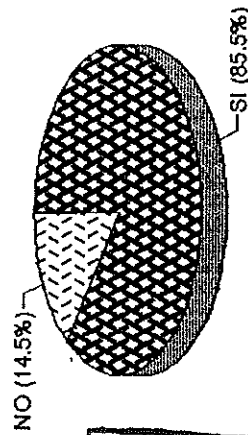
Gráfica No. 13

PREGUNTA 6: Indica a las madres que de- por la pasta en la boca produce caries?



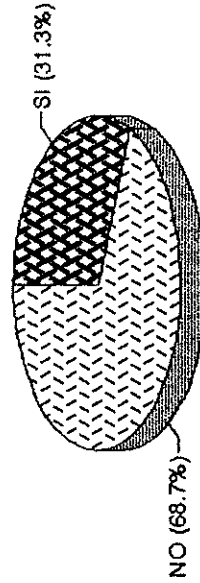
Gráfica No. 14

PREGUNTA 7: Indica a las madres evitar que sus hijos consuman muchos azúcares?



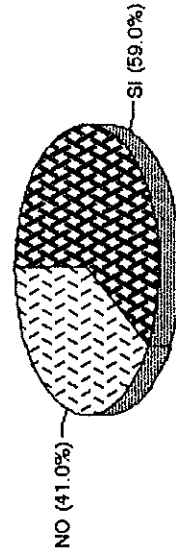
Gráfica No. 15

PREGUNTA 8: Indica a las madres evitar extracciones tempranas a sus hijos?



Gráfica No. 16

PREGUNTA 9: Ha referido algún paciente a clínica consulta externa del hospital?



INTERPRETACION DE LA ENCUESTA A MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DE
PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS AÑO 1996:

CUADRO No. 12

Como puede notarse en el cuadro hay un total de 43 % de Oportunidades Perdidas. Es preciso entonces aprovechar el recurso de los conocimientos del médico para poder mejorar el estado de salud bucal de los niños hospitalizados, ya que la mayoría de ellos indicó que no prescribe flúor a los pacientes (75.9 %), constituyendo esto una medida fácil de realizar y de mucho beneficio para los pacientes. También contestaron que no les indican a las madres que deben limpiárseles los dientes a los niños menores de 3 años (61.4%), y que deben tratar de evitar las extracciones dentales (68.7%). Aunque la mayoría de los médicos contestó que sí revisa la cavidad bucal, es necesario enfatizar en aquellos aspectos que sean importantes para ayudar a detectar problemas de forma temprana y que sean de fácil diagnóstico. Aprovechando el tiempo que los pacientes permanecen en el hospital. Porque se demostró que existe discrepancia entre lo reportado en la encuesta realizada en contraposición con los hallazgos anotados en los expedientes.

CUADRO No. 13

RESPUESTA A LA PARTE "B" DE LA PREGUNTA 3 DE LA ENCUESTA A MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996 : METODOS DE LIMPIEZA A NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS.

- Respuestas dadas por los 32 médicos (que representan un 31.8% de la población), que afirmaron dar a las madres un método de limpieza dental para los niños menores de 3 años :

METODO	f	%
CEPILLAR LOS DIENTES DESPUES DE CADA COMIDA	22	68.8
LIMPIAR CON TOALLA HUMEDA DIENTES Y LENGUA	6	18.8
APLICAR FLUOR	1	3.1
CEPILLAR LOS DIENTES DESDE QUE SALEN EN LA BOCA	1	3.1
QUE LA MADRE EFECTUE EL CEPILLADO	1	3.1
APLICAR BICARBONATO	1	3.1
TOTAL	32	100%

INTERPRETACION DEL CUADRO No. 13:

En este cuadro se evidencia que el 68.8% de los médicos recomienda cepillarse a los pacientes después de cada comida. Un 18.8% de los médicos recomienda limpiarse los dientes con toalla húmeda, dientes y lengua. El 3.1% recomienda utilizar flúor. También el 3.1 % de los médicos indica que la madre efectúe el cepillado, y aplicar bicarbonato.

CUADRO No. 14

RESPUESTA A LA PARTE "B" DE LA PREGUNTA 5 DE LA ENCUESTA A MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996 : DOSIS Y FORMA DE PRESCRIPCION DEL FLUOR.

- Respuestas dadas por 20 médicos (24.1% de la población) que afirmaron prescribir flúor a sus pacientes.

Presentación y Dosis	f	%
TRIVIFLUOR: 1/4 DE GOTERO	8	40
0.25 mg PVO	4	20
TRIVIFLUOR: -0.25 mg diario hasta 1 año -0.5 mg diario hasta 12 años	2	10
niños mayores: en tabletas	1	5
PVO 0.5 mg c/24 hrs.	1	5
TRIVIFLUOR < 6 meses 0.5 mg. >6 meses 1 mg.	1	5
Sin contestar	3	15

Totales 20 100%

INTERPRETACION CUADRO No. 14:

Se pudo notar que del 24.1% de los médicos que dijo recomendar la utilización del flúor a sus pacientes, desconoce la dosificación correcta, de acuerdo a la presentación y edad de los pacientes, por lo que debe ampliarse el conocimiento al respecto.

CUADRO No. 15

RESPUESTA A LA PARTE "B" DE LA PREGUNTA 9 DE LA ENCUESTA A LOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996 : MOTIVO DE REFERENCIA A CLINICA DENTAL DE CONSULTA EXTERNA.

- Respuesta de los 49 médicos (59% de la población), que afirma referir a sus pacientes al área de odontología.

MOTIVO DE REFERENCIA	f	%
CARIES DENTAL, MULTIPLES Y SEVERAS	26	53
PACIENTE MEDICAMENTE COMPROMETIDO	7	14
GINGIVORRAGIA (HEMORRAGIA GINGIVAL)	4	7
SEPSIS ORAL MARCADA	2	4
EXODONCIAS	2	4
ABSCESO	1	2
MOVILIDAD DENTAL	1	2
FALTA DE RECURSOS FAMILIARES	1	2
DIENTES NATALES	1	2
NECESIDAD TRATAMIENTO DENTAL	1	2
MALOCCLUSIONES	1	2
DOLOR DENTAL	1	2
ENFERMEDAD PERIODONTAL	1	2
DIENTES SUPERNUMERARIOS	1	2
TOTAL	50	100

INTERPRETACION CUADRO No. 15:

Del 59% de los médicos que dijo referir a sus pacientes a la Clínica Dental de Consulta Externa, el 26% indicó que lo hace por caries; aunque al revisar los expedientes de los pacientes, sólo se encontró 1.33% de referencias (cuadro No. 11).

**D. RESULTADOS DE LA ENCUESTAS AL
PERSONAL AUXILIAR DEL DEPARTAMENTO DE
PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN
DE DIOS, AÑO 1996.**

CUADRO No. 16

INTERPRETACION DE LA ENCUESTA A 57 ENFERMERAS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.

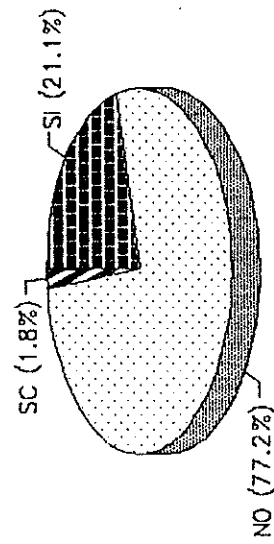
PREGUNTA	SI		Op. Perdida NO		sc.	
	f	%	f	%	f	%
1. Se cepillan los niños hospitalizados después de las comidas?	12	21.0	44	77.2	1	1.8
1B Participa el personal auxiliar en supervisión del cepillado?	4	33.3	8	66.7	0	0
2. Se da información a las madres de los niños sobre Salud Bucal?	24	42.1	32	56.1	1	1.8
3. Ha notado si los niños hospitalizados padecen afecciones bucales?	32	56.1	23	40.4	2	3.5
4. Ha tomado medidas para mejorar situación de afecciones bucales?	25	43.8	20	35.1	12	21.1
6. Tiene conocimiento sobre higiene bucal?	49	86.0	7	12.3	1	1.8
5. Permite que los niños tengan el biberón en su boca mucho tiempo?	Op. Perdida SI		NO		sc.	
	f	%	f	%	f	%
	1	1.8	55	96.5	1	1.8
7. Puede usted contribuir a transmitir medidas de higiene bucal?	6	98.2	0	0	1	1.8

% PORCENTAJE PROMEDIO DE OPORTUNIDADES PERDIDAS : 51.7%

ENCUESTA AL PERSONAL AUXILIAR DEL DEPARTAMENTO DE
DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996.

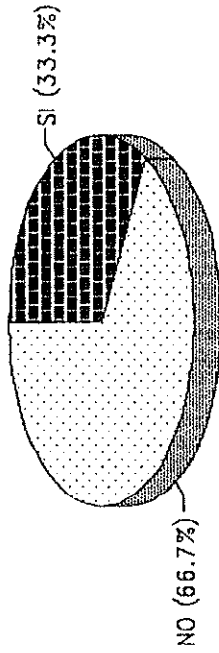
Gráfica No. 17

PREGUNTA NO 1: se cepillan los niños hospitalizados después de las comidas?



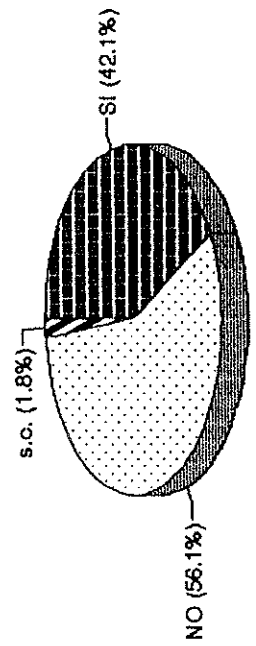
Gráfica No. 18

PARTE B PREGUNTA 1: Participa el personal auxiliar en supervisión cepillado?



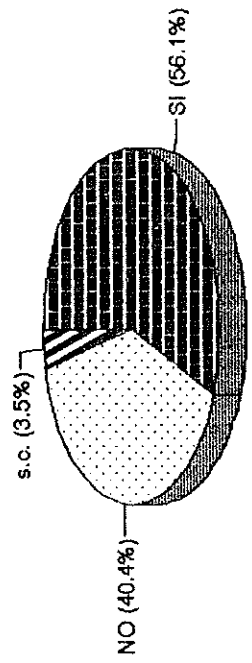
Gráfica No. 19

PREGUNTA 2: se da información a las madres de los niños sobre Salud bucal?



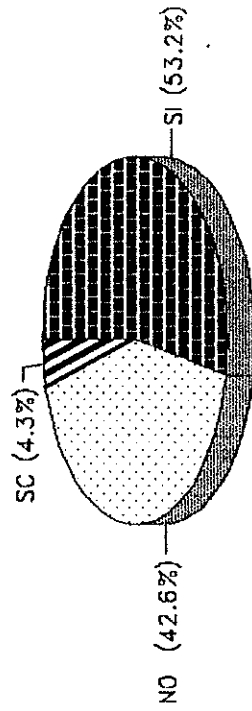
Gráfica No. 20

PREGUNTA 3: Ha notado si los niños hospitalizados padecen afecciones bucales?



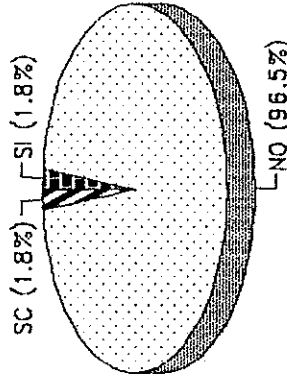
Gráfica No. 21

PREGUNTA 4: Ha tomado medidas para mejorar situación de afecciones bucales?



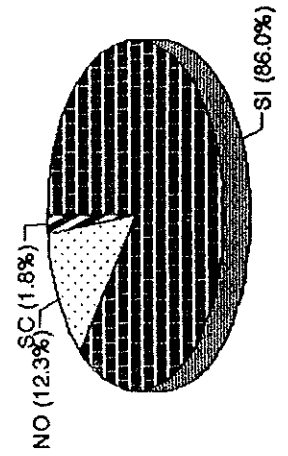
Gráfica No. 22

PREGUNTA 5: Permite que los niños tengan el biberón en su boca mucho tiempo?



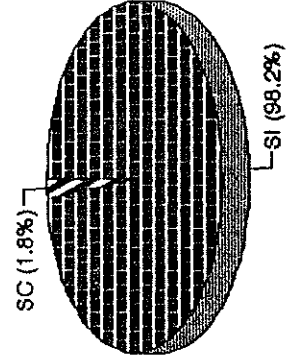
Gráfica No. 23

PREGUNTA 6: Tiene conocimiento sobre medidas de higiene bucal?



Gráfica No. 24

PREGUNTA 7: Puede usted contribuir a transmitir medidas de higiene bucal?



INTERPRETACION DE LA ENCUESTA AL PERSONAL AUXILIAR DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA:

Las oportunidades Perdidas constituyen el porcentaje de las acciones que no se tomaron en materia de salud bucal en el departamento de Pediatría, en beneficio de los pacientes. Es así como encontramos que un 77.2% de ellas informó que los niños no practican medias de higiene bucal durante el tiempo que permanecen hospitalizados. El 86 % del personal auxiliar afirma que posee conocimientos sobre salud bucal. El 98.2 % del personal auxiliar afirmó que podría contribuir a transmitir conocimientos sobre salud bucal a los niños hospitalizados y a sus madres. No existe actualmente una forma establecida de impartir educación en salud bucal a los niños. Aunque el 42.1% indica que si se da información sobre salud bucal a las madres de los niños hospitalizados, ésto es de forma ocasional.

Además el personal auxiliar reconoce que la caries dental es el problema de mayor frecuencia en los niños, siendo necesario brindar educación a los padres impartiendo charlas.

Y aunque el personal afirma que el 21.1% de los niños hospitalizados se cepilla los dientes, en el examen clínico se demostró que el 64.2 % de las áreas dentales examinadas tenían depósitos blandos, lo que nos refleja una gran necesidad de educación sobre higiene bucal que sería muy fácil brindarla, y constituye una gran oportunidad perdida.

CUADRO No. 17

RESPUESTA A LA PARTE "B" DE LA PREGUNTA 3 DE LA ENCUESTA AL PERSONAL AUXILIAR DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996 : AFECCIONES BUCALES MAS FRECUENTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

-Respuestas de las 32 enfermeras que afirman que han notado que los niños hospitalizados se quejan de afecciones bucales.

AFECCION	f	%
CARIES DENTAL	11	34.4
DOLOR POR CARIES	7	21.9
GINGIVORRAGIA (HEMORRAGIA GINGIVAL)	5	15.6
GINGIVITIS	3	9.5
HERPES	2	6.2
ABSCESOS	1	3.1
DOLOR EN INCISIVOS EN < DE 6a. Y EN MOLARES EN > DE 6a.	1	3.1
sin contestar	2	6.2
TOTAL	32	100%

INTERPRETACION CUADRO No. 17

De las 30 respuestas que se obtuvieron, 11 indicaron que la mayor afección bucal de la afección que se quejan los niños hospitalizados es la Caries.

CUADRO No. 18

RESPUESTA A LA PREGUNTA 8 DE LA ENCUESTA A 57 ENFERMERAS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1996 : MEDIDAS PARA MEJORAR LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS.

RESPUESTA	f	%
EDUCACION A PADRES E HIJOS	20	23.8
IMPARTIR CHARLAS DE SALUD BUCAL	18	21.4
SUPERVISION Y ENSEÑANZA DE HIGIENE BUCAL A PADRE E HIJOS	18	21.4
PROPORCIONAR INSTRUMENTOS PARA HIGIENE BUCAL	15	17.9
RECOMENDAR ALIMENTACION Y CONTROL ODONTOLOGICO	5	5.9
PEDIR INSTRUMENTOS PARA CEPILLADO	3	3.6
REFERENCIA DE CASOS	1	1.2
RECIBIR INFORMACION SOBRE SALUD BUCAL PARA LUEGO TRANSMITIRLA	1	1.2
ESTABLECER CEPILLADO COMO RUTINA DESPUES DE LAS COMIDAS	1	1.2
INDICARLES A MADRES NO DEJAR MUCHO TIEMPO EL BIBERON A SUS HIJOS EN LA BOCA	1	1.2
ADMINISTRACION DE FLUOR	1	1.2
TOTAL	84	100

INTERPRETACION CUADRO No. 18:

El 23.8 de las enfermeras estuvo de acuerdo que la medidas más importante con las que podría colaborar para mejorar la Salud Bucal de los niños hospitalizados, es la educación a padres e hijos a través de charlas.

XII. DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados de esta investigación, en lo que se refiere a Necesidades de Tratamiento en los niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios se pudo encontrar que el problema de mayor frecuencia es el de caries dental. Este problema aumenta proporcionalmente con la edad del niño. Del total de piezas examinadas hubo 1604 piezas con caries, y 32 piezas obturadas, lo que hace obvio la problemática tan grande que tienen los niños y la casi inexistente atención bucal que se le proporciona a la población. Además se pudo observar que en piezas primarias hay una alta tendencia a la pérdida prematura por extracción, asumiéndose que la poca atención bucal, que han recibido se limita a un tratamiento tardío, lo cual podría evitarse por medio de educación y medidas preventivas.

En el grupo de niños menores de 6 años, se observó una alta incidencia de caries por biberón, lo que demuestra la necesidad de educación a las madres sobre hábitos de alimentación e higiene bucal.

En cuanto a enfermedad periodontal es preocupante notar que a pesar de la corta edad de los niños examinados ya existe esta problemática, la cual se ve aumentada proporcionalmente con la edad, habiéndose encontrado 30% de gingivitis y 4.3% de Periodontitis, y un 57.4% de los pacientes con su periodonto sano. Sin embargo se observó que del 100% de áreas dentales examinadas, el 70 % presentó depósitos blandos, lo que hace

pensar que a corto plazo puede verse afectado el periodonto de los niños que actualmente se encuentran sanos y agravarse los problemas ya existentes.

Pudo observarse también trastornos de la oclusión debido a extracciones prematuras y a falta de espacio por desarrollo óseo insuficiente, lo cual podría prevenirse o interceptarse.

La incidencia de lesiones de tejidos blandos no fue alta, pero pudo observarse que hay necesidad de indicar medidas de higiene bucal para evitar la lengua saburral, ya que se presentó en el 21.6 % de los casos.

Por lo anterior podemos concluir que en cuanto a Necesidades de Atención Bucal se pudo establecer que hay gran necesidad de tratamiento dental, prevención y educación en salud bucal para ayudar a disminuir la problemática existente.

Refiriéndonos a Oportunidades Perdidas pudimos determinar:

1. Que el 44% de pacientes examinados no se anotó ningún hallazgo sobre su boca en su expediente al realizar el examen clínico de ingreso.
2. Al 56% de pacientes que si se anotó algún hallazgo sobre su boca, éstos corresponden en su mayoría a orofaringe, mucosas y condiciones normales. Habiéndose encontrado solamente 7 anotaciones sobre caries dental y dos sobre mala higiene, en contraposición con los hallazgos encontrados al realizar la investigación, la cual demuestra una alta frecuencia de estos problemas.

3. Solamente se hicieron 3 referencias a la Clínica de Odontología de Consulta externa, lo cual constituye una oportunidad perdida, para los casos que si lo ameritaban.
4. Los resultados obtenidos de la encuesta al personal médico demuestra que no se ofrece educación, ni diagnóstico en materia de salud bucal a los pacientes hospitalizados, lo que podría proporcionarse fácilmente aprovechado el constante contacto médico-paciente. Pese a que en la encuesta el 84% de los pediatras dijo evaluar la cavidad bucal.
5. Los resultados obtenidos de la encuesta al personal auxiliar demuestra que se desaprovecha el tiempo que permanecen hospitalizados los niños. Tiempo que podría utilizarse para brindar información sobre medidas de higiene bucal, tanto a ellos como a sus padres.

También demuestra que el personal auxiliar está dispuesto a colaborar con transmitir conocimientos sobre prevención y supervisar la práctica de hábitos de higiene, como también demostró el interés de adquirir conocimientos en esta materia

Se puede concluir con que las Oportunidades Perdidas en materia de Salud Bucal en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, abarca los siguientes

campos:

1. Falta de Educación en Salud Bucal
2. Falta de Medidas Preventivas en Salud Bucal
3. Falta de Diagnóstico de Condiciones de la Cavidad Bucal
4. Falta de Tratamiento Bucal.

XIII. CONCLUSIONES

1. Los niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría necesitan que el componente de Salud Bucal se integre a la atención que se le brinda, para prestarle una atención en Salud Integral, involucrando a todo el personal de Salud.
2. El CPOT promedio de niños menores de 2 años es 0.92, el CPOT promedio de niños de 2 a 6 años es de 6.58, el CPOT promedio para niños de 7 a 13 años es de 8.3, estos datos denotan que aumenta la problemática de caries dental proporcionalmente con la edad.
3. Fue evidente el alto índice de Caries por Biberón en la población estudiada de edad susceptible (30.6%), debido a la falta de conocimiento sobre hábitos de alimentación e higiene.
4. De los 275 pacientes en los que fue posible realizar la evaluación periodontal se encontró alteración de dichas áreas en un 34.3 %, siendo un 30 % correspondiente a Gingivitis y un 4.3 % a Periodontitis.
5. Se observó que la mayor problemática que presentó la población estudiada es la falta de higiene bucal, presentando el 70 % de las áreas dentales examinadas depósitos blandos.
Encontrándose muchos casos que a pesar de tener varios días de

permanencia en el hospital no cuentan con los instrumentos necesarios para la higiene bucal.

6. Se observó en el 45% de los pacientes examinados presentan algún trastorno de la oclusión, y el 27% de los pacientes tienen una tendencia negativa de oclusión (maloclusión clase (II), y trastornos que pueden ser tratados e interceptados de forma temprana, aprovechando el tiempo de permanencia en el hospital.
7. El niño hospitalizado pasa suficiente tiempo en el proceso de ingreso y recuperación como para poder brindarles diagnóstico, tratamiento y educación en Salud Bucal, lo que constituye una Oportunidad Perdida el no realizarlo.
8. El 89.2% de los médicos refieren examinar la cavidad bucal, circunscribiéndose a orofaringe y mucosas, no dándole la importancia que merecen, a tejidos duros y condiciones de higiene bucal. Sin embargo solo el 56% hace anotación en la ficha clínica del paciente, y de ese porcentaje el 35 % hace referencia a una patología bucal.
9. El personal de Salud tanto médico como auxiliar del Departamento de Pediatría necesitan tener mayor información acerca de medidas preventivas, acorde a la edad de los pacientes y a sus posibilidades económicas.

10. No se aprovecha la Oportunidad de poder referir pacientes que necesitan tratamiento a la Clínica dental de Consulta Externa del Hospital (1 %), y cuando se realiza, se hace solo cuando está muy comprometido medicamente (problemas hematológicos y renales).

11. Como resultado de la encuesta a los médicos se encontró que en Salud Bucal hay un promedio de Oportunidades Perdidas de 43%, y en la de las enfermeras hay un 51.7%.

Se puede concluir que en materia de Salud Bucal en los pacientes hospitalizados hay 51 % de Oportunidades Perdidas, en los aspectos de educación bucal, medidas preventivas, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, lo que hace pensar que siendo la política del Hospital San Juan de Dios atender a los pacientes de una forma integral en la práctica el área de salud bucal, no se toma en cuenta en un nivel muy significativo.

XIV. RECOMENDACIONES

1. Crear una Clínica Odontológica al servicio del departamento de pediatría, atendido por personal especializado, dándosele un enfoque fundamentalmente, preventivo y educacional, así como Restaurativo.
2. Impartir charlas de adiestramiento al personal Auxiliar para capacitarlos sobre el cuidado dental y distintas técnicas de higiene bucal.
3. Instaurar la práctica de cepillado después de cada comida, supervisado por los padres y el personal Auxiliar como parte de la rutina diaria.
4. Realizar talleres con el personal médico para capacitarlos y promover la salud bucal en la medida de las posibilidades de tiempo y trabajo.
5. Recordar a los médicos pediatras que es necesario que pongan mayor interés en el estado de salud bucal de sus pacientes durante el examen físico de ingreso; que brinden medidas preventivas y refieran al personal odontológico los casos detectados, como parte de una atención integral, para un mejor aprovechamiento del tiempo de permanencia hospitalaria.

6. Solicitar colaboración a empresas que estén involucradas con salud bucal, para que proporcionen instrumentos de higiene bucal para los pacientes de escasos recursos.

7. Solicitar el apoyo de instituciones odontológicas para que periódicamente den charlas educativas de salud bucal a los niños hospitalizados. Pudiendo contar con el apoyo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, con el área de Odontología Socio-preventiva, que tiene a su cargo estudiantes de pregrado que imparten charlas en escuelas de la ciudad capital, pudiéndose tomar en cuenta al hospital.

8. Dar énfasis a una necesidad de tratamiento preventivo y curativo, es decir realizar: profilaxis, Aplicación de Flúor, obturaciones, coronas de acero, tratamientos pulpares, mantenedores de espacio, exodoncias guiadas, evitando al máximo circunscribirse a un tratamiento mutilador (exodoncias).

9. Utilizar material educativo para padres e hijos que contenga generalidades sobre hábitos de higiene y alimentación, y aspectos sobre caries dental y enfermedad periodontal y las consecuencias de extracciones prematuras. Pudiéndose solicitar ayuda a casas comerciales para disponer de este material de forma ininterrumpida

XV. LIMITACIONES

1. No pudo encuestarse a la totalidad del personal Auxiliar por las siguiente razones:
 - algunas enfermeras se encontraban en su período de vacaciones, o de pre y post natal.
 - Las preguntas de la encuesta no se ajustaban al grupo de enfermeras de cunas, por atender pacientes de muy corta edad.
2. No se puedo encuestar a la totalidad del grupo de médicos de Post-grado por encontrarse algunos en período de vacaciones.

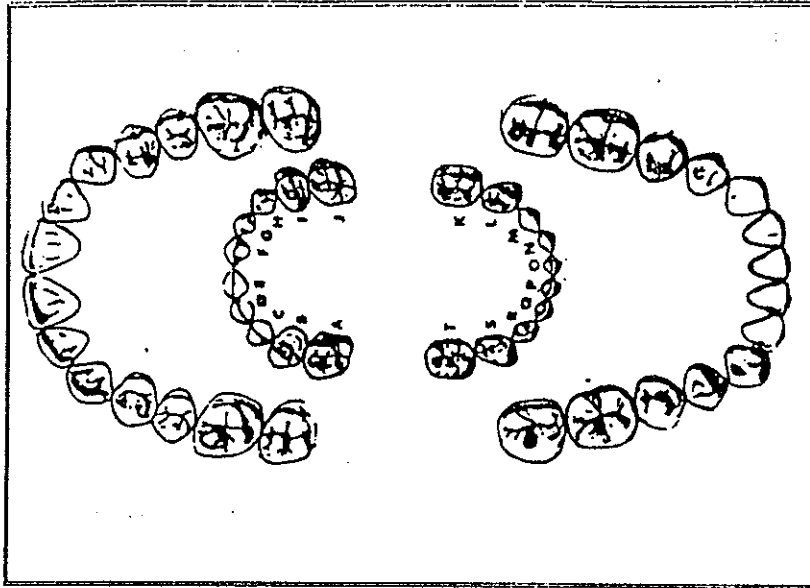
XVI. ANEXO 1

FICHA PARA DETERMINACION DE NECESIDADES DE ATENCION BUCAL

FICHA PARA CUANTIFICACION DE CARIES DENTAL

Indice CPO-ceo

Fecha: _____ Número ficha: _____
 Lugar: _____ Servicio: _____
 Examinado: _____
 Edad: _____
 Sexo: _____
 Examinador: _____



C	P	O	CPO
C	P	O	CPO
C	P	O	CPO

RESULTADOS

Número De Piezas Permanentes Presentes: _____
 Número de piezas con caries.....(C) _____
 Número de Piezas ausentes o indicadas para Extracción...(P) _____
 Número de piezas obturadas.....(O) _____
 TOTAL (CPO): _____
 Número de piezas dentales primarias presentes: _____
 Número de piezas con caries.....(c) _____
 Número de piezas indicadas para extracción.....(e) _____
 Número de piezas obturadas.....(o) _____

TOTAL(cep) _____

XVII. ANEXO 2

**ENCUESTA A MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
Investigación Oportunidades Perdidas en Salud Bucal**

1. Considera usted como pediatra que juega un papel muy importante en el Diagnóstico y Prevención de enfermedades bucales?

Si No

2. Considera que los problemas bucales comprometen el estado general del paciente?

Si No No se

3. Al realizar el examen clínico de rutina a sus pacientes, evalúa usted la cavidad bucal?

Si No

4. Indica a las madres de los niños menores de 3 años la importancia que tienen el cuidado de los dientes desde que aparecen en la boca?

Si No

5. Indica usted algún método de limpieza que puedan efectuar las madres a los niños menores de 3 años?

Si No

Si su respuesta a la pregunta anterior es Si, indique cuál:

6. Recomienda usted a sus pacientes el hábito de cepillado dental después de las comidas?

Si No

7. Recomienda usted a los niños el uso de seda dental?

Si No

8. Da a conocer a las madres de sus pacientes la importancia de la visita al Odontólogo en una forma periódica y temprana para evitar problemas bucales?

Si No

ENCUESTA AL PERSONAL AUXILIAR DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
Investigación Oportunidades Perdidas en Salud Bucal

FECHA: _____

Ficha No. _____

1. Se cepillan los dientes después de las comidas los niños que están hospitalizados?

SI NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, indique si el personal auxiliar participa en la supervisión?

SI NO

2. Se da algún tipo de información a las madres sobre medidas de Salud Bucal durante el tiempo que permanecen hospitalizados sus hijos?

SI NO

3. Ha notado usted si los niños hospitalizados se quejan frecuentemente de alguna afección bucal?

SI NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, indique de cuál o cuáles?

4. Si la respuesta a la pregunta 3 es afirmativa, ha tomado alguna medida para contribuir a mejorar esa situación?

SI NO

5. Permite usted que los niños que toman biberón permanezcan con el mismo por períodos prolongados en su boca?

SI NO

6. Cree usted que tiene conocimiento sobre medidas de higiene bucal?

SI NO

7. Considera que podría usted contribuir a transmitir medidas sobre higiene bucal a las madres y niños hospitalizados?

SI NO

8. Con que medidas cree usted que podría colaborar para mejorar la Salud Bucal de los niños hospitalizados?

XVIII. ANEXO 3

**CUADRO PARA RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE ASPECTOS
 ONTOLOGICOS DE LOS EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES
 HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL
 SAN JUAN DE DIOS, EVALUADOS EN LA INVESTIGACION DE
 OPORTUNIDADES PERDIDAS EN SALUD BUCAL**

# de expediente	Motivo de hospitalización	Hallazgos sobre Cond. Bucales	Ref. o consulta Odontológica

XIX. BIBLIOGRAFIA

1. Argueta Muralles, S.S. Conocimiento del médico pediatra que ejerce en la Ciudad Capital, acerca de prevención de la caries dental. Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1994, 46 p.
2. Arroyave, D. Niveles de prevención. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1994, 6p. (Documento de Clase: Unidad de Prevención, Area Socio-Preventiva).
3. Cáceres, R., C.L. Franco, S. García y O. Alonso. Examen clínico del aparato estomatognático. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Odontología, 1992. 7p. (Documento Departamento de Diagnóstico, Area de Patología).
4. Conedera Noriega, J. M. Diagnóstico de la salud oral de los niños internos en el Centro de Rehabilitación Nutricional Sor Lucía Roge, y establecimiento de las necesidades de tratamiento. Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1995. 60p.
5. De la Cruz Torres, C.R. Patología oral de mayor prevalencia en pacientes que ingresan a la Facultad de Odontología (revisión de 5 años). Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1981. 99p.
6. Escobar Rendón, D. C. Estudio epidemiológico de las condiciones de salud estomatológica de la población escolar de la Región Suroriental de Guatemala. Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1981. 97p.
7. Graber, T.M. Ortodoncia interceptiva. Traducido por Vicente Cosentino. Buenos Aires, Mundi, 1961. pp 39-82 (Odontología Clínica de Norteamérica, vol. 18 Serie III).
8. Higueros de Hernández, A. E. Determinación de las necesidades de servicio odontológicas en Población Pre-escolar (2 a 6 años) de la Institución Casa del Niño Ciudad Capital. Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1994. 88p.

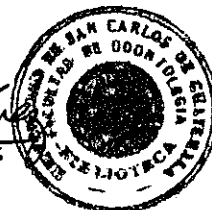


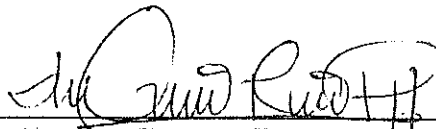
9. Ingle, J. I. y J. E. Taintor. Endodoncia. 3a. ed. México, Nueva Editorial Interamericana, 1988. pp 512-513, 441-445.
10. Katz. S, J.L. Macdonald y G.K. Stookey. Odontología preventiva en acción. Traducido por: Simon Katz. Buenos Aires, Panamericana, 1975. pp 355-373.
11. Kroeger A. y R. Luna. Atención primaria de salud. principios y métodos. México, OPS/Pax-México, 1987. pp 5-21, 479-489.
12. Lindhe, J. Periodontología clínica. Buenos Aires, Médica Panamericana. 1986, pp. 59-73.
13. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud "La salud bucal". Washington, OPS, 1992. pp 3-25 (Documento HSD/Silos 22)
14. OPS. Oportunidades perdidas de atención integral de la mujer en el post-parto. una experiencia a nivel hospitalario y ambulatorio. Guatemala. Hospital General San Juan de Dios. 1995. pp. 10-15. (Serie Mujer, niño y adolescente. OPS/OMS. Hospegen, Comité de Investigación. Publicación 01-94).
15. OPS/Departamento de Salud Bucal de la Dirección Nacional de Servicios de Salud. Encuesta epidemiológica dental e higiene oral, en escolares de establecimientos educativos del Sector Oficial, ubicados en las cabeceras departamentales de la República de Guatemala. Washington, OPS, 1991 pp. 1-389.
16. Plata Rueda, E. El pediatra eficiente. 4a. ed. Bogotá, Médica Panamericana, 1990. pp. 731-749.
17. Shafer, W. G., B. M. Levy y C. Tomish. Tratado de patología bucal. 4a. ed. México, Nueva Editorial Interamericana, 1990. pp. 415-482, 793-834.
18. UNICEF/OMS. Atención primaria en salud. Informe Conjunto del Director de la OMS y el Director Ejecutivo. Ginebra-Nueva York. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud. Alma ATA (URSS) 6-12 de Septiembre de 1978. Washington, OMS, 1978. pp 6-10.

Vo. Bo.

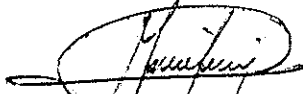
Alc. Est.

30-8-96

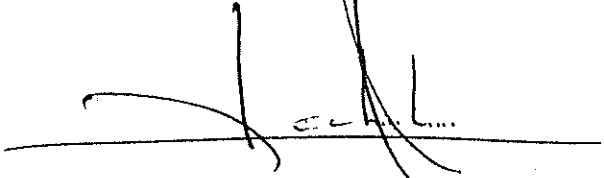




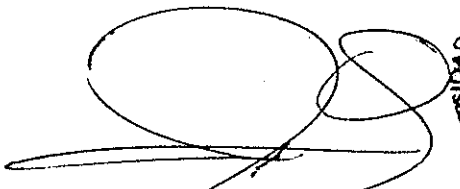
Maria Renee Pappa Casborn
Sustentante



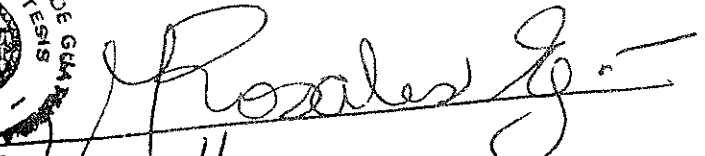
Dr. Miguel Arriaga Franco
Asesor




Dr. Carlos Chua Lopez
Asesor


Dr. Axel Popol Oliva
COMISION DE TESIS




Dr. Guillermo Rosales Escriba
COMISION DE TESIS

IMPRIMASE:


DR. MANUEL ANDRADE BOURDET
SECRETARIO



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central