

Investigación Adaptación al cambio climático en los municipios de Sulaco, Victoria (Yoro), La Libertad y Las Lajas (Comayagua)

con enfoque de género y seguridad alimentaria

Instituto Hondureño de Ciencias de la Tierra
Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Informe Salud Orofacial

Por: IHCIT – UNAH

Dr. Elías David Peña Paz

Asesor:

Dr. Miguel Octavio Flores Girón

Tegucigalpa M.D.C, Honduras

TITULO

“ACCESO A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS, ESTADO Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL EN LOS POBLADORES DE LAS COMUNIDADES INCLUIDAS EN EL CONVENIO AEA/AECID 14-CO1-021 DE LOS MUNICIPIOS DE SULACO, VICTORIA, DEL DEPARTAMENTO DE YORO Y LAS LAJAS, LA LIBERTAD DEL DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA”

CONTENIDO

I. Introducción	1
II. Definición del Problema	2
III. Objetivos	3
IV. Justificación	4
V. Marco Conceptual	5
<i>V.I. BASES TEORICAS</i>	6
Salud y Salud Bucal.	6
Perfil epidemiológico de la salud bucal.	7
Practicas de higiene bucal.	7
Evaluación extraoral.....	8
Fluorosis Dental (Índice de Dean).....	9
Estado Periodontal.	9
Malformaciones craneofaciales congénitas y del desarrollo.....	10
Estado de la dentición temporal y permanente.....	11
Prevalencia de caries dental.....	12
Índice COP-D ceo-d.	12
Necesidad de atención de emergencia, atención odontológica general y de remisión	14
VI. Antecedentes, Contexto General o Marco Histórico	15
VII. Metodología	16
<i>Tipo de Estudio:</i>	17
<i>Población:</i>	17
<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	17
<i>Unidad de análisis</i>	18
Variables y su operacionalización:.....	18
Variable 1. Condiciones demográficas.	19
Variable 2. Generalidades	20
Variable 3. Prácticas de Higiene Bucal.	21
Variable 4. Evaluación Extraoral	21
Variable 5. Registro de fluorosis	22
Variable 6. Apreciación periodontal	22
Variable 7. Malformaciones craneofaciales congénitas y del desarrollo.	22
Variable 8. Estado de la dentición (decidua y permanente) Índice CPO-D/ceo-d.	23
Variable 9. Necesidad de atención, asistencia y de remisión.	23

VIII. Resultados:	24
IX. Recomendaciones:	46
XI. Bibliografía.	47

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfoca en el estudio de la relación que tiene el cambio climático en salud bucal de las poblaciones existentes en las diferentes comunidades que están incluidas en el convenio AEA/AECID 14-CO1-021 de los municipios de Sulaco, Victoria, Las Lajas y La Libertad, mediante la aplicación de un instrumento que nos indicara las prácticas de higiene bucal que realizan estos habitantes, las limitaciones que presentan para poder acceder a una consulta odontológica o realizarse algunos de los diferentes tratamientos, observaremos como las condiciones en que se encuentra el agua, está relacionada o no, con el estado de salud bucal de los habitantes, valoraremos el estado de salud bucal de los pacientes mediante el sistema CPOD y ceod, Índice de DEAN y la Apreciación Periodontal.

La enfermedad periodontal, se refiere a un conjunto de enfermedades inflamatorias que afectan los tejidos de soporte del diente, encía, hueso, cemento y ligamento periodontal. Se considera el resultado del desequilibrio entre la interacción inmunológica del huésped y la flora de la placa dentobacteriana que coloniza el surco gingival^{1, 2}.

Mientras tanto la caries dental es una de las enfermedades que se caracterizan por una serie de reacciones químicas y microbiológicas, que trae como resultado la destrucción total del diente, y es la causa principal de la pérdida de las piezas dentarias, que genera múltiples afectaciones en el sistema estomatognático y en el organismo en general.³

Ambas enfermedades no tienen distinción de sexo, edad o condición socioeconómica predisponiendo a los pacientes a padecer otras enfermedades que atenten a su salud general.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades buco dentales, tales como la caries dental, y la enfermedad periodontal son problemas de salud de alcance mundial, que afectan tanto a los países industrializados como a los que se encuentran en vías de desarrollo, en especial a los países más pobres.

Todas estas enfermedades antes mencionadas, en términos de dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida, son considerables y costosas, y se caracterizan por ser patologías insidiosas y de curso progresivo.

El propósito fundamental, del presente estudio epidemiológico de salud oral, que se realizará en las comunidades que están incluidas en el convenio AEA/AECID 14-CO1-021 de los municipios de Sulaco, Victoria, del departamento de Yoro y Las Lajas, La Libertad del departamento de Comayagua, será determinar el acceso que existe a servicios de índole odontológicos, así como obtener un diagnóstico de salud bucal, de los pobladores de los diferentes municipios, y que a través del mismo, se puedan elaborar programas educativos, preventivos y asistenciales necesarios, que contribuya al desarrollo de la investigación científica y de los problemas prioritarios de la salud bucal.

Es por ello que, a través de la presente investigación, se busca aportar a la construcción de un modelo de atención primaria, que ubique a la gente como un ser biopsicosocial, al que se le brinde atención integral.

Para los propósitos del estudio, se hará una descripción de las principales enfermedades bucales, directa o indirectamente relacionados entre sí.

La pertinencia de la presente investigación se fundamenta en que en nuestro país existen escasas investigaciones y publicaciones en materia de salud bucal que orienten los diferentes programas que en esta área se planifican.

Los resultados que se obtengan podrían ser utilizados por instituciones prestadoras de atención bucal (Secretaría de Salud a través del Programa de Salud Oral, La

universidad Nacional Autónoma de Honduras a través de la Dirección de la Vinculación-UNAH Sociedad, Facultad de Odontología y el IHSS, entre otros; como referencia importante para planificar programas y estrategias de atención odontológica eficaces.

Por las anteriores razones es que se realizaremos este estudio, que responda a:
¿Qué condiciones de acceso a servicios odontológicos, estado y prácticas de salud oral existen para los habitantes de las comunidades que están incluidas en el convenio AEA/AECID 14-CO1-021 de los municipios de Sulaco, Victoria, del departamento de Yoro y Las Lajas, La Libertad del departamento de Comayagua?

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el acceso a servicios odontológicos, estado y prácticas de salud oral en los pobladores de las comunidades que están incluidas en el convenio AEA/AECID 14-CO1-021 de los municipios de Sulaco, Victoria, del departamento de Yoro y Las Lajas, La Libertad del departamento de Comayagua.

Objetivos Específico:

1. Conocer el acceso a servicios odontológicos que tiene la población de las diferentes comunidades.
2. Evaluar el estado de salud bucal de los pobladores de las comunidades pertenecientes al convenio.
3. Identificar las prácticas de salud oral, que realizan los habitantes de estas comunidades.

IV. JUSTIFICACIÓN

Conocer el perfil epidemiológico, de salud-enfermedad de los pobladores de nuestras poblaciones es importante, ya que esa información, nos permitirá diseñar y aplicar un adecuado plan de prevención y tratamiento de las principales afecciones orales, que aquejan a esta población, y así contribuir a la satisfacción de la demanda de salud oral de nuestras comunidades.

El presente estudio, aportara conocimientos respecto al perfil de salud bucal, de los pobladores de los municipios en mención, permitiéndonos establecer una caracterización epidemiológica de la población, así como ser fuente de futuras investigaciones en cuanto a la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes, estos datos epidemiológicos obtenidos serán la base para la selección diseño e implementación de estrategias en prevención y tratamiento de las principales afecciones orales, que basadas en evidencias científicas, contribuirán a establecer programas sostenibles que estén de acuerdo con el contexto de los habitantes de los municipios, y que fortalezcan su salud integral.

En Honduras, la salud bucal debe ser conceptualizada como un proceso multifactorial, que no permanece ajena al impacto de diferentes factores, lo que se refleja en el estado de salud oral de individuos, familias y comunidades; puesto que es un constituyente inseparable de la salud general del individuo dado que las enfermedades buco dentales menoscaban la nutrición, las relaciones interpersonales, la autoestima y salud mental, constituyéndose en un verdadero problema de salud pública.

V. MARCO CONCEPTUAL

En el contexto internacional, se reconoce que el componente bucal de la salud, es parte integral de la salud general y un factor determinante en la calidad de vida de las personas y las colectividades. A pesar de esto, en los últimos reportes mundiales sobre salud bucal, la Organización Mundial de la Salud -OMS- observa que varios problemas ampliamente identificados y estudiados, persisten, particularmente en los grupos menos privilegiados, tanto de países desarrollados como en desarrollo.

De allí que la OMS en el Reporte Mundial de la Salud Oral, 2003, afirme que por su extensión, las enfermedades bucales siguen siendo un problema prioritario en salud pública, con consecuencias sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas.¹

Dicho Reporte se establece las bases políticas para el programa de salud bucal de la OMS, como: (i) La salud bucal es parte integral y esencial de la salud general; (ii) La salud bucal es un factor determinante de la calidad de vida; (iii) Algunas enfermedades bucales comparten factores de riesgo con algunas enfermedades crónicas no transmisibles; (iv) Un apropiado cuidado bucal reduce la mortalidad prematura y, (v) Los factores sociales, ambientales y del comportamiento juegan un papel significativo sobre la salud/enfermedad bucal.¹

La Organización Panamericana de la Salud OPS-/OMS, plantea que es necesario reivindicar y fortalecer el trabajo en salud bucal desde la perspectiva de la salud general, buscando mediante un trabajo de contexto a nivel local, nacional e internacional, generar a partir de actores sociales informados -comunidad, gremios, la educación, la economía, medios de comunicación, el gobierno, la política, entre otros-, políticas públicas que respondan a las necesidades de salud de la comunidad a nivel individual y colectivo, en particular a sus necesidades de salud bucal más prevalentes y alternativas de solución.

A nivel internacional, las metas globales en salud bucal que proponen la OMS y la FDI para alcanzar en el año 2020, se resume en: "Minimizar el impacto de las

manifestaciones orales y craneofaciales de las enfermedades sistémicas en los individuos y en la sociedad, y usar estas manifestaciones para el diagnóstico temprano, la prevención y el manejo efectivo de las enfermedades sistémicas".²

V.I. BASES TEORICAS

SALUD Y SALUD BUCAL.

Salud Bucal:

Se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y a la cavidad bucal.³

La Salud de la Cavidad Bucal es básica en desempeños tan imprescindibles como la comunicación, alimentación, y el afecto; además de su relación con aspectos de carácter psicológico, social y fisiológico.⁴

Calidad de vida:

La Salud Bucal es un elemento importante de la salud general y la Calidad de Vida (OMS, 2006; Petersen, 2003)⁵, Al respecto, el reconocimiento de la OMS en cuanto a la estrecha relación entre la "salud bucal y la calidad de vida", ha llevado a definirla de la siguiente manera:

"La percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias

presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural.⁶

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA SALUD BUCAL.

El perfil epidemiológico es una dimensión de la epidemiología que sistematiza el conjunto de categorías y a la vez expresa la relación salud - enfermedad y su comportamiento en las poblaciones humanas.

Es decir, mediante el uso de técnicas epidemiológicas y el análisis de diversos métodos, entre los cuales los de la demografía y la estadísticas son especialmente importantes, el perfil epidemiológico de una población identifica el comportamiento de las enfermedades según la edad, el sexo, etc, que afectan, la dinámica espacial y temporal de la enfermedad, considerada como un fenómeno social; además del impacto real y la calidad con lo que se prestan los servicios médicos, las formas más eficaces para promover la salud y las relaciones entre el costo, la efectividad y el beneficio de acciones específicas para la salud.⁷

PRACTICAS DE HIGIENE BUCAL.

Las prácticas de higiene bucal son un asunto individual, pero es necesario educar al individuo y a las colectividades para desarrollar los hábitos que les permitan mantener una higiene bucal adecuada. La educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima. Estos aspectos me motivaron a analizar el presente estudio, encaminado a crear conciencia acerca de la importancia de la salud oral.

La higiene bucal es la práctica de mantener la cavidad oral limpia y sin enfermedades. Los cuidados preventivos consisten en cepillarse los dientes, utilizar hilo dental y visitar al odontólogo cada seis meses para un control y una limpieza. Existen estrategias para prevenir y detectar algunas de las enfermedades asociadas

a la mala higiene bucal, tales como: la neumonía por aspiración, la neumonía asociada a la ventilación mecánica, la mucositis oral en pacientes inmunodeprimidos y el cáncer bucal. Se identifica que existe un problema cuando el paciente no puede realizar las actividades diarias de higiene bucal, cuando muestra indicios de una enfermedad dental o periodontal y si se está sometiendo a quimioterapia o radioterapia y desarrollo de mucositis oral. Una correcta higiene bucal previene las caries dentales y la gingivitis, a diferencia de una mala que estimula la expansión sistémica de microbios bucales.⁸

EVALUACIÓN EXTRAORAL.

El diagnóstico es un proceso para determinar la naturaleza de un trastorno, teniendo en cuenta los signos y síntomas del paciente, los antecedentes o historia clínica, es la suma de conocimientos sobre los que se basa el tratamiento.

La exploración visual extraoral debe comenzar cuando el paciente entra en la consulta.

El examen de la cabeza y el cuello continúa con la palpación bimanual de los músculos masticatorios y las articulaciones temporomandibulares. También aquí, el clínico debe adoptar una secuencia consistente y organizada, para asegurar un examen completo. Los músculos a palpar son el masetero, el temporal, el pterigoideo interno, el digástrico y el milohioideo. Se buscarán dolor a la palpación y presencia de posibles puntos desencadenantes. Con la boca del paciente cerrado, el clínico coloca un dedo índice en cada meato auditivo externo y tira suavemente hacia delante, mientras observa la posible respuesta dolorosa.

Después, el clínico coloca una mano sobre cada articulación temporomandibular del paciente y la palpa, buscando otra vez áreas hipersensibles. Se le pide que abra la boca. Se toma nota de cualquier signo de hipersensibilidad, conforme la boca se abre y los cóndilos se desplazan hacia delante, debajo de los dedos del clínico.

Articulación Temporomandibular

Se palpan ambos lados al mismo tiempo: los dedos índice, medio y anular de cada mano, se colocan delante del meato acústico externo, mientras el paciente abre y cierra lentamente la boca varias veces, y luego realiza movimientos laterales con los dientes separados y protruidos.⁹

FLUOROSIS DENTAL (ÍNDICE DE DEAN).

Puede considerarse como “una alteración específica del esmalte dentario (esmalte moteado) debido a la ingestión del ion flúor en cantidades que exceden a las dosis óptimas recomendadas acorde con las características y temperatura medio-ambiental locales”. (Mena García, A. 1991, p. 176).

La fluorosis dental se caracteriza por manchas o motas que afectan el esmalte y que de acuerdo a su severidad pueden variar desde una simple opacidad blanquecina y poco perceptible que no altera la estructura dentaria hasta manchas oscuras (pardas) con estrías y/o punteado que lesionan la morfología dentaria (aspecto corroído).

Los primeros reportes de esta alteración se remontan a 1901, cuando el Dr. J.M. Eager reportó estas “marcas en los dientes” debidas a una sustancia química desconocida en el agua de consumo”

Los cambios en el esmalte fluorótico fueron examinados bajo microscopía óptica y electrónica. En principio, el aumento de la exposición al fluoruro durante la formación del diente conduce a un incremento de la porosidad del esmalte.

Esta porosidad es el resultado del aumento de los espacios intercrystalinos, tanto en la zona prismática como en la zona interprismática del esmalte. Cuanto más extensa es la zona de hipomineralización o porosidad, más susceptible será el esmalte al daño luego de la erupción.¹⁰

ESTADO PERIODONTAL.

La enfermedad periodontal es la afección de las estructuras de soporte del diente, resultado de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía hacia los tejidos, raíz dentaria, ligamento y tejido óseo alveolar, los cuales en conjunto hacen la función de protección y apoyo al diente.

La sintomatología más común de la EP, es sangrado gingival al cepillado o al paso del hilo dental, encías inflamadas y rojizas, movilidad dentaria, exudado, puede haber presencia de bolsa periodontal la cual es un surco gingival profundizado que inicia como un cambio inflamatorio en la pared del tejido conectivo del surco gingival.¹¹

MALFORMACIONES CRANEOFACIALES CONGÉNITAS Y DEL DESARROLLO.

Las malformaciones craneofaciales son algunas de las patologías más prevalentes en la edad pediátrica. Algunas de ellas, como las craneales, pueden poner en peligro la vida del niño o dejar secuelas irreversibles como el déficit intelectual. Por otro lado, las malformaciones faciales no suelen suponer un riesgo vital; sin embargo, marcan a los niños y a sus familias de por vida. La mayoría de ellos necesitarán múltiples y complejas operaciones para intentar que su apariencia facial llegue a ser lo más normal posible.

Dentro de las malformaciones craneofaciales podemos distinguir dos grandes grupos: las producidas por un cierre precoz de las suturas del esqueleto craneofacial, es decir las craneo-sinostosis y las faciocraneosinostosis; y las producidas por una alteración intrín-seca en el proceso de desarrollo de las

diferentes estructuras faciales, como son los síndromes de primer y segundo arcos branquiales y los síndromes de fisuras orofaciales como el labio leporino.

Últimamente se encuadra al segundo grupo dentro de las neurocristopatías. Las malformaciones craneofaciales son las malformaciones congénitas más frecuentes en humanos, pero se sabe muy poco acerca de su etiología. En algunos casos existe una transmisión genética mendeliana, si bien la mayoría son esporádicas.¹²

ESTADO DE LA DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE.

La singularidad de la caries dental, única no sólo por sus mecanismos patológicos, sino por otros múltiples factores sociales, culturales, económicos, geográficos, genéticos, familiares, etc. La convierten en una enfermedad bio-social enraizada en la sociedad.¹³

La caries dental es una enfermedad infecciosa bacteriana, cuyo iniciador primario es el *Streptococcus mutans*. Este microorganismo es capaz de producir a partir de la sacarosa, polisacáridos insolubles adherentes, que le permiten adherirse a la superficie del esmalte y producir acúmulos de bacterias (la placa dental). Cuando las bacterias de la placa metabolizan los azúcares simples, los ácidos resultantes actúan a ese nivel y se inicia una lesión cariosa.¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶

En general, la progresión de una lesión puede ser aguda y rápida, lenta y crónica, y el área afectada varía entre una pequeña y discreta lesión en puntos y fisuras a una superficie amplia. Normalmente la lesión cariosa no es limitante por si sola y puede incrementarse en tamaño y profundidad hasta comprometer la pulpa, a menos que la parte afectada sea eliminada y luego adecuadamente restaurada.¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹

La caries dental comienza con la desmineralización del esmalte que resulta de la acción de ácidos orgánicos producidos localmente por las bacterias. Además de la desmineralización, las bacterias también destruyen el contenido proteico del diente, especialmente de la dentina.²⁰⁻²¹⁻²²

El diente en relación del medio bucal no presenta un comportamiento estático, por el contrario es muy dinámico. Por lo tanto mientras se mantenga en la cavidad bucal un pH mayor de 5.5 (considerado crítico), la composición de la saliva en calcio y fosfato supera (saturante) al producto de la solubilidad de la hidroxiapatita. Por eso la tendencia es que el diente obtenga calcio y fosfatos del medio bucal.¹⁸⁻²³

Cuando se llega, en la cavidad bucal, a un pH menor de 5.5., la composición de la saliva en calcio y fosfato se vuelve inferior, con relación al producto de solubilidad de la hidroxiapatita, y de este modo la tendencia es que el esmalte pierda calcio y

fosfato a favor del medio bucal, tratando de buscar un equilibrio iónico en función al nuevo pH. Esto ocurre cuando ingerimos azúcar, alcanzando un pH inferior a 5.5, ocurriendo la disolución del esmalte, esto es conocido como desmineralización.¹⁸⁻²³

Dinámicamente, luego de transcurrir un tiempo, el pH retorna a su normalidad restableciéndose las condiciones supersaturantes del medio bucal, donde el esmalte recibe calcio y fosfato, tratando de reponer lo perdido durante la desmineralización, a esto se llama remineralización.¹⁷⁻²⁴

Por ello, el desarrollo de la caries debe considerarse como un proceso dinámico y continuo que comprende repetidos periodos de desmineralización por ácidos orgánicos débiles (como el ácido láctico, ácido acético y ácido pirúvico) de origen microbiano y la consecuente remineralización por la saliva.¹⁸⁻²⁴

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL.

Esta enfermedad representa un importante problema de salud pública en muchos países del mundo, ya que su prevalencia ha alcanzado proporciones epidémicas entre niños pertenecientes a los países en vías de desarrollo, en los que las condiciones de desnutrición son comunes, pero también en las poblaciones de bajos recursos económicos en los países desarrollados.

Los niños de alto riesgo se ven en la necesidad de ser sometidos a costosos y complejos tratamientos invasivos muy temprano en la vida, sin que los servicios de salud pública, de muchos de los países, puedan brindar los tratamientos requeridos en forma satisfactoria.²⁵

ÍNDICE COP-D CEO-D.

Índice usado en la medición de caries dental y en la actualidad, el índice más universalmente empleado es el índice Cariado-Perdido-Obturado (índice CPO), introducido por Klein, Palmer y Knutson en 1938, cuando estudiaron la distribución de la caries dental entre los niños de Hagerstown, Maryland. Este índice se basa en el hecho de que los tejidos dentales duros no curan por sí mismos; estabilizando a

la caries bajo niveles de cicatriz de algún tipo. El diente sigue cariándose y si es tratado, se le extrae u obtura. El CPO es, por lo tanto, un índice irreversible, lo cual significa que mide la experiencia de la caries en el tiempo total de vida.²⁶

a. ÍNDICE CPOD (UNIDAD DIENTE)

El índice CPOD resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice. Respecto de su empleo, pueden hacerse algunas consideraciones:

- Cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se considera el diagnóstico más severo.
- Se considera diente ausente el que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción.
- El tercer molar se considera ausente después de los 25 años, si no existe certeza de su extracción.
- La restauración por medio de corona se considera diente obturado.
- La presencia de raíz se considera pieza cariada.
- La presencia de selladores no se cuantifica.
- El índice CPO original no incluye manchas blancas. En caso de incorporarlas como lesión debe de aclararse en el registro. Su incorporación sirve para verificar la reversibilidad del componente C.

Niveles de Severidad:

- 0.1	Bajo Riesgo
1.2 - 2.6	
2.7 - 4.4	Mediano Riesgo
4.5 - 6.5	Alto Riesgo
Mayor 6.6	

b. ÍNDICE CEOD (UNIDAD DIENTE).

El índice ceod es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Respecto a su empleo, ténganse en cuenta que:

- No se consideran en este índice los dientes ausentes.
- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.
- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera el diagnóstico más Grave
- La presencia de selladores no se cuantifica.²⁶

NECESIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA, ATENCIÓN ODONTOLÓGICA GENERAL Y DE REMISIÓN

Preventivo, atendiendo a la aplicación tópica de fluoruros y las restauraciones preventivas profilácticas.

Curativo: restauraciones en dientes posteriores y anteriores, endodoncia, tartrectomía, curetaje y cirugía periodontal.

Rehabilitador, estableciendo las necesidades de prótesis dentales.²⁷

VI. ANTECEDENTES, CONTEXTO GENERAL O MARCO HISTÓRICO.

En 1990, la Organización Mundial de la Salud informó que sólo una de cada diez personas tenía la totalidad de sus dientes sanos y obturados. La caries dental se define como una enfermedad de carácter universal. Manifiesta su ataque desde el primer año de vida, afecta más o menos al 91 por ciento de la población mayor de cinco años de edad y es más frecuente entre las personas de cinco a catorce años de edad. Constituye un problema grave de salud, no solo por su carácter mutilador, sino por las complicaciones sistémicas generadas. Es imposible resolver esos problemas con la mera atención odontológica curativa, ya sea a través de instituciones de salud públicas o de las privadas. La situación es más grave si se analiza la baja cantidad de recursos humano enfocado en brindar atención.²⁸

En Latinoamérica se han realizado estudios, sobre caries. Los resultados incluyen los siguientes:

El Salvador reportó una prevalencia de caries en escolares de 61 por ciento; solo el 28.2 por ciento de los escolares poseen dentadura sana y presentan un CPO = 1.3.²⁹

Costa Rica informó una prevalencia de 72 por ciento y un CPO de 2.5.³⁰

México reporta una considerable mejoría en la salud bucal de los escolares, reportando un índice CPO de 3.9.³¹

En Honduras, un estudio epidemiológico de la salud bucal en escolares menores de 15 años de las escuelas públicas 1997, informa que solo un 60.7 por ciento se cepilla los dientes más de una vez al día (y la mayor parte son del área urbana). Un 76.1

por ciento no ha recibido enjuagues de soluciones con fluor en los últimos seis años. Se obtuvo un ceo (promedio de dientes cariados, extraídos y obturados en piezas temporales) a los ocho años de edad igual a 5.17.

Se reporta que no hay diferencia en cuanto el sexo, pero que es mayor la incidencia en escolares de madres analfabetas. La prevalencia de la historia de caries a los ocho años de edad fue de 59 por ciento. Se obtuvo un 1 por ciento de fluorosis y un 25.8 por ciento de alteraciones oclusales. El CPO-D a los 12 años de edad fue de 4.51; y un 9.7 por ciento de los niños necesitan atención odontológica inmediata.³²

Para el 2007 un estudio sobre salud bucal realizado en la caracterización de escolares fue: 56.8 % presentó un cepillado dental deficiente, 88 % no utiliza hilo dental y 72.4 % no había recibido enjuagues fluorados. El 58.1 % nunca había visitado al odontólogo, 66.4 % presentó higiene bucal deficiente. La prevalencia de caries en la dentición permanente es de 86 %. La historia de caries es de 97 % y el CPOceo-d = 6.6 y la severidad del índice CPO-D indica que 51.6 % están en la escala de grave.

Las conclusiones de ese estudio, arrojaron que la prevalencia de caries es alta e incrementa con la edad. El índice CPOceo-d alcanzó la categoría de severa (OMS). La pobreza es un factor determinante que incide notablemente en los altos índices de caries que presentan los escolares.³³

VII. METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO:

El diseño de investigación del presente estudio epidemiológico es:

No experimental: Debido a que describe el comportamiento de cierto fenómeno en una población sin intervenir en éste.

Descriptivo: Sobre el perfil epidemiológico de la salud bucal de los habitantes de las comunidades que están incluidas en el convenio AEA/AECID 14-CO1-021 de los municipios de Sulaco, Victoria, del departamento de Yoro y Las Lajas, La Libertad del departamento de Comayagua.

Transversal. Debido a que se realizará en un momento específico de tiempo.

POBLACIÓN:

TABLA UNIVERSO. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR COMUNIDADES

Distribución de la población por comunidades					
Departamento	Municipio	Comunidad	Universo (No. familias)	Universo (No. personas)	Muestra (No. De personas)
Yoro	Victoria	Méndez	45	270	24
		Guachipilín	150	900	107
		Tierra Amarilla	22	110	22
		Laguna del Cárcamo	129	624	61
		Lomas del Júcaro	31	155	27
		Casco Urbano	1 500	9 000	110
	Sulaco	Las Cañas	175	875	116
		Chagüitillo	39	195	21
		Carrizal	150	1 050	102
		Monte Galán	70	490	42
Comayagua	Las Lajas	La Parra	97	550	56
		La Arena	35	245	26
		La Trinidad	46	230	32
		Las Piñas	30	150	23
		Casco Urbano	1 294	7 764	115
	La Libertad	Montañuelas	300	1 200	152
		Cabeceras	85	200	55
		Terreritos	80	306	44
		El Encinal	50	200	30

Fuente: Instituto Hondureño de Ciencias de la Tierra, 2016.

La muestra obtenida se llevó acabo en base a la gente que asistió a la convocatoria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

Pobladores de ambos sexos, que se encuentren en el rango de edad de 4 años a tercera edad.

Criterios de exclusión:

Niños menores de 4 años.

Pobladores portadores de aparatología ortodóntica.

Pobladores con algún síndrome o patología sistémica que no permita su evaluación.

UNIDAD DE ANÁLISIS.

Cada uno de los pobladores que son parte de la muestra y que serán evaluados.

Fuente y obtención de los datos: Serán los pobladores sujetos de estudio, obtenida mediante la aplicación de un Formulario Clínico – Odontológico, en el que se recolectara la información referente al estado bucal.

Técnicas e instrumentos: Se empleará la técnica del cuestionario, teniéndose en cuenta la observación clínica para valorar la condición bucodental, en el cual se utilizará la Ficha Odontológica elaborada por el investigador, para obtener los datos generales y las condiciones socio demográficas, y que también contiene fichas dentales para coleccionar los aspectos bucales del perfil.

Procesamiento de datos: Se utilizara el Microsoft Office (Word, Power Point y excel) y para analizar se empleará el programa estadístico SPSS 17.

Análisis de datos: Se empleará estadística descriptiva acorde a cada variable (MTC, MD, Proporción, Frecuencia, porcentaje)

Se aplicarán los principios éticos con los principios de Helsinki, por lo cual se solicitará el asentimiento informado. Explicando que la evaluación dental no es sujeto de riesgo a su dignidad, seguridad ni a su vida.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN:

VARIABLE 1. CONDICIONES DEMOGRÁFICAS.

Indicador	Definición	Escala	Categoría/Valor
Sexo	Diferencia biológica, orgánica y anatómica que distingue al hombre de la mujer.	Nominal	Femenino Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Discreta	5-6 hasta 12
Procedencia	Lugar de origen	Nominal	Urbano Marginal Rural
Grupo Étnico	Comunidad que en gran medida se autoperpetúa biológicamente, comparte valores culturales fundamentales realizados con unidad manifiesta en formas culturales, integra un campo de comunicación e interacción, cuenta con unos miembros que se identifican a sí mismos y son identificados por otros y que constituyen una categoría distinguible de otras categorías del mismo orden.	Nominal	Mestizo Garífuna Pech Lenca Misquito
Grado escolar	Nivel académico alcanzado	Ordinal	Preparatoria. De 1 a 6 grado.

VARIABLE 2. GENERALIDADES

Indicador	Definición	Escala	Categoría / Valor
Visita actualmente al odontólogo	Asistencia a la clínica de un Profesional para tratamiento o seguimiento dental.	Nominal	Si no
Frecuencia de visita al odontólogo	Número de veces con que asiste a un consultorio dental	Ordinal	Cada 3 meses Cada 6 meses Cada año Mas de un año
Existencia de clínica dental en la comunidad	Permanencia de un consultorio dental dentro de los límites demográficos de un determinado lugar	Nominal	Si No
Tiempo que tarda en llegar a una clínica dental	Periodo determinado que tarda en trasladarse de su lugar de habitación a un consultorio dental	Ordinal	Menos de 20 minutos 30 minutos 1 hora Mas de 1 hora
Que medio utiliza para trasladarse hacia una clínica dental	Medios de traslados que se utilizan para llegar de un lugar a otro	Ordinal	Transporte publico Transporte personal Camina Otros_____
Costo de los servicios Odontologicos	En cuanto a cantidad monetaria como se valora el cobro de los diferentes servicios buco – dentales	Nominal	Baratos Caros
Calidad de los servicios Odontologicos	Conjunto de propiedades inherentes que permiten valorar los tratamientos y atenciones odontológicas brindadas a un paciente	Ordinal	Malo Regular Bueno Muy Bueno

VARIABLE 3. PRÁCTICAS DE HIGIENE BUCAL.

Indicador	Definición	Escala	Categoría/ Valor
Tenencia cepillo dental	Poseer cepillo dental como instrumento auxiliar de higiene bucal.	Nominal	Si No
Frecuencia de cepillado dental.	Habito diario de higiene bucal.	Ordinal	Ninguna Una Dos Tres o más
Cepillado lingual	Habito de higiene bucal en el que se emplea un auxiliar	Nominal	Si No
Comparte cepillo dental con familiares	Uso familiar del instrumento auxiliar de higiene bucal	Nominal	Si No
Utiliza hilo (seda) dental	Habito diario de higiene bucal para eliminación de PDB.	Nominal	Si No
Frecuencia de uso de seda dental	Habito diario de higiene bucal	Ordinal	Ninguna Una Dos o más
Aplicación de flúor (semestral)	Acción preventiva para evitar la caries.	Ordinal	Ninguna Una Dos o más
Visita anual al odontólogo	Asistencia a la clínica de un Profesional para tratamiento o seguimiento dental.	Ordinal	Ninguna Ocasionalmente Una vez Dos o mas

VARIABLE 4. EVALUACIÓN EXTRAORAL

Indicador	Definición	Escala	Categoría/ Valor
Apariencia extraoral (Cabeza y cuello)	Impresión clínica del aspecto exterior de la cara	Nominal	Normal. Anormal
Evaluación de la ATM	Apreciación de la presencia o no de signos y síntomas de la articulación temporo mandibular.	Nominal	SINTOMAS: Si No SIGNOS: Si No

VARIABLE 5. REGISTRO DE FLUOROSIS

Indicador	Definición	Escala	Categoría/ Valor
Fluorosis dental	Hipoplasia del esmalte o dentina producida por la ingestión crónica o excesiva de fluoruro durante el periodo de formación del diente.	Nominal	Presente Ausente
Criterio de fluorosis según "Índice de Dean"	Valor indicador del grado de fluorosis dental.	Ordinal	Discutible Muy ligera Ligera Moderada Grave

VARIABLE 6. APRECIACIÓN PERIODONTAL

Indicador	Definición	Escala	Categoría/ Valor
Afección Periodontal	Opinión del grado de afección de los tejidos de sostén de la pieza dental	Ordinal	Sano. Materia alba. Placa dentobacteriana Gingivitis. Hemorragia. Cálculo dental.

VARIABLE 7. MALFORMACIONES CRANEOFACIALES CONGÉNITAS Y DEL DESARROLLO.

Indicador	Definición	Escala	Categoría/ Valor
Defecto craneofacial congénito	Alteración del desarrollo	Nominal	Especifique: _____

VARIABLE 8. ESTADO DE LA DENTICIÓN (DECIDUA Y PERMANENTE) ÍNDICE CPO-D/CEO-D.

Indicador	Definición	Dimensión	Escala	Categoría/ Valor
Estado de dentición: Índice CPO-D	Es la media que resulta de contar el número total de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados en un grupo de individuos.	C O P CPO=	Razón	0 – 28
Índice ceo-d	Es la media que resulta de contar el número total de dientes deciduos cariados, con extracción indicada y obturados, en un grupo de individuos.	C E O Ceo=	Razón	0 - 20
Prevalencia Caries	Situación de daño en esmalte y dentina que prevalece en determinada población		Razón	0 – 100%
Presencia de caries incipiente	Primer signo visible de la enfermedad es la aparición de la denominada "mancha blanca", que clínicamente se observa en la superficie dental seca como un esmalte poroso y de apariencia opaca.	1,6 2,6 3,6 4,6	Nominal	Presenta No presenta

VARIABLE 9. NECESIDAD DE ATENCIÓN, ASISTENCIA Y DE REMISIÓN.

Indicador	Definición	Escala	Categoría/ Valor
Atención odontológica inmediata.	Emergencia dental que requiere atención urgente	Nominal	Si No
Asistencia odontológica general	Atención dental que puede ser asumida por odontólogo general.	Nominal	Si No
Remisión al especialista	Atención dental que solo puede ser asumida por odontólogo especialista..	Nominal	Si No

VIII. RESULTADOS:

Informes municipales

INFORME DE ESTUDIO ODONTOLÓGICO EN EL MUNICIPIO DE “VICTORIA”

Generalidades

En el municipio Victoria, de las comunidades encuestadas involucradas dentro del convenio AEA/AECID 14-CO1-021 del 100%, el 74% nunca ha visitado a un odontólogo, y solo un 26% lo ha visitado últimamente, siendo un 63% que lo visito hace ya más de un año; el 13% hace un año, el 13% hace seis meses y un 12% hace tres meses donde un 75% afirma no haber una clínica dental en su comunidad, siendo esta una de las razones por las cuales no asisten a un consultorio odontológico.



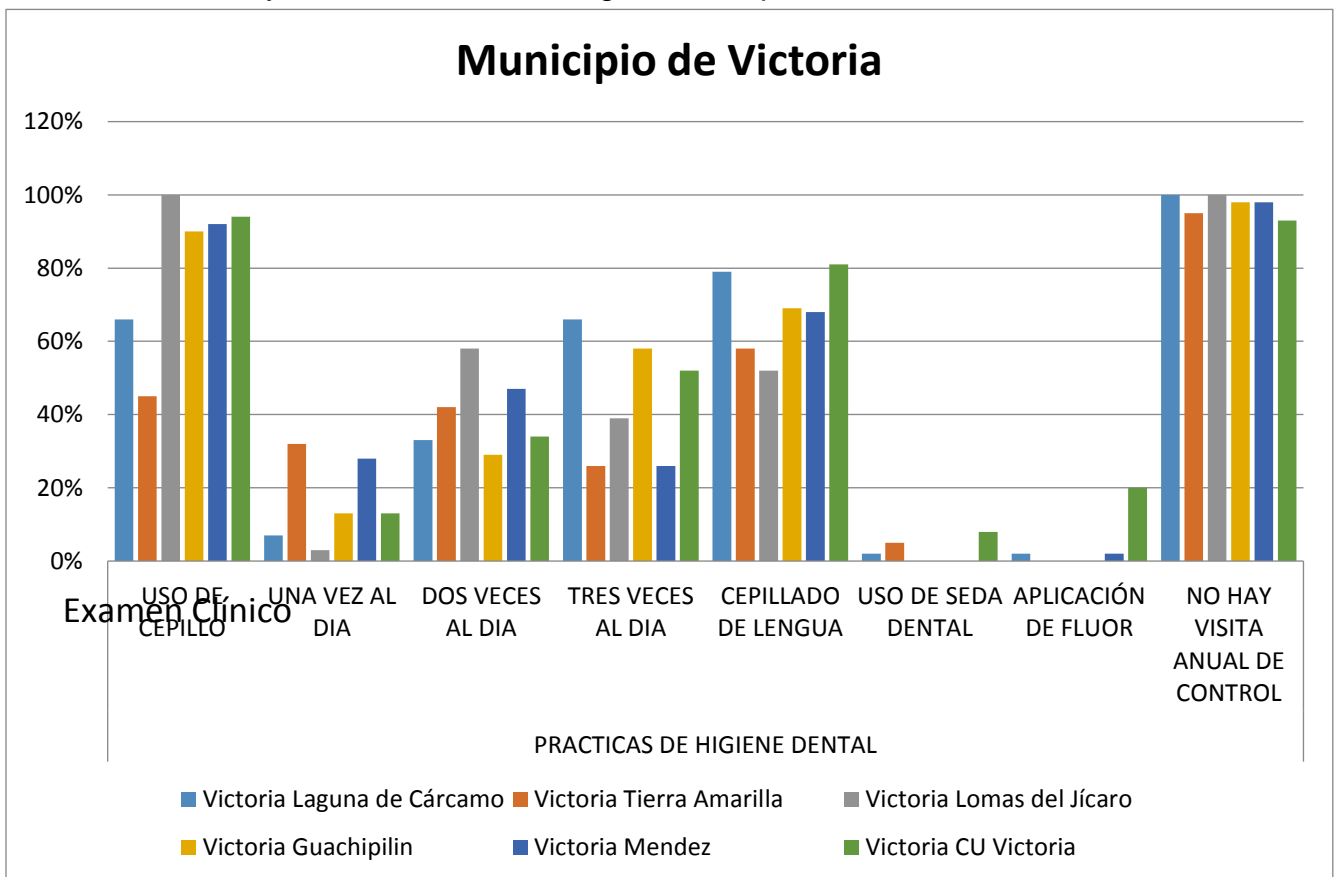
Así mismo de las comunidades encuestadas el 40% tarda más de una hora para llegar a una clínica dental, el 38% menos de 20 minutos, de los cuales el 35% se moviliza en un transporte público y un 61% camina.

Con respecto a los servicios odontológicos que presta las distintas clínicas dentales más cercana a estas comunidades el 53% opina que son económicamente accesibles (Baratos) y el 47% opina que son caros, calificándolos el 56% como “bueno” la asistencia dental y un 27% como regular.

Prácticas de Higiene bucal

El 84% de los encuestados hace uso del cepillo dental, de los cuales el 48% lo usa 3 veces al día, el 36% lo usa 2 veces al día y un 15% lo usa una vez al día. El cepillado de la lengua el 28% no lo hace, el uso de la ceda dental el 97% no la utiliza.

La aplicación de flúor se desconoce en muchos de los casos, donde un 94% de los encuestados infantiles menciona nunca se realizaron aplicación de flúor tópica, ni por vía sistémica, y un 97% no realiza ninguna visita periódica de control anual.



Extra oralmente el 99% de la población encuestada presenta una apariencia extra oral normal, un 14% presento nódulos linfáticos agrandados, el 5% dolor a la palpación y un 22% no refirió nada.

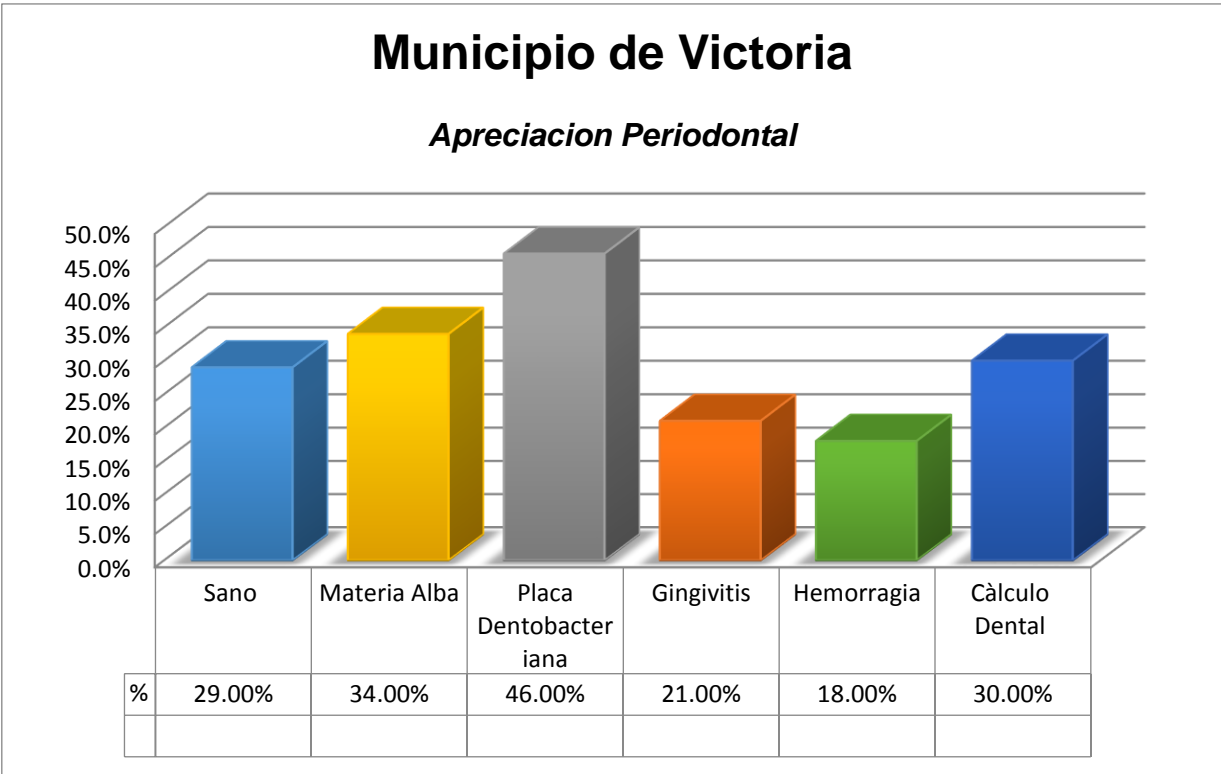
En cuanto al estado de la Articulación Temporo Mandibular (ATM) un 36% presento chasquido articular en el cual un 25% es audible, 15% presento reducida apertura oral y un 64% no refirió nada.

Municipio	Comunidad	ESTADO DE LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR			
		CHASQUIDO ARTICULAR	CHASQUIDO AUDIBLE	REDUCIDA APERTURA ORAL	N/R
Victoria	Laguna del Cárcamo	58%	48%	14%	48%
	Tierra Amarilla	13%	10%	10%	73%
	Lomas del Júcaro	100%	40%	0%	0%
	Guachipilín	14%	14%	15%	77%
	Mendez	88%	50%	12%	0%
	CU Victoria	51%	35%	17%	64%

La Fluorosis Dental está ausente en un 96% de los encuestados infantes.

Estado Periodontal:

La apreciación periodontal en la población encuestada muestra que solo un 29% de esta, resulto tener una salud periodontal sana, resaltando en mayor incidencia la placa dentobacteriana en un 46%, 34% materia alba, 30% calculo dental, gingivitis en un 21% y hemorragias espontaneas en un 18%; siendo una población que mantiene índices elevados de enfermedad periodontal y malos hábitos de higiene dental.



En la evaluación de la dentición decidua y permanente

CPO - D
9.7

La población de este municipio en sus diferentes comunidades evaluadas en este proyecto se encuentra 3.1 puntos arriba del límite máximo, considerado como “ALTO RIESGO”, en afecciones de órganos dentarios por caries.

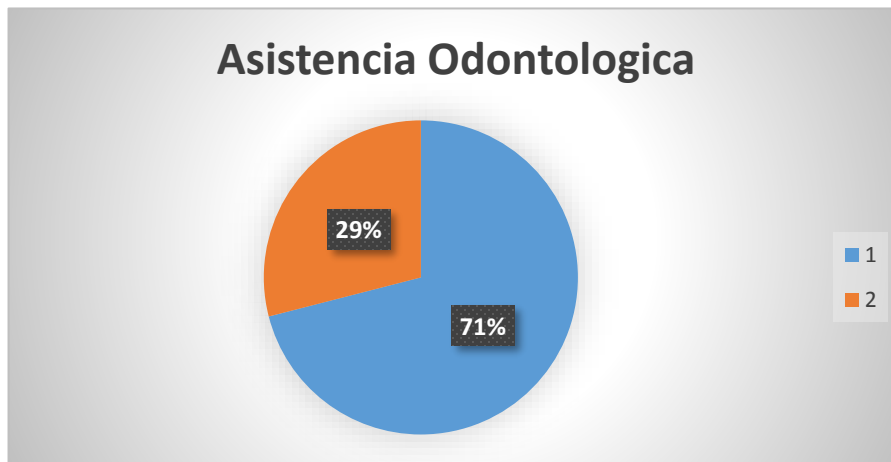
Necesidad de Asistencia Odontológica y Remisión

En esta población encuestada no se encontró ningún trastorno buco dental que pueda atender contra la vida de un individuo, un 4% presentaron problemas de dolor o infección dental, el 94% de la población encuestada necesita atención odontológica y un 8% necesita visitar a un especialista.

INFORME DE ESTUDIO ODONTOLÓGICO EN EL MUNICIPIO DE “SULACO”

Generalidades:

En el municipio Sulaco, de las comunidades encuestadas involucradas dentro del convenio AEA/AECID 14-CO1-021 del 100%, el 71% nunca ha visitado a un odontólogo, y solo un 29% lo ha visitado últimamente, siendo un 74% que lo visito hace ya más de un año; el 16% hace un año, el 3% hace seis meses y un 7% hace tres meses donde un 58% afirma no haber una clínica dental en su comunidad, siendo esta una de las razones por las cuales no asisten a un consultorio odontológico.

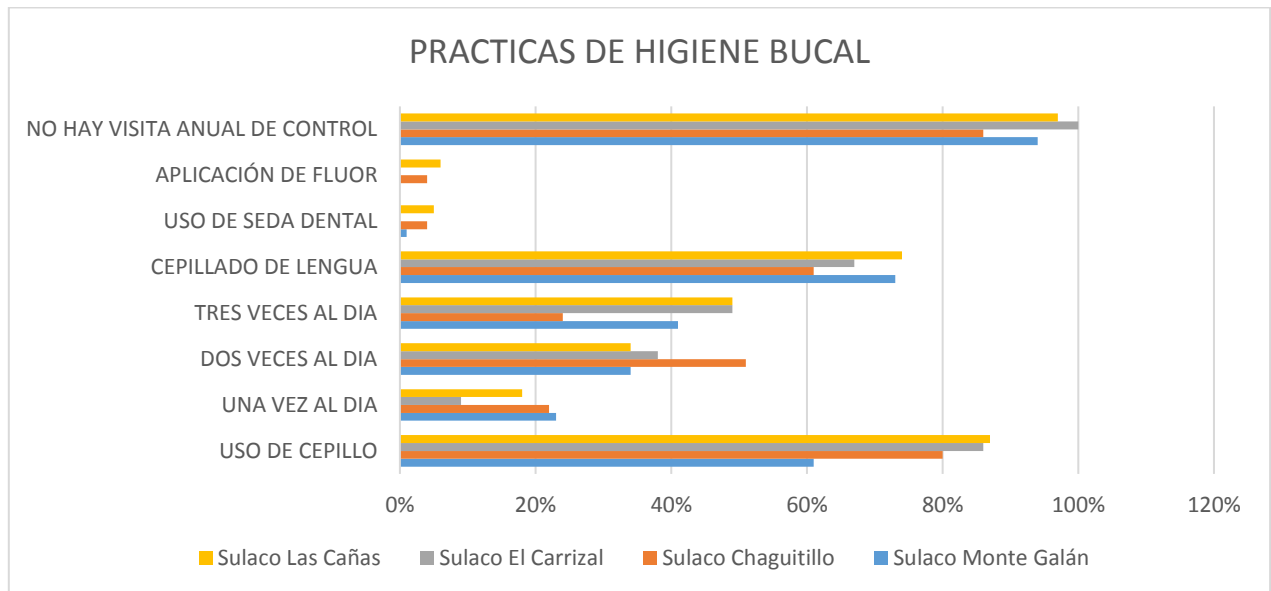


Así mismo de las comunidades encuestadas el 59% tarda más de una hora para llegar a una clínica dental, el 37% media hora, de los cuales el 45% se moviliza en un transporte público y un el 50% camina.

Con respecto a los servicios odontológicos que presta las distintas clínicas dentales más cercana a estas comunidades el 48% opina que son económicamente accesibles (Baratos) y el 52% opina que son caros, calificándolos el 68% como “bueno” la asistencia dental y un 27% como regular.

Prácticas de Higiene Bucal:

El 77% de los encuestados hace uso del cepillo dental, de los cuales el 42% lo usa 3 veces al día, el 39% lo usa 2 veces al día y un 16% lo usa una vez al día. El cepillado de la lengua el 34% no lo hace, el uso de la ceda dental el 99% no la utiliza.



La aplicación de flúor se desconoce en muchos de los casos, donde un 99% de los encuestados infantiles menciona nunca se realizaron aplicación de flúor tópica, ni por vía sistémica, y un 95% no realiza ninguna visita periódica de control anual.

Examen Clínico:

Extra oralmente el 97% de la población encuestado presenta una apariencia extraoral normal, el 15% presento anomalías en piel o mucosa, un 15% presento nódulos linfáticos agrandados, el 13% dolor a la palpación y un 11% no refirió nada.

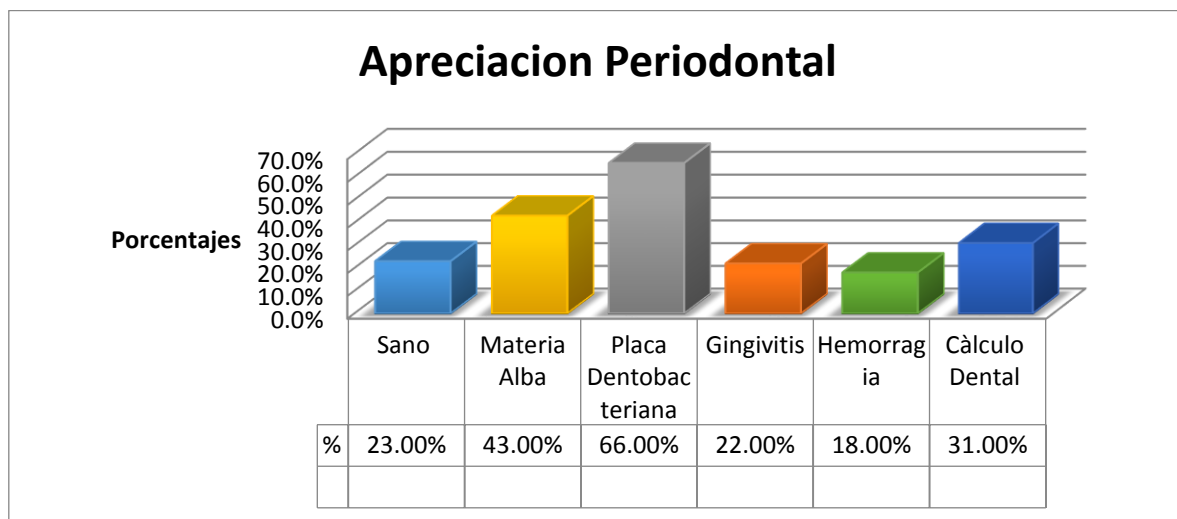
En cuanto al estado de la Articulación Temporo Mandibular (ATM) un 61% presento chasquido articular en el cual un 55% es audible, 14% presento reducida apertura oral y un 33% no refirió nada

Municipio	Comunidad	ESTADO DE LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR			
		CHASQUIDO ARTICULAR	CHASQUIDO AUDIBLE	REDUCIDA APERTURA ORAL	N/R
Sulaco	Monte Galán	54%	54%	12%	50%
	Chaguitillo	58%	42%	15%	35%
	El Carrizal	90%	63%	17%	20%
	Las Cañas	39%	18%	18%	65%

La Fluorosis Dental está ausente en un 92% de los encuestados infantes.

Estado Periodontal:

La apreciación periodontal en la población encuestada muestra que solo un 23% de esta, resulto tener una salud periodontal sana, resaltando en mayor incidencia la placa dentobacteriana en un 66%, 43% materia alba, 31% calculo dental, gingivitis en un 22% y hemorragias espontaneas en un 18%; siendo una población que mantiene índices elevados de enfermedad periodontal y malos hábitos de higiene dental.



En la evaluación de la dentición decidua y permanente:

1. CPO - D
15.3

La población de este municipio en sus diferentes comunidades evaluadas en este proyecto se encuentra 8.7 puntos arriba del límite máximo, considerado como “ALTO RIESGO”, en afecciones de órganos dentarios por caries.

Necesidad de Asistencia Odontológica y Remisión:

En esta población encuestada no se encontró ningún trastorno buco dental que pueda atentar contra la vida de un individuo, un 8% presentaron problemas de dolor o infección dental, el 92% de la población encuestada necesita atención odontológica y un 37% necesita visitar a un especialista.

INFORME DE ESTUDIO ODONTOLOGICO EN EL MUNICIPIO DE “LAS LAJAS”

Generalidades:

En el municipio Las Lajas, de las comunidades encuestadas involucradas dentro del convenio AEA/AECID 14-CO1-021 del 100%, el 74% nunca ha visitado a un odontólogo, y solo un 26% lo ha visitado últimamente, siendo un 53% que lo visito hace ya más de un año; el 15% hace un año, el 18% hace seis meses y un 14% hace tres meses donde un 57% afirma no haber una clínica dental en su comunidad, siendo esta una de las razones por las cuales no asisten a un consultorio odontológico.



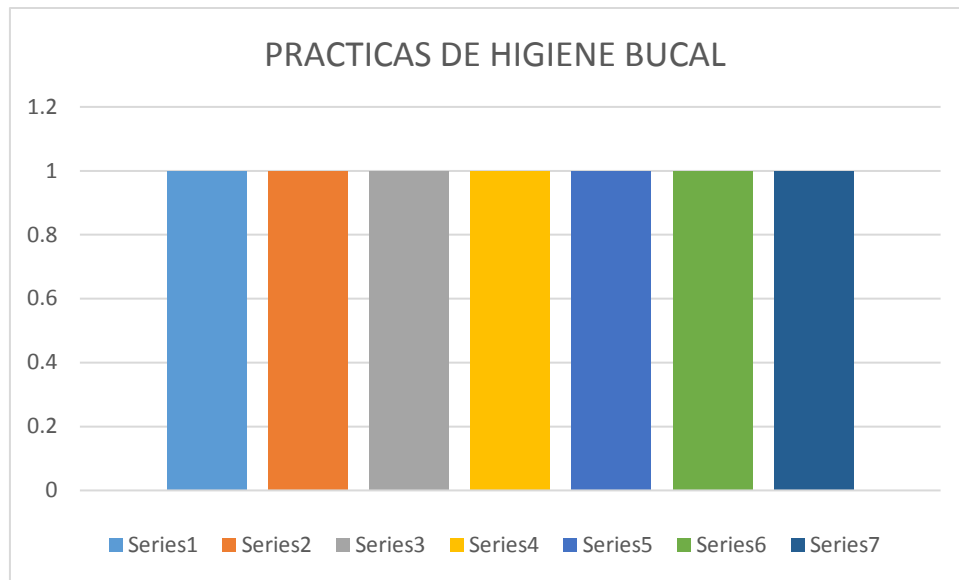
Así mismo de las comunidades encuestadas el 45% tarda más de una hora para llegar a una clínica dental, el 50% menos de 20 minutos, de los cuales el 43% se moviliza en un transporte público, el 48% camina.

Con respecto a los servicios odontológicos que presta las distintas clínicas dentales más cercana a estas comunidades el 69% opina que son económicamente accesibles (Baratos) y el 31% opina que son caros, calificándolos el 69% como “bueno” la asistencia dental y un 17% como regular.

Prácticas de Higiene Bucal

El 85% de los encuestados hace uso del cepillo dental, de los cuales el 46% lo usa 2 veces al día, el 34% lo usa 3 veces al día y un 19% lo usa una vez al día. El

cepillado de la lengua el 31% no lo hace, el uso de la ceda dental el 94% no la utiliza.



La aplicación de flúor se desconoce en muchos de los casos, donde un 97% de los encuestados infantiles menciona nunca se realizaron aplicación de flúor tópica, ni por vía sistémica, y un 97% no realiza ninguna visita periódica de control anual.

Examen Clínico

Extra oralmente el 100% de la población encuestado no presentó ninguna anomalía, un 12% presento nódulos linfáticos agrandados, el 4% dolor a la palpación y un 20% no refirió nada.

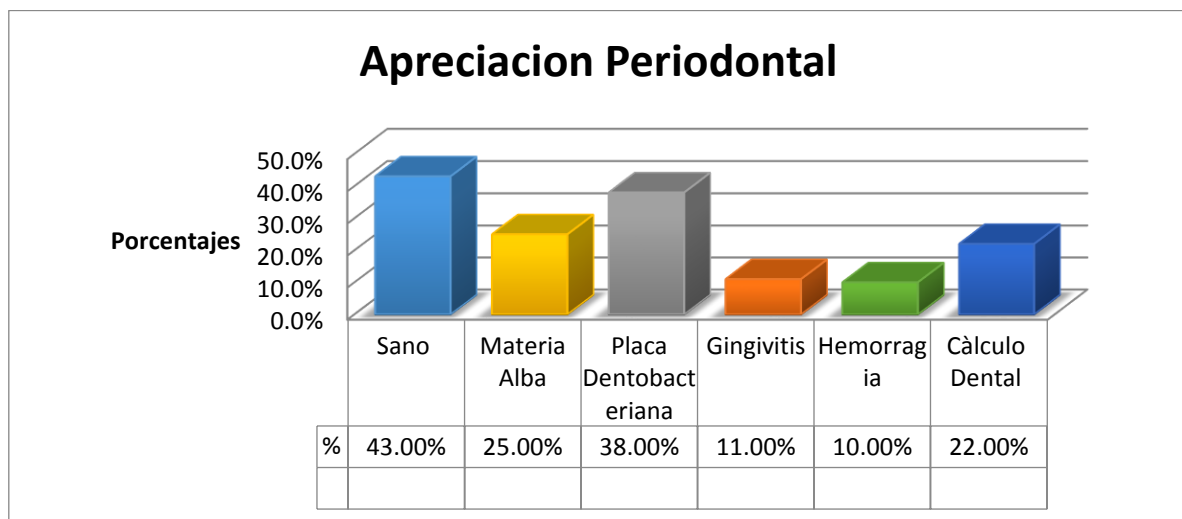
En cuanto al estado de la Articulación Temporo Mandibular (ATM) un 43% presento chasquido articular en el cual un 33% es audible, 15% presento reducida apertura oral y un 48% no refirió nada.

Municipio	Comunidad	ESTADO DE LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR			
		CHASQUIDO ARTICULAR	CHASQUIDO AUDIBLE	REDUCIDA APERTURA ORAL	N/R
Las Lajas	La Parra	39%	29%	17%	50%
	La Trinidad	25%	18%	15%	58%
	Las Piñas	100%	80%	0%	0%
	La Arena	50%	30%	0%	70%
	CU Las Lajas	55%	45%	16%	37%

La Fluorosis Dental está ausente en un 99% de los encuestados infantiles.

Estado Periodontal:

La apreciación periodontal en la población encuestada muestra que solo un 43% de esta, resulto tener una salud periodontal sana, resaltando en mayor incidencia la placa dentobacteriana en un 38%, 25% materia alba, 22% calculo dental, gingivitis en un 11% y hemorragias espontaneas en un 10%; siendo una población relativamente sana pero manteniendo índices elevados de enfermedad periodontal y malos hábitos de higiene dental.



En La Evaluación De La Dentición Decidua Y Permanente:

1. CPO - D
15.8

La población de este municipio en sus diferentes comunidades evaluadas en este proyecto se encuentra 9.2 puntos arriba del límite máximo, considerado como “ALTO RIESGO”, en afecciones de órganos dentarios por caries.

Necesidad de Asistencia Odontológica y Remisión

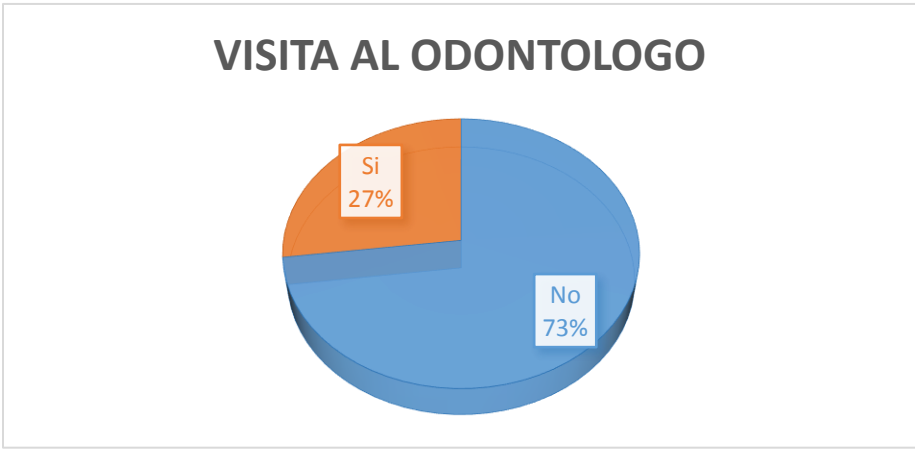
En esta población encuestada no se encontró ningún trastorno buco dental que pueda atender contra la vida de un individuo, un 3% presentaron problemas de dolor o infección dental, el 92% de la población encuestada necesita atención odontológica y un 4% necesita visitar a un especialista.

INFORME DE ESTUDIO ODONTOLOGICO EN EL MUNICIPIO DE “LA LIBERTAD”

Generalidades:

En el municipio La Libertad, de las comunidades encuestadas involucradas dentro del convenio AEA/AECID 14-CO1-021 del 100%, el 73% nunca ha visitado a un odontólogo, y solo un 27% lo ha visitado últimamente, el 60% lo visito hace ya más de un año; el 20% hace un año y un 10% hace tres meses, donde un 81% afirma no haber una clínica dental en su comunidad, siendo esta una de las razones por las cuales no asisten a un consultorio odontológico.

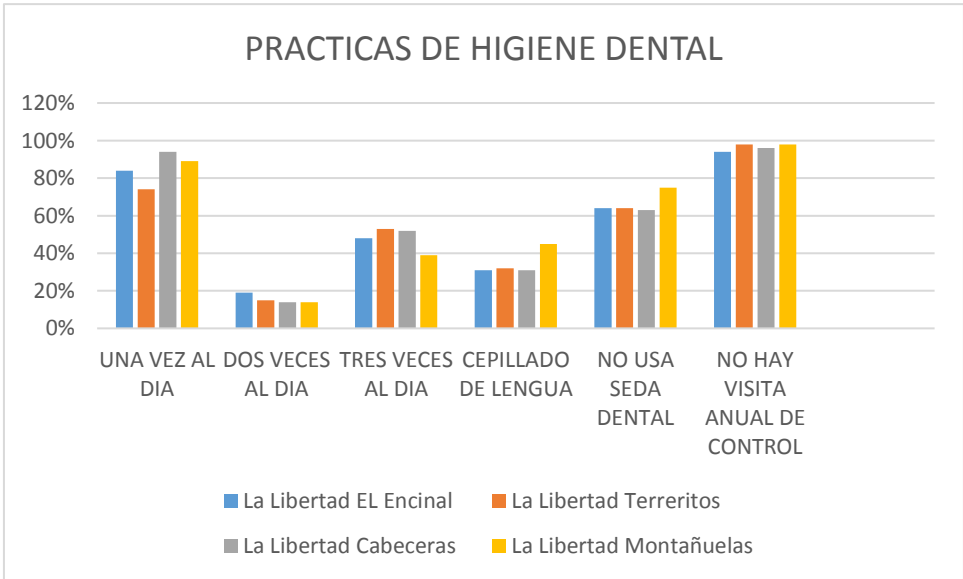
Así mismo de las comunidades encuestadas el 94% tarda más de una hora para llegar a una clínica dental, de los cuales el 83% se moviliza en un transporte público, el 13% en transporte personal y un 4% camina.



Con respecto a los servicios odontológicos que presta las distintas clínicas dentales más cercana a estas comunidades el 56% opina que son económicamente accesibles (Baratos) y el 44% opina que son caros, calificándolos el 67% como “bueno” la asistencia dental y un 20% como regular.

Prácticas De Higiene Bucal

El 86% de los encuestados hace uso del cepillo dental, de los cuales el 45% lo usa 2 veces al día, el 38% lo usa 3 veces al día y un 15% lo usa una vez al día. El cepillado de la lengua el 31% no lo hace, el uso de la ceda dental el 98% no la utiliza.



La aplicación de flúor se desconoce en muchos de los casos, donde un 96% de los encuestados infantes menciona nunca se realizaron aplicación de flúor tópica, ni por vía sistémica, y un 97% no realiza ninguna visita periódica de control anual.

Examen Clínico

Extra oralmente el 100% de la población encuestado no presentó ninguna anomalía, un 14% presento nódulos linfáticos agrandados, el 5% dolor a la palpación y un 17% no refirió nada.

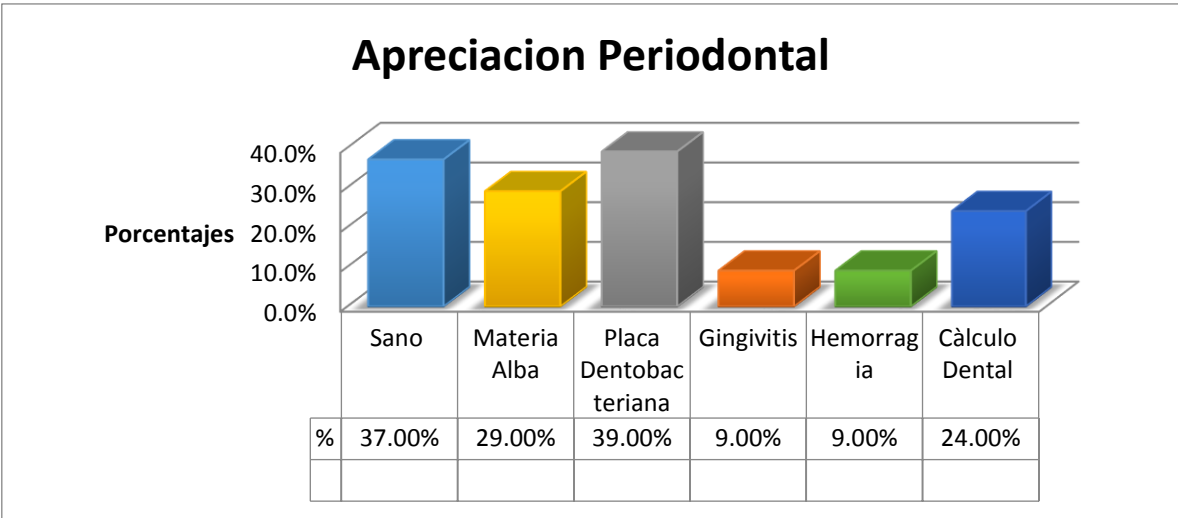
En cuanto al estado de la Articulación Temporo Mandibular (ATM) un 43% presento chasquido articular en el cual un 31% es audible, 17% presento reducida apertura oral y un 47% no refirió nada.

Municipio	Comunidad	ESTADO DE LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR			
		CHASQUIDO ARTICULAR	CHASQUIDO AUDIBLE	REDUCIDA APERTURA ORAL	N/R
La Libertad	EL Encinal	59%	29%	18%	47%
	Terreritos	30%	26%	20%	59%
	Cabeceras	64%	52%	15%	12%
	Montañuelas	39%	27%	17%	53%

La Fluorosis Dental está ausente en un 99% de los encuestados infantes.

Estado Periodontal:

La apreciación periodontal en la población encuestada muestra que solo un 37% de esta, resulto tener una salud periodontal sana, resaltando en mayor incidencia la placa dentobacteriana en un 39%, 29% materia alba, 24% calculo dental, gingivitis en un 9% y hemorragias espontaneas en un 9%; siendo una población relativamente sana pero manteniendo índices elevados de enfermedad periodontal y malos hábitos de higiene dental.



Evaluación De La Dentición Decidua Y Permanente

1. CPO - D
11.5

La población de este municipio en sus diferentes comunidades evaluadas en este proyecto se encuentra 4.9 puntos arriba del límite máximo, considerado como "ALTO RIESGO", en afecciones de órganos dentarios por caries.

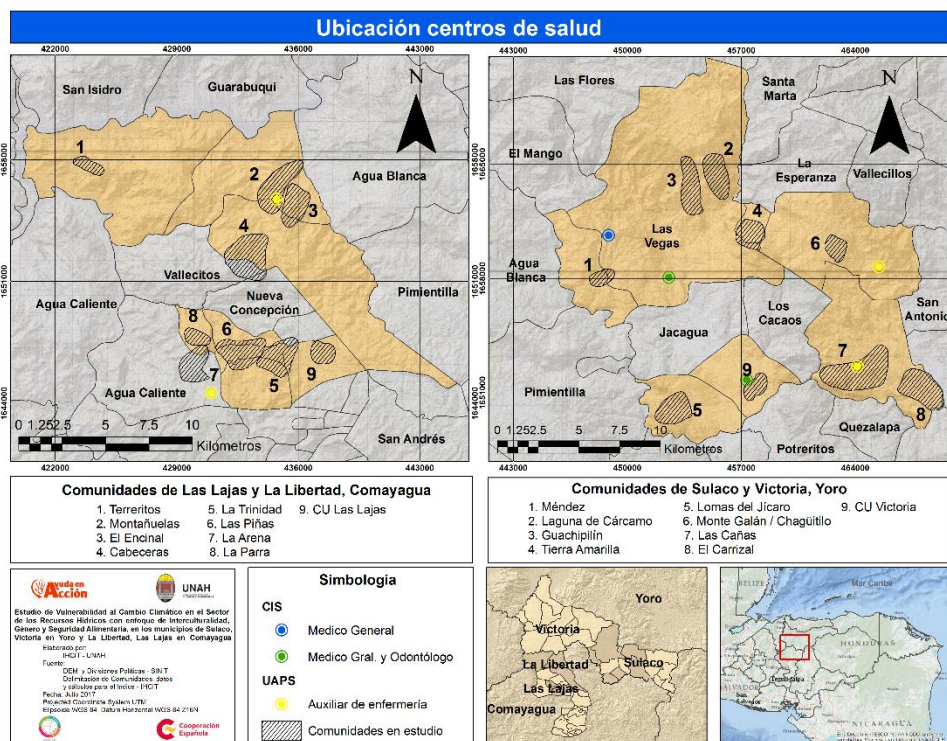
Necesidad de Asistencia Odontológica y Remisión

En esta población encuestada no se encontró ningún trastorno buco dental que pueda atentar contra la vida de un individuo, un 8% presentaron problemas de dolor o infección dental, el 95% de la población encuestada necesita atención odontológica y un 15% necesita visitar a un especialista.

Resultado II

Mapeo de centros de salud con asistencia odontológica:

Ilustración 1



Mapa que representa la ubicación de los distintos centros de salud que cuentan con atención odontológica y los que no cuentan con ella.

De los cuales solamente el centro de salud “Cesar El Zapote” y centro de salud “Cesar La Albardilla” cuentan con consultorio odontológico, donde solo se realizan tratamientos una vez al mes, en general tratamientos preventivos a niños y embarazadas, tratamientos infecciosos y extracciones dentales.

El Centro de salud Monte Carmelo cuenta con un consultorio odontológico y ofrece tratamientos tales como:

1. Extracciones
2. Limpiezas
3. Obturaciones
4. Actividades preventivas

Siendo las comunidades que más lo visitan, Guachipilín, Laguna del Cárcamo, Méndez y El Zapote

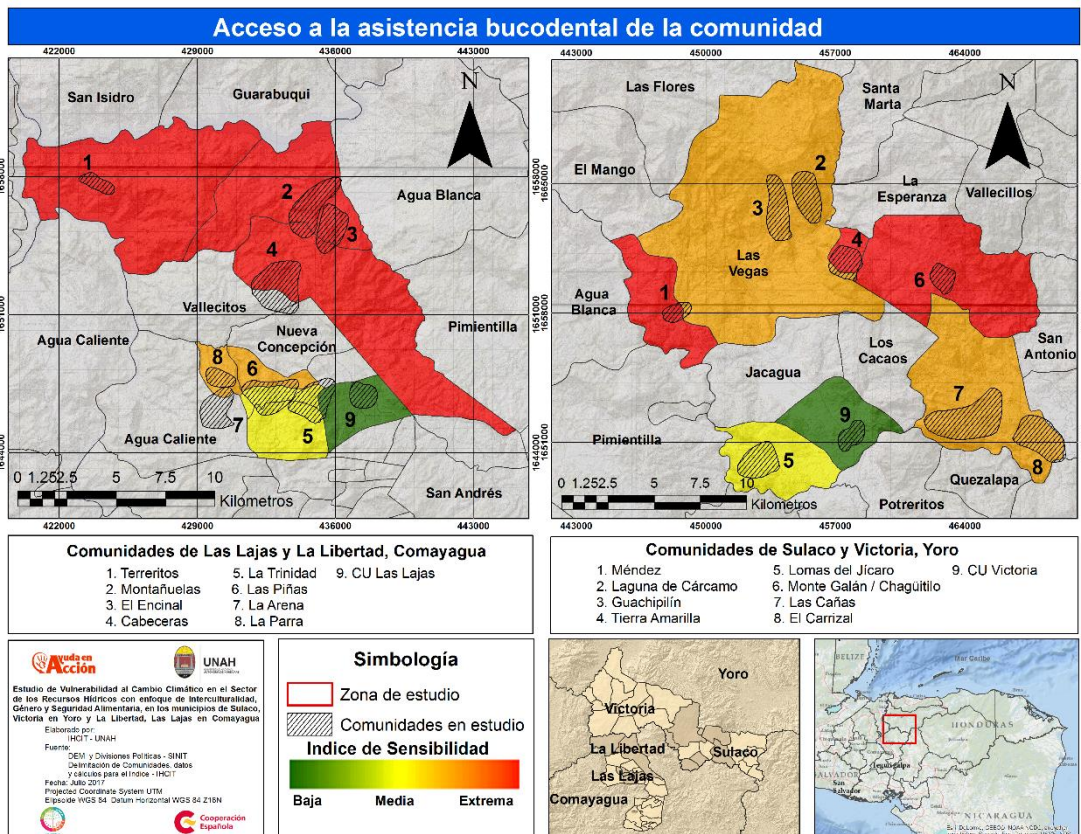
Evidenciando que el traslado de estos pobladores hacia estos centros está a una hora o más de su comunidad

El centro de salud Cesamo La Libertad se realizan tratamientos dentales, los cuales en general son:

1. Limpiezas
2. Extracciones
3. Obturaciones
4. Actividades preventivas

1. Visita anual al odontólogo y el acceso al mismo:

Ilustración 2



De las 19 comunidades evaluadas el 31% de ellas tienen sensibilidad alta, en cuanto a su acceso a la salud bucal, la cual se ve limitada por largas distancias, por falta de un medio de transporte (Buses, Vehículos

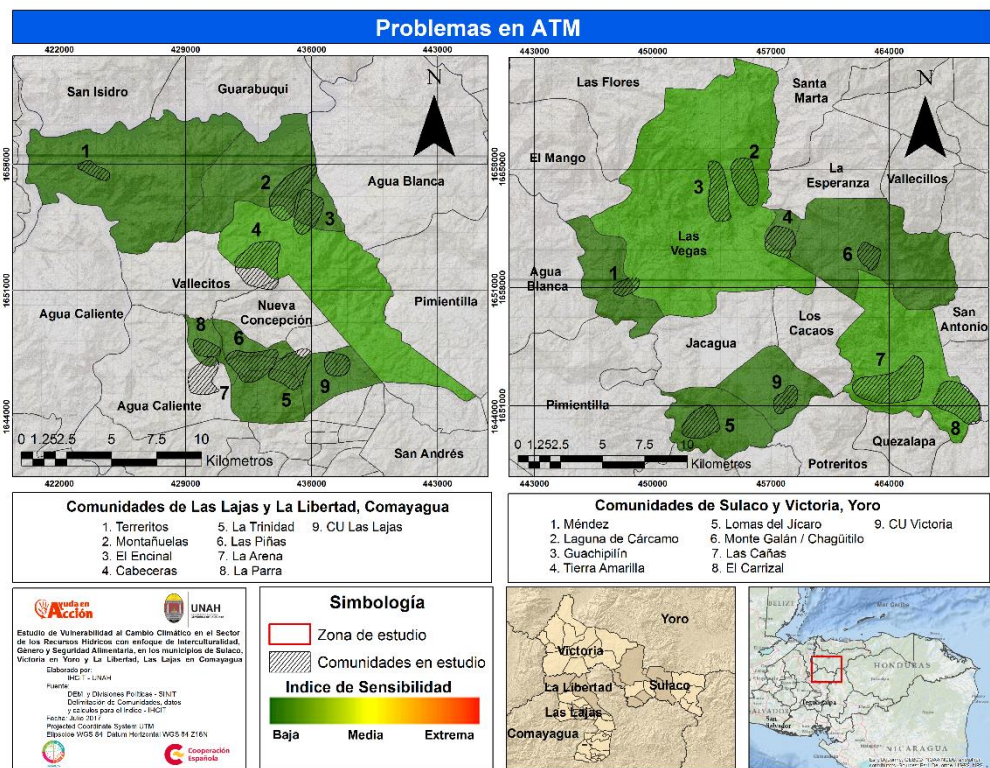
personales, Bestias) y la poca educación y concientización de los cuidados orales.

El 47% de estas comunidades el acceso a una atención odontológica es de una sensibilidad media, sin embargo, el factor económico y la poca educación dificultan que su control odontológico sea más adecuado.

El 10% de estas comunidades son las que cuentan con más acceso a un centro de salud o un lugar que brinde atención odontológica lo cual las coloca con índice de sensibilidad baja.

2. Condición de la Articulación Temporo Mandibular

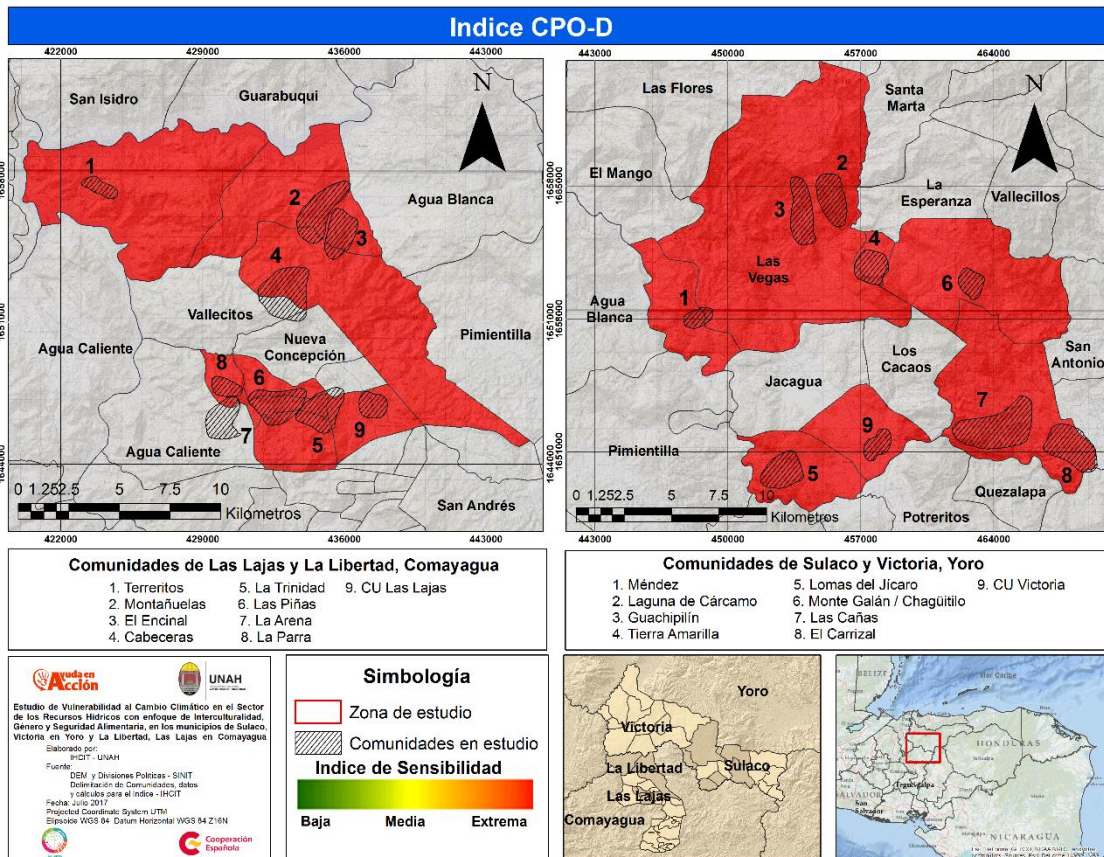
Ilustración 3



De las 19 comunidades evaluadas el 100% se encuentra en un índice de sensibilidad baja, más sin embargo la presencia de esta patología esta asociada a la perdida de órganos dentarios y trastornos oclusales, que repercuten en el estilo de vida de la población.

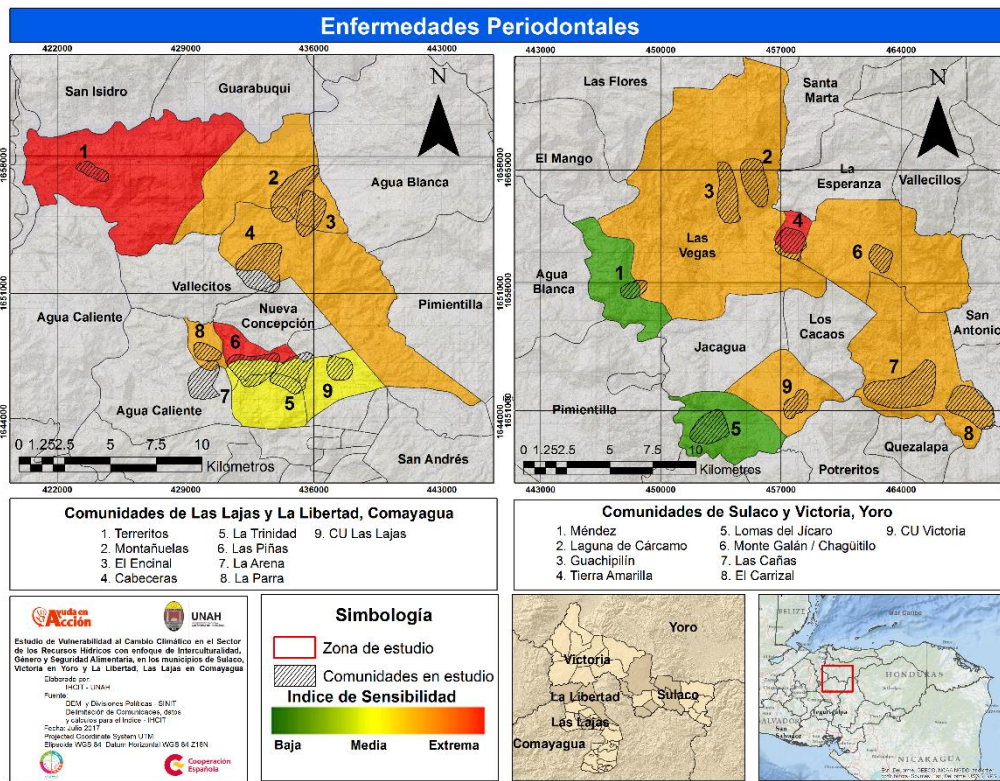
3. Índice CPO-D:

Ilustración 4



De las 19 comunidades evaluadas el 100% se encuentra en un índice de sensibilidad alta, siendo la caries dental la enfermedad más encontrada en estas comunidades, la cual se ve relacionada a la poca educación de las prácticas de higiene dental, escasos recursos económicos, difícil acceso a un consultorio dental y la ausencia inmediata de una clínica dental.

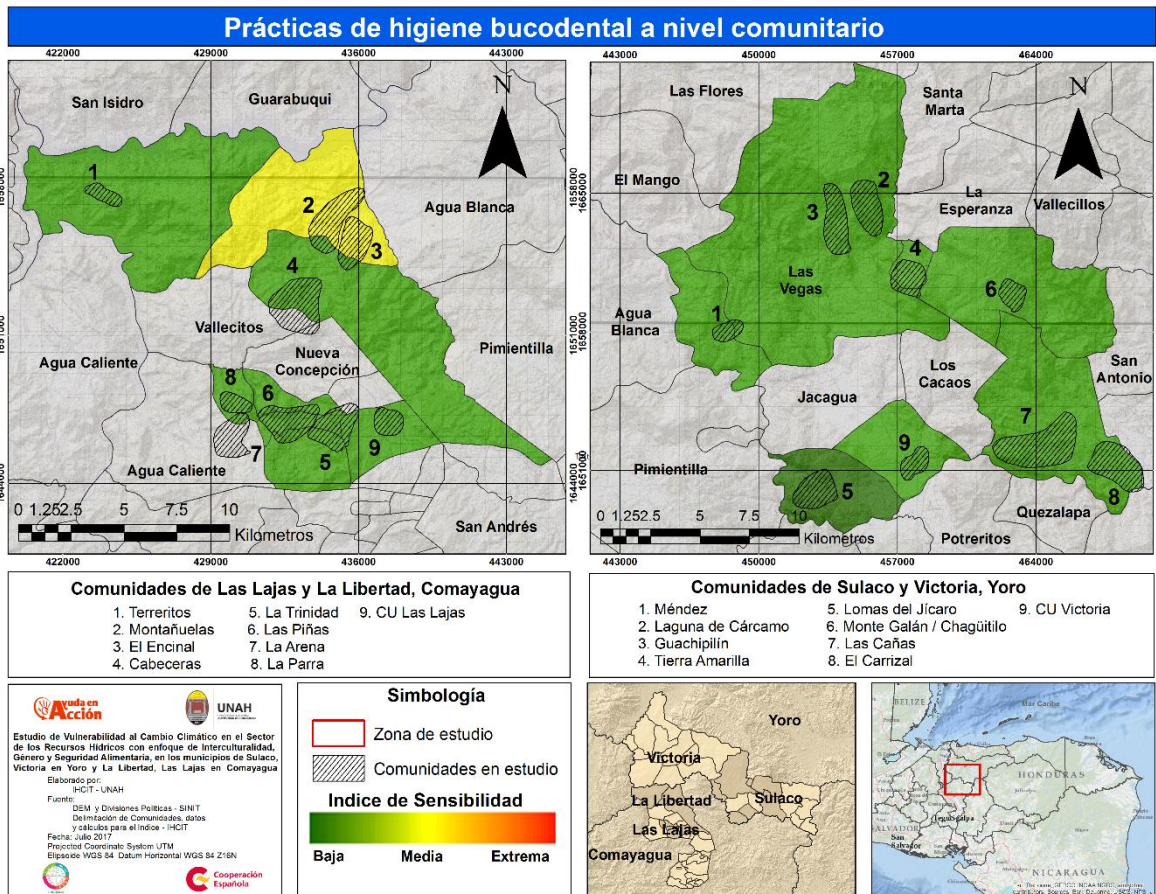
4. Estado Periodontal



La enfermedad periodontal siendo una de la enfermedades que más se observó en estas comunidades junto con la caries dental, un 15% de estas comunidades presento sensibilidad alta, un 68% con sensibilidad media, esta condición se ve impulsada por el poco conocimiento de las prácticas de higiene dental y la actividad preventiva y un 10% se encuentra en sensibilidad baja, por lo general son zonas urbanas.

5. Prácticas de Higiene Bucal

Ilustración 6



Un 98% se encuentra entre una sensibilidad media-baja, la falta de educación en las poblaciones en cuanto al uso de cepillo y técnicas de higiene dental no se concientizan mucho a la población, estas deficiencias en cuanto a prácticas de higiene y preventivas son las que desencadenan los altos índices de enfermedades periodontales y caries dental

X. CONCLUSIONES:

1. Una gran parte de la población se encuentra con un nivel educativo muy pobre, siendo en su mayoría analfabeta. Desarrollar un proceso educativo para disminuir la prevalencia de enfermedades bucales y mejorar el estilo de vida de los pobladores.
2. La presencia de las distintas enfermedades bucales coincide en la gran mayoría de las comunidades, colocándose en primer lugar las enfermedades periodontales, seguido por las enfermedades que afectan el órgano dentario y algunos trastornos temporomandibulares. Estas enfermedades están enumeradas en la teoría sufriendo una alteración en el orden de prevalencia en la población.
3. En el estudio por parte del área médica se encontraron altos resultados de enfermedades respiratorias debido a la alta contaminación y la exposición continua al polvo, lo que puede predisponer a la población a volverse respiradores bucales, aumentando la resequedad bucal lo cual favorece a la formación de placa, sarro dental y caries.
4. En cuanto a la colocación de las diferentes comunidades la mayoría de ellas se encuentran a distancias largas de centros de salud, lo cual dificulta el acceso a la salud, y la atención odontológica.
5. La gran mayoría de la población no cuenta con los recursos económicos muchas veces para solucionar sus problemas dentales, siendo el factor económico y la ausencia de clínicas dentales en los diferentes centros de salud, uno de los factores por el cual estas poblaciones presentan altos índices de enfermedades orales.

IX. RECOMENDACIONES:

1. Los resultados obtenidos en el presente estudio podrían ser utilizados por instituciones prestadoras de atención bucal (Secretaría de Salud a través del Programa de Salud Oral, La universidad Nacional Autónoma de Honduras a través de la Dirección de la Vinculación-UNAH Sociedad, Facultad de Odontología y el IHSS, entre otros; como referencia importante para planificar programas y estrategias de atención odontológica eficaces.
2. El presente estudio, aporta conocimientos respecto a las prácticas de salud bucal, de los pobladores de los Municipios de los pobladores de las comunidades incluidas en el convenio aea/aecid 14-co1-021 de los municipios de Sulaco, Victoria, del departamento de Yoro y las Lajas, la Libertad del departamento de Comayagua, esto nos permite una fuente de futuras investigaciones en cuanto a la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes, estos datos obtenidos deben ser utilizados adecuadamente para la selección, diseño e implementación de estrategias en prevención y tratamiento de las principales afecciones orales, que basadas en evidencias científicas, contribuirán a establecer programas sostenibles.
3. Realizar campañas de concientización en estas poblaciones sobre las buenas prácticas de higiene dental y odontología preventiva.
4. Se debe de seguir indagando mediante la investigación en esta población, sobre las principales enfermedades de salud oral que padecen, para programar intervenciones de tratamiento y fortalecer estrategias de prevención.

XI. BIBLIOGRAFÍA.

1. Petersen PE. The World Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*; 31:3-24. 2003.
2. OPS/OMS. Estrategia para el mejoramiento de la salud general en las Américas a través de avances críticos en la salud oral. *El Camino Hacia Delante*: 2005-2015. Julio 2005.
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. Centro de Prensa. Salud Bucodental. Nota Informativa N° 318. Febrero 2007.
4. De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecalt-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ. Odontolog.*; 29(63):83. 2010 Jul-Dic
5. WHO. 2006. Oral health in ageing societies. Integration of oral health and general health. Reporte de una reunión realizada en el Centro para el Desarrollo de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, en Kobe, Japon, 1 – 3 junio de 2005, p. 5.
6. Study Protocol for the World Health Organization project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQoL). *Qual Life Res.* 1993 Apr; 2(2) 153.
7. (2011, 12). Perfil Epidemiológico. *BuenasTareas.com*. Recuperado 12, 2011, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Perfil-Epidemiologico/3245902.html>
8. "Higiene Bucal." *BuenasTareas.com*. 05, 2011. consultado el 05, 2011. <HTTP://WWW.BUENASTAREAS.COM/ENSAYOS/HIGIENE-BUCAL/2136375.HTML>.
9. "Metodo Clinico Aplicado Al Examen Clinico Extraoral E Intraoral, A, Teraciones Pulpares Y Periapicales." *BuenasTareas.com*. 10, 2012. consultado el 10, 2012. <HTTP://WWW.BUENASTAREAS.COM/ENSAYOS/METODO-CLINICO-APLICADO-AL-EXAMEN-CLINICO/6058840.HTML>.

10. "Fluorosis Dental." BuenasTareas.com. 11, 2012. consultado el 11, 2012. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Fluorosis-Dental/6226229.html>.
11. Gutiérrez-Hernández, Gabriela, de la Cruz de la Cruz, Dima, Hernández-Castillo, Lizbeth. Estado periodontal e higiene dental Salud en Tabasco [en línea] 2011, 17 (Sin mes) : [fecha de consulta: 31 de mayo de 2013] Disponible en:<[HTTP://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=48722325004](http://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=48722325004)> ISSN 1405-2091
12. Gonzales T, Arias J, Lassaletta Luis, Martorell V. NASCER E CRESCER. Revista do Hospital de Crianças María Pía. vol. XII, nº 4. 2003.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). "Vigilancia y evaluación de la salud bucodental – Informe de un comité de expertos". pp. 80-85. Ginebra. 1989.
14. CABRINI R. Anatomía Patológica Bucal. Editorial Mundi. Buenos Aires pp. 20-25. Argentina 2000.
15. CAWSON R.A. Cirugía y Patología Odontológica. Editorial El Manual Moderno. pp. 40-46. México, D.F. 2003.
16. RIVERA I. y col. Estudio de caries y maloclusiones en niños de un sector de salud de la ciudad de Santa Clara. Rev. Cub. de Estom. Vol. 20 N° 2 1983.
17. FINN S. B. Odontología Pediátrica. 4ta Edición. Editorial Interamericana. pp. 28-32. México, D.F. 1995.
18. MC. DONALD R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 6ta Edición. Editorial Médica Panamericana. pp. 350-356. Buenos Aires – Argentina. 2004.
19. MURO G. L.A. "Estudios comparativos de perfiles de salud bucal de enfermedades prevalentes entre dos poblaciones escolares, una de la clase media alta y una de clase baja de Lima Metropolitana". Tesis UPCH. Lima – Perú. 1988.
20. BHASKAR S.N. Patología Bucal. 6ta Edición. Editorial El Ateneo. pp. 81- 85. Buenos Aires Argentina 1994.
21. MAGNUSSON B.O. Odontopediátrica. Enfoque Sistemático. 1ra Edición. Salvat Editores. pp. 60-65. España. 1997.
22. SHAFER W.G. Tratado de Patología Bucal. 4ta Edición. Nueva Editorial Interamericana. pp. 40-42. México, D.F. 2003.

23. NIKIFORUK G. Caries Dental. Aspectos Básicos y clínicos. Editorial Mundi. pp. 122-125. Buenos Aires – Argentina. 1996.
24. MINISTERIO DE SALUD. Uso de fluoruros en la prevención de caries dental. Lima – Perú. 1997.
25. Fernández S. Caries de la temprana Infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo. Publicación Científica Facultad de Odontología UCR N°8. 2006
26. Odontología preventiva – Diagnóstico y educación para la salud. Segunda Edición. Vol. 1. Pp. 45-48. Editorial Organización Panamericana de la salud. 1993.
27. Galindo C. Estado de Salud Bucal y Necesidades de Atención Odontológica en dos municipios con diferente estado socioeconómico: Opadaca y San Pedro Garza, NL, México. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Odontología, Dpto. de Estomatología. 2009
28. Roig J. Según la OMS el 60% de los Escolares Padece de Caries. Bayer Iberia (grupo) 04-03-04. 16:34 [HTTP://SEOEPICINFOMED-DENTAL.COM](http://SEOEPICINFOMED-DENTAL.COM). [HTTP://WWWBAYER.ES](http://WWWBAYER.ES).
29. La Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica N° 587. OPS, Vol. II Edición del 2002. Washington, DC. Pág. 435.
30. La Salud en las Américas, 475.
31. La Salud en las Américas, 454.
32. Ministerio de Salud de Honduras/ OPS. Estudio Epidemiológico de la Salud Bucal en Escolares Menores de 15 Años en la Escuelas Públicas de Honduras 1997.
33. Gutiérrez Andrade C. Condiciones Sociodemográficas, practicas de higiene bucal y aspectos clínicos-odontológicos de los escolares del sector oficial. Distrito Educativo N° 6 MDC, 2005

34. Flores Miguel O. Prácticas de Salud Bucal en escolares del municipio de “San Ignacio de Loyola”, Francisco Morazán, 2015.

XII. Anexos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Departamento de Odontología Preventiva y Social

Formulario de Evaluación Poblacional

Código: _____

Instrumento Recolector de Datos

Objetivo: Diagnosticar el estado de la condición bucal de los Pobladores de municipios Sulaco y Victoria en el departamento de Yoro, Las Lajas y La Libertad en el departamento de Comayagua.

Fecha de elaboración: (dd)_____,(mm) _____, 20_____

Nombre _____ del _____ examinante:

Nombre _____ del _____ paciente:

Datos demográficos

Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Edad (años): _____

Procedencia:

Grupo étnico: _____

Generalidades

Ha visitado el odontólogo últimamente: Si _____ NO _____

Con que frecuencia lo visita

1. Cada 3 meses

2. Cada 6 meses
3. Cada año
4. Mas de un año

Existe alguna clínica odontológica en su comunidad: Si _____ No _____ Si su respuesta es negativa responda lo siguiente:

Que lugar visita para recibir atención dental

Que medio utiliza para trasladarse hacia el

- a. Transporte personal
- b. Transporte publico
- c. camina
- d. otros_____

En su opinión los servicios odontológicos que recibe son:

- a. Baratos
- b. Normales
- c. Caros

En su opinión que tan bueno es el servicio odontológico del lugar que visita

- a. Malo
- b. Regular
- c. Bueno
- d. Muy bueno

Practicas de Higiene Bucal

¿Tiene cepillo dental? Si ____ No ____ . Si su respuesta es afirmativa, responda lo siguiente:

Frecuencia del cepillado dental (diario): Ninguna ____ Una ____ Dos ____ Tres y/o más ____.

¿Se cepilla la lengua? Si ____ No ____.

¿Utiliza hilo (seda) dental? Si ____ No ____ . Si su respuesta es afirmativa, responda lo siguiente:

Frecuencia del uso hilo dental (diario): Ninguna ____ Una ____ Dos y/o más ____

Aplicación de Flúor (en el último semestre):
(anual):

Visita al odontólogo

Ninguna ____ Una ____ Dos y/o más ____
____ Dos y/o más ____

Ninguna ____ Una

Evaluación Clínica

Examen Extraoral: de la ATM:

Apariencia extraoral normal ____

Signos

Anomalías en piel y/o mucosa en cabeza y cuello ____

No ____

Nódulos linfáticos agrandados ____

Chasquido, sonido audible ____

N/R ____

Contractura maseterica ____

y/o cierre ____ Reducida apertura oral ____

Evaluación

Síntomas

No ____

Chasquido articular ____

Dolor a la palpación ____

Dificultad en apertura

N/R ____

Fluorosis Dental

Ausente _____ Presente _____ (Si hay presencia de fluorosis, especifique el criterio según el "Índice de Dean"):

Discutible ___ Muy ligera ___ Ligera ___ Moderada ___ Intensa ___ Excluida ___

Apreciación Periodontal (Seleccione el de mayor impacto)

Sano ___ Materia Alba ___ Placa dentobacteriana ___ Gingivitis ___ Hemorragia ___
 ___ Cálculo Dental ___

Malformaciones craneofaciales congénitas y del desarrollo.

Especifique:

Estado de la Dentición (Decidua y Permanente)

Índice CPO-D / ceo-d

Derecho
Izquierda

		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65		
17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27
		85	84	83	82	81		71	72	73	74	75		
47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37

C ___ P ___ O ___ EI ___ c ___ e ___ o ___ CPO-D ___ ceo-d ____. Piezas sanas ___

Caries Incipiente en Primeros Molares (indique en cual): 1,6__ 2,6 __ 3,6 __ 4,6 __.
Observaciones _____

Necesidad Inmediata

Trastorno que amenaza la vida : Si __ No __

Dolor o infección dental: Si __ No __
(especifique): _____

Otro trastorno

Necesidad de Asistencia Odontológica: No _____ Si _____

Remisión al Especialista No __ Si __

Punto 05 menor : estadísticamente diferentes

Si es mayor son iguales

Actividades A Realizar

Resultados por comunidad

Resumen con palabras

Ejemplo: el 20%

Visita anual al odontólogo sistemático

Examen clínico con gráfica

Primer objetivo

Donde están las clínicas privadas públicas con su respectivo mapa

Indicadores a entregar a Ing. Tania, son 9 los indicadores que van dentro del índice global

Recomendaciones por municipios

Conclusiones por municipios

0 al 25 buena

25 al 50 mala 50 al 70 muy mala