



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRÍA**



**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA PRIMERA INFANCIA EN ARAGUA,
UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD TÉCNICO-SOCIAL PARA SU
IMPLEMENTACIÓN**

Trabajo Especial presentado ante la
Ilustre Universidad de Carabobo
por la Odontóloga Johanna Rodríguez Acosta
para optar al título de Especialización en
Odontopediatria

Valencia, Octubre de 2009



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRÍA**



**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA PRIMERA INFANCIA EN ARAGUA,
UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD TÉCNICO-SOCIAL PARA SU
IMPLEMENTACIÓN**

Autora: Johanna Rodríguez Acosta
Tutora de Contenido: Dra. Ingrid Hoffman
Tutora Metodológica: Dra. Gladys Orozco

Octubre, 2009

VEREDICTO APROBATORIO

Aprobado en nombre de la Universidad de Carabobo el siguiente jurado
examinador:

Firma _____
(Coordinador) (Nombre y Apellido)

Firma _____
(Nombre y Apellido)

Firma _____
(Nombre y Apellido)

Lugar _____

Fecha _____

Observaciones: _____

DEDICATORIA

A mi padre Dr. Leovigildo Rodríguez,
por su amor, confianza, y apoyo incondicional...
por estar en cada momento ayudándome,
impulsándome a lograr este objetivo...

Gracias
PAPÁ, TQM

AGRADECIMIENTO

A la **Santísima Trinidad**, y a la Virgen por regalarme cada instante de mi vida y darme fuerzas para levantarme con cada obstáculo...

A mi **Mamá**, por creer y confiar en mí, demostrándome siempre su apoyo y amor eterno...

A mi **Abuelita Carmen**, aunque te fuiste antes de terminar esta meta, yo sé que estás feliz y orgullosa de mí desde el cielo,... y me bendices. Te extraño y TQM...

A la **Facultad de Odontología** de la Universidad de Carabobo, por permitirme realizar la especialidad de Odontopediatría y así completar una etapa muy importante y valiosa en mi formación como Odontólogo Especialista...

A la **Dra. Ingrid Hoffman**, por su dedicación, mística, conocimientos, tiempo, y esfuerzo para lograr un excelente postgrado, y por todas y cada una de las herramientas que cada día recordaré en el momento de tener un niño en mis manos...

A la **Dra. Ana Milagros Figueredo**, por su fortaleza, temple, y liderazgo para comunicar los saberes, por su dedicación y preocupación por lograr la excelencia; siempre será para mí una guía a seguir...

A el **Dr. Omar Bocaranda**, por su alegría, su hermosa manera de adaptar a un niño, por su paciencia y sus conocimientos, muchas gracias...

A la **Dra. Gladys Orozco**, porque fue un angelito que cayó del cielo y Dios me lo colocó en el camino para culminar mi Trabajo Especial de Grado...

A **todos mis profesores** de Postgrado de Odontopediatría, que día a día permanecieron junto a nosotras, dando su granito de arena para nuestra formación...

A **todas y cada una de las personas del Área de Postgrado** que me regalaron una sonrisa y su apoyo incondicional cada día: Daniel, Vilmar, Grecia, Milagros, Yesi, Cintia, Felicidad, María, José; Raúl, MIL GRACIAS...

A **Andrea Loaiza**, por siempre decir “SÍ AMIGA”, gracias por tu tiempo y tu paciencia...

A **Karla De Abreu**, juntas desde el comienzo hasta el final, gracias por tu compañía, tu confianza...lo logramos amiga, sobre todos los obstáculos: ¡LO LOGRAMOS!. Que dios te bendiga...

A **Radmila**, porque conocerte fue un regalo de Dios, gracias por escucharme y comprenderme, TQM...

A **Grecia Gil**, fuiste una gran sorpresa, gracias por tu mano amiga, formamos un gran equipo con Karla...

A la **Prof. Ingrid Granadillo Weffer**, por su tiempo, ayuda, dedicación, inteligencia y paciencia, ¡MIL GRACIAS!...

A **todos mis niños** hermosos, que con sus travesuras, sonrisas, llantos, juegos, locuras, llenaron mi corazón de ternura, de alegría y amor. Muchas gracias por regalarme la satisfacción de aprender cada día de ustedes, y a sus padres por confiar en mí...

A **todas y cada una** de las personas que me acompañaron en este camino: ETERNAMENTE AGRADECIDA...

LISTA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	Pág. V
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
 CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	 3
Planteamiento del Problema.....	3

Formulación del Problema.....	9
Objetivos del Estudio.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Justificación de la Investigación.....	10
Delimitación del Estudio.....	11
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	 13
Antecedentes de la Investigación.....	13
Bases Teóricas.....	21
Odontología, su Historia.....	21
Especialidades de la Odontología.....	22
Odontología Infantil.....	23
La caries, Aparición.....	25
Epidemiología de la Caries de la Niñez Temprana en la Región.....	25
Caries de la Niñez Temprana.....	27
Brasil y la Odontopediatría.....	29
La Orientación en Odontopediatría. Etapas.....	31
Manejo del Comportamiento de los Pacientes en la Consulta Odontopediátrica.....	37
Naturaleza y Tipos de Miedo en la Consulta Odontopediátrica.....	38
Papel del Odontopediatra en la Atención del niño en consulta.....	39
Bioética en Odontología.....	39
Estudio de Factibilidad.....	43
Estudio del Área de Influencia Geo-social.....	45
Aspectos Técnicos del Estudio de Factibilidad.....	45
 CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	 46
Tipo y Diseño de la Investigación.....	46
Población y Muestra	46
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	47

Técnicas de Análisis de Datos.....	48
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	49
Área de Influencia, ejecución, oferta y demanda de servicios odontopediátricos a ofrecer.....	49
Introducción al estudio de factibilidad.....	49
Determinación de la demanda y la oferta de servicios de odontopediatría.....	51
Estudio de mercado: ofertas de otros hospitales en relación con la odontopediatría (Municipio Girardot).....	51
Determinación del tipo de servicio a ofrecer.....	51
Estudio de mercado.....	51
Análisis de oferta y demanda de servicios de odontología en el grupo de la niñez temprana.....	55
Áreas de ejecución del servicio.....	57
Matriz de oferta de servicios.....	60
Análisis técnico-administrativo del estudio de factibilidad para la implementación de un Centro de Atención de la niñez temprana.....	61
Determinación del tamaño óptimo del área de prestación de servicios de odontología para niños de 0 a 4 años.....	62
Tamaño de la áreas del servicios a prestar.....	62
Instalaciones necesarias con base en el proceso de prestación del servicio de odontología de la niñez temprana.....	63
Instalaciones y distribución de áreas disponibles en el hospital José María Carabaño Tosta.....	65
Recurso humano necesario.....	66
Insumos que se requieren.....	67
Aspectos Legales.....	67
Conclusiones del Estudio de Factibilidad.....	68
REFERENCIAS	70
ANEXO.....	73
Pautas de entrevista no estructurada.....	75
Variables e Indicadores.....	77

LISTA DE CUADROS

	Pág.
1 Red Asistencial Municipio Girardot.....	6
2 Matriz de Oferta de servicios de Odontopediatría en el Municipio Girardot.....	53
3 Áreas de ejecución del Servicio de odontopediatría a prestar.....	57
4 Matriz de oferta de servicios Odontopediátricos a suministrar.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
1. Red Asistencial, Municipio Girardot.....	12
2. Caries de la Niñez Temprana.....	27
3. Stephen Goepferd en la Universidad de Iowa, utilizando posición rodilla-rodilla para atención del bebé.....	30
4. Clínica de Bebés. Rama de Salud Oral: Posición de operador doce horas(tratamientos educativos-preventivos).....	31
5. Niña de 24 meses adaptándose en una posición sentada.....	31
6. Estructura del Estudio de Factibilidad para el Diseño de un Centro de Atención Odontopediátrica.....	44
7. Población entre 0 y 4 años atendida actualmente en servicios de odontología en el Municipio Girardot del Estado Aragua en el año 2008	56
8. Demanda actual de servicios odontopediátricos en el estado Aragua y oferta proyectada para un año.....	56
9. Proceso de prestación de servicio de odontopediatría propuesto.....	64
10. Plano del servicio del Hospital José María Carabaño Tosta.....	



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRÍA**



**LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA PRIMERA INFANCIA EN
ARAGUA, UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD TÉCNICO-SOCIAL PARA SU
IMPLEMENTACIÓN**

Área de Investigación: Prioritaria de Salud Pública

Línea de Investigación: Atención a Pacientes en Condiciones Especiales

RESUMEN

La atención odontológica de niños y niñas ubicados entre los 0 y 4 años, no ha sido una práctica común en el estado Aragua, sin embargo es de hacer notar la importancia que tiene la odontopediatria para este grupo etáreo. El propósito fue realizar un estudio de factibilidad técnico social para la implementación de un centro de atención odontológica para la primera infancia (niños y niñas entre 0 y 4 años), en el Estado Aragua, específicamente en el Municipio Girardot. El estudio implicó investigaciones de campo y documental. La población estuvo conformada por los odontólogos y asistentes que laboran en el Seguro Social "José María Carabaño Tosta". La muestra fue de tipo censal. Se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento fue un guión de entrevista no estructurada. Los datos se analizaron de forma cualitativa. Se hicieron visitas a los centros de odontología que atienden este grupo etáreo y se determinó que el servicio no se presta en las condiciones, calidad, y cantidad que se demanda. Se revisaron diferentes estudios que proveyeron información para el estudio y determinación de la factibilidad de implementación. Se concluye que es factible su operacionalización en el Hospital "José María Carabaño Tosta" por las condiciones de instalaciones, recurso humano, acceso, y respaldo de los entes rectores del mismo.

Palabras Clave: Odontopediatria, infancia temprana, factibilidad, centros de salud, consultas odontológicas, aspectos técnicos, aspectos sociales, aspectos administrativos.

ABSTRACT

Dental care of children located between 0 and 4 years, there has been a common practice in Aragua state, however it should be noted the importance of dentistry for this age group. The purpose was to conduct a technical feasibility study for implementing social center dental care for young children (boys and girls aged 0 to 4 years), Aragua State, specifically in the Municipality Girardot. The research study involved field and documentary. The population consisted of dentists and assistants who work at Social Security "Jose Maria Carabaño Tosta. The sample census. We used the survey technique and the instrument was an unstructured interview script. Data were analyzed qualitatively. There were visits to dental schools that serve this age group and determined that the service is not provided in the conditions, quality, and amount sought. We reviewed several studies that provided information for the study and determining the feasibility of implementation. We conclude that their operation is feasible in the Hospital "José María Carabaño Toast" by the conditions of facilities, human resources, access, and support of the governing bodies thereof.

Keywords: Pediatric Dentistry, early childhood, feasibility, health centers, dental offices, technical, social, administrative

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica de la primera infancia tiene como objetivo la aplicación precoz y mantenimiento de la salud bucal, lo cual garantizará la salud en general, presente y futura. Nuevas filosofías propugnan la atención odontológica al niño antes de comenzar el primer año de vida pudiendo empezar con la gestante, centrando principalmente la educación del núcleo familiar. Para lograr la atención en el aspecto odontológico, a este grupo etéreo, es necesario que se ofrezca un lugar de atención especializada y personalizada, con cuidado a las particularidades del paciente, orientando a sus padres y al mismo paciente (dependiendo de su edad), a mantener una salud oral adecuada, y corregir los hábitos inadecuados, considerando cada uno de los factores que condicionan el desarrollo de problemas odontológicos. Esto, ya que algunos problemas dentales ocurren temprano y los padres son los responsables de la salud bucal de los niños en esta primera etapa.

La atención odontológica de la primera infancia la realiza el odontopediatra, el cual es el especialista enfocado en la salud de la boca y las necesidades especiales de las personas jóvenes, en este aspecto, ya que una buena salud bucal es parte importante de la salud general, la prevención, la detección temprana, y el tratamiento de las enfermedades dentales, que a la larga permiten disminuir los altos costos de su rehabilitación. Esta premisa se basa en el principio de la educación generadora de prevención.

En este contexto se valora por tanto, lo ya expuesto en líneas anteriores, referente a que este grupo etéreo clasificado o denominado como primera infancia, y que debe ser atendido en condiciones especiales. Por ello, un lugar especializado para atender este grupo etéreo es vital en el contexto de la prevención y curación de los aspectos de la odontología infantil. Por lo cual el presente estudio tiene por objeto, establecer la factibilidad técnica y social para instalar y operar en el Seguro Social “José María Carabaño Tosta”, ubicado en el Municipio Girardot, del Estado Aragua, un centro de atención odontológica para la primera infancia.

El estudio de factibilidad contemplará la identificación del servicio y áreas de ejecución, la recopilación de antecedentes, la demanda de estos servicios, así como también los aspectos técnicos referentes a la determinación del tamaño y localización óptima del mismo, la identificación y descripción del proceso del servicio a prestar, la determinación de la organización administrativa que se requiere para la correcta operación del proyecto, determinación de la organización del recurso humano que se requiere.

El desarrollo del trabajo especial de grado que se presenta a continuación consta de cuatro capítulos a saber: el Capítulo I: contiene el planteamiento del problema, como también, los objetivos generales, objetivos específicos, la justificación del estudio y la delimitación del estudio.

El Capítulo II: Presenta la descripción del Marco Teórico: los antecedentes, las bases teóricas.

El Capítulo III: Contiene la metodología, el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, y las técnicas de análisis de datos.

En el Capítulo IV se presenta el análisis de los datos obtenidos en la investigación.

Posteriormente se presentan las conclusiones y recomendaciones, así como las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La palabra prevención, del verbo prevenir, es definida como “preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo”. (Real Academia Española, 2001:1.242)¹. Por lo cual al utilizar este término, se hace referencia a una acción de carácter anticipatorio que evitaría una consecuencia negativa o perjudicial. Básicamente en el caso de la salud, donde en los últimos años en el mundo las definiciones de las políticas de salud, han pasado a considerar especialmente el valor de las prácticas en un contexto de prevención. Estas políticas han sido definidas sobre todo como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para anticipar eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención.(Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2005)². Trabajar en prevención es trabajar con las causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora para tratarlo después, significaría un gran costo en dinero, en sufrimiento, y en expectativas de vida.

El Noveno Programa General de Trabajo de la Organización Mundial De La Salud (OMS, 2005)³ establece el marco que en materia de salud debe regir la acción de la comunidad sanitaria mundial. Establece así mismo el marco programático para la labor de la organización, teniendo en cuenta el marco normativo mundial para la prestación de apoyo a los países, asignando particular atención a los

más necesitados, para el mejoramiento de la salud y el sistema sanitario. Esta organización ha prestado especial atención a lo referente al aspecto odontológico en determinados humanos. El Programa de Salud Bucodental de la OMS (2007)³ y su estrategia mundial de salud bucodental, reconocen que la salud oral es un componente integral del enfoque de atención primaria de salud. En la Región de las Américas, la OPS² apoya los planes de salud oral basados en metas cuantificables, que se lograrán en gran parte mediante la puesta en práctica de métodos preventivos y el apoyo a los esfuerzos de los gobiernos para fortalecer sus propios sistemas de atención de salud oral. La orientación de política de dicho Programa identifica las prioridades para su propio trabajo y los tipos de ayuda que deben prestarse durante la ejecución de los tres presupuestos bienales por programa.

El Programa de la OMS³, refiriéndose al marco normativo mundial y al marco programático, establece: en ambos se concede especial atención a la prestación de apoyo a los países, en particular a los más necesitados, para el mejoramiento de la salud y del sistema sanitario. Más aún, de acuerdo con las prioridades para el trabajo de esta organización, en cuanto a prevenir y controlar problemas sanitarios concretos, pide por tanto: la reducción en un 80% de la caries dental gracias al uso óptimo de fluoruros.

La salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad oral, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. La caries dental es la enfermedad más común entre los niños de la Región de las Américas; aproximadamente 90% de los escolares de edades comprendidas entre los 5 y 17 años, tienen caries dental. Pero se ha comprobado que la intervención temprana, en casos de la caries dental, puede evitarse o tratarse a un costo reducido.²

En muchos países de América Latina y el Caribe, los servicios públicos de atención odontológica están mal organizados y los recursos financieros y humanos de que disponen son insuficientes. Es probable que solo se encuentre atención odontológica de calidad en las zonas urbanas y a un costo elevado. Por otra parte, es

posible que sea más fácil tener acceso a los proveedores privados, pero los servicios que prestan son, en su mayoría, principalmente curativos y costosos. Por consiguiente, los grupos de mayores ingresos disponen de mayor acceso a los servicios dentales. Si se hace un análisis de la atención para el grupo o de niños, la situación puede verse más dramática ya que no existe cifras altas en cuanto a centros de atención tanto del gobierno como privados en esta zona de las Américas, que preste atención especializada en el sector de odontopediatra: se evidencia que el sector de primera infancia está desatendido de servicios de este tipo.²

En el caso de Venezuela, el análisis es aún más dramático ya que no se disponen de cifras muy claras y de fácil acceso que permitan un panorama actualizado y correcto de la situación de atención odontopediátrica. Si bien existen centros con atención para este grupo etéreo, los mismos son escasos.

Otro elemento a considerar y no menos importante es el referente a los estudios que se realizan en el país analizando las patologías bucales en los niños. Se da el caso de que la mayoría de estos estudios epidemiológicos de enfermedades bucales, si bien en algunos casos se caracterizan por tener falta de uniformidad en lo referente a los criterios de elaboración, en otros casos analizan la prevalencia o coincidencia de patologías bucales pero orientados hacia la edad adulta y por lo tanto no son válidos para obtener información de como están afectados los niños y adolescentes, específicamente los de la niñez temprana comprendida entre 0 y 4 años.³

Investigadores como Jiménez et al⁴, afirman que la epidemiología de las enfermedades de la cavidad bucal se encuentra ubicada en segundo plano, sin recibir la atención adecuada en la planificación de los servicios de salud bucal.

Producto de la investigación realizada por la autora, se permite afirmar que si bien es cierto que no se han realizado suficientes investigaciones en el campo de la odontología en la niñez temprana en el país, también es cierto que la disposición de espacios para la atención de este tipo de población tampoco es muy abundante en Venezuela. Como servicio especializado puede encontrarse en algunas facultades de universidades del país, tales como la Universidad Central de Venezuela, la Universidad de Carabobo, la Universidad de Zulia, la Universidad Santa María entre

otras. Específicamente las clínicas de atención de niñez temprana, que proporcionan sus servicios a este grupo etéreo, es en aquéllas donde se estudia la odontopediatría en el nivel de postgrado.

El Municipio Girardot del Estado Aragua, posee la mayor población del estado y está clasificado como urbano. Con respecto a la red asistencial⁵, la misma se presenta continuación:

Cuadro 1	
Red Asistencial Municipio Girardot	
Urbanos Tipo II	Urbanos tipo I
Efraín Abad	La Cooperativa
Maria Teresa Toro	La Coromoto
23 de Enero	Armando Castillo Plaza
San Vicente	La Cabrera
Brisas del Lago	San Ignacio
	San Carlos
Rural Tipo I	Rurales Tipo II
Puerto Colombia	Choroní
	Uraca
Núcleos de Atención Primaria	
Aguacatal	Dr. Omar Laprea
El Triunfo	Doña Paula
Las Vegas I	Las Vegas II
Campo Alegre I	Campo Alegre II
Río Blanco I	1º de Mayo
Núcleos de Atención Simplificada de Salud	
Corozal	Camburito
Samán	
Ambulatorios de Funda Familia	
Los Cocos	Las Acacias
Las Vegas	La Pedrera

Tomado de: Corporación de Salud del Estado Aragua (CORPOSALUD, 2009)⁵

Como se observa en el cuadro anterior con información proveniente de CORPOSALUD (2009)⁵, existen 31 centros de asistencia de salud en el Municipio Girardot del estado Aragua, los cuales son urbanos tipo I y tipo II, rurales tipo I y tipo II, núcleos de atención primaria y ambulatorios dependientes de Funda Familia o sea la alcaldía de Girardot. A esta red de centro esenciales se agregan aquéllos centros que no tienen categoría municipal como son el Ambulatorio Del Norte, el Hospital José María Carabaño Tosta, dependiente del Instituto Venezolano De Los Seguros Sociales y ubicado en San José; el Hospital Central de Maracay, La Cruz Roja del estado Aragua, el Instituto de Previsión Social Del Ministerio De Educación (IPASME), el Hospital Militar Coronel Elbano Paredes Vivas, el Instituto De Previsión Social De Las Fuerzas Armadas (IPSFA), y la red de clínicas de asistencia odontológica de la Misión denominada Barrio Adentro.

Analizando los centros de salud antes mencionados, y las Unidades Ambulatorias Odontológicas dependientes del Municipio Girardot (ver cuadro 1), se desprende el hecho que no se dispone de un odontopediatra, y la atención odontológica a los niños la realiza el profesional odontólogo con cualquier especialización o sin ella. Se evidencia también que en estos centros ambulatorios durante el año 2008, el total de pacientes (niños) atendidos, en edades comprendidas de cero a cuatro años fue de 480. En el caso del IPASME, se atendieron en ese mismo año 472 pacientes, en este centro de salud tampoco se dispone de un odontopediatra. Con referencia al Ambulatorio del Norte, tampoco hay odontopediatra y no se atienden niños menores de seis años, y la población atendida en el año 2008 fue un promedio de 200 niños de ambos sexos.

En el Hospital José María Carabaño Tosta dependiente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, no se dispone de un odontopediatra y se atendió en el año 2008 un promedio de 480 niños. El Hospital Central de Maracay tampoco posee un profesional de la odontología que sea especialista, o sea un odontopediatra, y la data de la cual se dispone en el caso de la atención de niños en el servicio de odontología, es la que se obtiene con los niños hospitalizados que han sido referidos para el servicio, lo cual suma un total de 27 niños atendidos en el año 2008. El Hospital

Militar Coronel Elbano Paredes Vivas, es el único centro de salud del Municipio Girardot que posee un odontopediatra como tal, sin embargo es de hacer notar que la atención a la niñez temprana se prestó hasta julio del año 2007. En el año 2008 no se dedicó atención odontopediatra por traslado del especialista y en la estadística no hay registro de este grupo etéreo atendido. Con respecto al Instituto de Previsión Social De La Fuerza Armada, se evidencia que en el mismo no hay odontopediatra y se atiende sólo a niños mayores de seis años, teniéndose que tampoco se dispone de una estadística al respecto.

En lo tocante a la Cruz Roja Seccional Aragua, en la misma no hay odontopediatra, sin embargo se atienden cinco niños diarios de edades comprendidas entre cero y cuatro, lo cual proporciona un promedio de 1.200 niños atendidos en la consulta odontológica, en el año 2008. En el Hospital de los Samanes, tampoco hay odontopediatra, y en el año 2008, de los 4.463 pacientes atendidos en el servicio de odontología, el 4% de los mismos correspondió a pacientes en edad infantil, acotándose que no aclararon las edades. En los Ambulatorios de la Misión Barrio Adentro se atendieron en el año 2008, 763 niños con edades comprendidas entre cero y cuatro años y tampoco existe el especialista o sea el odontopediatra.

El panorama antes descrito, permite determinar o inferir a la investigadora que la revisión arroja la inexistencia de un centro específico para la atención odontopediatra en el Municipio Girardot del estado Aragua, donde coexisten el hecho o la inexistencia del odontopediatra como especialista de odontología infantil. Si bien no existen las instalaciones físicas especializadas para atender la infancia, la revisión de premisas o políticas de salud en el estado, permite evidenciar que en estas pautas no existe una alusión específica a lo que significaría la previsión de la salud bucal de la infancia como tal. Se habla de la salud integral de la población, así como de mejorar y aumentar los Servicios Odontológicos de acuerdo a las necesidades de la población, aumentar la cantidad de tratamientos terminados y reducir el número de extracciones, y darle mayor importancia a la parte preventiva y escolar del programa. Lo que hace más interesante la revisión de la realidad, es el hecho de que entre las políticas referentes a la salud bucal, se plantea reforzar el programa preventivo

escolar e implementar actividades como tratamientos curativos, un censo de la población escolar, pero no se contempla el diseño, ejecución o la implementación de un centro odontológico especializado para la infancia. Y debe considerarse como importante el hecho que el inicio de la infancia es la época más importante para la salud bucal del futuro individuo, durante esta los dientes erupcionan, las bacterias inician su colonización y los hábitos de salud bucal se empiezan a establecer.⁶

Se demanda por tanto, la implementación de atención especializada en odontología pediátrica para la niñez temprana en el Municipio Girardot del Estado Aragua, servicio que también podría ser utilizado por otros Municipios aledaños al estado.

Puede pronosticarse por tanto, que de no existir este centro de servicio de odontopediatría, los índices de enfermedades odontológicas irán en aumento, lo cual conlleva situaciones perjudiciales para los individuos y altos costos para el estado.

De allí la importancia de realizar la presente investigación que se proyecta, referida a un estudio de factibilidad técnico social, para la implementación de un centro de atención odontológica para las patologías bucales en la niñez temprana⁷ o sea edades entre los 0 y 4 años en el estado Aragua, específicamente en el Municipio Girardot., el cual operaría en la Sede del Hospital José María Carabaño Tosta ubicado en el Barrio San José de dicho municipio.

Formulación del Problema

Una vez planteado el problema de investigación, surge la siguiente interrogante la cual sirvió de guía para orientar la investigación realizada:

¿Qué elementos arroja el estudio de factibilidad técnico social, para viabilizar la creación de un centro de atención odontológica para las patologías bucales en la niñez temprana en el municipio Girardot del estado Aragua?

Objetivos del Estudio

Objetivo General

Realizar un estudio de factibilidad técnico social para la implementación de un centro de atención odontológica para la niñez temprana (0 a 4 años) en el estado Aragua.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar el área de influencia, ejecución, oferta y demanda de servicios odontopediátricos a ofrecer.
2. Determinar los aspectos técnicos, para la operación y localización óptima del proyecto de atención odontológica infantil.
3. Analizar los aspectos sociales presentes en la correcta operación del proyecto.

Justificación de la Investigación

El estudio propuesto referente a un estudio de factibilidad técnico social para la implementación de un centro de atención odontológica para la niñez temprana⁸ en el Municipio Girardot del estado Aragua, es importante y se justifica, ya que es una necesidad de la niñez de este estado en lo referente a la salud bucal. Ante esta situación, se demanda la búsqueda de una solución inteligente a esta problemática que en caso de ser implementado, este centro de atención odontopediátrica para la niñez temprana, contribuirá a mejorar la salud bucal de la infancia y por ende el futuro hombre o mujer⁹.

Es por ello que se recurre a un estudio de factibilidad técnico social para tomar la decisión de implementar este centro de atención odontopediátrica, considerando el

análisis de la mayor cantidad de información posible de los diferentes aspectos, que de no ser considerados, podrían llevar al fracaso el objetivo planteado.

La importancia práctica radica en que, el estudio de factibilidad permite información actualizada de diferentes elementos que tienen que ver con la odontopediatría y la atención de la niñez temprana. Esto ya que, una decisión de este tipo, no puede ser tomada con base en un enfoque limitado, o ser analizado desde un solo punto de vista, sino que debe ser un proyecto multidisciplinario¹⁰, estar basado en la exploración de un sinnúmero de antecedentes, situaciones y hechos técnicos, con la aplicación de una metodología lógica que abarque la consideración de todos los factores que participan, que afectan o afectarían al proyecto.

Lo cual también está en línea con el hecho de que; el estudio de factibilidad para implementar un servicio de odontopediatría para atender la niñez temprana, debe en caso de operacionalizarse, solucionar la problemática de inexistencia de un centro de odontología especializada para este grupo etéreo.

Delimitación del Estudio

El estudio se realizó en el Municipio Girardot del estado Aragua, específicamente en los centros de salud de carácter público que imparten servicios de odontología a todos los grupos etéreos.

Con respecto a la delimitación temporal, estuvo referida o ajustada al tiempo en el cual se solicitó la información de los pacientes ubicados en el grupo etéreo de niñez temprana de 0 a 4 años (niños, niñas), atendidos en los diferentes centros de salud del municipio mencionado, específicamente en el año 2008.

La delimitación metodológica se inscribe dentro de un estudio de campo, no experimental, de tipo transeccional y descriptivo.

Seguidamente se presenta el mapa de la Red Asistencial del Municipio Girardot del estado Aragua donde se visualiza la localización geográfica de los centros de salud odontológica:

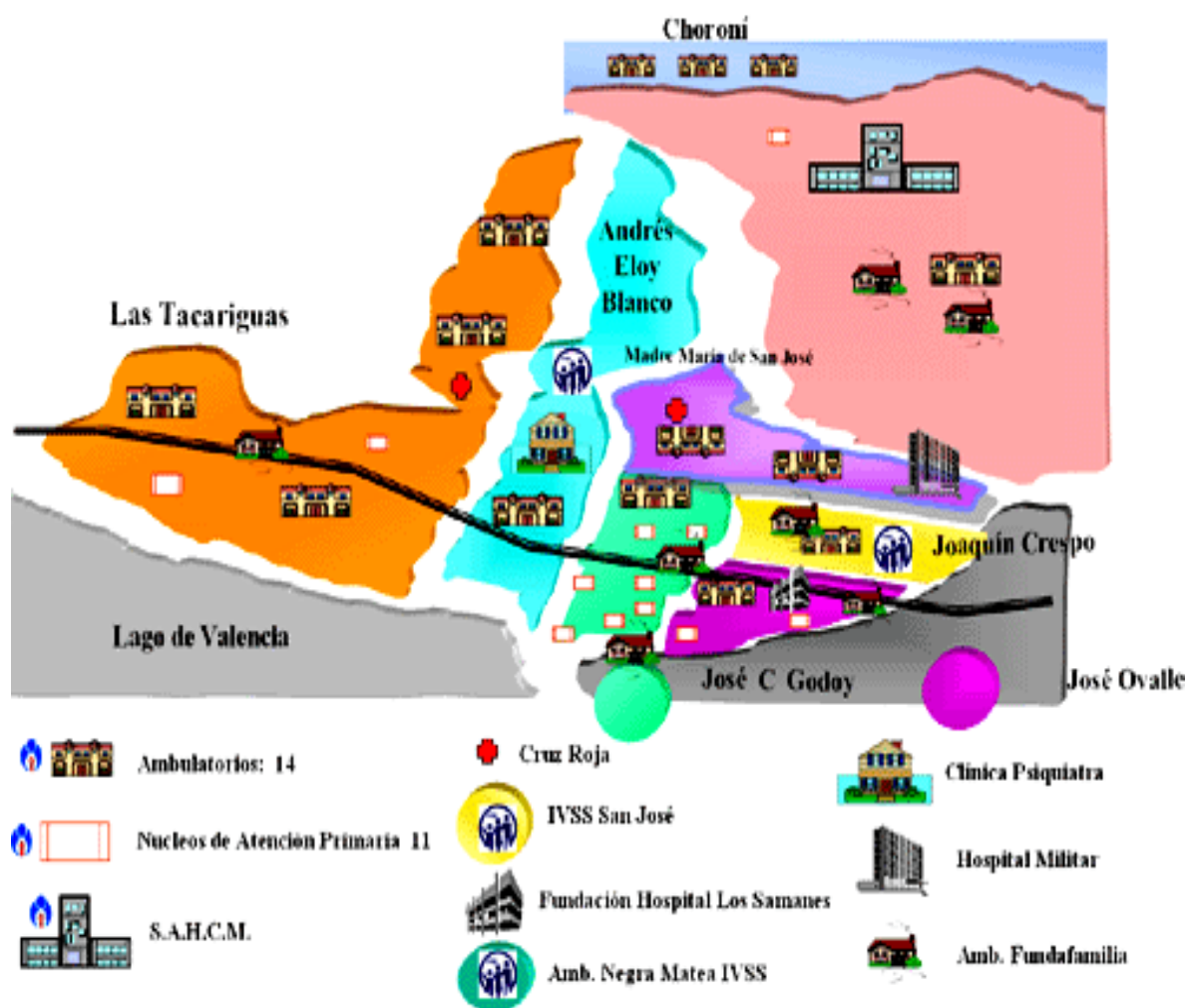


Gráfico 1. Red Asistencial, Municipio Girardot del Estado Aragua⁵

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Para realizar el presente trabajo de investigación, se revisaron diferentes estudios relacionados con el tema que se desarrolla, los mismos se presentan a continuación.

A pesar de la preocupación de algunos autores, en cuanto a los cuidados odontológicos de niños de corta edad (bebés), los mismos no fueron divulgados en el inicio de este siglo, sino recientemente fue que esos cuidados comenzaron a recibir una mayor atención por parte de cirujanos odontólogos en Brasil y en otras partes del mundo¹¹. En Brasil, en 1929, en el libro denominado educación dental del niño, (Costa citado en De Figueredo et al¹¹), ya enfatizaba que es necesario una divulgación sin límites el seno de la familia, pues la profiláctica debe comenzar desde que el niño está en el vientre materno con la formación de los órganos dentarios sanos y bien calcificados, afirmaba que una profiláctica de caries dental de caminar junto con una higiene posnatal, hecho éste que evidencia la necesidad de colaboración entre pediatras y odontopediatras.

En Inglaterra, en 1963, Robinson et al (Citados en De Figueredo et al¹¹), afirmaron que lo referente a métodos preventivos en niños de edad escolar estaba bien documentado, pocos eran los que destacaba el control de hábitos alimenticios como medio de prevención de caries en bebés, o sea, se da mucho énfasis al daño causado por el uso indiscriminado de carbohidratos en niños de edad escolar y poco en bebés. Dicen, además, que el pasado reciente se le daba poca importancia a la presencia de caries en niños de corta edad.¹¹

Con el advenimiento de nuevos conceptos, este tipo de comportamiento de los cirujanos-odontólogos comenzó a detentar modificaciones y Novac, (Citado en De Figueredo et al¹¹), describe históricamente un niño debería ir, inicialmente, al odontólogo a la edad de tres a cinco años no obstante, afirmando que los cirujanos odontólogos tienen conciencia de que los programas de prevención de enfermedades deben ser iniciados o promover más su realización lo más cercano a la época de inicio de la erupción de los dientes.

Persson et al (Citados en De Figueredo et al¹¹), relataron que en Suecia los programas preventivos de caries dental son organizados por el servicio público de salud dental, donde las orientaciones son transmitidas a los países, como procedimiento principal, cuando el niño tiene seis meses de edad y repetido a los 18 meses.

El Japón, algunos autores (Citados en De Figueredo et al¹¹), afirman que un camino más seguro para el mantenimiento de la salud bucal es la incorporación de una guía de salud bucal junto al servicio de examen médico. Esta orientación sobre los cuidados diarios fue transmitida a las madres de los niños con cuatro meses de edad y los resultados fueron evaluados después de 12 meses. Como resultado de este seguimiento, concluyeron que se debe hacer un esfuerzo de dar instrucciones de cuidados diarios a las madres, a intervalos de tres a cuatro meses, donde el control de alimentación con alto contenido de azúcar es muy importante para mantener la salud.

En Estados Unidos, otros autores describieron que muchos problemas podrían ser evitados si el médico conociera mejor los aspectos odontológicos, particularmente sobre fluoroterapia, hábitos bucales, y sus consecuencias; desarrollo de la dentición y métodos de prevención.¹¹

Goepfer, (Citado en De Figueredo et al¹¹), informó que, basados en una serie de hechos entre estos la presencia de caries de biberón en bebés, en la Universidad de Iowa se estableció durante 18 meses un programa destinado a diagnosticar,

interceptar y modificar prácticas caseras que podían ser potencialmente dañinas para la salud bucal del niño. Basados en los resultados obtenidos se indicó que la primera visita del niño al odontólogo pediátrico debe ser realizada alrededor de los seis meses de edad, época en que se consigue mayor eficacia en atención primaria y control de caries dental, afirmaron, también, que los pediatras deben recomendar el primer exámen al niño a la edad de uno a dos años.

Esta tendencia mundial de atención odontológica en niños de corta edad y establecimiento de programas de atención primaria y tratamientos curativos específicos, también encontró seguidores en Brasil, como la clínica de bebés en la Universidad estatal de Londrina. Esta experiencia tuvo el apoyo e inició sus actividades clínicas en 1985 y fue inaugurada oficialmente alrededor de 1986.¹¹

Sauceda¹², en el año 2008, realizó una investigación, referida a la caries de biberón en una población preescolar del Municipio de Navolato, Sinaloa, Méjico, se concluyó que la frecuencia de caries de biberón aumentan con la edad.. Así el 58% de los niños de cinco años tienen caries y en correlación altamente significativa ($p < 0.001$). El sexo no influye sobre la misma ($p = 0.33$). Al analizar los factores sociodemográficos, el nivel de ingresos mensual, la vivienda propia, el número de hijos y el número de personas dependientes de la familia, no son parámetros que se relacionen estadísticamente con la caries de biberón. En este trabajo, la lactancia materna parece ser un factor relacionado con una menor frecuencia de caries de biberón. Presentan caries el 28% de los niños que sí que reciben la lactancia frente al 47% que no recibe, encontrándose diferencias significativas. Entre los hábitos alimentarios, la utilización del biberón, su frecuencia, su contenido asegurado o no y el uso nocturno del mismo no influyen significativamente en la caries del biberón. Por otra parte, el uso del chupete en sus distintas formas y el consumo de golosinas, en este estudio, tampoco afectan a la caries de biberón. En el análisis de los hábitos de higiene oral, el cepillado, la edad de inicio del mismo, el responsable, la frecuencia,

el tipo de dentífrico o de cepillado dental uso de flúor son variables sin influencia en la caries del biberón. Finalmente, la mayoría de los niños el 69%, presentaron un índice ceo-d entre 0.05 y 0.25.

En el campo de la atención odontológica en la primera infancia, es importante mencionar el proyecto emprendido por la Universidad de Carabobo, liderizado por Hoffman, et al¹³, el cual comenzó en el año 2007, en el Centro Materno Infantil José María Vargas de Valencia, denominado Programa de Prevención y Atención Odontológica en la Primera Infancia, teniendo como objetivos implementar un programa docente asistencial de salud bucal de la primera infancia, insertado en un contexto de salud general que permita prevenir y controlar la caries dental en la población infantil de cero a tres años que asiste a dicho centro materno. Entre las actividades del proyecto se tienen incorporar y comprometer a la comunidad en lo referente a la importancia de la prevención de la salud bucal de sus hijos, de la misma manera a los representantes comunales así como la formación de profesionales de la salud, comprometido con las necesidades de salud de la comunidad con sentido de solidaridad humana al ser humano enfermo, con valores éticos dirigidos a la atención de la salud odontológica con equidad. Como producto del proyecto se debería difundir a las madres, la importancia de la salud bucal en la primera instancia y las medidas preventivas al respecto en esta edad; también mejorar la vida del infante y obtener datos epidemiológicos de los índices de caries y las diferentes patologías bucales, como también los distintos tratamientos específicos: esto conlleva a disminuir el índice de caries, mediante trabajo preventivo fomentando e incluyendo el programa la odontología del preescolar de tres a seis años, lo cual ocasionaría el aumento del porcentaje de niños de cinco años libres de caries.

La prevalencia de la enfermedad caries dental en pacientes del grupo etario comprendido entre 6 meses y cinco años de edad en la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera de la ciudad de Valencia Estado Carabobo, fue objeto de estudio en el año

2007 por Zavarce¹⁴. La presente investigación tuvo como propósito general describir la prevalencia de la enfermedad caries dental en pacientes pertenecientes al grupo etáreo comprendido entre seis meses y cinco años de edad que asistieron el último trimestre del 2006, a la consulta externa de pediatría de la ciudad hospitalaria Enrique Tejera, de la ciudad de Valencia, estado Carabobo. La indagación estuvo enmarcada dentro de una modalidad no experimental, descriptiva y de campo debido a que se obtuvieron datos directos a través de la observación luego, se analizaron a través de la estadística descriptiva, por medio de distribución de frecuencias absolutas (porcentaje y promedio). Se concluyó que el porcentaje de niños afectados por caries fue del 41%, lo que se puede inferir que de cada diez pacientes estudiados cuatro presentaron caries. En relación al porcentaje de niños libres de caries dental, el estudio arrojó que el 59% de los niños estudiados estaban libres de caries, lo que igualmente se puede inferir, que de cada 10 niños, aproximadamente 6 de ellos estaban libres de caries.

En cuanto a la prevalencia de caries dental en los diferentes grupos etáreos de la población, se encontró que el valor del índice de CEOD más alto se registra en el grupo de 4 a 5 años de edad (3.63). Observándose un incremento significativo a la edad de 3 a 3.99 años (3.60); el promedio más alto de los componentes del indicador corresponde al índice de cariados. En este contexto, el índice ceos, registra el valor mas alto a la edad de 3 a 3.99 años (7.20), constituyendo igualmente el componente cariado el mayor promedio de superficies afectadas en todas las edades. El análisis refleja una tendencia clara a incrementar los índices de ceod y ceos, a medida que aumenta la edad en la población en cuestión. La prevalencia de acuerdo al sexo, es de hacer notar que el valor del índice del ceod registra un mayor promedio en el sexo masculino (2.24), constituyendo el componente cariado, igualmente, el de mayor aporte al índice (2.04). En el índice de ceos, el sexo masculino tuvo similarmente mayor promedio (3.29), el componente cariado fue el de mayor aporte (3.10), sin embargo, hay que considerar que el componente obturado fue mayor en el sexo

femenino, que en el sexo masculino.

En relación al diente primario más afectado por caries dental: en la arcada superior el diente más afectado fue en primer lugar, el incisivo central derecho (51), sin embargo, los molares registraron un alto porcentaje de caries. En la arcada inferior los dientes más afectados fueron los segundos molares primarios (85 y 75), siguiendo en frecuencia los primeros molares primarios (84 y 74). Al hacer un análisis de ambas arcadas se puede concluir que los dientes más afectados por caries dental fueron los segundos molares primarios (85 y 75).

Samra de Quintero, et al¹⁵, también en el año 2006 hicieron un estudio retrospectivo de las emergencias odontológicas en pacientes pediátricos, y el objetivo general fue caracterizar las consultas de emergencias traumáticas y no traumáticas, del Centro Integral de Atención al Niño y al Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, en los años 2001 hasta el 1er. semestre del 2005. Se analizaron 1006 historias clínicas de las emergencias de los pacientes atendidos en este centro revisando datos referentes a: edad, sexo, diagnóstico, etiología, ubicación anatómica de la lesión, tipo de dentición, radiografías y se clasificaron en traumáticas y no traumáticas. Como resultado se tuvo que 6,04% de las consultas atendidas en los años estudiados correspondía a emergencias bucomaxilofacial, la edad promedio de los niños fue 7.59 ± 3.68 años, predominando el sexo masculino (53.68%). El 12.62% correspondía a casos traumáticos y el 87.38% a no traumáticos. La edad que prevaleció tanto para los traumáticos y no traumáticos fue de 6 a 10 años (37.01% y 38.33% respectivamente). En las traumáticas las lesiones de tejidos duros dentarios y de la pulpa fue la mas frecuente (62.20%); las caídas fueron las mas observadas (70.08%). Tanto los dientes primarios como los permanentes fueron afectados de manera similar, pero los más lesionados fueron los incisivos superiores. En los casos no traumáticos las pulpitis (40.28%) fueron las mas vistas. Se recomendó considerar la atención únicamente de las verdaderas

emergencias e incrementar las actividades de prevención dirigidas a la comunidad.

En el año 2006 Gomes, et al¹⁶ realizaron un estudio denominado caries precoz: influencia de variables socio-comportamentales y de locus de control de salud en un grupo de niños de Araraquara, São Paulo, en Brasil. El objetivo de este estudio fue verificar la relación entre la caries precoz, variables socio-comportamentales de los locus de control de salud en un grupo de niños de 24 a 35 meses de edad de Araraquara, San Paulo, Brasil. Fueron atendidos todos los niños de ambos sexos; el mencionado grupo etéreo, matriculados en siete Centros Municipales de Educación y Recreación Infantil, totalizando 110 niños. Los exámenes fueron realizados por un examinador previamente entrenado para la aplicación de los criterios propuestos por la OMS, para determinar la condición dentaria.

Un cuestionario fue respondido por las madres, siendo que su contenido incluía información referente tanto a las características socio-económicas, comportamientos y costumbres relacionadas a la salud bucal de los niños, como de la estadística multidimensional de los centros de control de salud. La presencia de caries precoz fue de 28,2%. Se observó significativa relación entre a escolaridad paterna ($p = 0,01$) y caries precoz; no hubo relación significativa entre las medidas de ninguna de las subescalas de locus de control de la caries precoz. Los resultados sugieren que los países no deben ser vistos como sanadores, sino que deben tener una influencia determinante en el desarrollo del niño como el todo.

En el año 2004, Savage, et al¹⁷, determinaron un efecto de las visitas dentales preventivas a edades tempranas sobre la posterior utilización y costos de los servicios odontológicos entre los niños preescolares. El estudio involucró un seguimiento de 5 años a 53591 niños de Carolina del Norte, EEUU. Los resultados indican que el 27% tuvo su primera visita antes de los 5 años, el 18% tuvo al menos una consulta para tratamiento restaurativo antes de los 5 años y el 14% acudió por lo menos una vez para tratamiento de urgencia. De los pacientes que tuvieron su primera visita antes de

los 5 años, 0.24% tuvieron su primera visita antes del año, 2.7% entre 1 a 2 años, 5.1% entre los 2 y 3 años, 9.9% entre 3 y 4 años y 8.9% entre 4 y 5 años. Los niños que tuvieron su primera visita a la edad de 1 año eran más propensos de requerir tratamientos preventivos y de control, con bajos costos. Mientras que los niños que la habían tenido entre los 2 y 3 años, regresaban a la consulta para tratamientos restauradores o de urgencia, con costos mayores. Se concluye que los niños asegurados en el programa, y que tuvieron visitas odontológicas preventivas a una edad temprana, eran más probables a acudir para tratamientos preventivos subsecuentes de bajos costos. Este estudio presenta un valioso aporte al trabajo que se realizará, ya que refuerza el hecho de que la atención de los niños a edad temprana previene mayores complicaciones bucodental a edades posteriores, con lo cual se disminuyen los costos en lo referente al servicio, por un lado para los pacientes y por otro las cargas para el estado.

Revisando los estudios en el campo de la atención odontológica del niño y el bebé, es interesante considerar el realizado por Guillén et al¹⁸ en el año 2004 en Perú, referente a la odontología para el bebé: modelo de atención en salud pública. Ya que este estudio presenta algunas similitudes con el que se pretende realizar. Se hace referencia que la odontología para el bebé surge en Perú en 1997, con la unidad del bebé en el instituto especializado de salud del niño, donde se implementó un programa destinado a la atención del niño menor de tres años; se cambió el concepto antiguo de que la atención a los niños debía comenzar por los tres años de edad, pero a partir de 1987 se demostró que la prevalencia de caries del niño de cero a 30 meses era muy alta, del 34%, que coincidía con datos mundiales.

Por tanto gran parte de la población menor de tres años, era desasistida de la atención odontológica, presentando necesidades curativas incluso antes del primer examen de rutina. Ante esta realidad se implementa el servicio de odontología del bebé, para brindar atención especializada a niños menores de tres años y en dos

grandes grupos, aquéllos que no han desarrollado la enfermedad, basados en el riesgo de caries y los que ya presentan la enfermedad basados en la actividad de caries.

El estudio es importante como antecedente ya que concluye que la odontología para el bebé está fundamentada en la educación y en la prevención, siendo la concientización de los padres la clave principal para educar y motivar.

En el año 1997, continuando con los cuidados de salud oral desde antes del primer año de vida, Erickson y Thomas¹⁹, en su estudio realizado en la Academia Americana de Odontopediatría, (AAPD), corroboraron que los cuidados preventivos de salud oral durante el primer año de edad conllevan al mantenimiento de la misma en un largo plazo. Los autores pretenden evaluar la aceptación entre los odontólogos, de la guía de recomendaciones sobre salud oral de la AAPD. Se realizó un cuestionario a 913 odontopediatras, miembros de la AAPD; Se obtuvieron diferentes resultados: el 72.6% concuerda con las recomendaciones de la AAPD pero solo el 46.6% las ponía en práctica. Se observó que los profesionales más jóvenes estaban de acuerdo con los lineamientos de la AAPD (85%) y realizaban las primeras consultas dentales entre los 6 a 12 meses de edad (66%). Cerca del 20% de los profesionales reportó que no realizaban evaluaciones a infantes, por diferentes razones: la condición, y no la edad del paciente debe ser la razón para una evaluación dental (78.4%); los padres no valoran la importancia de una evaluación a temprana edad (64.0%).

El presente estudio se toma como antecedente ya que aprecia, en este caso por parte de la academia, el hecho de que se debe proveer más información sobre la edad en la que se debe realizar la primera consulta odontológica, y como ésta debe ser desarrollada para que realmente el resultado sea beneficioso para los pacientes infantes en lo referente al cuidado odontológico.

Bases Teóricas

A continuación, se dan a conocer algunos elementos teóricos, los cuales sirven de sustento teórico referencial.

Odontología, su Historia

La Odontología, es la particularidad clínica facultada para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, el cual incluye los dientes, la encía, la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas, como los labios, amígdalas, orofaringe y la articulación temporomandibular. Revisando los anales de la historia se tiene el registro más antiguo que existe sobre una práctica primitiva egipcia de la odontología data de hace 5.000 años²⁰. Más adelante en el desarrollo de la historia, en Europa se encuentra la figura de Hesse-Re a quien se considera el iniciador como tal del oficio de la odontología. Un epígrafe egipcio en madera muestra a Hesse-Re como jefe de médicos de la corte. Tiempo después esta profesión fue asumida por los barberos quienes además de los servicios de cortes de cabello, asumían las extracciones dentales de los clientes aquejados de dolor. Luego que comenzaron a ejercer los flebotomianos y cirujanos odontólogos en distinta partes del mundo, como parte de las autorizaciones dadas por las autoridades españolas de la época.²⁰

El francés Pierre Fauchard es considerado el padre de la Odontología Moderna, por sus novedosos aportes a la especialidad. Éste, nació en Gran Bretaña en 1678. En 1723 publica su obra llamada: *Le chirurgien dentiste; ou, traité des dents*, lo cual traduce: el cirujano odontólogo; o tratado sobre los dientes. En su libro cubrió el campo completo de la odontología y muchas de las ideas y procedimientos que aconsejo o describió siguen vigentes hoy en día. Trato la anatomía y la morfología dental, además de las anomalías de los dientes. Disertó sobre la caries dental, sus causas y prevención, y rechazó la teoría del gusano dental, aduciendo que el no había

visto nunca tale gusanos, ni con los ojos ni con el microscopio; se inclinaba a creer mas bien, que la caries era un resultado de un desequilibrio humoral²¹.

Especialidades de la Odontología

Entre las especialidades de la odontología están las siguientes: ²⁰

1. Odontología General: (Cirujano Odontólogo, Odontólogo, Estomatólogo). El Odontólogo de práctica general realiza el estudio tratamiento y prevención de las afecciones bucales. Se apoya y coordina con los especialistas de las diferentes ramas de la odontología y medicina, mediante ínter consultas o remisión de pacientes para la realización de tratamientos complejos, específicos de otras especialidades.

2. Cirugía Máxilo Facial: (Cirugía bucal, oral, maxilar). El profesional especializado en Cirugía Máxilo Facial realiza los estudios y tratamientos quirúrgicos de enfermedades y alteraciones en la cavidad bucal y tejidos relacionados, tales como extracciones quirúrgicas de quistes, dientes en mala posición, tratamiento de traumatismos, cirugía estética, post traumática, colocación de Implantes, entre otros.

3. Endodoncia: El Odontólogo especializado en Endodoncia realiza el estudio tratamiento y prevención de las enfermedades del tejido nervioso y circulatorio de los órganos dentarios.

4. Ortodoncia y Ortopedia maxilar: El Odontólogo especializado en Ortodoncia u Ortopedia realiza el estudio tratamiento y/o prevención de las afecciones ocasionadas por anomalías de desarrollo crecimiento y/o mala posición de los dientes.

5. Periodoncia (Parodoncia): el Odontólogo especializado en Periodoncia realiza el estudio y tratamiento de las enfermedades y anomalías de las encías y del soporte óseo de los dientes.

6. Rehabilitación Bucal: (Prótesis, Prostodoncia, Gnatología), El Odontólogo especializado en Rehabilitación Bucal u Oral, realiza el estudio y tratamiento de las

afecciones causadas por pérdida de dientes, mal posiciones, malformaciones, anomalías en la articulación mandibular, problemas de la mordida (oclusión).

7. Implantología: realiza el estudio y tratamiento para la colocación de implantes en el hueso de los maxilares, para ser rehabilitados posteriormente con placas, coronas o puentes.

8. Cosmetología Dental: Esta área de la Odontología está encaminada a la rehabilitación con fines estéticos de alteraciones en forma color tamaño y posición de los dientes, que producen una apariencia desagradable a la vista. Ese tipo de tratamientos son realizados por Cirujanos Odontólogos de práctica general y especialistas en Rehabilitación

9. Odontopediatría: El Odontólogo especializado en Odontopediatría realiza el estudio tratamiento y prevención de los padecimientos del aparato masticatorio y órganos dentarios de niños y adolescentes. Se apoya y coordina con los especialistas de las diferentes ramas de la odontología y medicina, mediante ínter consultas o remisión de pacientes para la realización de tratamientos complejos, específicos de otras especialidades.²⁰

Odontología Infantil

La odontopediatría u odontología infantil, es la rama de la odontología que se encarga de la atención del niño y adolescente. Aproximadamente a los seis meses de edad aparece el primer diente y alrededor de los 3 (tres) años el niño tiene su dentadura temporal completa es decir 20 dientes temporales. Se recomienda que cuando el bebé cumpla 1 año de vida se le realice una cita con el odontopediatra, quien examinará el desarrollo dentario y determinará los posibles patrones y rutinas de higiene.

Las nuevas tendencias en cuanto a la odontología pediátrica han variado notablemente en la última década. Algunos autores afirman que antes se decía que el niño debía visitar al odontólogo pediátrico por primera vez cuando tuviera presente todos sus dientes de leche aproximadamente a los dos años y medio de edad. Actualmente esto ha cambiado. La odontología para bebés desarrolla un nuevo concepto basado en la prevención y educación, brindándoles a los padres información necesaria para asegurar la salud bucal de sus hijos e hijas.²²

Según los reportes de la literatura mundial, el consenso de las diferentes academias de odontología pediátrica acuerdan que el niño(a) debe acudir por primera vez al odontólogo pediátrico a partir de la erupción de su primer diente de leche (aproximadamente a los 6 meses de edad) y en un periodo no mayor a los 12 meses después de la erupción del mismo. Sin embargo es importante recalcar que la boca del bebe debe limpiarse aun sin la presencia de dientes con gasa o paño limpio y agua evitando así la presencia de infecciones causadas mayormente por hongos.

Esta primera visita se lleva a cabo en dos partes. La primera parte sería el enfoque educativo-preventivo donde se le orienta al familiar y al responsable del cuidado del niño sobre aspectos importantes en cuanto a dieta, higiene, hábitos nocivos, alteraciones de crecimiento y desarrollo y la transmisibilidad de la bacteria que produce la caries dental (*estreptococo mutans*).

Estudios demuestran que las madres así como las personas responsables del cuidado del niño, con alto índice de caries (niveles altos de *estreptococos mutans*) pueden transmitir estos a los niños a través de la saliva en acciones como: soplarle los alimentos para enfriarlos, probar de la cuchara del bebe, besos en la boca entre otros. Estas costumbres perjudiciales deben ser evitadas y es muy importante mantener los niveles de *estreptococos mutans* de estas personas disminuidos. En la segunda parte de la visita se realiza un exámen minucioso de la cavidad oral. Se procede a limpiar los dientes y los tejidos blandos instruyendo al familiar la forma adecuada de hacerlo

en casa. Esto se hace con cepillo dental, gasa, hilo dental dependiendo de las condiciones específicas de cada paciente. También se aplica flúor en pequeñas pinceladas. Si existe alguna condición que así lo requiera puede ser necesaria la toma de radiografías. Una vez concluida la primera visita se analizan los factores de riesgo del paciente y se determina la fecha de la siguiente visita.

Con este proceso se tiene como misión principal velar por la salud bucal de los niños y adolescentes del país y concienciar a la comunidad proporcionando herramientas para una niñez libre de caries.²¹

La Caries, Aparición

La caries dental es una enfermedad prevalente en todas las regiones de la tierra, que afecta individuos de todas las razas y de ambos sexos.²³ No existe una definición universalmente aceptada de la caries de la niñez temprana. La de la niñez temprana puede clasificarse según Cárdenas²⁴:

1. Tipo I: de leve a moderado, son lesiones cariosas que afectan sólo una o dos piezas dentales, ya sean molares o incisivos.
2. Tipo II: de moderado a severo, son lesiones cariosas que afectan los incisivos maxilares. Los molares pueden estar o no afectados por caries y los incisivos mandibulares será el micrófono de alerta.
4. Tipo III: severo, son lesiones cariñosas que afectan todo los dientes.

Epidemiología de la Caries de la Niñez Temprana en la Región

Se conocen pocos estudios epidemiológicos elaborados en América Latina sobre este tipo de caries sin embargo, a pesar de lo anterior, es gracias a algunos

centros educativos universitarios, ubicados en los diferentes países de la región y a otro grupo de profesionales independientes que se ha logrado recolectar uno datos pertinentes y su mayoría han sido efectuados en pequeñas comunidades. Esta información permite tener hoy una aproximación a la realidad actual de la condición²

Dadas las marcadas diferencias en las condiciones en las que los estudios han sido realizados en las metodologías empleadas en la recolección de información, no se torna sencillo establecer comparaciones basándose en los datos publicados: por una parte, hay variaciones en la forma de clasificar la enfermedad, lo que dificulta la interpretación de los datos y por otro, no todos los estudios consignan claramente los criterios de clasificación. Además, se han encontrado grandes variaciones en las características propias de las muestras bajo estudio, presentándose grandes diversificaciones de las mismas, ya que muchos casos no son aleatorias y además los grupos poblacionales estudiados difieren entre sí no sólo en cuanto sus características propias sino también en cuanto a la situación geográfica.

Estas variaciones se dan no sólo entre los diferentes países, sino incluso dentro del mismo país. A lo anterior se suma la diferencia respecto a las prácticas alimentarias de los niños según las características étnicas y culturales del grupo poblacional al que pertenece.

Cuando se trata de los niños calificados como infantes, debe además considerarse el hecho de que muchos niños latinoamericanos preescolares permanecen en el seno de sus hogares hasta el inicio de educación preescolar formal, que por lo general ronda alrededor de los cinco o seis años de edad, dificultándose para los investigadores su ubicación y localización.²

En el año 2004, la OPS realizó una reunión regional con 23 jefes de la salud oral en la Habana Cuba. Sólo seis de los países participantes reportaron haber estudiado la condición de caries de la niñez temprana:

- Nicaragua reportó 81% de prevalencia de caries de mini temprana niño menor

de seis años.

- Bahamas, un 58%.
- Chile, 85% de niños preescolares con caries.
- Honduras, un 60% de niño menor de seis años con caries.
- Ecuador sólo reportó 13, 2% de niños preescolares con caries basados en una encuesta nacional.
- Colombia reportó un 60% de prevalencia de caries de niñez temprana con un índice de dientes cariados promedio de tres. Cuatro.
- Cuba no reportó su índice del índice de caries temprana pero manifestó su intención de seguir disminuyendo sus índices de caries.
- Guatemala y Venezuela reportaron no tener estadísticas nacionales en los últimos 10 años.²

Caries de la Niñez Temprana

La caries dental es la enfermedad crónica más común en infantes, cinco veces más común que el asma, siete veces más que la fiebre y catorce veces más que la bronquitis crónica. Así mismo, esta enfermedad ha sido considerada una enfermedad de la civilización moderna, ocurriendo tanto en países desarrollados como no desarrollados.

La literatura reporta que la incidencia de caries de infancia o niñez temprana es de aproximadamente 70% en países subdesarrollados y del 1% al 12% en desarrollados, con aumento en poblaciones con riesgo social.³

Seguidamente se presentan vistas de caries de niñez temprana.

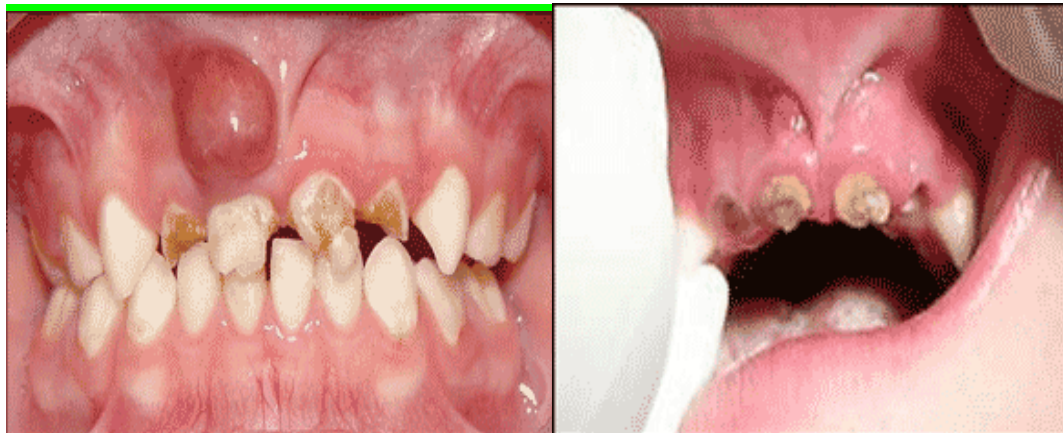


Gráfico 2. Caries de la Niñez Temprana. (OMS, 2008)

Muchos términos se han utilizado para describir la caries dental en infantes. Estos incluían “caries de biberón” o “caries de mamadera”, llamada así por primera vez en 1862 por el pediatra Jacobi y descrita como se conocía hasta hace unos años por el Dr. Fass en 1962.²² Estos términos tendían a identificar la caries en la superficie labial de los dientes deciduos antero-superiores y solamente lo relacionaban con la leche que tomaba el niño, especialmente el biberón nocturno. Estos conceptos han ido cambiando; en la conferencia realizada en 1994, por el Centro de Control y Prevención de la Enfermedad en USA, se recomendó el uso de un término más específico a la llamada “caries de biberón”.

Esto refleja un cambio de filosofía acerca de las causas de la enfermedad caries en niños muy pequeños. El nuevo término Early Childhood Caries (ECC), vuelca la importancia inicialmente dirigida al uso del biberón, hacia otros factores que contribuyen hacia su aparición y desarrollo, tales como factores psico-sociales, conductuales y socio-económicos.

ECC en castellano Caries de Infancia Temprana, es un término relativamente nuevo que abarca todo los tipos de caries que ocurren en la dentición decidua de los

niños hasta los 71 meses de edad. Se define, como la presencia de uno o mas dientes deteriorados (lesiones cavitadas o no), perdidos (debido a caries), o con cualquier superficie obturada en dientes deciduos.²²

Hardison et al ²⁵ en el año 2001 adiciona el término Caries de la Infancia Temprana Severa (S-ECC) que se usa para referirse a patrones de dientes cariados “atípicos”, “progresivos”, “agudos” o “rampantes”. El diagnóstico de ECC o S-ECC es dependiente de la edad del niño y de la extensión de la experiencia de caries. Así S-ECC se emplea en niños de 3 a 5 años, donde se encuentran uno o más dientes cavitados, perdidos por caries o superficies obturadas en los dientes antero-superiores. La puntuación usada es =4 a la edad de 3 años, =5 a la edad de 4 años y =6 a la edad de 5 años.

Los criterios clínicos que se usan para el diagnóstico de Caries de la Infancia Temprana son los siguientes: lesiones iniciales de caries (mancha blanca), que generalmente aparecen en la superficie vestibular de los incisivos maxilares cerca de los márgenes cervicales, como también una ligera área de desmineralización o un punto en la superficie del esmalte, poco después de la erupción dentaria. Estas lesiones pronto se pigmentan de un ligero color amarillo, al mismo tiempo se extienden lateralmente a áreas proximales. Esta entidad patológica presenta algunas características durante su evolución: la lesión de caries dental avanza siguiendo la cronología de erupción de los dientes primarios; los incisivos mandibulares no son frecuentemente afectados debido al patrón muscular de succión del infante, que al protuir la lengua protege naturalmente a estos dientes, pero en estadios avanzados, pueden estar comprometidos. Al evolucionar la enfermedad, se puede observar clínicamente, pérdida de la integridad coronaria, compromiso pulpar, extensión de la lesión alrededor de la circunferencia del diente; resultando en fractura coronaria patológica al mínimo trauma y en muchos casos solo se pueden visualizar remanentes radiculares.²⁵

La mancha blanca, es el primer estadio de la caries dental, se presenta durante el primer año de vida; cuando las causas desencadenantes no son controladas, el avance es rápido produciéndose la cavitación y profundización de la lesión, pudiendo llegar a la destrucción coronaria antes de los 3 años de edad.

Debido al efecto que produce el no remineralizar las superficies dentarias en el estadio mancha blanca, es que ECC considera este estadio como parte de la enfermedad, a diferencia de las antiguas clasificaciones, que consideraban la enfermedad a partir de la cavitación de la superficie dentaria. Las consecuencias de ECC incluye un riesgo alto de nuevas lesiones cariosas, hospitalizaciones e incluso tratamientos realizados en salas de emergencia u operaciones, retrasando así el desarrollo físico del niño (especialmente en la talla y/o peso), incrementando el tiempo y costo de tratamiento.

Algunos niños pequeños pueden presentar un severo bajo peso que puede estar asociado a dolor para comer, pérdida de días en el colegio, actividad física restringida, e incluso disminución de la habilidad para aprender.²⁵

Brasil y la Odontopediatría

Es importante en este contexto exponer que el manejo de la odontopediatría es relativamente nuevo, ya que a partir de 1983 se comienza a hablar en el ámbito mundial, de la atención para infantes en el aspecto odontológico. Son los odontólogos brasileños¹¹ los que logran avances importantes en esta disciplina. A diferencia de los norteamericanos, los brasileños alcanzan un mayor nivel debido a las diferencias entre las patologías de los respectivos pacientes de ambos países, y logran romper con la tradición de atención dental, de atender sólo a niños mayores de cuatro años.

Los odontólogos brasileños desarrollaron el método y la técnica gracias a estudios llevados a cabo principalmente en la clínica de bebés en la Universidad de

Bebés Paraná, Brasil, dirigida por el Prof. Dr. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter, quien es el pionero en la Odontología para Bebés en el mundo. Es magíster y Doctor en Odontopediatría, y es autor del libro “Odontología para el Bebé”.

Entre sus aportes a la Odontopediatría esta el hecho de perfeccionar progresivamente los aparatos adecuados para la atención de los pequeños.

A continuación se muestran técnica de atención de bebés en las camillas.



Gráfico 3. Stephen Goepferd en la Universidad de Iowa, utilizando posición rodilla-rodilla para atención del bebé. Tomado de: De Angelillo, (2009)⁵



Gráfico 4. Clínica de Bebés. Rama de Salud Oral: Posición de operador doce horas (tratamientos educativos-preventivos). Tomado de: De Angelillo, (2009)⁵

Los pacientes que se observan en las gráficas anteriores, están ubicados en la camilla de bebés, sujetos con un mecanismo tipo pañal que los inmoviliza y elimina el punto de apoyo de las piernas.



Gráfico 5. Niña de 24 meses adaptándose en una posición sentada. Tomado de: De Angelillo, (2009)⁵

La Orientación en Odontopediatría. Etapas

La Odontopediatría como ya se expuso, se conoce como orientación preventiva

a un sistema de asesoría proactiva, basada en el desarrollo, que se enfoca en las necesidades de un niño en una etapa particular de su vida. Este concepto viene a sustituir el mensaje unidimensional tradicional sobre la prevención de la enfermedad dental.²⁶

Esto ya que la orientación preventiva da a los padres la oportunidad de hablar acerca de sus hijos, obtener una información adecuada a la edad, y conocer de antemano la manera en que el desarrollo y el medio afectarán la salud bucal en los siguientes meses. Con esta orientación preventiva relacionada con el desarrollo del niño se amplía el alcance de la odontología en áreas que tienen implicaciones para la salud bucal de los niños. Por último, da al odontólogo un formato congruente y estratificado para la asesoría y la toma de registros, y evita la repetición rutinaria, que pierde fuerza cada vez en lugar de motivar.

Es importante realizar la orientación preventiva en odontología pediátrica. Con esto se pretende ser utilizada la información específica que debe darse a las familias que se atienden, para registrar la información que han dado a los padres, o bien, utilizarlo como un instrumental útil para evaluar el desarrollo dental.²⁶ Seguidamente se presentan las etapas:

Etapas I: Del nacimiento a los seis meses

1. Información sobre la erupción del primer diente y patrones de erupción.
2. Uso adecuado del biberón y peligros de la caries de biberón.
3. Limpieza diaria de los dientes con una toallita o un cepillo blando durante el baño o después de las comidas.
4. Mecanismos y función del flúor en la prevención de caries - cubrir métodos de administración en la dieta.
5. Información sobre los hábitos bucales; mordedura de objetos y succión del

pulgar.

6. Transmisión del estreptococo mutans.

Etapla II: de los 12 meses a un año

1. Explicar el patrón de erupción que se espera en los próximos seis meses.
2. Recomendar la interrupción del uso del biberón y del “chupón”
3. recomendar la dosificación y uso del consumo de azúcar
4. Comentar sobre la retención de alimentos y el desarrollo de caries.
5. Comentar sobre el uso rutinario del cepillo dental y pasta dental fluorada.
6. Demostrar una técnica adecuada para que los padres puedan realizar el cepillado correcto.
7. Revisar y actualizar las dosis y vehículos del flúor.

Etapla III: desde los 18 meses

1. Explicar la erupción esperada en los próximos seis meses.
2. Cubrir los temas de nutrición y meriendas con base a una dieta balanceada y no cariogénica.
3. Investigar problemas respecto a la cooperación del niño en los procedimientos de higiene bucal.
4. Revisar y actualizar la situación en cuanto al uso del flúor.
5. Explicar las quemaduras eléctricas y el cuidado en el hogar para la prevención de los traumatismos dentales.

Etapla IV: Dos años

1. Explicar la oclusión y conceptos relacionados al apiñamiento, espacio y pérdida del mismo, sobremordidas: vertical y horizontal.
2. Analizar la necesidad de ayuda a los padres en la higiene bucal; preguntar acerca de si hay problemas.
3. Explicar la forma adecuada de aplicar el flúor, pastas dentales, aplicación profesional, y suplementos.
4. Instrucciones al maternal o guardería para el caso de urgencias dentales.
5. Explicar que durante este periodo se completará la dentición primaria.

Etapas V: Tres años

1. Señalar que a esta edad la dentición primaria está completa y que hasta los seis años se mantendrá estable.
2. Explicar sobre el desgaste oclusal durante este periodo y sobre el bruxismo.
3. Revisar sobre el estado del uso del flúor.
4. Explicar la posibilidad de provocar angustia durante la separación de la madre o el padre durante la cita dental.
5. Explicar la función de las radiografías en el diagnóstico temprano de la caries.
6. La supervisión paterna durante la higiene bucal debe ser mantenida.

Etapas VI: Cuatro años

1. Seguridad en el uso de las bicicletas, patines, y tablas de surfear para la prevención de traumatismos dentales.
2. Discutir sobre la necesidad de ir eliminando los hábitos de succión digital.

3. Conducta esperada durante las citas dentales.

Etapas VII: Cinco años

1. Exfoliación de dientes, patrones de erupción y posibles problemas.
2. Uso adecuado de refrigerios y meriendas en las actividades escolares.
3. Inicio de enjuagues de flúor y aquellos para el control químico de la placa.
4. Verificar que la escuela del niño cuente con un plan de atención de traumatismos dentales.
5. Eliminación de la succión digital si es un problema.

Etapas VIII: Seis años

1. Función de guía de los molares de los seis años.
2. Oclusión, ortodoncia en el contexto de salud individual.
3. Explicar sobre la salud gingival y periodontal.
4. Guiar en técnicas y métodos de uso del hilo dental.
5. Verificar la disponibilidad de flúor en la escuela.
6. Preguntar acerca si los enjuagues se complementan con flúor.
7. Seguridad en los deportes y protectores bucales.
8. Revisar los medios de transporte dental en casos de avulsión.
9. Repercusión de la caries, dolor, días perdidos para el tratamiento y enfermedad en el aprovechamiento escolar.
10. Sellantes de fosas y fisuras en los primeros molares permanentes.

Etapas IX: Ocho años

1. Explicar bien este período del "patito feo" en cuanto al desarrollo dental, debido a la erupción de los incisivos permanentes superiores y la estructura y forma de los mismos.
2. Recomendar a los padres retirar su supervisión directa en los aspectos de higiene bucal y asumir una función de intervención y evaluación periódica.

Etapas X: Diez años

1. Señalar las etapas restantes del desarrollo dental.
2. Explicar el crecimiento facial y cambio de facciones.
3. Enfatizar el consumo de refrigerios y meriendas con relación a la mayor necesidad de energía en su relación con la salud dental.
4. Revisar el estado respecto al flúor y la necesidad de aplicaciones sistémicas o tópicas.
5. Explicar sobre el abuso de drogas y su efecto en la salud general y bucal.
6. Explicar la influencia de las hormonas en la cavidad bucal.
7. Referir para evaluación ortodóntica.

Etapas XII: Doce años

1. El niño se hace cargo de su propia higiene.
2. Sellado de los segundos molares permanentes.
3. Considerar las visitas al odontólogo, sin compañía cuando ya es adolescente.
4. Alentar el conocimiento de la historia de salud dental y general en el paciente

adolescente.

Etapas XIII: Dieciséis años

1. Terceros molares, su desarrollo y función.
2. Explicar al adolescente sobre los temas de salud bucal, con énfasis en las consecuencias a largo plazo de la enfermedad.
3. Cambios generacionales en la dentición.
4. Necesidad de las visitas regulares, responsable el adolescente.
5. Comentar sobre la enfermedad periodontal irreversible.²⁶

En épocas pasadas, cuando la odontología aún no se orientaba hacia la prevención recomendar que la primera visita del niño al odontólogo se realizara a los 3 años de edad parecía prudente desde el punto de vista del manejo del paciente. Por fortuna la odontología moderna se orienta hacia la prevención y la mayoría de los odontólogos actuales comprenden sus obligaciones para prevenir la enfermedad y buscan estrategias de prevención para asegurar el mantenimiento de una salud bucal en todos sus pacientes.²⁶

Con esto en mente, es obvio que en su primer año de vida el niño es un paciente muy deseable desde el punto de vista preventivo, ya que cualquier acción que se realice en favor de la prevención tendrá un efecto que perdurará toda la vida. Así mismo, puesto que el objetivo principal de la atención odontológica del niño es formular una estrategia encaminada a la prevención de padecimientos dentales, la conducta del niño es tan incidental para el odontólogo pediátrico como lo es para el médico.

En la actualidad, el odontólogo con orientación familiar tiene una participación activa en los cursos prenatales y el examen de bebés. Este establece comunicación

con los médicos familiares y pediatras dentro de la comunidad, y está preparado y listo para proporcionar la información que ayuda a los médicos de la comunidad a comprender lo concerniente a la salud bucal del lactante. Además, incluye con entusiasmo en su consulta a niños menores de un año de edad. Si los padres le consultan acerca de higiene, complementos dietéticos de fluoruro, nutrición y lactancia, este profesional se encuentra preparado para responderles en cualquier momento. Por último, el odontólogo pediátrico que comprende las técnicas de control y estabilización del niño en este grupo de edad puede, cuando es necesario, tratar enfermedades o lesiones odontológicas que se presente en estos casos.²⁶

Manejo del Comportamiento de los Pacientes en la consulta Odontopediátrica

Los fines a conseguir en el manejo del comportamiento de un paciente niño/a, son: establecer una actitud positiva hacia la salud y el cuidado dental, así como crear circunstancias durante las cuales el tratamiento pueda llevarse a cabo eficaz y eficientemente. Se ha examinado que el defecto físico más común encontrado en niños de edad escolar es el de las caries dentales, hecho que se ha comprobado a través de los años con diferentes estudios. Esto lleva a concluir que todos los profesionales de la salud, y en particular los odontopediatras, deben redoblar sus esfuerzos para aceptar más niños en sus consultorios y para practicar la odontología preventiva en todo el sentido de la palabra. El hecho de que una gran parte de la práctica dental está constituida de niños hace imperativo el que los odontólogos estudien continuamente su psicología y la odontopediatría clínica, facilitando así la comunicación de ambas partes, la aceptación del tratamiento y el éxito en alcanzar los objetivos, el cual es disminuir la cantidad de enfermedades bucales en los pacientes adolescentes y posteriormente adultos.^{11,23}

Naturaleza y tipos de miedo en la consulta odontopediátrica

Una de las primeras emociones obtenidas inmediatamente que se nace es el miedo, aunque el niño está ignorante de la naturaleza del estímulo que lo produjo. Al crecer el niño, su capacidad mental aumenta, por lo cual estará consciente del estímulo que le produjo el miedo y puede identificar cada uno individualmente. Trata de ajustarse a estas experiencias recurriendo a huir si no puede solucionar el problema de otra forma. Si el niño se siente inadecuado para tratar con la situación y la posibilidad de huir es físicamente imposible, el temor entonces se intensifica.²¹

De lo anteriormente expuesto deriva que la naturaleza del miedo, aunque ésta sea una de las emociones del paciente que más le concierne al odontopediatra, no explica a cabalidad el comportamiento del niño en el sillón dental. Hay diversas influencias interpersonales que alteran el comportamiento del niño. Cada uno responde al miedo de manera diferente.

Los padres son quienes más influyen en estas relaciones interpersonales, por ser la relación padre-hijo sumamente íntima y, por lo tanto, la más potente en determinar el comportamiento emocional del niño. Si la actitud de los padres es defectuosa, el comportamiento del niño se afecta y lo hace un paciente no satisfactorio. Si por el contrario, la actitud de los padres hacia sus hijos es saludable, los niños crecerán en un ambiente favorable y generalmente son buenos pacientes. La actitud de los padres puede, por lo tanto, determinar cuándo se puede esperar un comportamiento manejable u hostil, cooperador o rebelde, de rechazo o aceptación.²¹

Papel del Odontopediatra en la Atención del Niño en Consulta

La forma como el odontopediatra aborde al niño/a, es uno de los factores decisivos para ganarse la confianza del mismo. El odontopediatra debe tener una apariencia agradable, recibir al niño personalmente y llamarlo por su nombre, ser

franco y explicarle lo que se le va a hacer, mostrarle algún instrumental sencillo y hablar en forma pausada para mantener el niño pendiente de su voz y no de lo que va a hacerle.⁸

El niño tiene que reconocer que el temor es normal. Se le debe explicar que sentirá alguna molestia, pero que se le tratará con cuidado. No debe mentírsele, ni decirle que no hay que temer, cuando en realidad el temor está presente, pues existirá una contradicción entre lo que se dice y lo que ocurre. El niño conceptuará al odontopediatra como ignorante o mentiroso, se sentirá incómodo y confundido. Por lo cual es más saludable admitir la presencia del temor, para que el paciente coopere. El niño se percatará de que sólo él podrá dominar su temor. Al lograrlo, se sentirá orgulloso. En este punto habrá que reforzarlo y decirle lo valiente que ha sido y su excelente comportamiento. Se debe incitar al niño/a a cooperar porque los temores se reducen al hacer un llamado a una acción positiva. Esto se puede llevar a cabo, por ejemplo, pidiéndole al niño que sostenga el eyector de saliva. El temor se reduce, pues el niño centra su atención en una sola cosa.²¹

Bioética en Odontología

La bioética es una disciplina reciente²⁷, es una rama de la ética práctica, que se aboca a estudiar y a dar respuestas particulares a problemas morales que surgen en la relación clínica, la salud pública, la tecnología aplicada a la medicina, la investigación con sujetos humanos, el uso de animales en la experimentación, la protección del medio ambiente, el respeto a los derechos humanos, entre otros; cuestiones todas urgentes si se quiere desarrollar una cultura de respeto a los seres vivos humanos y no humanos, y preservar el medio ambiente para la generación actual y las futuras.

El término bioética lo utilizó por primera vez el oncólogo Van Ressaer Potter

en 1970 en un artículo llamado *Science of Survival*; en el cual proponía que la ética no solamente tendría que limitar su acción a la relación entre los humanos, sino que debería extenderse al cuidado de la biosfera y la sobrevivencia de todos. Según este autor el objetivo de la bioética sería enseñar como utilizar el conocimiento científico en la naturaleza para emprender una cultura de la sobrevivencia basada en cinco principios: a) El respeto a las diferentes formas de vida, b) la preservación de los recursos naturales, c) la aplicación racional de la tecnología, d) el desarrollo sustentable de los pueblos, e) el respeto entre las personas, pueblos y culturas.²⁷

Su concepto se considera evolucionista y es ligeramente diferente del concepto de bioética actual. La bioética rebasa lo que se conocía como moral de las cercanías, extiende la moralidad a los animales, a la biosfera, al universo entero y se proyecta al futuro al incorporar en sus intereses el destino de las próximas generaciones o generaciones virtuales. Pero no sólo fue la conciencia de algunos médicos, investigadores o grupos feministas lo que favoreció el desarrollo de la bioética, sino de manera importante el impacto de la tecnología en las formas de vida y la manera como se había llevado a cabo la investigación biomédica en sujetos humanos en la Alemania nazi y otros muchos estudios que revelaron serios problemas morales.²⁷

De los Procesos de Nuremberg surge el código del mismo nombre (1947) donde por primera vez se presenta un acuerdo internacional para regular la investigación biomédica.

En 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el seno de las Naciones Unidas contribuye a conformar un marco de derechos humanos, primero, y más tarde de derechos sociales, políticos y culturales. A partir de ese momento continúan apareciendo códigos como el de Helsinki para la atención médica avalados internacionalmente.

Sin embargo, es en el Informe Belmont publicado en 1978 (Informe de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical

andBehavioral Research, creada en los EU para definir los principios básicos de la investigación biomédica en 1974) donde aparecen claramente definidos tres principios fundamentales para la investigación biomédica: la beneficencia, la justicia y el respeto. Más tarde algunos de los participantes en la Comisión como Beauchamp Tom y Childress Janos en su libro “Principles of Biomedical Ethics” que aparece en 1979, extienden dichos principios a la relación clínica e incorporan uno más: la no maleficencia. Es aquí donde se conforma el marco axiológico de la práctica médica actual y constituye un avance en el terreno moral. No obstante la bioética no se reduce a la aplicación de principios abstractos a situaciones concretas, como si se tratara de una nueva deontología, la bioética es más bien una toma de conciencia sobre las implicaciones morales y sus consecuencias en las áreas ya mencionadas. La bioética abre la participación no sólo de la medicina sino del derecho, la filosofía, la antropología entre otras muchas disciplinas, así como de personas no especializadas en la toma de decisiones sobre la vida, la enfermedad, la salud y la muerte cuestionando la hegemonía del saber médico y la exclusividad del mismo sobre los temas de la salud.²⁷

La bioética es un conocimiento en construcción, con una metodología incluyente, plural basada en el diálogo así como la deliberación, para la toma de decisiones prudentes y fundamentadas. El objetivo de la relación ética en odontología es buscar el mejoramiento de la salud de quien solicite la atención, mediante el establecimiento de un diagnóstico y un tratamiento. Es un espacio donde se sientan las bases de una relación de confianza entre el odontopediatra y los pacientes y se definen vías de acción, límites y alcances de las acciones terapéuticas.²⁷

La relación clínica entre el especialista y el paciente presenta algunas de las siguientes características: a) relación médico paciente asimétrica en términos de saberes y de capacidades, b) participación subordinada de los consumidores en las acciones de salud y c) concepción del paciente como ignorante y responsable de su

enfermedad. Este esquema precisa algunas de las cuestiones más conflictivas de la RC paternalista. Sin embargo, la relación clínica entre ambos puede cambiar y mejorarse si se tiene otro enfoque; la asimetría en los conocimientos entre odontopediatras y enfermos difícilmente se puede superar, pero proporcionar información al paciente sobre sus padecimientos incrementa la calidad de la atención. De igual manera aclarar desde un primer momento cuáles son los derechos y las responsabilidades de médicos y usuarios para buscar una mayor colaboración y equilibrio en la relación clínica entre ambos. El último aspecto se transforma si se mejoran los dos primeros; no se trata de que el enfermo se vuelva médico u odontólogo, pero es recomendable que conozca lo fundamental sobre su enfermedad o situación y actúe consciente de los riesgos y beneficios.²⁷

El primer paso de la relación clínica entre el odontopediatra y el paciente es que el profesional a través de los signos y los síntomas, datos complementarios de laboratorio, experiencias previas y sistema de valores encuentre las causas de la enfermedad o alteración y elabore una hipótesis diagnóstica y que se establezca una relación de confianza y cooperación. Así mismo, el enfermo percibe su enfermedad desde su experiencia y sistema de valores. En la relación clínica entre el especialista y el paciente se expresan dos sistemas de valores que pueden entrar en conflicto y que es necesario aclarar desde el principio. En general el especialista valora más los hechos, los datos, los signos que los síntomas, es decir que privilegia lo que se ve y se toca, sobre lo que el paciente siente y percibe, la experiencia subjetiva.²⁷

Los principios bioéticos proporcionan al quehacer odontológico un conjunto de valores que establecen parámetros para la mayor parte de los aspectos de las evaluaciones del profesional. En primer lugar, la vida del paciente, la salud general y la salud bucal del paciente, entendida como un funcionamiento bucal apropiado y sin dolores, constituirían la ética de mínimos. La autonomía del paciente; lo que le ocurra al cuerpo del paciente (incluyendo la importancia que éste le otorga a la salud, el

confort, el costo y otros valores); las preferencias de los odontopediatras por ciertas prácticas (incluyendo diferentes filosofías de prácticas dentales); consideraciones estéticas, desde el punto de vista de experimentadas prácticas dentales; consideraciones de eficiencia, que puedan incluir, por parte del odontólogo, consideraciones sobre el costo, se insertarían dentro de la ética de máximos.²⁷

También se incluyen en los principios bioéticos del ejercicio de la odontología, el compromiso de servicio o compromiso con el público, las cuales son expresiones frecuentes para resaltar una de las características de las profesiones. Éstas admiten varias interpretaciones, con implicancias distintas en la práctica real; por ejemplo, los tipos de sacrificios que los odontólogos están profesionalmente comprometidos a realizar por sus pacientes o los tipos de riesgos de vida y salud, bienestar financiero o reputación que un odontólogo está obligado a enfrentar. Las preguntas vinculadas a la correcta relación entre empresa y compromiso con el paciente, y el sacrificio de los propios intereses involucrados han sido discutidas en todos los períodos de la profesión dental. El consenso es que, especialmente en situaciones de emergencia, el paciente oral y la salud en general demandan, por parte de los odontólogos, sacrificios importantes que afectan a sus conveniencias personales y sus intereses económicos. Desde la aparición de HIV y el SIDA las implicancias son aún más urgentes en relación con la obligación de priorizar al paciente.²⁷

Estudio de Factibilidad

Es necesario diferenciar los conceptos de factibilidad y viabilidad. Según la Real Academia¹ la factibilidad es una *cualidad o condición de factible*, factible: *que se puede hacer*; y la viabilidad: *es una cualidad de viable*; viable: *Que, por sus circunstancias, tiene probabilidades de poderse llevar a cabo*. Si se analizan las dos definiciones son muy similares, sin entrar en discusiones semánticas o dialécticas,

pero tal vez allí se encuentre una diferencia; pero el propósito es diferenciar los conceptos dentro de los proyectos. En el presente trabajo se realizó un estudio de factibilidad para posteriormente determinar la viabilidad del mismo.

Un estudio de factibilidad refiere al análisis que se realiza a determinadas variables para decidir la *factibilidad o posibilidad* de implementar un proyecto. Este según algunos autores²⁸ representa la solución a un problema o necesidad que merece ser atendida y demostrar que el proyecto es una puesta de solución viable. También se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados. Generalmente la factibilidad se determina sobre un proyecto que se desea implementar. Consiste en definir las posibilidades de éxito para conseguir la solución de las necesidades.

El estudio de factibilidad se elabora sobre la base de antecedentes precisos obtenidos de fuentes primarias y secundarias de información, teniendo variables cualitativas y cuantitativas para efectuar el planteamiento y la evaluación a la mejor alternativa para el proyecto. En consecuencia incluye: un análisis preciso del mercado o área de influencia que se tiene previsto seguir para lograr las previsiones de prestación del servicio y los instrumentos en que se basa; así mismo, los estudios restantes que conduzcan a la determinación en forma definitiva de la viabilidad del proyecto.²⁷ El estudio de factibilidad analizará los elementos que se muestran en el esquema siguiente.

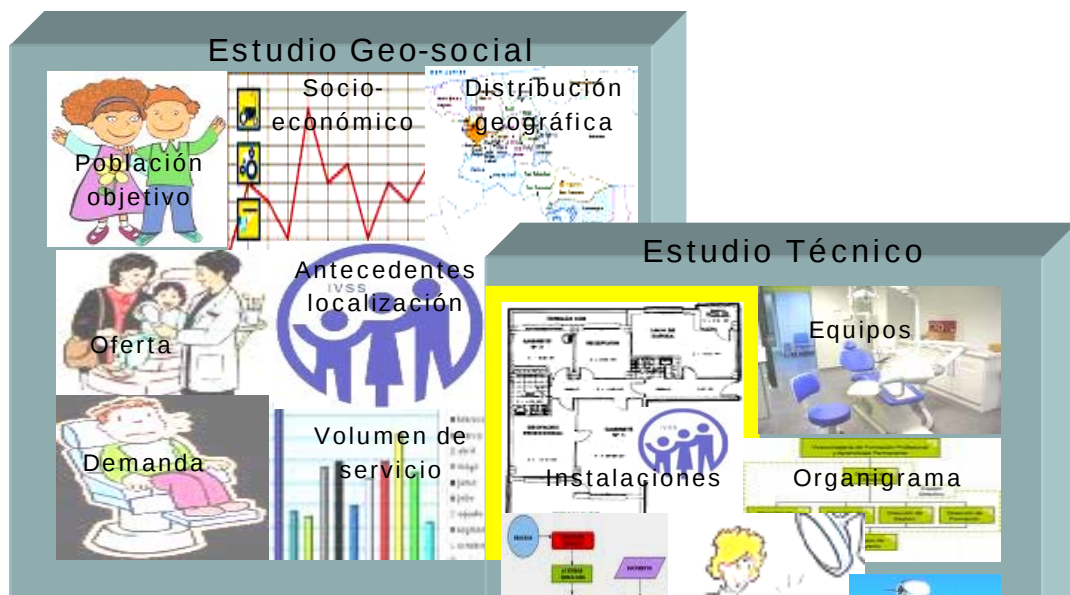


Gráfico 6. Estructura del Estudio de Factibilidad para el Diseño de un Centro de Atención Odontopediátrica. Elaborado por la Investigadora (2009)

1. *Estudio del área de influencia geo-social*

Este elemento en proyectos económicos se denomina estudio de mercado, y está referido al contexto del sector donde se plantea desarrollar el proyecto. En este caso está representado por el sector salud y específicamente por las instituciones que prestan servicios de odontología pediátrica.

Consta de: a) el análisis socio-económico de la población objetivo; b) la identificación y especificación del servicio odontológico a prestar y el área geo-social

donde será prestado; c) recopilación de antecedentes del servicio de odontología donde se prestará el servicio; d) la demanda del servicio de odontopediatría en el Municipio Girardot (población objetivo y análisis de la demanda); e) Análisis de la oferta representado por la descripción del comportamiento histórico de la oferta de servicios odontopediátricos, su correspondiente análisis de la proyección, la distribución geográfica de la oferta y las recomendaciones necesarias al tema; f) servicio odontopediátrico a prestar donde se describe el desarrollo del mismo en todas sus dimensiones detallando desde su diseño físico hasta su impacto en el desarrollo psicológico, mental y social del grupo objetivo; g) volumen de servicio a prestar considerando la capacidad de instalaciones y las demandas de usuarios.²⁷

2. Aspectos Técnicos del Estudio de Factibilidad

En este aspecto se considerarán los elementos referentes a la determinación del tamaño y localización óptima de las instalaciones; el análisis de la disponibilidad de los suministros, equipos e insumos; la identificación y descripción del proceso del servicio odontológico a prestar; la determinación de la organización administrativa que se requiere para la correcta operación del servicio y la determinación del recurso humano que se requiere para atender la demanda de los pacientes.²⁷

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y Diseño de la Investigación

La investigación desarrollada fue del tipo descriptivo. Esta investigación tuvo como objetivo, indagar la incidencia y los valores de una o más variables del estudio en un grupo poblacional determinado.²⁹ El diseño de la investigación considerando el tipo de datos que fueron recopilados en el estudio de factibilidad realizado, se trató de un diseño no experimental el cual se realizó sin manipular deliberadamente las variables, observando los fenómenos tal y como se dan en la realidad, en su ambiente natural, para luego analizarlos. También posee un carácter transeccional, ya que los datos fueron recolectados en un solo momento, en un tiempo único, fue como tomar una fotografía de algo que sucede. También es un estudio de campo ya que los datos fueron recabados de la realidad en estudio. En el presente caso estuvo referido a realizar un estudio de factibilidad técnico social en el año 2009, para la implementación de un centro de atención odontológica para la primera infancia en el estado Aragua, específicamente en el municipio Girardot.²⁸

Población y Muestra

El universo del estudio de factibilidad realizado, estuvo representado por el conjunto de componentes que fueron estudiados y sobre los cuales, se pretende generalizar los resultados.²² En el presente caso estuvo referido a los odontólogos y los asistentes que laboran en el Seguro Social José María Caraballo Tosta, ubicado en el Barrio San José en el Municipio Girardot del Estado Aragua para un total de 20

sujetos que fueron entrevistados.

La muestra constituye un subgrupo de la población.²² En el presente caso debido al tamaño de la población 20 sujetos, que es de fácil manejo, se tomó el total de la misma y no se realizó muestreo, por lo que dicha muestra fue de tipo censal. Según Levin et al³⁰ esta muestra refiere a aquella numeración estadística que se efectúa a todos y cada uno de los sujetos componentes de una población o sea la muestra es igual a la población o universo. Es posible y práctico examinar a cada persona o elemento de la población que se desea describir. A esto se le llama numeración completa o censo.

Cuadro 2
Variables e Indicadores

Constructo a investigar	Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento
Realizar un estudio de factibilidad técnico social para la implementación de un centro de atención odontológica para la primera infancia en el estado Aragua	Factibilidad técnico-social	Odontopediátrica	Población objetivo	Entrevista no estructurada
		Social	Niveles sociales	Observación documental
		Geo-social	Área Geográfica a atender	Observación documental
		Odontopediátrica	Descripción del servicio	Observación documental Observación directa
		Organizacional	Volumen del servicio a prestar	Observación documental Observación directa
		Técnica-odontológica	Capacidad de instalaciones	Observación documental
		Técnica-odontológica	Tamaño y localización de las instalaciones	Entrevista no estructurada
		Técnica-odontológica	Suministros y equipos	Entrevista no estructurada
		Odontopediátrica	Proceso del servicio	Entrevista no estructurada
		Odontopediátrica	Organización	Entrevista no

			administrativa	estructurada
		Odontopediátrica	Recurso humano	Entrevista no estructurada

Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

En el desarrollo de los objetivos de la investigación planteada, se utilizó la técnica tipo encuesta, (Sabino, 2001) y el instrumento fue una entrevista no estructurada, (ver anexo) la misma consta de pautas que guían la búsqueda de información no estructurada, para obtener información relativa a diferentes elementos, técnicos y sociales del estudio realizado. Se recurrió a la observación documental revisando las datas de números de pacientes atendidos de los diferentes centros asistenciales del municipio Girardot donde se prestan los servicios de odontología pediátrica.

Técnicas de Análisis de Datos

Los datos se analizaron de forma cualitativa, ya que la información obtenida por la vía de las entrevistas y los datos documentales, permitieron complementar la información de las variables que se prescriben el cuadro destinado para tal fin. Esto ya que el estudio de factibilidad valora la descripción, conceptualización y exposición de elementos analíticos multidisciplinarios, que permiten decidir si existe o no la factibilidad de implementar el servicio de odontopediatria.

Por tanto, no es la opinión de los sujetos tomados y analizados estadísticamente lo que permite realizar el estudio, sino que esta data cualitativa se convirtió en un elemento o insumo de otra serie de datos para realizar el trabajo de compilación total.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados se realizó con apego a los objetivos de la investigación.

Área de influencia, ejecución, oferta y demanda de servicios odontopediátricos a ofrecer

Descrito en forma general, un estudio de factibilidad se propone la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema tendente a resolver, que en este caso está referido a una necesidad de salud humana. Específicamente la problemática se circunscribe a la escasez los servicios de odontopediatría de la niñez temprana, o sea sujetos que están entre cero y cuatro años, ubicados geográficamente en el Municipio Girardot del Estado Aragua.

El estudio de factibilidad para la posibilidad de operar un centro de atención en el área de la odontopediatría para la niñez temprana, que se presenta a continuación, está basado en el análisis de un sinnúmero de antecedentes con la aplicación de una metodología lógica que abarca la consideración de todos los factores que participan y afectan al proyecto.²⁷

Introducción al Estudio de Factibilidad

Es importante en este aspecto, considera la investigadora, hacer referencia al marco de referencia donde se ubica el estudio de factibilidad concerniente a la implementación de un servicio de odontopediatría para la niñez temprana, donde estaría situado, y porqué se pensó emprenderlo; así como también a la población y

las zonas las cuales beneficia, y el problema específico que resolverá en caso de implementarse como solución.

El estudio de factibilidad para la implementación de una clínica de odontopediatría para la infancia temprana se estima que estaría ubicado en el Municipio Girardot del estado Aragua y específicamente en las instalaciones del Seguro Social denominado “José María María Carabaño Tosta”. El mismo posee instalaciones y servicio de odontología que pudiese albergar dicha propuesta. El servicio de odontología en este centro de salud fue fundado a mediados del año 1966, y desde ese momento se encuentra funcionando ininterrumpidamente.

La idea de estudiar la factibilidad de instalar un servicio de este tipo parte de la inquietud de la investigadora al cursar estudios de postgrado de odontopediatría, así como de la guía sabia de su tutora quien tiene gran experiencia en el campo y representa un icono en el desarrollo de esta especialización. Así como también por el hecho que la investigadora se desempeña desde hace varios años en la atención odontológica de este grupo etéreo y ha evidenciado la desasistencia de servicios públicos odontopediátricos para la niñez temprana, en el municipio Girardot del estado Aragua.

Cabe destacar que según el último Censo de Población y Vivienda del 2001 (Instituto Nacional de Estadística, ine, 2009),³¹ el estado Aragua posee 1.712.612 habitantes, de los cuales el municipio Girardot asienta 396.125 habitantes. Si se considera que para la fecha de este censo un 30% de la población venezolana estaba conformada por niños/niñas (0-4 años), se tiene que existe una cantidad alta de población que demanda servicios de odontopediatría. Al respecto, si se consideran las estimaciones de Conaplan³² realizadas en el año 2008, Con respecto al problema a resolver, este centro de atención de odontopediatría de la niñez temprana, vendría a coadyuvar con la labor de prevención, sensibilización y saneamiento en el caso de ser necesarios, de la niñez temprana para mejorar la salud de la cavidad oral, previniendo las diversas enfermedades que alteran la salud en general del futuro ser adulto.

Determinación de la demanda y la oferta de servicios de odontopediatría

En este aspecto la investigadora realizó un recuento de datos obtenidos de fuentes documentales, los cuales obtuvo en diferentes visitas a los centros de salud públicos que dispensan servicios odontológicos en el Municipio Girardot. Los resultados se muestran especificados a continuación.

Estudio de Mercado: Ofertas de otros Hospitales en Relación con la Odontopediatría (Municipio Girardot)

Para abordar el estudio de mercado (o área de influencia) del servicio a ofrecer, es necesario que se clarifique cual será el tipo de servicio a ofrecer en el sentido de determinar los elementos atinentes al mismo.

Determinación del Tipo de Servicio a Ofrecer

El servicio a ofrecer está referido a: prestaciones de salud odontopediátricas dirigidas a niños de ambos sexos, en edades comprendidas entre los cero y cuatro años, o sea al grupo etáreo denominado niñez temprana. Como se puede determinar se refiere a la asistencia en el área de la salud, en la odontopediatría.²⁷

Estudio de Mercado

El estudio de mercado, o en el presente caso de estudio, las ofertas de servicios de odontología pediátrica en otros centros de salud del Municipio Girardot del estado Aragua, permite ratificar la existencia de la necesidad insatisfecha en el área geográfica en estudio y la posibilidad de ofrecer un servicio que no se presta en este ámbito. Así como también se determina la cantidad de servicios que habría que proporcionarse a esta comunidad, determinando una idea con respecto a una demanda insatisfecha que permita penetrar el mercado con los servicios de odontología pediátrica que se necesitan.

Considerando que el análisis del ámbito geográfico donde se va a ofrecer el servicio debe proporcionar información que sirva de apoyo para la toma de

decisiones, la investigación y recolección de datos se basó en las siguientes premisas: a) una recopilación de información sistemática ya que se visitaron todos los centros de salud que están ubicados en el municipio Girardot; b) un método de recopilación objetivo y no tendencioso debido a que se obtuvo la data proporcionada directamente en documentos escritos por parte de los centros asistenciales que la tenían disponible; c) los datos recopilados estuvieron referidos al número de pacientes atendidos en el año 2008, de ambos sexos, y que fuesen niños en edades comprendidas entre cero y cuatro años.

Reflexionando el hecho de que el servicio de odontología de atención a la niñez temprana, puede considerarse como servicio nuevo (o nuevo producto), ya que no existe como tal en el municipio Girardot, (en el mercado), se hizo necesario determinar las características promedio de los servicios de odontología pediátrica prestados, la calidad del servicio ofrecido en los centros asistenciales, y los problemas actuales que tienen los proveedores de servicios similares y qué condiciones exigirían a un nuevo prestador de dichos servicios. Esto se realizó con el fin de que en caso de implementarse el servicio tendrá el máximo de posibilidades de éxito.

Cuadro 3. Matriz de Oferta de Servicios de Odontopediatría en el Municipio Girardot

Organización de Salud Pública	Tipo		Turnos	Ubicación	Nº P/ atendidos	Servicio	Odontopediatra
Choroní	R-II	Unidades ambulatorias odontológicas	Mañana	Población de Choroní	Promedio de 480 pacientes de 0 a 4 años (2008)	General/ odontopediatría	No
Efraín Abad Armas	U-IV		Tarde	Centro de la ciudad			
San Vicente	U-II		Mañana	Barrio San Vicente			
Brisas del Lago	U-II		Mañana	Barrio Brisas del Lago			
23 de Enero	U-II		Mañana	Barrio 23 de Enero			
San Ignacio	U-I		Mañana	Urb. San Ignacio			
María Teresa Toro	U-II		Tarde	Urb. La Barraca			
San Carlos	U-I		Mañana	Barrio San Carlos			
IPASME	U-I		Mañana/ tarde	Las Delicias, Maracay	472 (2008)	General/ Odontopediatría	No
IPSFA	U-I		-----	La Placera, Maracay	No se atienden menores de 6 años	General	No
Hospital José Maria Carabaño Tosta	U-III		Mañana	Barrio San José	480 (2008)	General/ Odontopediatría	No

Cont. Cuadro 3

Hospital Central de Maracay	U-IV		Las Delicias	27 referidos (2008)	General/ odontopediatría	No
Ambulatorio del Norte	U-II	-----	La Cooperativa	No se atienden niños menores de 6 años	General	No
Hospital Militar Cnel. Albano Paredes Vivas	U-III	Mañana	La Placera, Maracay	No se atendió población en el 2008 No se lleva estadística	General/ odontopediatría	Sí
Cruz Roja Venezolana	U-II	Mañana	El Centro de Maracay	Atiende 5 niños diarios (1.300 al año)	General/ Odontopediatría	No
Hospital Los Samanes	U-II	Mañana	Urb. Los Samanes	4.463 (2008)	General/ Odontopediatría	No
Misión Barrio Adentro	U-I	Mañana	Dispersos en la geografía del municipio	763 (2008)	General/ Odontopediatría	No

Fuente: datos obtenidos por la investigadora (2009)

En el caso de la data para confeccionar la matriz de servicios odontológicos por centro asistencial, se presentó una limitación en el sentido de que algunos de estos centros no tienen una data actualizada, sistematizada y en otros casos no llevan una información estructurada como tal. Fue necesario por tanto recurrir a la información de los odontólogos tratantes y a las historias en otros casos, para obtener dicha información cuando esto fue posible.

Como se observa en la matriz contenida en el cuadro anterior, de 17 centros asistenciales ubicados en el Municipio Girardot del estado Aragua, dos de estos centros, el IPSFA y el Ambulatorio del Norte no consultan niños de edades menores a 6 años. En el caso del Hospital Central solo se atienden niños referidos de pediatría de la consulta interna con un bajo promedio de 27 niños en el año 2008.

De estos centros asistenciales sólo uno tiene un odontólogo especialista en odontopediatría, y es el Hospital Militar Cnel. Albano Paredes Vivas, sin embargo es de hacer notar que en el año 2008, el mismo estuvo fuera del hospital por lo cual no se prestó el servicio a la población infantil, a lo cual se agrega que no se lleva una estadística formal de este proceso de atención.

De los 15 centros hospitalarios que atienden niños, sólo uno, el IPASME imparte la consulta en los dos turnos (mañana y tarde); los demás, solo el turno de la mañana, lo cual interferiría con las clases de los niños considerando que la mayoría de estos cursa estudios en el horario de la mañana.

Análisis de oferta y demanda de servicios de odontología en el grupo de niñez temprana

Actualmente la oferta de servicios odontológicos de carácter público, para la niñez temprana está circunscrita a un total de 12 centros asistenciales, lo cual representa una cantidad de 7.985 pacientes promedio atendidos en un año.

En lo que respecta a la demanda es importante considerar que el estado Aragua tiene en el grupo etáreo de 0-4 años, un total de 74.371 niños y niñas para el año 2009.³¹ Al contrastar la cantidad de pacientes atendidos en el año 2008, (oferta), contra la demanda (población entre estas edades), se tiene que se está atendiendo

actualmente en el municipio Girardot un total de 7.985 pacientes por año, o sea un 10%, de la demanda, lo cual se presenta en el siguiente gráfico:

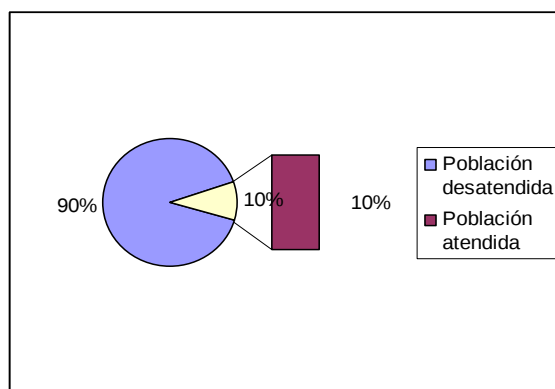


Gráfico 7. Población entre 0 y 4 años atendida actualmente en servicios de odontología en el Municipio Girardot del estado Aragua en el año 2008. Fuente: INE (2009)³³. Datos procesados por la investigadora

Observando el grafico anterior se tiene que de la población que demanda servicios solo es atendida el 10% (7.985), de la misma, quedando el 90% (66.386) desatendida y en demanda de los servicios odontopediátricos.

Se plantea en el presente estudio la prestación de servicios para cubrir el 14% de la demanda, o sea 12.480 pacientes en un año. Lo cual representa un 36% más de la oferta de servicios actuales (7.985), para un total de 4.495 pacientes anuales. En el gráfico siguiente se presenta la oferta proyectada de servicios odontopediátricos para el estado Aragua.

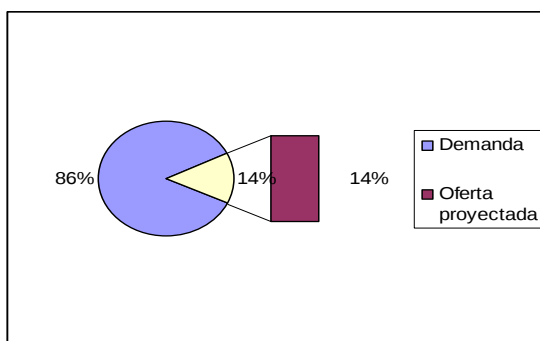


Gráfico 8. Demanda actual de servicios odontopediátricos en el estado Aragua y oferta proyectada para un año. Fuente: INE (2009)³⁴. Datos procesados por la investigadora

Áreas de ejecución del Servicio

Áreas de ejecución del servicio de odontología pediátrica dirigido a la niñez temprana que se pretenden ofrecer en el Hospital José María Carabaño Tosta. Estas áreas tienen basamento en estudios realizados por De Figueredo Walter, et al.¹¹

Cuadro 4
Áreas de Ejecución del Servicio de Odontopediatría a Prestar

Áreas de Ejecución	Servicios a prestar
Servicios Educativos	Charlas de prevención para instituciones, madres, padres, representantes, responsables, y profesionales de la salud en general ^{9,11}
Tratamiento preventivo	Ejecución de procedimientos de limpieza, se realiza en niños clasificados por riesgo de caries por tanto no poseedores de la enfermedad ¹¹
Tratamiento curativo	Se realiza posterior al diagnóstico inicial , y cuantifica, califica, prioriza y ordena los pasos a seguir en el proceso de mejoría ¹¹

Como se observa en el cuadro anterior las áreas de ejecución a prestar en el servicio de odontología para niños, se dividen en servicios educativos, tratamiento preventivo, y tratamiento curativo.

La odontología para niños en caso de estos servicios, está fundamentada en la aplicación del concepto de que la educación genera prevención, tanto cuando se intenta mantener la salud del niño prevenir la caries y cuando se tiene, realizar un tratamiento curativo de manera precoz.

Para la realización de esta práctica es importante trabajar sobre el concepto de riesgo de caries para los pacientes no portadores de la enfermedad, y sobre los

factores de la enfermedad en los portadores de ella, con la finalidad de intervenir sobre ellos antes de cualquier acción directa sobre el niño. Eso significa que la primera fuente de atención son los padres, que deberán en el proceso de educación, ser concientizados de las necesidades odontológicas de sus hijos, entender y aprender cómo controlarlas, así como aplicar las medidas preventivas que deberán usar en casa, diariamente, en sus hijos. De esta manera, la odontología para los niños será la práctica de una odontología precoz con la participación de los padres y la comunidad, para la realización de una odontología co-participativa y solidaria al contrario lo ocurre en una odontología convencional que es de tipo individualista y solitaria.

Los **servicios educativos** se refieren a **charlas** de prevención para instituciones, madres, padres, representantes, responsables, y profesionales de la salud en general^{9,11} esta charlas siempre se presentan en grupos y deben seguir un itinerario para mejor desarrollo de la finalidad de la misma. Estas recomendaciones deben ser demostradas en niños por el odontopediatra, para que después sea aplicado en caso de los padres y se deben enfatizar los siguiente aspectos: cuando, cómo y por qué ir al odontopediatra con el niño antes o a los seis meses de edad, momento de iniciar los procedimientos de limpieza con los dientes y el uso del flúor; el control de la alimentación tipo biberón y pecho durante la noche, después de la erupción de los dientes y el uso de azúcar en exceso para los niños. Después de estos tópicos las personas deben recibir informaciones sobre: caries, traumatismos, y enfermedades de la boca, erupción y desarrollo de la oclusión de los dientes deciduos.

De esta manera, educar para la salud antes de la aparición de los dientes y consecuentemente de la enfermedad, se convierte en el objetivo mayor de este servicio y como objetivo menor el establecimiento de factores de riesgo, revirtiéndolos y/o controlándolos.

Estos servicios educativos se realizan en un primer momento antes entrar o atender en consulta a los niños y son un requisito indispensable para que los mismos ingresen y sean atendidos en el servicio a prestar. El desarrollo de estas charlas serán supervisadas por docentes y especialistas quienes verificarán el contenido y la forma que se expondrá y que éste sea el adecuado.

El **tratamiento preventivo**, es la ejecución de procedimientos de limpieza, se realizará en niños clasificados por riesgo de caries por tanto no poseedores de la enfermedad. En esta fase de atención el odontopediatra, a través del examen conocerá al niño en su aspecto social y familiar y como sus condiciones bucales. Por lo que el programa preventivo estará fundamentado en ese conocimiento. Y será realizado en niños clasificados por riesgo de caries por tanto no poseedores de la enfermedad. En la primera fase de este proceso de sensibilización, el profesional estudiará con el grupo de atención las dificultades observadas, en casa, en la escuela o en la comunidad, para en una segunda fase, poner en práctica las medidas educativas y preventivas aconsejadas.

Este proceso de prevención y mantenimiento del niño en condiciones ideales, bajo riesgo, así como la remoción y control o adaptación de los factores de riesgo identificados en los pacientes riesgo medio y alto será conseguido a través de la concientización de los colectivos, estando inserta dentro de las recomendaciones a los mismos, realizadas antes y después de cada atención clínica en la sala destinada para tal fin.

En una tercera fase, se tienen las recomendaciones que se realicen posteriores a la sensibilización, las cuáles tendrán por finalidad analizar con los padres, representantes (o el grupo de atención que se este concienciando), las dudas originadas en la atención realizada en el niño en aquel momento. Esta recomendación será en realidad un círculo donde la educación es el objetivo mayor, a través de la sensibilización continua, donde el comunitario tiene un papel muy importante, la actitud de aceptación y seguimiento por parte de los comunitarios en torno a comprender que la respuesta a la consulta será aceptar y mantener el tratamiento preventivo como lo más importante para evitar el riesgo de caries en los niños.

Deben considerarse aquí las cuestiones relativas a: limpieza después de la última sección el uso diario del flúor casero, lo negativo del consumo exagerado de azúcar y el amamantamiento durante la noche.

El **tratamiento curativo** se realizará posterior al diagnóstico inicial, y cuantifica, califica, prioriza y ordena los pasos a seguir en el proceso de mejoría ¹¹. Estos

tratamientos curativos, principalmente los restauradores, deben estarán estrechamente relacionados con la prevención y presentarán en líneas generales la siguientes características: a) a ser parte integrante de los programas preventivos, b) tener compatibilidad de los principios bio-mecánicos actuales, como las exigencias de los nuevos materiales restauradores y adhesivos, para una mayor preservación de la estructura del diente y c) evitar tratamiento excesivo con pérdida de estructuras innecesaria.

Este proceso de servicios a prestar demuestra que la odontología en niños, que se pretende ofrecer será una secuencia lógica dentro de un sistema de atención precoz donde deberán ser usados nuevos métodos y técnicas.

Matriz de Oferta de Servicios

La matriz de oferta de servicios de odontología pediátrica para la infancia entre las edades de 0 a 4 años, se proyecta de la forma como se presenta a seguidamente.

Cuadro 5
Matriz de Oferta de Servicios Odontopediátricos a Suministrar

Oferta de servicios odontopediátricos a ofrecer	Servicios educativos					
	Tratamiento preventivo					
	Tratamiento curativo					
	Beneficiarios	Niños/niñas de 0 a 4 años	Mujeres Gestantes o no	Padres, representantes y/o responsables	Profesionales de la salud en general	Instituciones educativas, comunitarias, otras

Observando la matriz anterior referente a la oferta de servicios a prestar, se

tiene que los servicios odontopediátricos a ofrecer incluyen servicios educativos, de tratamiento preventivo, y de tratamiento curativo. Siendo los beneficiarios no sólo los niños y niñas de entre 0 a 4 años sino también las mujeres gestantes o no; los padres, representantes o responsables; diferentes profesionales de la salud; e instituciones educativas, comunitarias, y otras que así lo requieran.

Los servicios de sensibilización en el contexto de la prevención de enfermedades bucales en niños de 0 a 4 años, serán, ofrecidos a los niños con edad para comprender dichas charlas (dependiendo de su edad/madurez), la mujeres gestantes o no; los padres, representantes y/o responsables que acudan a la consulta como acompañantes de los niños (ya que este es un paso previo obligatorio antes de tratar al niño); los profesionales de la salud que así lo soliciten (enfermeras/os; asistentes dentales, odontopediatras u otros especialistas de la salud; instituciones educativas o comunitarias como proceso de prevención para los colectivos.

El tratamiento preventivo ya que contiene un componente sensibilizador y de revisión de las condiciones de vida de los niños debe incluir a éstos para su revisión y diagnóstico y a las mujeres gestantes (para tomar previsiones antes del nacimiento del bebe), las mujeres aun cuando no estén embarazadas ya que se plantea que en un escenario futuro tienen la posibilidad de ser madres, los padres representantes y/o responsables ya que acompañan a los niños a la consulta y deben ser copartícipes en el proceso de diagnóstico y revisión de factores de riesgo en los niños; los profesionales de salud, tales como el asistente dental, los odontólogos generales, pediátricos u otros especialistas, así como profesionales de este campo que deben hacer prevención transversal en su campo en lo referente a la salud bucal e integral del niño; las instituciones educativas, comunitarias u otras ya que deben articularse campañas de prevención y tratamiento odontológico a los niños.

Análisis técnico-administrativo del estudio de factibilidad para la implementación de un Centro de atención de la niñez temprana

El estudio técnico permite verificar la posibilidad técnica para la prestación del servicio; así como determinar el tamaño óptimo de la servicio y su localización, los

equipos, las instalaciones, y la organización administrativa requerida para la prestación de dicho servicio así como también los aspectos legales inherentes.

En resumen se pretenden resolver las preguntas referentes a donde, cuándo, cómo y con quienes prestar el servicio que se desea, por lo que el aspecto técnico operativo de este estudio de factibilidad comprende todo aquello que tenga relación con el funcionamiento y la operatividad para la prestación del servicio.

Determinación del tamaño óptimo del área de prestación de servicios de odontología para niños de cero a cuatro años

Para determinar el tamaño óptimo del área de prestación de servicios de odontología para el grupo etáreo seleccionado de cero a cuatro años, se consideraron diferentes factores tales como: a) la cantidad de beneficiarios que se desean atender, lo cual a su vez dependió de la demanda potencial que se calculó en el estudio de mercado; b) la intensidad en el uso de la mano de obra que se demanda, lo cual incluye asistentes dentales, odontopediatras, y asistentes administrativos; c) la cantidad de turnos de trabajo, lo cual está relacionado con el número de unidades necesarias; d) la optimización física de la distribución del personal de salud dentro de las áreas del servicio; e) la capacidad individual de cada unidad odontológica que interviene en el proceso de prestación de servicio y en la cual hay que aprovechar al 100% de su capacidad; f) la optimización de la mano de obra representada en el personal especializado que se demanda, donde se considera que debe hacerse la estimación adecuada de las necesidades de personal ya que un mal cálculo de la mano de obra puede acarrear inconvenientes. Esto, en el sentido de que una estimación mayor ocasionará gente ociosa y el pago de salarios de más; pero si sucede lo contrario los especialistas no alcanzarán a cubrir la cantidad de pacientes que se demandan retrasando el proceso de servicio de salud.

Tamaño de las áreas del servicio a prestar

El volumen de la demanda es uno de los factores a considerar al calcular el

tamaño de las áreas e instalaciones necesarias para ofrecer el servicio de odontopediatría. Así como también permitirá determinar el personal suficiente y apropiado para atender los pacientes y otros usuarios del servicio. Esto está en consonancia con la *localización óptima del proyecto*,²⁸ o sea su ubicación físico-geográfica adecuada y accesible para los usuarios.

En el presente caso se consideró el factor institucional para decidir donde instalar el servicio que se proyecta, en función de la capacidad instalada y la factibilidad psicosocial por parte de los entes rectores y personal que labora en la institución seleccionada como es el Hospital dependiente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales denominado “José María Carabaño Tosta”, ubicado en el Municipio Girardot del estado Aragua. Para la instalación del servicio en este centro se dispone de la apertura y respaldo de la alta gerencia en función de albergar dicho servicio, ya que se dispone de instalaciones adecuadas para tal fin y que en la actualidad no están siendo ocupadas con el máximo de sus potencialidades.

Estas instalaciones están, referidas al área que actualmente alberga el servicio de odontología de dicho Hospital. Desde el punto de vista geo-social presenta una excelente ubicación ya que está ubicado a menos de 100 metros del Terminal Central del estado Aragua y se podrá tener acceso al lugar de manera adecuada por este medio.

Con respecto a los factores económicos, la ubicación del servicio en este hospital permite no incurrir en costos excesivos o fuera del presupuesto del hospital ya que se dispone de los equipos y sólo será necesaria la contratación de los odontopediatras porque existen suficientes asistentes dentales para cubrir la demanda de atención de pacientes que se proyecta. Así como también como ya se afirmó, la gerencia del hospital está abierta a facilitar los materiales e insumos que se requieran para la atención de los beneficiarios del servicio.

Instalaciones necesarias con base en el proceso de prestación del servicio de odontología para la niñez temprana

Seguidamente se presenta el diagrama de flujo del servicio a prestar:

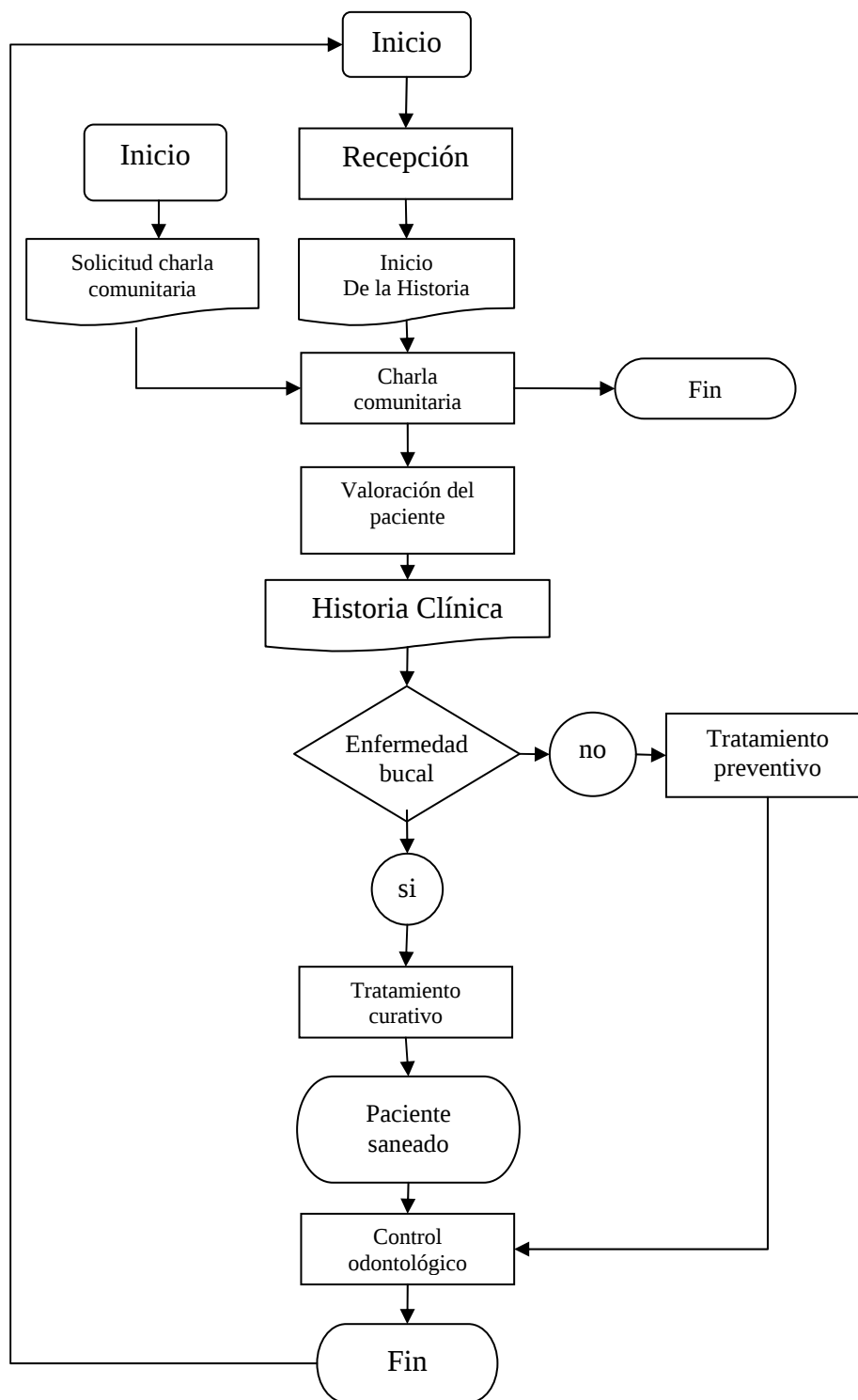


Gráfico 9. Proceso de Prestación de Servicio de Odontopediatría Propuesto
Fuente: Diseño de la Investigadora (2009)

Para determinar lo concerniente a las áreas e instalaciones del servicio de manera específica fue necesario determinar el procedimiento técnico para la prestación del servicio el cual se presenta en el diagrama de flujo anterior.

Observando el gráfico anterior que contiene el flujo de proceso para la atención en el servicio de odontopediatría propuesto, se asume que el inicio del mismo puede ser por dos razones, una que correspondería a la solicitud por escrito de entes externos para solicitar charlas de sensibilización a diferentes comunitarios, los cuales podrán asistir a las charlas que se imparten a los pacientes y sus acompañantes, una vez que asisten a la charla este proceso llega a su fin. También puede iniciarse el proceso con la visita de pacientes y sus acompañantes al servicio.

Al ingresar al servicio (el paciente y su acompañante), serán atendidos y comenzará a completarse la historia clínica, en esta instancia se inquiere para que los acompañantes y el paciente asistan a las charlas, como requisito indispensable para continuar en el proceso de atención. Una vez culminada la charla se continúa con la valoración del paciente y los requerimientos de esta instancia. Si no existe caries se clasifica el paciente según riesgo y se administra el tratamiento preventivo, con lo cual accede a la próxima etapa que es el control periódico de 3 o 6 meses según riesgo y se da por terminado el proceso de atención.

En el caso de niños y niñas con enfermedades bucodentales, son sometidos al tratamiento curativo respectivo, posteriormente se sana y solo deberá acudir a consulta de control en el tiempo que se le establezca, con lo cual se da fin al proceso dentro del servicio.

Instalaciones y distribución de áreas disponibles en el Hospital José María Carabaño Tosta

Con respecto a las instalaciones es importante exponer que el Hospital posee instalaciones que con un mínimo de adecuación pueden ser utilizadas para ofrecer el servicio de odontopediatría en óptimas condiciones. Seguidamente se presenta el plano del servicio actual de odontología.

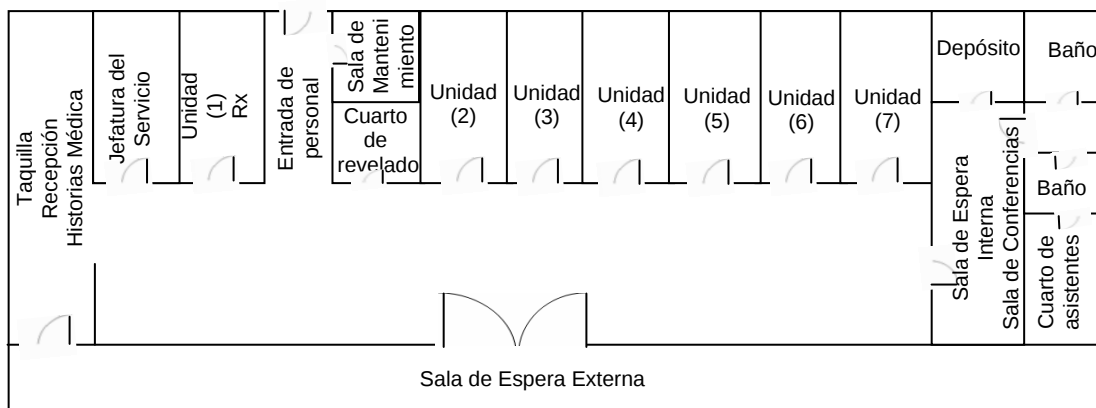


Gráfico 10. Plano del Servicio de Odontología del Hospital José María Carabaño Tosta. Fuente: Diseño de la Investigadora (2009)

Como se observa en el gráfico anterior la instalación posee varias dependencias entre las cuales están: 6 unidades odontológicas de las cuales son utilizadas actualmente solo 3, por lo tanto quedarían disponibles tres de estas, en ambos turnos. Se dispone también de una recepción y sala de espera así como un salón de conferencias que podrá ser utilizado para las charlas de sensibilización comunitarias. Se dispone también de instalaciones sanitarias, unidad de rayos X y la taquilla para las historias médicas.

Cabe destacar que las dependencias cuentan con los equipos e instrumental que se necesita para ofrecer el servicio de odontopediatría en las condiciones adecuadas que se exigen. Solamente se demandaría la compra de una silla infantil o camilla cuyo costo puede ser cubierto por el hospital.¹¹

Recurso Humano Necesario

Al respecto es importante destacar que para ofrecer el servicio se demanda contratar 6 odontopediatras, ya que el resto del personal se tiene disponible en la dependencia del hospital. Al respecto la investigadora en conversaciones con la

dirección del mismo pulsó la factibilidad de contratación para determinar el respaldo al proyecto y hasta el momento la respuesta ha sido positiva.

Insumos que se Requieren

Con relación a los insumos es importante exponer que existe un total respaldo para que este proyecto se ejecute y la dirección del hospital ha manifestado que solo espera que se operacionalice para que se haga la solicitud formal de los requerimientos y se procede a su adjudicación en el servicio.

Aspectos Legales

Con relación a las solicitudes de registros sanitarios para establecimientos de salud en este caso no se necesitan ya que este aspecto está cubierto con los requerimientos que tiene el Hospital en su funcionamiento.

Solo habría que ampliar la información requerida en la *Guía Para Elaborar El Programa Médico Funcional De Establecimientos De Salud Médico Asistenciales*. La cual requerirá la ampliación de los propósitos y objetivos a cumplir por el establecimiento a nivel general para la atención odontopediátrica de la primera infancia o sea niños y niñas entre 0 y 4 años, ya de manera formal. Con esto también en el informe habría que ampliar el área de influencia poblacional y/o geográfica, con ubicación de la dependencia a crear y definición de la población a ser atendida que identifica especialmente este grupo etéreo.

Así como también sería necesario detallar la operatividad, identificando y exponiendo las actividades comunitarias, de sensibilización y odontopediátricas, describiendo en forma clara los protocolos de atención de pacientes por este servicio ofertado, ya que entre otras cosas cambiaría su horario de atención como ya se expuso en el acápite aparte. El horario será mañana y tarde, (diurno), aumentando su personal de odontólogos y sus especialidades. Así como también se modifica el uso de las unidades odontológicas y se reclasifica la sala de reuniones hacia un salón

comunitario debidamente ambientado.

Con relación a la disposición de los desechos sólidos, líquidos, patológicos, biológicos y otros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes, se utilizarán las mismas que se tenían en uso en el Hospital, ya que no hay cambios al respecto, y las mismas están autorizadas por los entes correspondientes.

Conclusiones del Estudio de Factibilidad

Una vez culminado el estudio de las diferentes variables para la implementación de un servicio de odontopediatría para la niñez temprana (edades entre 0 y 4 años), en el Hospital José María Carabaño Tosta, ubicado en el municipio Girardot del estado Aragua se puede afirmar que sí existe la factibilidad de implementación ya que:

- No existe oferta adecuada de servicios de odontopediatría para la niñez temprana en el estado Aragua para abastecer la demanda.
- Los servicios que se ofrecen en los centros de salud de municipio no son suficientes, ni prestados por odontólogos especialistas en el área de odontopediatría.
- No se realiza un proceso de sensibilización ni prevención a los entes intervinientes en el tratamiento de las enfermedades bucodentales de la niñez temprana.
- Se dispone de las instalaciones, equipos y disponibilidad de insumos para la operatividad del mismo en el Hospital José María Carabaño Tosta.
- Se cuenta con la factibilidad psicosocial debido a que la dirección del hospital ha manifestado a la investigadora amplio respaldo para ejecutar el proyecto en las instalaciones con que se cuentan, así como hacer las reorganizaciones internas pertinentes, dotar los insumos que se requieran y contratar el personal especializado necesario.
- Los costos no representan erogaciones altas ya que los insumos que se necesitan podrán ser imputados a los ya utilizados en los servicios de odontología, y en consonancia con dicho aspecto se dispone de unidades con instrumental necesario.

- Desde el punto de vista legal es posible implementar el proyecto ya que no se está creando un servicio autónomo independiente, sino que se incluye como una especialidad más dentro de la oferta de servicios de salud del hospital y solo habría que notificar en el plan la apertura del mismo y los ítems ya expuestos, pero no se necesita de la aprobación de otro ente para el ejecute del mismo.

REFERENCIAS

- ¹ Real Academia Española (2001). Diccionario de la Lengua Española. España: Espasa
- ² Organización Panamericana de la Salud. Programa de salud bucodental (2007) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.htm> [Consultado 2009, febrero, 17]
- ³ Organización Mundial de la Salud, (2007) Encuestas básicas de salud bucodental métodos básicos cuarta edición Ginebra. [Documento en línea] Disponible: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/Encuestas_de_Salud_Buco_OPS.pdf [Consultado 2009, febrero, 10]
- ⁴ Jiménez C, y otros. (2007) Estudio Retrospectivo De Lesiones Patológicas En Niños Y Adolescentes. Período 1992-2006. Trabajo de Grado no publicado. Universidad Central De Venezuela. Facultad De Odontología, Caracas, Venezuela
- ⁵ Corporación de Salud del estado Aragua. (CORPOSALUD, 2009). Red Asistencial. [Documento en línea] Disponible: <http://www.corposaludaragua.gov.ve/> [Consultado 2009, febrero, 10]
- ⁶ De Angelillo, C. (2009) Odontología para bebés. Principios educativos y preventivos [Documento en línea] Disponible: www.bebe-senla-web.com.ar/el-nino-paso-a-paso-odontologia-bebes.html [Consultado 2009, enero, 20]
- ⁷ Hale, L, (2003). La Caries de Infancia Temprana. [Documento en línea] Disponible: <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/anticonahc/prod/03/anticonahc.xml> [Consultado 2009, enero, 20]
- ⁸ Guillen, C; Huapaya, O; Loaiza, R; Torres, G; Chein, S; Garibay, P; Anticona; C; Pun, J. Odontología para el bebé. Modelo de atención en salud Pública-Perú. Vol.2, N 8; julio, diciembre, 2004. [Documento en línea] Disponible en: www.odontologiabiologica.net/barra/egresados.htm [Consultado 2009, febrero, 10]
- ⁹ Elías, M. Importancia del Programa Preventivo Clínica Estomatológica de bebés aplicado en Perú. [Documento en línea] Disponible en: www.odontobebeperu.org/pdf/cap_03.pdf [Consultado 2009, enero, 20]
- ¹⁰ Cancado, M; Lçopez, M. La Clínica Odontológica del Bebe Integrando un Servicio de Salud. Arch Pediatric Urug, 2008; 79:2. [Documento en línea] Disponible en: www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php .Consultado 2009, enero, 20]
- ¹¹ De Figueiredo Walter, Ferelle, A; Issao, M. El libro del bebé.
- ¹² Saucedo, C. 2008. Caries de biberón en una población preescolar del municipio de

Navolato, Sinaloa, Méjico. [Documento en línea] Disponible en: hera.ugr.es/tesisugr/17720850.pdf. [Consultado 2009, abril, 17]

¹³ Hoffman, I; Orozco, G y Zamudio, I. (2000). Programa de Prevención y Atención Odontológica en la Primera Infancia en el Centro Materno Infantil José María Vargas [Documento en línea] Disponible: www.uc.edu.ve/uc_empresas/locti_ver_detalle.php?cod_proyecto=1260&cod_area=&area=-12 [Consultado 2009, enero, 9]

¹⁴ Zavarce, 2007 Prevalencia de la Enfermedad Caries Dental en Pacientes del Grupo Etario Comprendido Entre 6 Meses y Cinco Años de Edad que asisten a la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera De La Ciudad de Valencia Estado Carabobo.

¹⁵ Samra de Quintero, P, Rivera, N Bernardoni, Cecília de Alba Finol, A Rubio, E 2006 Emergencias odontológicas en pacientes pediátricos estudio retrospectivo. [Documento en línea] <http://www.investigacionodontologica.org.ve/2006/v6n1.pdf>. [Consultado 2009, marzo, 21]

¹⁶ Gomes, I; Moreira, R; Mazza, M; Saliba, S. (2006) Early childhood caries: the influence of socio-behavioral variables and health locus of control in a group of children from Araraquara, São Paulo, Brazil. [Documento en línea] Disponible: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600014. [Consultado 2009, marzo, 10]

¹⁷ Savage M, Lee J, Kotch J, Vann W. (2004). Efectos de las visitas dentales preventivas a edades tempranas sobre la posterior utilización y costos de los servicios odontológicos entre los niños preescolares. [Documento en línea] Disponible: www.healthychild.ucla.edu/nohpc/CoD%20Service%20

¹⁸ Guillén y otros (2004). La odontología para el bebé: modelo de atención en salud pública. [Documento en línea] Disponible http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/odontologia/2004_n2/pdf/a05.pdf [Consultado 2009, febrero, 20]

¹⁹ Erickson P, Thomas H. (1997) Los cuidados de salud oral desde antes del primer año de vida. . [Documento en línea] Disponible: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007 [Consultado 2009, enero, 20]

²⁰ Ring, M (1989) Historia de la Odontología, España: ELSEVIER

²¹ Pinkham, J (2000) Odontología Pediátrica. México: Editorial Interamericana McGraw Hill

- ²² Pires, S (2000) Fundamentos de la Odontología para Bebés como Sub-Especialidad de la Odontopediatría. Material Mimeografiado.
- ²³ Palomar, L. 2006 Rev. chil. pediatr. [online]. 2006, vol. 77, no. 1, pp. 56-60. ISSN 0370-4106. www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652008000100012&script=sci_arttext - 54k
- ²⁴ Cárdenas, 2003. Odontología Pediátrica Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- ²⁵ Hardinson, et al. The 2001 Kentucky Children's Oral Health Survey: findings for children age 24 to 59 months and their caregivers. Pediatric Dentistry. 2003; 25 (4): 365-372. [Documento en línea] Disponible: chfs.ky.gov/NR/rdonlyres/D28B6437-36D9-4293-B75E-4F271CF3B1F3/0/May104.pdf
- ²⁶ Waes , H(2002) Atlas de Odontología Pediátrica. España: Masson
- ²⁷ Luengas, M. La bioética en la relación clínica en odontología. Revista ADM 2003; 60 (6): 233-239. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2003/e-od03-6/em-od036g.htm>
- ²⁸ Bacca, U. (2000) Evaluación de Proyectos. Méjico: McGrawHill
- ²⁹ Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, P. (2000). Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw Hill.
- ³⁰ Levin, R. y Rubin, O. (2001). Estadística para Administradores. México D.F.: Prentice Hall
- ³¹ Instituto Nacional de Estadística. (INE). http://www.ine.gob.ve/seccion/menúprincipal.asp?nedo=05&Entid=50000&sexyon=1&nvalor=1_1(2009)
- ³² Comisión de Planificación del estado Aragua, Conaplan, 2008. Censo de Población y Vivienda del Estado Aragua. Material Mimeografiado.

ANEXO

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRÍA**

**TÍTULO:
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA PRIMERA INFANCIA EN ARAGUA,
UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD TÉCNICO-SOCIAL PARA SU
IMPLEMENTACIÓN**

**Autora: Johana Rodríguez Acosta
Tutora: Dra. Ingrid Hoffman
Tutora Metodológica: Dra Gladys Orozco**

Valencia, Julio de 2009

PAUTAS DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

Para aplicar: al personal del servicio de odontología del Seguro Social ubicado en el barrio San José del estado Aragua, “José María Carabaño Tosta”

- Evolución histórica del servicio de odontología pediátrica
- El servicio de odontopediatría para la niñez temprana 0 a 4 años y su implementación
- Cantidad y frecuencia de atención a niños entre 0 y 4 años
- Condiciones, instalaciones y suministros del servicio de odontología para la atención de los niños
- Recurso humano del servicio de odontología: cantidad, experiencia, perfil profesional
- Adecuación del servicio para atender niños, madres, padres, familiares y responsables
- Conocimientos, actitudes y habilidades para tratar pacientes, comunidades, mujeres, padres, madres, familiares, representantes o responsables de los niños en el servicio de odontología pediátrica
- Campañas de prevención en odontología pediátrica, población objetivo
- Elementos importantes en el trato del paciente infantil en odontología

Cuadro 2
Variables e Indicadores

Constructo a investigar	Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento
Realizar un estudio de factibilidad técnico social para la implementación de un centro de atención odontológica para la primera infancia en el estado Aragua	Factibilidad técnico-social	Odontopediátrica	Población objetivo	Entrevista no estructurada
		Social	Niveles sociales	Observación documental
		Geo-social	Área Geográfica a atender	Observación documental
		Odontopediátrica	Descripción del servicio	Observación documental Observación directa
		Organizacional	Volumen del servicio a prestar	Observación documental Observación directa
		Técnica-odontológica	Capacidad de instalaciones	Observación documental
		Técnica-odontológica	Tamaño y localización de las instalaciones	Entrevista no estructurada
		Técnica-odontológica	Suministros y equipos	Entrevista no estructurada
		Odontopediátrica	Proceso del servicio	Entrevista no estructurada
		Odontopediátrica	Organización administrativa	Entrevista no estructurada
		Odontopediátrica	Recurso humano	Entrevista no estructurada