



**UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE
PORTOVIEJO**

Facultad de Odontología

TESIS DE GRADO

Previa a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

TEMA

**“IMPLEMENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA VS.
SERVICIOS BRINDADOS EN EL AREA ODONTOLÓGICA DEL
SUBCENTRO DE SALUD DE LA CIUDADELA FATIMA DEL CANTON
PORTOVIEJO EN EL PERIODO ABRIL- AGOSTO 2007”**

AUTORES

**KARINA VANESSA ARREGUI VALDIVIESO
MARITZA MAGDALENA ACOSTA ARELLANO**

**Dr. Hugo Mendoza Mg. S.C.
DIRECTOR DE TESIS**

Portoviejo-Manabí- Ecuador

2008

Dr. Hugo Mendoza Mg. S.C.

CERTIFICA

Que la Tesis de Investigación titulada

“Implementación del Departamento de Odontología vs servicios brindados en el área odontológica del subcentro de salud de la Ciudadela Fátima del cantón Portoviejo en el periodo abril- agosto 2007”

Es original de las Egresadas, Karina Vanesa Arregui Valdivieso y Maritza Magdalena Acosta Arellano, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Hugo Mendoza Mg. S.C
DIRECTOR DE TESIS

UNIVERSIDAD PARTICULAR
“SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**IMPLEMENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA VS
SERVICIOS BRINDADOS EN EL ÁREA ODONTOLÓGICA DEL
SUBCENTRO DE SALUD DE LA CIUDADELA FÁTIMA DEL CANTÓN
PORTOVIEJO EN EL PERIODO ABRIL- AGOSTO 2007**

PROPUESTA EJECUTABLE

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito Previo
a la obtención del título de Odontóloga

APROBADA

DRA ANGELA MURILLO
PRESIDENTA

DR. HUGO MENDOZA
DIRECTOR DE TESIS

DRA NELLY SAN ANDRES
PRIMER MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DRA LILIAN BOWEN
SEGUNDO MIEMBRO DEL TRIBUNAL

AB. RAMIRO MOLINA
SECRETARIO

DECLARATORIA

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a las autoras

KARINA ARREGUI VALDIVIESO MARITZA ACOSTA ARELLANO

DEDICATORIA

Con mucho AMOR:

A Dios, por ser el faro que alumbra nuestras vidas.

A mi tía Linda, aunque no este conmigo físicamente, ella desde el cielo, siempre esta guiándome por el camino correcto.

A mis padres Roberto y Primavera, por estar a mi lado siempre, en toda esta etapa de mi vida, ya que me han brindado su cariño, apoyo moral y económico hasta verme convertida en una profesional.

A mis hermanas Viviana, Patricia y Evelyn, demás familiares y amigos, por apoyarme y darme ánimos para superarme.

A mi familia, por darme ánimos para salir adelante.

Karina Arregui Valdivieso

DEDICATORIA

A mi padre Dr. Narciso Acosta por haberme ayudado en todo momento con sus sabios conocimientos

A mi madre por su apoyo incondicional, desde lejos sacrificándose para ayudarme a salir adelante.

A mi esposo, quien supo comprenderme y ayudarme a llegar a cumplir mi sueño.

A mis hermanos, ya que ellos ven en mí un ejemplo de superación

A mis abuelitos Gonzalo y Pastora por su amor y ejemplo.

Maritza Acosta A.

AGRADECIMIENTO

Uno de los sentimientos mas nobles es la gratitud, por ello deseo expresar mis sinceros agradecimientos a algunas personas que han sido de vital importancia en la culminación de esta etapa de mi vida.

A Dios, Ser Supremo, y que siempre invoco su nombre para que me oriente por el camino adecuado.

A mis padres, amigos, consejeros y guía, que me han apoyado en mis etapas estudiantiles, no dejándome sola nunca, luchando siempre conmigo, por salir adelante. La palabra gracias no alcanza a dimensionar todo lo que expresa el corazón.

A mis hermanas, con quienes he crecido y compartido los buenos y tristes momentos de la vida. Gracias, por ser como son.

A mi tía Linda y mi abuelita Blanca, invoco hoy una oración de gratitud, y miro hacia el cielo y recuerdo su imagen, porque viven presentes en mi mente y mi corazón.

Al Dr. Hugo Mendoza, por ser un excelente Director de Tesis, maestro y amigo, siempre con sus buenos consejos que me servirán de mucho en mi vida profesional.

A mis profesores, por haber impregnado por siempre el conocimiento para ser profesional.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, en su personal Administrativo y Docente por abrir sus puertas y permitirme adquirir las destrezas y conocimientos que requiere una Odontóloga.

Karina

AGRADECIMIENTO

Primero agradezco a dios quien es mi guía en todo momento

A mi padre Narciso Acosta ya que es un ejemplo de superación y amor.

A mi madre Narcisa Arellano, por su apoyo, aunque esté lejos nunca me dejó sola.

A mi esposo Gustavo Mendoza, por su amor, comprensión y su apoyo en todo momento en las buenas y en las malas.

A mis abuelitos Gonzalo y Pastora ya que ellos son como mis padres, de ellos aprendí el amor y la responsabilidad.

A mis hermanos que ellos me vean como un ejemplo a seguir.

A mis sobrinos que son mi amor.

A mi Director de Tesis Dr. Hugo Mendoza por haber sacrificado su valioso tiempo para dirigir nuestra tesis.

A la Universidad San Gregorio, porque sin ella no hubiese podido llegar.

Maritza

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
CAPITULO I	
1.1. Planteamiento del Problema	5
1.2. Formulación del Problema	5
CAPITULO II	
2.1.-Justificación	6
CAPITULO III	
3.1. Formulación de Objetivos	8
CAPITULO IV	
4.1.- Hipótesis	9
CAPITULO V	
5.-Marco Teórico	10
5.1. Servicios Odontológicos	10
5.1.1. Preparación	10
5.1.2. Restauración	10
5.1.3. Clasificación	10
5.1.3.1. Según su finalidad	10
5.1.3.1.1. Finalidad Terapéutica	10
5.1.3.1.2. Finalidad Estética	10
5.1.3.1.3 Finalidad Protésica	11
5.1.3.1.4. Finalidad Preventiva	11
5.1.3.1.5. Finalidad Mixta	11
5.1.3.2. Según su Localización (Clasificación de Black)	11
5.1.3.2.1. Clase 1	11
5.1.3.2.2. Clase 2:	11
5.1.3.2.3. Clase 3:	11
5.1.3.2.4. Clase 4:	12
5.1.3.2.5. Clase 5:	12
5.1.3.3. Según su Extensión	12
5.1.3.4. Según su Etiología	12
5.2. Clasificación de los Materiales de Restauración	12
5.2.1 Según su forma de Inserción	13
5.2.1.1 Plásticos:	13
5.2.1.2 Rígidos:	13
5.2.2. Según sus características estéticas	13
5.2.3. Según su capacidad adhesiva al diente	13
5.2.4. Según su capacidad anticariogénica	14
5.2.5. Según su durabilidad en la boca	14
5.2.5.1. Permanentes	14
5.2.5.2. Temporarios	14

5.2.5.3. Provisorios	14
5.3 Propiedades óptimas de los Materiales restauradores	14
5.4 Implicaciones clínicas de la restauración dental	15
5.5. Orificación	15
5.6. Amalgama	16
5.7. Restauraciones metálicas coladas	16
5.8. Composita	17
5.9. Ionómero vítreo	18
5.10. Incrustación de composita	18
5.11. Incrustación (inlay-onlay) de porcelana	19
5.12. Restauración con Ionómero	20
5.12.1 Restauración con ionómeros convencionales	20
5.13. Restauraciones estéticas de clase 1	20
5.13.1. Localización de las lesiones	21
5.14. Restauraciones estéticas de clase 2	21
5.15. Restauración de clase 3 estrictamente proximal	22
5.15.1 Técnica operatoria	22
5.16. Restauración de clase 3 mediana y grande	22
5.17. Restauración de clase 4	23
5.18. Restauración de clase 5	23
5.18.1. Materiales de Restauración	24
5.18.2. Con preparación Cavitaria	24
5.18.3. Sin preparación Cavitaria	24
5.19. Carillas Estéticas	25
5.19.1. Indicaciones	25
5.19.2. Contraindicación	25
5.19.3. Clasificación	26
5.19.4 Materiales	26
5.20. Restauración de clase 1 y 2 con Amalgama	27
5.20.1. Indicaciones	27
5.20.2. Contraindicaciones	27
5.21. Restauración de clase 5 con amalgama	28
5.21.1. Tiempos Operatorios de la Preparación Cavitaria para amalgama	28
5.21.2. Tiempos Operatorios de la Restauración	28
5.22. Profilaxis- Control de placa bacteriana	29
5.22.1. Fase Básica	29
5.23. Cepillo de Dientes	30
5.23.1. Tipos de Cepillos	30
5.23.2. Técnica Modificada de Bass	31
5.23.3. Frecuencia del Cepillado	31
5.23.4. Soluciones Reveladoras	32
5.23.5. Limpiadores Inter. proximales:	32
5.24. Objetivo de la Técnica de Raspaje y Alisado Radicular	32
5.24.1. Raspaje:	33
5.24.2. Raspaje Profundo:	33
5.24.3. Alisado Radicular:	33
5.25. Fluoruros Tópicos	33
5.25.1. La Función de los Fluoruros en la Reducción de la Susceptibilidad de los Dientes	34
5.25.2. Enjuagatorios Fluorados	35

5.25.3. Dentífricos Fluorados	35
5.25.4. Barnices Fluorados	36
5.25.5. Geles y Soluciones Concentrados de Fluoruros	36
5.25.6. Fluoruros Tópicos de Aplicación Profesional	36
5.25.7. Pasos Básicos de la Técnica de Aplicación	36
5.26. Sellantes	37
5.26.1. Indicaciones para el uso de Selladores	37
5.26.2. Objetivos del Sellado	38
5.26.3. Técnica Clínica de los selladores	38
5.27. Exodoncia o Extracción Dentaria Simple	39
5.27.1. Indicaciones de una Exodoncia	39
5.27.2. Casos en que es obligatoria una Extracción	40
5.27.3. Otros casos que se deben realizar Exodoncia	40
5.27.4. Contraindicaciones de la Exodoncia	40
5.28. Valoración Preoperatoria	42
5.28.1. Técnica Quirúrgica Básica	42
5.28.2. Técnica Quirúrgica Abierta:	42
5.29. Posición del Paciente y Cirujano para Extracción de elementos dentarios superiores	43
5.29.1. Posición del Paciente	43
5.29.2. Posición del Cirujano:	43
5.30. Posición de Paciente y Cirujano para extracción de elementos dentarios inferiores	43
5.30.1. Posición del Paciente	43
5.30.2. Posición del Cirujano	43
5.31. Instrumental y Material para realizar Exodoncias	44
5.32. Técnica de la Exodoncia	45
5.32.1. Sindesmotomía:	45
5.32.2. Presión:	45
5.32.3. Luxación:	45
5.33. Extracciones Múltiples	46
5.34. Extracción Quirúrgica	47
5.34.1. Indicaciones de la Exodoncia Quirúrgica	47
5.35. Equipamiento Odontológico	48
5.35.1. Micro motor Eléctrico:	48
5.35.2. Motores Dentales Eléctricos	48
5.35.3. Compresor de Aire:	49
5.35.4. Turbinas	49
5.35.4.1 Factores para la Selección de una Turbina	50
5.35.5. Pieza de mano	51
5.35.6. Contra-ángulos.	51
5.35.7. Esterilización	52
5.35.7.1. Agentes Químicos	52
5.35.7.2. Agentes Físicos	53
5.35.7.3. Autoclave de alcohol	53
5.35.8. Lámpara de Foto curado	54
5.35.8.1. Luz visible	55
5.35.9. Sillón Dental	55
5. 36. Instrumentales	57
5.36.1. Importancia de los Instrumentales	57

5.36.2. Instrumental activo	58
5.36.2.1. Instrumental cortante de mano	58
5.36.2.2. Instrumental de corte	59
5.36.3. Usos del instrumental cortante de mano	59
5.36.3.1. Instrumentos cortantes de mano	59
5.36.4. Instrumentos no cortantes	60
5.36.4.1. Atacadores y Condensadores	60
5.36.4.2. Bruñidores	60
5.36.4.3. Talladores	60
5.36.5. Instrumental rotatorio	60
5.36.5.1 Clasificación de las fresas	61
5.36.5.1.1. Según su composición	61
5.36.5.1.2. Según la velocidad a la que giran	61
5.36.6. Forma de la parte activa de la fresa	61
5.36.7. Instrumental complementario	61
5.36.7.1. Instrumentos de exploración dental	62
5.36.7.2. Instrumental para preparar el campo operatorio	62
5.36.7.2.1. Instrumentos para anestesia	62
5.36.7.2.2. Instrumental requerido para el aislamiento del campo operatorio	63
5.36.8. Instrumental para Actividades Preventivas	66
5.36.9. Instrumental en Periodoncia	66
5.36.10. Instrumental en Exodoncia	66
5.36.11. Uso de equipo básico	66
5.37. Bioseguridad.- Concepto	67
5.37.1. Recomendaciones prácticas para desarrollar actividades vinculadas a la asistencia de pacientes	67
5.37.1.1. Agujas y jeringas	68
5.37.1.2. Descartadores	68
5.37.1.3. Material de curaciones (gasas, torundas)	68
5.37.1.4. Limpieza diaria	68
5.37.2. Procedimientos de descontaminación, limpieza desinfección y esterilización.	69
5.37.3. Mecanismos de infección	70
5.37.4. Recomendaciones para el tratamiento de pacientes	70
5.37.4.1. Lavado de manos	70
5.37.4.2. Guantes	70
5.37.4.3. Mascarillas	70
5.37.4.4. Protectores oculares	71
5.37.4.5. Vestimenta del profesional	71
CAPITULO VI	
6. Metodología	72
6.1. Diseño Metodológico	72
6.1.1. Modalidad Básica de la Investigación	73
6.1.2. Tipos de estudio	74
6.1.3. Población y Muestra	74
6.1.4. Instrumentos y recolección de datos	74
6.1.5. Plan de Tabulación de datos	75
6.2. Variables y operacionalización	75

6.3. Marco Administrativo	78
6.3.1. Recursos Humanos	78
6.3.2. Recursos Económicos	78
6.3.3. Recursos Materiales	79
6.4. Procedimiento para la ejecución de la investigación	79
6.5. Cronograma de actividades	80
CAPITULO VII	
7.1. Análisis e Interpretación de Resultados	81
7.2. Verificación de hipótesis	94
7.3. Conclusiones	97
7.4. Recomendaciones	98
Bibliografía	101
Anexos	

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS

GRAFICUADRO No.1.- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima, que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico, en el período	81
GRAFICUADRO No. 2.- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período	82
GRAFICUADRO No. 3.- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período	83
GRAFICUADRO N 4.- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período	84
GRAFICUADRO N 5.- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período	85
GRAFICUADRO N 6.- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período	86
GRAFICUADRO N 7- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período	87
GRAFICUADRO N 8- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el	88

Departamento Odontológico en el período

GRAFICUADRO N 9- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período 89

GRAFICUADRO N 10- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período 90

GRAFICUADRO N 11- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período 91

GRAFICUADRO N 12- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período 2008 92

GRAFICUADRO N 13- Encuesta dirigida a los pacientes de la Ciudadela Fátima que asisten al Subcentro de Salud, a recibir atención en el Departamento Odontológico en el período 2008 93

INTRODUCCIÓN

La salud en el ser humano es la base fundamental para desarrollar las acciones de la vida cotidiana, con entrega, felicidad y satisfacción.

La salud dental es parte del compromiso que tiene el individuo consigo mismo. Por ello los gobiernos de turno han desplegado acciones en pro de la salud.

Los Subcentros Médicos ubicados en diferentes barrios urbanos marginales de la provincia de Manabí, cubren estas necesidades, a aquellas personas de escasos recursos, que no tienen opción a solicitar consultas particulares.

Dentro de este grupo, tenemos el Subcentro de la Ciudadela Fátima, que oferta sus servicios de medicina general y odontológica.

En el campo de la Odontología se observa deterioro y carencia de implementos odontológicos que no permiten entregar una atención adecuada o un servicio de calidad, impidiendo el cumplimiento de los objetivos establecidos, y generando un malestar en el usuario, quien encuentra limitaciones en ciertos tratamientos.

Ante este requerimiento surge la necesidad de buscar solución a este problema, que es latente y que no puede solucionarse por la falta de recursos económicos.

El presente trabajo investigativo está estructurado así:

Un marco teórico elaborado con textos idóneos y actualizados y la parte práctica que será resultante de la investigación de campo, permite construir un contenido teórico práctico, coherente, fortalecido por una propuesta que permitirá solucionar el problema investigado.

Dentro del marco teórico se define los servicios odontológicos del Departamento de Odontología entre los cuales están, las restauraciones, las profilaxis, y las extracciones, abarcando también las topicaciones con flúor y los selladores.

Luego se enfoca las extracciones en general, que son los servicios más demandados por la Comunidad Fátima.

Es necesario conceptualizar y describir los equipos odontológicos como: El sillón dental, la turbina, el micro motor, el compresor, la lámpara de fotocurado, el esterilizador.

Los instrumentales son parte importante para generar un servicio eficiente, así tenemos: Los instrumentales para exodoncia como: Los fórceps, elevadores.

Los instrumentales para operatoria como: Los bruñidores, atacadores. Espejo bucal, explorador, pinzas algodonerías, papel articular, porta amalgama y pistola inyectora.

Se prioriza los equipos más importantes en base al informe proporcionado por el área odontológica y que aporten a la generación del servicio, para luego plantear alguna propuesta que permita fortalecer el Departamento Odontológico.

Los consolidados mensuales generan una idea clara del número de pacientes atendidos y la demanda del servicio.

ANTECEDENTES

El nombre de la comunidad inicialmente fue el del barrio Las Pulgas, nombre adoptado por el año 1960, en donde fueron llegando las primeras familias a habitar este sector. Luego de varios años su nombre cambió a Barrio Fátima, y a petición de los moradores ante la Alcaldía solicitan el cambio a Ciudadela.

El Subcentro de salud de la Ciudadela Fátima fue creado en septiembre de 1990 por el programa de salud familiar integral y comunitaria, comenzando a laborar en la casa de la señora Esther Mero de Sánchez, con pocos recursos humanos y materiales.

Más tarde por gestiones realizadas por el señor Walter Menéndez y otros líderes de la comunidad, este Subcentro fue trasladado a la casa del Sr. Menéndez debido a la incomodidad y al poco espacio donde se encontraba.

Con la ayuda económica del Ministerio de Salud Pública se logró conseguir la cantidad de dos millones de sucres para comprar el terreno en la calle 10 de Agosto, donde actualmente funciona, para luego realizar gestiones y conseguir que el gobierno del Arq. Sixto Durán Ballén en conjunto con el FISE constituyeran el Subcentro comenzando la obra en septiembre del año 1995 para inaugurarla el 15 de marzo de 1996.

Este Subcentro brinda atención a los habitantes de la Ciudadela Fátima, diariamente ejecutando los programas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

UBICACIÓN

La Ciudadela Fátima, está ubicada al noroeste de la ciudad de Portoviejo a 10 minutos del centro de la ciudad.

LIMITES

Al norte Terminal de Avenida Guayaquil

Al sur Terminación Santa Gema

Al este Parroquia Calderón

Al oeste lindera con el río Portoviejo

ÁREA DE INFLUENCIA.

El Subcentro de la ciudadela Fátima recibe a los pacientes de la comunidad de Santa Lucia, Cuatro Esquinas, Santa Gema.

Los medios de comunicación que utilizan son la radio, teléfono, televisor y prensa.

El clima es templado varía de acuerdo a la estación climática. Durante el verano la temperatura suele ser un poco más fría, pero acompañada de mucho polvo, la cual es responsable de las diversas enfermedades respiratorias que se presentan.

La flora esta compuesta por cultivos de ciclo corto como maíz, habas, fréjol, tomate, pepino, yuca etc. Entre los árboles frutales encontramos mangos, ciruelas, ovos y cocos.

La fauna esta integrada por animales domésticos en su mayoría perros, gatos, aves de corral, animales de carga entre otros.

En este subcentro de Salud, no se ha realizado un diagnóstico, para conocer las necesidades de materiales y equipos que tiene el subcentro.

Por esta razón amerita investigar las necesidades prioritarias que coadyuven a otorgar un mejor servicio.

CAPITULO I

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación propuesta fundamenta su importancia al estudiar la carencia de equipos que posee el Departamento Odontológico del Subcentro de Salud de la Ciudadela Fátima vs., el servicio brindado en el área Odontológica.

Por tal razón se correlacionan las variables, ante un departamento Odontológico bien implementado se ofrecerá un servicio de eficiencia.

Si se carece de algún equipo o instrumental, repercute directamente en el servicio,

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El problema a investigar aparece formulado de la siguiente manera:

¿Cómo influye la carencia de implementación en el servicio que se brinda a los usuarios del departamento de Odontología del subcentro de Salud de la Ciudadela Fátima en el periodo abril- agosto 2007?

Esta investigación será respondida mediante el proceso de investigación científica?

CAPITULO II

2.1.- JUSTIFICACIÓN

Después de conversar con el personal que labora en el subcentro de salud de la Ciudadela Fátima, nos informamos que no existe ningún estudio sobre el problema de la falta de implementación en el servicio que se brinda a los usuarios del subcentro Fátima.

Por tanto este informe científico va a ser el primer documento que servirá de guía para actuar de forma acertada en cuanto a la investigación de implementar el departamento de Odontología.

La Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo en su Estatuto Normativo considera que para obtener un Título Profesional debe hacer un trabajo de investigación científico, y por ser interesante y beneficioso hemos tomado la decisión de realizar esta investigación. .

Se justifica la investigación porque a este Subcentro de Salud concurren numerosos pacientes a hacerse tratar de algún problema de salud bucal por tanto se considera que los lineamientos que se logren obtener van a servir como indicadores a los profesionales de Odontología que trabajen en este subcentro de Salud.

Además los recursos que envían desde el Ministerio de Salud son limitados y no abastecen para suplir cada una de las necesidades.

Cómo estudiantes y ciudadanas manabitas trataremos de aportar con algún equipo, el mismo que se podrá adquirir bajo procesos de autogestión y con la ayuda de la Comunidad.

Pretendemos dar un impulso al Subcentro de la ciudadela Fátima, teniendo para ello un plan que define la detección de necesidades, y su priorización.

Es factible la investigación y propuesta ya que esta orientada a ayudar y mejorar la atención bucal de los moradores del sector.

Es original porque este tipo de investigación no ha sido objeto de estudio en este Subcentro.

Es importante porque considera acciones estratégicas, y de actitud solidaria que son necesarias para el buen funcionamiento del Subcentro.

Es justificable porque la implementación requiere de recursos financieros, cuyo mal aqueja a varios Subcentros, pero con motivación y perseverancia se puede lograr los objetivos propuestos.

Esperando que las nuevas generaciones estudiantiles conciban este trabajo como un apoyo a clases sociales que no poseen recursos para atenciones particulares, y además porque recalcamos la importancia de la higiene, preservación y cuidado bucal

CAPITULO III

3.1.- FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVOS

- La presente investigación se propone alcanzar los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la implementación de la Unidad Odontológica del Subcentro de Salud de la Ciudadela Fátima del cantón Portoviejo y su incidencia en los servicios brindados en el periodo Abril- agosto 2007?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los recursos odontológicos que posee el Subcentro de Salud de la Ciudadela Fátima
- Determinar los servicios odontológicos que brinda el Subcentro de salud de la Ciudadela Fátima.
- Elaborar una propuesta de implementación del departamento odontológico para el funcionamiento eficiente del Subcentro

CAPITULO IV

4.1.- HIPÓTESIS

Para realizar esta investigación se han realizado las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS GENERAL

La implementación del Departamento Odontológico mejorara los servicios brindados

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- La limitación de recursos odontológicos ha generado que los servicios del departamento odontológico se vayan desmejorando

- Priorizando las necesidades de atención dental se resalta la identificación de los servicios odontológicos.

- Con la implementación, los pacientes recibirán un mejor servicio.

CAPITULO V

5.- MARCO TEÓRICO

5.1. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Entre los servicios odontológicos tenemos: Las restauraciones, las profilaxis. Y las extracciones

5.1.1. Preparación

Una preparación es la forma interna o externa que se le da a un diente para efectuarle una restauración con fines preventivos, estéticos, de apoyo, de sostén o reemplazo de otras piezas ausentes.

5.1.2. Restauración

Se denomina restauración al relleno que se coloca dentro o alrededor de una preparación con el propósito de devolver al diente su función, forma o estética, o para evitar futuras lesiones.

5.1.3.- Clasificación

Las preparaciones y restauraciones se pueden clasificar según su finalidad, su localización, su extensión y su etiología.

5.1.3.1 Según su finalidad

5.1.3.1.1. Finalidad Terapéutica: Cuando se pretende devolver al diente su función perdida por un proceso patológico o traumático.

5.1.3.1.2. Finalidad estética: Para mejorar o modificar las condiciones estéticas del diente.

5.1.3.1.3 Finalidad protésica: Para servir de sostén a otro diente, para modificar la forma, para cerrar diastemas.

5.1.3.1.4 Finalidad Preventiva: Para evitar una posible lesión.

5.1.3.1.5 Finalidad mixta: Cuando se combinan varios factores.

5.1.3.2 Según su localización (Clasificación de Black)

5.1.3.2.1 Clase 1

Las que comienzan y se desarrolla en los defectos de la superficie dentaria:

Fosas, hoyos, surcos de premolares y molares.

Cara lingual o palatina de incisivos o caninos.

Fosas y surcos bucales o linguales de molares (fuera del tercio gingival)

5.1.3.2.2. Clase 2:

En las superficies proximales de premolares y molares.

5.1.3.2.3. Clase 3:

En las superficies proximales de incisivos y caninos que no abarque el Angulo incisal

5.1.3.2.4. Clase 4:

En las superficies proximales de incisivos y caninos que abarque el Angulo incisal.

5.1.3.2.5. Clase 5:

En el tercio gingival de todos los dientes.

5.1.3.3. Según su extensión

Se clasifican en simples, compuestas y complejas.

Las simples incluyen una superficie del diente, las compuestas dos superficies y las complejas más de dos.

5.1.3.4 Según su etiología

Preparación de hoyos y fisuras

Preparaciones de superficies lisas

5.2. CLASIFICACIÓN DE LOS MATERIALES DE RESTAURACIÓN

Se clasifican:

- Según su forma de inserción
- Según sus características estéticas
- Según su capacidad adhesiva al diente
- Según su capacidad anticariogénica
- Según su durabilidad en la boca

5.2.1. Según su forma de inserción

Plásticos y Rígidos

5.2.1.1. Plásticos:

Son aquellos que se insertan en la cavidad en forma plástica y se endurecen por fenómenos físicos, químicos por ejemplo:

Amalgama, composita, ionómero, compomero.

5.2.1.2. Rígidos:

Son aquellos que se insertan en la cavidad en un solo bloque que se fija con cemento y se retiene por fricción o adhesión.

Por ejemplo: incrustaciones metálicas, coronas, carillas.

5.2.2. Según sus características estéticas

En estéticos, por ejemplo, composita, compomero, porcelana y en No estéticos por ejemplo amalgama, oro.

5.2.3. Según su capacidad adhesiva al diente

En adhesivos, por ejemplo ionomero, compomero y no adhesivo amalgama, oro.

5.2.4. Según su capacidad anticariogénica:

Debida a la liberación de fluor es Anticariogénico, por ejemplo ionomero, compomero y no anticariogénico, por ejemplo amalgama, porcelana.

5.2.5. Según su durabilidad en la boca

En permanentes, temporarios y provisorios.

5.2.5.1. Permanentes son aquellos cuya durabilidad media es de 15 a 20 años por ejemplo amalgama, oro.

5.2.5.2. Temporarios. Son los que duran entre 3 y 15 años por ejemplo ionómero, compómero.

5.2.5.3. Provisorios. Son los que duran hasta 3 años o se usan intencionalmente para restauraciones de poca duración mientras se espera el trabajo definitivo del laboratorio.

5.3. PROPIEDADES ÓPTIMAS DE LOS MATERIALES RESTAURADORES

- Resistencia al deterioro en el medio bucal
- Adaptabilidad a las paredes cavitarias
- Resistencia mecánica
- Baja conductibilidad térmica
- Facilidad de manipulación
- Estética
- Compatibilidad biológica
- Protección de los márgenes contra la caries

5.4. IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA RESTAURACIÓN DENTAL

La finalidad de la restauración es mantener la salud, la función y la estética de los dientes y sus tejidos de soporte en armonía con la boca y el organismo en general.

Entre los materiales restauradores de mayor importancia clínica están: El oro para orificación, la amalgama, las aleaciones para restauraciones metálicas coladas, composita, ionomero vítreo, compomero y las incrustaciones y carillas de composita y porcelana.

5.5 ORIFICACIÓN

“El oro es el material restaurador mas antiguo se utiliza desde 1855.

Por sus cualidades y su excelente desempeño clínico las orificaciones constituyen un símbolo de perfección en odontología.”¹

Coronas fenestradas de oro



5.6. AMALGAMA

Es el material restaurador mas usado en todo el mundo.

Es posible que la amalgama sea el único material que aunque este mal trabajado presta años de servicio al paciente.

La amalgama es un material de restauración utilizado en odontología, que resulta de la aleación del mercurio con otros metales, como plata, estaño, cobre, zinc, oro.

“En odontología, se habla de amalgama, más concretamente de "amalgama de plata", para referirse a la aleación utilizada en odontología para obturar las cavidades hechas

¹ BARRANCOS, Money, operatoria dental 2001

por la caries y así reestablecer la función masticatoria. La amalgama se colocará en alguna de las cavidades de Black según el tipo de lesión que haya que obturar. Siendo siempre retentivas ya que la amalgama no se adhiere al tejido dentario”²



5.7.- RESTAURACIONES METÁLICAS COLADAS

Como toda restauración metálica colada esta protegida por una capa intermedia de un cemento mal conductor del calor, esta siempre ofrece protección térmica.

La manipulación de las restauraciones metálicas coladas son fáciles porque son confeccionadas con el método indirecto, y contactos ínter proximal obtenido fuera de la boca, sobre el modelo.

La estética es desfavorable y a veces es difícil lograr su aceptación por parte del paciente.

Cuando la cavidad no es profunda y hay una buena adaptación marginal, las restauraciones coladas son aceptables porque el oro y sus aleaciones resultan inocuas desde el punto de vista químico y son bien toleradas por los tejidos.

² http://www.dsalud.com/numero54_5.htm

5.8.- COMPOSITA

Fue desarrollado por Ralph Bowen en los EEUU Y hoy es el material restaurador estético mas utilizado por los odontólogos.

Las compositas son insolubles en el medio bucal, pero sufren un deterioro superficial por deficiencia de unión entre partículas y resina.

Con la técnica del grabado ácido y el uso de una resina fluida intermediaria la adaptación marginal es clínicamente buena.

Una deficiencia de la composita, es el deterioro de su superficie.

Si bien al principio es excelente desde un punto de vista estético pero con el tiempo sufre alteraciones en la lisura y en el color de la superficie.

El composita fotopolimerizable por luz visible es más estable en cuanto al color.

En su etapa actual de desarrollo, la composita no debe ser considerada como un sustituto de la amalgama o de la incrustación metálica colada en restauraciones que abarcan la cara oclusal de los dientes posteriores, en todos los casos clínicos.

El desgaste en las áreas de contacto oclusal con los dientes antagonistas sigue siendo mayor que el desgaste de las amalgamas, lo que limita su indicación para cavidades pequeñas o áreas sin contacto oclusal.

5.9. IONOMERO VITREO

En 1970 se introdujo un nuevo material para uso odontológico en el cual se procuro combinar dos sistemas existentes: cemento de silicato y cemento de policarboxilato de cinc.

El ionómero vítreo tiene mayor solubilidad que el composita.

La adaptación a las paredes de la preparación es buena, ya que posee capacidad de adhesión al esmalte, a la dentina y al cemento.

Sus propiedades mecánicas no son apropiadas para utilizarlo en áreas donde hay cargas oclusales y condiciones favorables para el desgaste.

Con respecto a su estética, es inferior a la del composita porque su opacidad es mayor que la del diente.

5.10 INCRUSTACIÓN DE COMPOSITA

Con el objetivo de superar las dificultades técnicas de las restauraciones directas de composita en dientes posteriores se desarrollo este sistema de incrustación.

Entre las ventajas tenemos:

- Buena estética
- Mayor facilidad para obtener un buen contorno proximal
- Mejor posibilidad de obtener buenos contactos proximales.

Desventajas:

- Mayor potencial de fractura en comparación con las restauraciones metálicas.
- Son más costosas que las restauraciones directas.
- Mayor tiempo clínico que composita directo y amalgama.

5.11 INCRUSTACIÓN (INLAY-ONLAY) DE PORCELANA

Dadas a las deficiencias en las restauraciones estéticas con composita en dientes posteriores se desarrollaron diversas formas de restauración indirecta en porcelana.

Ventajas:

- Excelente estética
- Buena radiopacidad
- Retención independiente
- Contacto proximal correcto.

Desventajas

- 1) Facilidad para fracturarse
- 2) Es la más costosa de las restauraciones estéticas
- 3) La técnica es compleja
- 4) La línea de cemento es muy grande.

5.12. RESTAURACIÓN CON IONOMERO

En la actualidad el uso más importante que tienen los ionomeros como materiales para restauración es la resolución de lesiones cervicales.

La mayor incidencia de caries radicular en poblaciones de adultos mayores a raíz de la mayor conservación de las piezas dentarias ha hecho de los ionomeros el material de elección para restauración de las lesiones asentadas en el cemento radicular.

5.12.1. Restauración con ionomeros convencionales

El uso de los ionomeros convencionales se ha visto limitado por la incorporación de los ionomeros modificados con resinas de foto polimerización.

Debe recordarse que los ionomeros convencionales expuestos al medio bucal no se pueden pulir y acabar en la misma sección, ya que es necesario cubrirlos con un barniz o una resina foto curada.

El resultado estético obtenido con este tipo de ionomero es inferior al logrado por los ionomeros modificados con resinas fotopolimerizables y con resina reforzada.

5.13. RESTAURACIONES ESTÉTICAS DE CLASE 1

En la selección del material de restauración para rehabilitar un elemento dentario que ha sufrido una lesión en la superficie oclusal el operador puede optar por una amalgama, composita o una incrustación de composita, de porcelana o colada metálica.

El material mas utilizado por su facilidad de inserción y su bajo costo es la amalgama cuyos principales inconvenientes es la innecesaria destrucción de tejido sano, la falta de adhesión, su color grisáceo.

5.13.1. Localización de las lesiones

Las lesiones de las restauraciones de clase 1 se ubican en hoyos y fisuras de: 1) cara oclusal de premolar y molar 2) tercio oclusal y medio de la cara bucal de molares inferiores 3) tercio oclusal y medio de la cara lingual de molares inferiores 4) cingulum de incisivos superiores.

5.14. RESTAURACIONES ESTÉTICAS DE CLASE 2

Se ubican en caras proximales de premolares y molares.

En esta restauración el operador debe extremar los medios de diagnostico para poder detectar las lesiones precoces.

Cuando la lesión se presenta cavitada con brecha ya hay una gran destrucción de tejidos y posible compromiso pulpar.

Entre las ventajas de esta restauración son: menor destrucción innecesaria de tejido sano, mejor oclusión y relación de contacto.

Entre las restauraciones de clase 2 pueden haber compuestas como las que abarcan:

- 1) Restauración próximo bucal o lingual
- 2) Restauración próximo-oclusal.

Esta contraindicada cuando existe una caries en la cara oclusal y otra en la cara proximal pero no se comunica entre si y el reborde esta intacto.

5.15. RESTAURACIÓN DE CLASE 3 Estrictamente PROXIMAL

Son aquellas que por su tamaño pequeño en la mayoría de los casos se detectan en el examen radiográfico, y se localizan en la cara proximal del diente sin extenderse a la cara labial o lingual.

De acuerdo a su extensión estas restauraciones se clasifican en:

- Estrictamente proximal, labio proximal, linguoproximolabial.
- Dichas caries incipientes pueden estar localizadas en el punto de contacto o por encima de el.

5.15.1. Técnica operatoria

- Tiempo del registro oclusal
- Tiempo de la anestesia
- Tiempo del aislamiento
- Tiempo de la preparación cavitaria
- Protección dentino pulpar
- Preparación del sistema matriz
- Preparación del material
- Tiempo del llenado de la preparación cavitaria
- Tallado de la obturación
- Pulido
- Retiro de la matriz y aislamiento
- Tiempo del control oclusal

5.16. RESTAURACIÓN DE CLASE 3 MEDIANA Y GRANDE

Son aquellas que se usan para restaurar lesiones cariosas que involucran caras proximales de los dientes anteriores sin comprometer el Angulo incisal.

Entre causas que pueden provocar esta preparación son traumatismos, defectos congénitos o iatrogénicos.

La restauración de clase 3 mediana es aquella en el cual el proceso no solo afecta a la cara proximal sino también a la cara labial o lingual.

La preparación de clase 3 grande es aquella en el cual están afectadas las caras proximales labiales y linguales.

El material de elección para esta restauración es la composita de preferencia el foto curable que emplea la luz visible.

5.17. RESTAURACIÓN DE CLASE 4

Se las llama también reconstrucciones del ángulo y son producidas por:

- Caries proximal en el sector anterior que fracture el ángulo
- Traumatismo con fractura del ángulo
- Defecto del esmalte en la zona del ángulo
- Restauración antigua

5.18. RESTAURACIÓN DE CLASE 5

Son aquellas que se encuentran ubicadas en el tercio gingival o cervical de la cara bucal y lingual de todas las piezas dentarias.

Estas lesiones pueden ser originadas por:

- Caries
- Abrasión
- Erosión

- Adfraccion

5.18.1. Materiales de restauración

Las lesiones de clase 5 pueden ser restauradas con: compósita, ionómero, ionoresina y compómero.

Las restauraciones estéticas de clase 5 pueden ser de 2 tipos:

5.18.2. Con preparación cavitaria

Estas se realizan cuando la lesión se origina por caries

5.18.3. Sin preparación cavitaria

Se realiza cuando no hay lesión de caries y esta indicada en abrasiones, erosiones y adfracciones.

“En Odontología, la estética representa una preocupación constante, tanto como por parte del paciente como por parte del dentista. Cualquier alteración en la apariencia estética puede provocar implicaciones psicológicas que pueden ir desde una simple forma de esconder el defecto hasta la más grande introversión.”

Debido a ello, y para respetar la búsqueda de los pacientes por un tratamiento estético donde se logre armonía y belleza; se utilizan hoy día las restauraciones estéticas libres de metal que además ofrecen resistencia al desgaste y durabilidad.

Las principales características de estos materiales son su estética, biocompatibilidad, propiedades ópticas, estabilidad de color y buena resistencia mecánica, todo esto basado en un diagnóstico adecuado que no contraindique su utilización.

Dentro de las restauraciones estéticas hay varios tratamientos que son importantes conocer como las carillas.

5.19. CARILLAS ESTÉTICAS

La carilla estética es un recurso excelente para la rehabilitación estética y funcional de uno o más dientes del sector anterior³

Para el éxito de las carillas es necesario que la pieza tenga un tamaño relativamente normal, que tenga suficiente cantidad y espesor de esmalte, que el paciente tenga buena higiene oral y en lo posible evitar hábitos como el bruxismo, comerse las uñas, morder objetos etc.

Entre las indicaciones y contraindicaciones tenemos:

5.19.1. Indicaciones:

- Obturación antigua deficiente
- Pigmentación endógena como las Tetraciclinas
- Hipoplasias
- Manchas adamantinas
- Fracturas
- Anomalías morfológicas de forma y de tamaño
- Pigmentaciones exógenos por café, te.

5.19.2. Contraindicación

- En dientes con coronas clínicas cortas
- Dientes con pigmentación muy oscura
- Dientes con movilidad por enfermedad periodontal
- Dientes con corona clínica debilitada
- Dientes con grandes restauraciones en sus caras proximales
- Oclusión borde a borde

³ BARRANCOS, Money, operatoria Dental 2001

5.19.3. Clasificación

- Composita a mano alzada
- Composita sobre modelo
- De porcelana y otras cerámicas
- De porcelana hecha a maquina

5.19.4. Materiales

“Para las carillas de composita a mano alzada se usa una composita de foto curado, pueden usarse también los híbridos o los de micro partículas.

Para las carillas de composita sobre modelo se usan:

- Composita de micro relleno
- Composita híbrido
- Cerómero

Para las carillas de porcelana se usan porcelanas especiales que pueden ser trabajadas sobre modelos de revestimiento y procesadas en horno a alta temperatura.”⁴

Para el cementado de las carillas se usan los cementos de composita de foto curado o de curado dual.

Las carillas labiales sean de composita o de porcelana constituyen una de las mejores opciones para la reconstrucción estética de los sectores visibles de la boca por su durabilidad, por la conservación de tejidos dentarios sanos, por la buena tolerancia en la encía y por la aceptación por parte de los pacientes.

⁴ <http://www.odontologiaintegral.cl/>.

5.20. RESTAURACIÓN DE CLASE 1 Y 2 CON AMALGAMA

Aunque la estética no es favorable es uno de los procedimientos odontológicos que se realizan con más frecuencia por su bajo costo. Su fácil manipulación, el tiempo reducido de trabajo y sus buenas propiedades mecánicas.

La diferencia entre las dos restauraciones 1 y 2 es en la presencia de la caja proximal.

Las lesiones de clase 1 se localizan en surcos, hoyos y defectos de las caras oclusales de premolar y molar y cara lingual de dientes anteriores.

Las lesiones de clase 2 se localizan en caras proximales de premolar y molar.

5.20.1. Indicaciones

- Cuando las condiciones económicas del paciente no permite la realización de una restauración rígida
- En dientes temporarios o permanentes jóvenes la indicación de amalgama es correcta y brinda un buen servicio
- En dientes con enfermedad periodontal avanzada, mal posición.
- Individuos atendidos en forma domiciliaria se usa la amalgama por la rapidez de su manipulación.

5.20.2. Contraindicación

Esta contraindicada en cavidades muy visibles, también en cavidades muy extensas o de paredes débiles, en pacientes que tienen restauraciones con otros metales como orificaciones e incrustaciones metálicas no se debe colocar amalgama en especial si van a estar en contacto con ellas.

También en pacientes con alergia e intolerancia al mercurio.

5.21. RESTAURACIÓN DE CLASE 5 CON AMALGAMA

Se realizan en lesiones ubicadas en la cara bucal o lingual de los molares y premolares cuando la estética no esta comprometida.

La principal indicación para este material es el tratamiento de caries donde ya existe una cavidad.

5.21.1. Tiempos operatorios de la preparación cavitaria para amalgama

- Maniobras previas
- Apertura
- Conformación
- Extirpación de tejidos deficiente
- Protección dentino pulpar
- Retención
- Terminación de paredes
- Limpieza

5.21.2.-Tiempos operatorios de la restauración

- Preparación de la matriz
- Preparación del sustrato
- Colocación de la matriz
- Manipulación del material
- Inserción
- Tallado
- Control postoperatorio

5.22. PROFILAXIS- CONTROL DE PLACA BACTERIANA

La profilaxis es la limpieza rutinaria a la cual se debe someter el paciente cada 6 meses para prevenir la aparición de alteraciones en las encías o en su hueso.

Para el tratamiento de la gingivitis, periodontitis y su prevención hacen imperativa la eliminación de la placa bacteriana y el control de su neoformación.

Se utilizan elementos que la remuevan como el cepillo dental, seda dental, instrumentos para remover cálculos como raspadores y curetas y antibióticos en casos especiales.

Actualmente los investigadores clínicos están de acuerdo en que la causa principal de la gingivitis y periodontitis es la acumulación de microorganismos constituyendo la placa bacteriana.

Para lograr el control adecuado de la formación de placa, las técnicas básicas se orientan hacia la remoción diaria de la placa que se acumula en la región cervical del diente y se utilizan cepillos de dientes, seda dental, puntas de caucho, palillos plásticos, cepillo eléctrico.

5.22.1. Fase básica

Los pacientes deben someterse a la fase básica que incluye control de placa y prevención de su neoformación.

Esta fase comprende los siguientes pasos:

- Instrucción del paciente
- Prescripción de drogas
- Remoción de cálculos supragingival
- Eliminación de irritante iatrogénico
- Eliminación de áreas retentivas para la acumulación de placas
- Eliminación de calculo subgingival, y alisado radicular y curetaje de la pared blanda del saco.

“La fase básica i incluye control de la formación de placa, eliminación de esta por parte del profesional y paciente, eliminación de calculo supragingival y subgingival y detartraje y alisado ya que esto conduce a prevención de caries y enfermedad periodontal.”⁵

5.23, CEPILLO DE DIENTES

El cepillo de dientes es uno de los elementos mas importante en el control de placa pero el clínico debe entender que con el cepillado no se remueve la placa ínter proximal y por lo tanto el paciente debe usar elementos que complementen la acción del cepillo

5.23.1. Tipos de cepillo

El cepillo ha sido usado por siglos con el propósito de eliminar restos alimenticios depositado sobre la superficie dentaria.

No se aconseja la utilización del cepillo con cerdas demasiados duras porque pueden traumatizar la encía, se aconsejan cerdas sintéticas redondeadas en la punta.

Existen dos tipos de cepillo: Manual o Eléctrico.

El eléctrico esta indicado en pacientes con alguna limitación en los movimientos físicos o que tienen algún problema de comprensión.

El cepillo eléctrico es apropiado en ciertos tipos de pacientes en casos de incapacidad física o mental.

Existen varias técnicas de cepillado siendo actualmente la más aceptada la técnica de Bass.

⁵ BARRANCOS, Money, Operatoria Dental, tercera edición Pág. 471-480 609-633 646-654 721-892, 200

5.23.2. Técnica modificada de bass

Se realiza de la siguiente manera:

- Se coloca la cerda a la altura del margen gingival con una angulación de 45°
- Suavemente se trata de introducir la punta de la cerda por debajo del margen gingival con movimientos cortos hacia delante y atrás con el propósito de retirar placa acumulada en esta zona.

5.23.3. Frecuencia del cepillado

Lo ideal es hacerlo varias veces al día con propósitos cosméticos y de prevención de halitosis.

Algunos autores creen que la placa demora un tiempo en organizarse para ser patógena y que real mente un cepillado efectivo cada 48 horas sería suficiente.

5.23.4. Soluciones reveladoras

Son sustancias colorantes que vienen en líquido o tableta para disolverse en la boca. Una vez disuelta el paciente se enjuaga y el material coloreado que se aprecia adherido a la zona cervical próxima al margen gingival se considera como placa.

La solución o las tabletas reveladoras son elementos educativos ya que el mismo paciente puede determinar las zonas donde hay fallas con su técnica de cepillado.

5.23.5. Limpiadores interproximales:

Si el espacio ínter proximal es amplio se pueden utilizar como elementos coadyuvantes de higiene puntas de caucho y maderas. Estos se utilizan con movimientos en sentido lingual y vestibular, es decir el elemento auxiliar se introduce y se saca en el espacio ínter proximal.

5.24. OBJETIVO DE LA TÉCNICA DE RASPAJE Y ALISADO RADICULAR

Con esta técnica se eliminan todas las masas de cálculos adheridos a la superficie dentaria, se usan diferentes raspadores con movimientos de tracción que tiene por objeto separa la masa calcárea de la superficie dentaria y una vez producida la eliminación de la misma, alisar la superficie de inserción del calculo.

En algunas ocasiones se utiliza el cincel en las superficies proximales de dientes anteriores con movimientos de impulsión.

Terminado el procedimiento de detartraje y alisado se deben haber eliminado los cálculos supra y subgingival, la placa, las manchas, y la superficie cementaria debe estar lisa y pulida.

Después de la fase básica viene la remoción total de cálculos supra y subgingival y el alisado de la superficie sobre la cual estaban insertados en el diente, lo cual se logra por medio de un detartraje y alisado radicular.

5.24.1. Raspaje:

Instrumentación de la corona y de las superficies radiculares es de los dientes para retirar placa, cálculo y manchas de esta superficie.

5.24.2. Raspaje profundo:

Para el raspaje subgingival

5.24.3. Alisado radicular:

Es un procedimiento de tratamiento definitivo diseñado para retirar cemento o dentina superficial rugosos con cálculos adheridos o contaminados con microorganismos.

Para la remoción de cálculos se usan instrumental en forma de hoz y cinceles como los raspadores

5.25. FLUORUROS TÓPICOS

El efecto cariostático de los fluoruros tópicos, comenzó a estudiarse en la década de 1940 y los estudios que se han realizado han sugerido que la caries podría ser inhibida por medio de su aplicación.

El mecanismo de acción de todos los fluoruros (dentífricos, enjuagues, geles, y aguas fluoradas) es su efecto tópico sobre el esmalte, incluso en concentraciones mínimas alrededor de los dientes inhibe la desmineralización y favorece la remineralización de la superficie dental.

El fluoruro no debe considerarse un agente preventivo, sino un medio terapéutico para lesiones activas.

Desde el punto de vista de los mecanismos de acción, las aplicaciones frecuentes de fluoruro en bajas concentraciones inhibirían la desmineralización y aumentarían la remineralización gracias a la presencia del ión suficiente en cada momento del descenso del ph.

5.25.1. La función de los fluoruros en la reducción de la susceptibilidad de los dientes

Se ha demostrado que el método mas eficaz para hacer los dientes menos susceptibles a la caries dental es incorporar iones fluoruro a las estructuras de hidroxiapatito de aquellos durante su desarrollo y exponer a los que ya han hecho erupción a un ambiente que contenga fluoruro constantemente.

La mejor fuente de fluoruro y la mas económica, es el agua fluorada de los servicios públicos.

Existen otros medios de administrar fluoruros a la mayoría de la población no protegida. La aplicación tópica de fluoruros (soluciones, geles, pastas, y combinaciones) también protege las superficies dentarias.

Tanto en zonas con aguas fluoradas como en la que no disponen de ella, es responsabilidad del dentista informar a los padres acerca de las ventajas de las aplicaciones tópicas de fluoruro.

Si bien hay que resaltar el papel de los fluoruros como factor en el control de caries, no hay que dejar que los padres creen que con solo los fluoruros, sin otras medidas profilácticas, eliminarán la incidencia de nuevas lesiones de caries. Hay que comentar con el padre el papel de los otros dos factores importantes en la producción de caries (azúcares refinados y microorganismos orales).

5.25.2. Enjuagatorios fluorados

Son ideales para ser utilizados en programas preventivos escolares debido a la posibilidad de supervisar a grandes cantidades de niños con un costo mínimo.

Se ha estudiado una gran variedad de compuestos fluorados pero los más utilizados son los que contienen fluoruro de sodio en diferentes concentraciones.

Está indicado en pacientes sometidos a tratamientos ortodóncicos y en niños que no se pueden cepillar correctamente los dientes, pero está contraindicado en niños de edad preescolar.

5.25.3- Dentríficos fluorados

El cepillado de los dientes con dentríficos fluorados es el método de aplicación tópica de fluoruro más utilizado en el mundo y actualmente se considera como una medida de salud pública.

Los dentríficos fluorados ejercen una acción cariostática que tiende a aumentar con la cantidad de años de uso.

El uso extenso de los dentríficos fluorados puede explicar la significativa reducción de caries observada en muchas comunidades del mundo industrializado.

5.25.4.- Barnices fluorados

Fueron desarrollados para prolongar el tiempo de contacto entre los fluoruros y el esmalte con el propósito de incrementar la formación de fluorapatita.

Esta indicado en zonas hipersensibles, dientes recién erupcionados y en la detención de la caries precoz.

5.25.5.- Geles y soluciones concentrados de fluoruros

Estos se emplean para usos profesionales y no deben recetarse en niños para uso domiciliario.

“Las ventajas del uso del gel y moldes son:

- Buena aceptación del paciente
- Control de las áreas en que se aplica el fluoruro
- Minimización del tiempo de aplicación”⁶

5.25.6.- Fluoruros tópicos de aplicación profesional

El fluoruro de sodio fue la primera solución tópica probada eficazmente, en una concentración del 2%, aplicada sobre dientes sometidos a limpieza y secados previos.

5.25.7 Pasos básicos de la técnica de aplicación

1. Motivación del paciente
2. Preparación de la mesa y del profesional de acuerdo con las normas de bio seguridad.
3. Limpieza de los dientes con pasta abrasiva y cepillo para la eliminación de la placa.
4. Enjuague
5. Preparación de la cubeta de aplicación con la cantidad de fluoruro

⁶ BARRIOS, Gustavo M. Odontología Tomo 1, Pag 303-321, año, 2004

6. Secado de la superficie dentaria
7. Colocación de la cubeta en la boca
8. Se espera 4 minutos
9. Retiro de cubeta
10. Indicación al paciente que no debe comer ni enjuagarse por media hora

5.26. SELLANTES

Es la modificación morfológica de la superficie dental mediante la aplicación de una barrera física (resina adhesiva) en las fosas y fisuras profundas de los dientes que permita disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal.

Las fisuras, los orificios y los agujeros ciegos constituyen nichos retentivos de placa en la superficie del diente.

El acumulo de placa en las fisuras se incrementa durante el primer año después de la erupción de un molar. Los dientes son entonces muy propensos a la caries.

5 .26.1. Indicaciones para el uso de selladores

“La indicación específica es la existencia de surcos profundos no remineralizados en la pieza dentaria sea primaria o permanente”⁷

Se aconseja el uso de los selladores en los siguientes casos:

- Sobre obturaciones de composita
- Sobre obturaciones de amalgama
- Sobre caries incipiente

⁷ www.nidcr.nih.gov/healthInformation/

5.26.2- Objetivos del sellado

“Los sellados deben cerrar los lugares de las caries en los molares mediante diacrilatos y retención del esmalte.”⁸

- En caries pequeñas, los microorganismos deben ser aislados del sustrato para que no puedan sobrevivir o no aumenten la lesión.
- En caries diagnosticables debe realizarse un sellado ampliado de fisuras.
- El sellado de una superficie dental ya obturada debe evitar la aparición de caries secundaria a lo largo del margen de la obturación.

5.26.3. Técnica clínica de los selladores

1. Se debe aislar el diente de la contaminación salival en especial con dique de goma
2. Se debe limpiar la superficie dentaria por sellar, usando pasta pómez sin fluoruro se la aplica con un cepillo usando la pieza de mano de baja velocidad. Otro método es limpiar la fisura con bicarbonato de sodio.
3. Se aplica el agente grabador a la superficie dental con un pincel, una torunda de algodón durante 60 segundos en dientes permanentes y 120 segundos en los primarios.
4. Se enjuaga la superficie del diente con aire y agua a presión durante 10 segundos, esto retira el grabador y luego se seca la superficie dental por 5 segundos.
5. Se aplica el sellador a la superficie gravada con un pincel delgado o con un aplicador provisto por el fabricante.

⁸ A.CAMERON ,R. widner, Manual de odontología pediátrica, Harcourt Brace Publisher Internacional, 2002

Con los selladores de curado químico el tiempo de trabajo es de 1 a 2 minutos, con los fotopolimerizables es de 10 a 20 segundos.

6. Se explora toda la superficie oclusal buscando fosetas y fisuras que no hayan quedado selladas.
7. Se evalúa la oclusión de la superficie sellada para ver si hay material excedente y es preciso quitarlo.

5.27 EXODONCIA O EXTRACCIÓN DENTARIA SIMPLE

Como ultimo recurso se realiza la exodoncia de la pieza dental, buscando la posibilidad de salvar la pieza a través de actividades de endodoncia si se dispone del equipo necesario.

Es el acto quirúrgico que se realiza con más frecuencia dentro de la cirugía oral.

La extracción dentaria debe ser un acto quirúrgico con un estudio previo, no todas las exodoncias son iguales y las situaciones cambian en cada paciente, las hay muy fáciles y otras que son muy complicadas y muy frecuentemente sucede la complicación de la extracción dentro del acto operatorio.

5.27.1. Indicaciones de una exodoncia

- Piezas destruidas que no es posible la aplicación de la odontología conservadora.
- Restos radiculares
- Piezas con fracturas coronarias muy subgingivales
- Piezas con fracturas verticales
- Piezas con enfermedad periodontal con grados de movilidad no estable.
- Caries radicular muy subgingival y sobre todo subóseas.
- Piezas con problemas focales que diseminan bacterias que no se pueden solucionar con tratamiento endodóntico, sobre todo en enfermos cardiacos.

5.27.2. Casos en que es obligatoria una extracción

- Piezas supernumerarias
- Piezas que impiden un buen diseño de una prótesis
- Piezas temporales que interfieren la erupción del permanente.

5.27.3. Otros casos que se deben realizar exodoncia

- Tratamiento ortodóncico en los que hay una gran discrepancia óseo dentaria, sin posibilidad de crecimiento óseo
- Piezas ectópicas
- Piezas incluidas que nos den patología quística, posibles reabsorciones radiculares, desequilibrio de las arcadas, problemas tumorales.
- Por problemas socioeconómicos del paciente

5.27.4. Contraindicaciones de la exodoncia

- Pacientes con GUNA y con gingivo-estomatitis herpética, debemos tratarla antes de realizar la exodoncia
- Tumores malignos en la zona de la pieza que debe ser extraída, se pueden producir grandes hemangiomas⁹
- Presencia de hemangioma o angioma en relación con la pieza a extraer
- Pacientes diabéticos descompensados, existe el peligro de que sufran de una hipoglucemia
- En pacientes inmunodeprimidos debemos informarnos de su estado mediante su especialista.

⁹ Tomado de la página Web: WWW/odontocat s.l 2002

- En pacientes sometidos a diálisis renal, si su estado lo permite, se realiza la exodoncia durante el día de descanso, ya que están fuera del efecto de la heparina y hay que someterle a una prevención con antibióticos.
- Hay que estar en comunicación con los especialistas en casos de sida, leucosis, agranulocitosis, y pacientes con tratamiento con quimioterapia.
- En pacientes cardiacos con problemas de valvulopatías, debe realizarse una antibioticoterapia preventiva para prevenir la endocarditis bacteriana.
- En pacientes que han sufrido infarto no es aconsejable realizar tratamiento quirúrgico hasta pasado 6 meses del infarto.
- En pacientes con hepatopatías crónicas debemos estar en contacto con el hepatólogo para ver su estado de coagulación.
- En todos los casos cardiacos es aconsejable el uso de anestésico local sin vasoconstrictor.
- En embarazadas no existe contraindicación para realizar la extracción, es preferible evitarla durante el 1º trimestre de gestación y no hacer radiografías sin protección del feto

5.28. VALORACIÓN PREOPERATORIA

La valoración preoperatorio debería conseguir establecer el grado de dificultad de una extracción para elegir la técnica quirúrgica mas adecuada. Existen dos diferentes abordajes quirúrgicos:

5.28.1. Técnica quirúrgica básica

No prevé el despegamiento de un colgajo, se realiza con los fórceps de extracción y se aplica para las llamadas EXODONCIAS SIMPLES

5.28.2. Técnica quirúrgica abierta:

Requiere del despegamiento de un colgajo y también de la eliminación de cierta cantidad de tejido óseo (osteotomía) y también se puede subdividir el diente en partes (odontosección) y aquí se habla de EXODONCIAS COMPLEJAS.

Hay factores que se deben valorar para planificar correctamente la avulsión:

- Balance Preoperatorio general
- Valoración Radiográfica
- Valoración de la anatomía radicular
- Valoración de la movilidad del diente
- Evaluación de las relaciones con las estructuras anatómicas adyacentes
- Situación clínica de la corona del diente
- Valoración de la posición del diente que se va a extraer en el ámbito de la arcada dentaria
- Mineralización del hueso alveolar circundante
- Presencia de lesiones peri apicales.

5.29. POSICIÓN DEL PACIENTE Y CIRUJANO PARA EXTRACCIÓN DE ELEMENTOS DENTARIOS SUPERIORES

5.29.1. Posición del paciente

El paciente estará reclinado en el sillón, de forma que el plano oclusal superior este mas o menos perpendicular al piso.

Para las extracciones en el sector latero posterior derecho, el paciente rotara la cabeza hacia la izquierda, permitiendo así una mejor accesibilidad para el cirujano.

5.29.2. Posición del cirujano:

Para cirujanos diestros la posición sentada es preferible ya que permite que trabaje con más comodidad y se sentara a la derecha del paciente.

5.30. POSICIÓN DE PACIENTE Y CIRUJANO PARA EXTRACCIÓN DE ELEMENTOS DENTARIOS INFERIORES

5.30.1. Posición del paciente

El paciente se dispone de una posición menos reclinada que en la arcada superior.

5.30.2. Posición del cirujano:

Para la extracción de los dientes del grupo frontal y de la hemiarcada derecha, el cirujano se coloca a la derecha del paciente.

Para extraer los dientes inferiores izquierdos el cirujano puede colocarse a la izquierda del paciente.

“Para la extracción de molares se requiere de una fuerza mayor, la mano izquierda del cirujano se utilizara para separar los tejidos blandos y para estabilizar la mandíbula.”¹⁰

5.31. INSTRUMENTAL Y MATERIAL PARA REALIZAR EXODONCIAS

Usamos fundamentalmente los fórceps y los elevadores.

En caso de restos radiculares en la arcada superior usamos fórceps rectos con las puntas unidas en el segmento anterior y el fórceps en forma de bayoneta para raíces más posteriores.

¹⁰ CHIAPACO Matteo, Cirugía Oral, 2002

Los fórceps más usados en la mandíbula para molares son los conocidos como pico de loro y el cuerno de vaca, cogen la pieza dentaria entre las dos raíces.

Hay diferentes tipos de elevadores:

- Botadores rectos
- Botadores en s
- Botadores en t

El mal uso del botador recto puede luxar la pieza contigua.

Los botadores en S están diseñados para llegar a los segmentos posteriores, estos son peligrosos ya que si no tenemos control podemos producir graves lesiones.

El elevador en T son muy efectivos el prototipo de estos botadores es el de Winter estos se deben saber usar ya que con ellos podemos ejercer unas fuerzas excesivas debido al gran mango que poseen.

Para la arcada inferior se utilizan estos elevadores de winter

Otro elevador en forma de T es el de Pott con el no hacemos tanta fuerza que con el de Winter.

5.32. TÉCNICA DE LA EXODONCIA

La finalidad de la exodoncia es la eliminación del diente de su alveolo y se realizan las siguientes maniobras:

5.32.1. Sindesmotomia:

Es separar las inserciones gingivales de la pieza dentaria.

5.32.2. Presión:

Cogemos con el fórceps, adecuado a la pieza dentaria de forma que las hojas abracen al diente, por el cuello dentario, lo mas apical posible.

En esta fase de presión, si presionamos el diente y el paciente nota un ligero dolor indica que la anestesia no ha sido eficaz, por ello debemos interrumpir la exodoncia y completar la anestesia.

5.32.3. Luxación:

Es cuando rompemos el ligamento periodontal y por lo tanto la pieza empieza a tener una ligera movilidad, se realizan los siguientes movimientos: impulsión, rotación, lateralidad y tracción.

El movimiento de impulsión es como si quisiéramos instruir el diente dentro del alveolo, va seguido del movimiento de lateralidad, son movimientos vestibulo-linguales, repita este movimiento varias veces hasta que se desprenda el diente.

Luego sigue el movimiento de rotación se lo realiza solo en piezas unirradiculares es muy efectivo y es el que produce la luxación de estas piezas.

Cuando la pieza ya esta luxada se realiza la tracción que es la ultima fase de la exodoncia, se arrastra la pieza hacia fuera del alveolo.

5.33. EXTRACCIONES MÚLTIPLES

Cuando tenemos que hacer las exodoncias de varias piezas dentarias, se pueden hacer todas a la vez en una misma intervención.

Las intervenciones con exodoncias múltiples casi siempre conllevan a la colocación de una prótesis provisional inmediata, que pueden ser colocadas en el mismo apto quirúrgico, ósea el prostodoncista toma impresión antes de realizar la acción quirúrgica.

Hemos dichos que en casos precisos se pueden recurrir a las exodoncias de todas las piezas bajo anestesia total, se requiere un medio hospitalario y un especialista en anestesia.

Las técnicas son parecidas a las que se realizan con anestesia local, suele haber algo más de sangrado pero las heridas curan de forma más satisfactoria

5.34. EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA

En múltiples casos se deben realizar exodoncia de piezas dentarias o restos radicular es de una forma no convencional, debido a que no podemos llegar a ellas con el sistema que hemos visto en la extracción simple.

Una extracción quirúrgica se puede realizar con anestesia general o total según el caso.

En casi todos los casos se va a realizar una eliminación de la cortical ósea externa del alveolo y a veces la interna.

Se deben seguir las siguientes fases:

- Incisión y disección de la mucosa y el periostio
- Osteotomía
- Luxación y extracción de la pieza dentaria
- Curetaje y limpieza de la zona y regularización ósea
- Sutura

5.34.1. Indicaciones de la exodoncia quirúrgica

- Piezas dentarias retenidas: por desplazamiento de los dientes contiguos
- Piezas dentarias incluidas: sean submucosas o intraoseas
- Piezas endodonciadas: Debido a que son más frágiles y además pueden estar anquilosadas

- Piezas dentarias con gran dilaceración radicular, las grandes curvaturas radicular es suelen fracturarse fácilmente.
- Piezas dentarias con una hipercementosis radicular, el tamaño de las raíces es más grande que la entrada del alveolo.
- Dientes con reabsorción interna o externa.
- Dientes ectópicos que no podemos aplicar el fórceps

5.35. EQUIPAMIENTO ODONTOLÓGICO

5.35.1. Micromotor eléctrico:

Son aparatos de pequeñas dimensiones que en su interior contienen un motor. No pueden operar en forma directa, sino que precisan un intermediario (contra ángulo o pieza de mano) y la fresa o piedra. No están conectados a la red eléctrica domestica en forma directa, sino a través de un transformador (ya que se alimentan con corriente de bajo voltaje) y el operador lo controla con un pedal.

En los últimos años, el tamaño y peso de los micro motores eléctricos se ha reducido considerablemente. Algunos equipos dentales están equipados con micro motor eléctrico.

5.35.2. Motores dentales eléctricos

Son motores contenidos dentro de una carcaza metálica que transmiten su impulso de dos maneras:

- Por una cuerda y un sistema de poleas libres.
- Por un cable de acero que se encuentra en el interior de una vaina metálica flexible.

“En general, han caído en desuso para trabajos in trabúcales y son usados sobre todo por mecánicos dentales.”¹¹

5.35.3. Compresor de aire:

El sistema generador del impulso mas utilizado en nuestro medio es el neumático, por la sencillez de su instalación, funcionamiento y mantenimiento.

Un motor toma el aire, lo comprime y lo libera hacia el aparato cuando el operador acciona el pedal. El aire corre por mangueras que pasan a través de la caja de control donde es filtrado y donde se regula la presión que llegara al instrumento.

El compresor adsorbe agua del aire ambiente y la sedimenta en su tanque, por lo que debe ser limpiado eliminando el agua periódicamente para no dañar los aparatos.



5.35.4. Turbinas:

Se denomina turbina a la totalidad del artefacto, aunque la turbina propiamente dicha se encuentra solo dentro del cabezal.

Cuando el operador acciona el pedal de control, el aire penetra por un tubo en el cuerpo y al llegar a la cabeza hace girar todo el rotor que sostiene a la fresa .Al salir el aire de la cabeza, puede unirse al agua para enviar refrigeración.

¹¹ WWW/odontocat sl,2002

Sus velocidades varían entre 250.000 y 500.000rpm.

Se utilizan con piedras o fresas de tallo fino y corto que se traban por agarre a fricción de la mordaza con un accesorio saca fresas provistas por el fabricante.

Se encuentran dos tipos de turbinas, una de cabezal cilíndrico o convencional y otra llamada Max-torque que tiene paletas impulsoras mas grandes y cuyo cabezal se hace cónico en el tercio del extremo activo, lo que permite un mayor acercamiento y una mejor visibilidad de la zona de trabajo.

Deben ser lubricadas a diario e incluso con mayor frecuencia si se les da un uso intenso.

Se conectan de igual modo que los micro motores a la manguera por un acople del equipo dental.

Los micro motores sean eléctricos o neumáticos, no transmiten directamente su giro a piedras o fresas, sino que necesitan de un intermediario que puede ser una pieza de mano o un contra ángulo.

5.35.4.1. Factores para la selección de una turbina

- Bajo nivel de ruido
- Torque adecuado
- Mayor cantidad posible de salidas de refrigeración
- Diseño adecuado a la mano
- Cabezal adecuado al uso (niños, sector posterior etc.)
- Mantenimiento cercano con garantía de obtención de repuestos
- Que pueda ser llevada al autoclave

5.35.5. Pieza de mano

En odontología son usados dos piezas de mano, la pieza de mano recta y el contra ángulo la pieza de mano recta es usada con mayor frecuencia para el trabajo de laboratorio pero ocasionalmente es útil en la boca.

La principal pieza de mano usada en la boca es el contra ángulo.

Existen dos tipos de contra ángulo, los de baja velocidad que van de 500 a 15.000rpm

Y los de alta velocidad tienen un rango de velocidad mayor que 160.000rpm.

Las piezas de mano rectas aplicadas al micro motor transmiten la rotación en sentido axial, es decir en el mismo eje.

Se las utiliza mucho para la confección de prótesis. Aceptan fresas, piedras y mandriles (para montar discos y ruedas) de tallo largo que son retenidas por presión de mordaza. También se utilizan para portar contra ángulos descartables para profilaxis.

5.35.6. Contra-ángulos

Acoplados al micro motor cambian el Angulo de rotación al sentido transversal por un sistema cardánico de ejes y engranajes, lo que permite trabajar en zonas bucales menos accesibles directamente.

Otros modelos de contra ángulos poseen un circuito interno de conducción de agua para refrigerar.

Dentro de su cuerpo esta ubicado el rotor de paletas que gira al impulso del aire comprimido y transmite directamente la rotación al cabezal. Así se tendrá acceso a distintas angulaciones y tamaños, de acuerdo con la necesidad de cada caso sin cambiar todo el aparato.

Tanto las piezas de mano como los contra ángulos deben lubricarse al menos semanalmente, como lo indica el fabricante esto prolongará su vida útil y permitirá su correcto desempeño.

5.35.7. Esterilización

Es la destrucción total de todas las formas de vida por los medios físicos o químicos.

5.35.7.1. Agentes químicos

Alcohol.- se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano y del campo operatorio y para conservar ciertos materiales.

Tintura de yodo.-En cirugía general se la emplea para la antisepsia del campo operatorio, en la boca no se emplea pues su aplicación es irritante y mal soportada por las mucosas orales.

Acido fénico.- Tiene ligeras propiedades anestésicas, pero se lo emplea en solución alcohólica, para esterilizar el punto de punción, como en el caso de la tintura de yodo.

5.35.7.2 Agentes físicos

Se los emplea en la esterilización, en calor seco y húmedo

Calor seco.- Lo proveen aparatos (estufas secas) consistentes en cajas metálicas cuyo ambiente se calienta por medio del gas o la electricidad.

Calor húmedo.- Lo proveen aparatos (estufas húmedas) consistentes en cajas metálicas cuyo ambiente se calienta por medio del gas o la electricidad.

5.35.7.3. Autoclave de alcohol

Es un aparato que a partir de agua que debe ser agua destilada- genera vapor de agua a altas temperaturas y que en contacto con los instrumentos elimina toda forma de microorganismos.

Los autoclaves permiten esterilizar turbinas, contra ángulos, son rápidos y los instrumentos de filo se estropean menos que con el calor seco, aunque se pueden oxidar con cierta facilidad.

“Hay una gama de autoclaves diferentes en el mercado, con varios programas que actúan a temperaturas y presiones diferentes, según el material o instrumental a esterilizar.”¹²

Los autoclaves al acabar el ciclo de esterilización producen un secado del instrumental.

Para comparar los tiempos de esterilización veamos unos ejemplos: Un autoclave de vapor de agua a una temperatura de 120° tarda 20 minutos en producir la esterilización y si se aumenta la temperatura a 137° tardara 10 minutos.

Hay autoclaves que usan casetes para introducir el instrumental, y acortan mucho el tiempo de esterilización, son muy prácticos ya que permiten en muchos casos hacer una esterilización entre visita y visita y sin perder tiempo.

Los hornos de calor seco se utilizaron mucho pero actualmente han sido sustituidos por los autoclaves, estos producen calor seco y para realizar la esterilización se usan temperaturas más altas a 160° que tarda de 1 a 2 horas.

Los hornos de aire caliente no corroen y permiten usar cajas o bombonas cerradas, no permiten la esterilización del instrumental rotatorio.

Existen unos esterilizadores que se basan en calentar bolas de vidrio, a altas temperaturas sirven para esterilizar pequeños instrumentos como limas y ensanchadores

¹² Guillermo A. RIES CENTENO. Cirugía bucal, octava edición

de endodoncia, solo en caso de urgencia se pueden esterilizar los instrumentos y solo se dejara 15 segundos.



5.35.8 Lámpara de fotocurado

“A partir de los años 70 comienza un intento por tener control sobre los tiempos de polimerización de las resinas compuestas por medio de sistemas físicos, con la utilización de las Lámparas de Luz Ultravioleta. Éste rápidamente fue descartado, pero sirvió como puerta de entrada a todo un sistema de polimerización por luz que fue introducido posteriormente y que domina gran parte del uso de los materiales resinoso en odontología.”¹³

En este boletín trataremos todos los tópicos relacionados con estas unidades de foto polimerización

5.35.8.1. Luz Visible

Dentro del espectro de energía electromagnética se encuentra una zona denominada Luz Visible que abarca aproximadamente entre los 400 y 700 nm y a las cuales el ojo humano es sensible.

¹³ Macchi, Ricardo, Materiales Dentales, 3era edición, 2000

La luz utilizada para el proceso de polimerización debe estar situada dentro de este rango, energía de longitud mas baja a la visible es absorbida por el tejido y producen daños a nivel celular, del otro lado energía de longitudes mas altas a la visible, no produce daño significativo a los tejidos, pero no son adecuadas ya que existen muchas fuentes productoras de esta energía en el ambiente, como son ondas de radio, TV, etc.

5.35.9. Sillón dental

“Las bases para los sillones deben de ser de poca altura, que permita un descenso del sillón a un nivel lo más bajo posible para adecuarlo a la posición de trabajo sentado.”¹⁴

Asiento: es preferible que el paciente este ubicado sobre una superficie de curvatura anatómica y continua. La curvatura anatómica debe ser aquella que ofrezca al paciente un soporte óptimo con el mínimo de fatiga, durante largos periodos de trabajo.

Respaldo: dentro de la curva contorneada la parte que corresponda al respaldo debe de tener el mínimo grosor compatible con su rigidez.

Dimensiones del respaldo: En longitud el respaldo debe superar la altura del paciente promedio. Debe prever la forma de acomodar un paciente de menor tamaño (niños) y uno de gran altura.

Un respaldo muy largo dificulta el trabajo en posición en 12 horas.

Cabezal: Se recomienda incluir algún tipo de apoyo cómodo para la cabeza en la parte superior del respaldo.

¹⁴ <http://www.odonto-red.com>

Apoyabrazos: Deben proporcionar un apoyo total y continuo a los brazos del paciente en cualquiera de las posiciones que adopte el sillón.



Josiahh Flagg, el padre de la Odontología americana fundó el primer colegio dental en Baltimore en el año 1839 y diseñó esta silla dental a partir del diseño de una silla modelo Windsor. Como podrá observar, la silla tenía apoyo para la cabeza del paciente y un brazo extensible para acomodar los instrumentos.



En esta foto se puede apreciar claramente cómo eran los consultorios dentales hace 50 años. Nótense las sillas dentales, la iluminación y el equipo de trabajo.

5. 36. INSTRUMENTALES

5.36.1. Importancia de los instrumentales

Una preparación cavitaria refleja los recursos con los que se trabajó y su apariencia demuestra la falta o no de instrumentos adecuados.

Por este motivo se requiere de instrumentos que cumplan con aquellas funciones específicas.

Los instrumentos necesarios son los siguientes:

- Espejo dental
- Explorador
- Cucharilla
- Pinza de algodón
- Curetas
- Jeringa de carpule
- Fórceps pediátricos y para adulto
- Elevador universal
- Lima para hueso
- Tallador de amalgama
- Espátula de titanio
- Gutaperchero
- Turbina micro motor
- Bruñidores, atacadores

5.36.2. Instrumental Activo

Se utiliza para el corte dentario y se divide en dos grupos:

- Cortante de mano
- Rotatorio

5.36.2.1. Instrumental cortante de mano

En la actualidad este instrumental se usa para apertura de preparaciones, terminación de paredes, agudización de ángulos, recorte y pulido de obturaciones.

El instrumental de mano se clasifica en:

- Instrumental de corte

- Instrumental no cortante

5.36.2.2. Instrumental de corte

“Antes de que los instrumentos de corte estuviesen disponibles, los dentistas pudieron cortar preparaciones cavitarias solamente con el uso de instrumentos de mano bien afilados.”¹⁵

5.36.3. Usos del instrumental cortante de mano

- Apertura de cavidad
- Rectificación de paredes
- Agudización de ángulos
- Remoción de tejido cariado
- Biselado de prismas del esmalte
- Terminación de paredes
- Recorte y pulido de obturación

5.36.3.1 Instrumentos cortantes de mano

Cinceles: cortan el esmalte, apertura de cavidad

Hachuelas: presentan doble bisel y son más delicadas que los cinceles, agudizan los ángulos de dentina.

¹⁵ www.infacero.cl/acero/crisol.htm.

Cucharas: para la remoción de dentina cariada

“Recortadores gingivales: sirven para terminar y biselar el margen gingival de las cavidades.”¹⁶

5.36.4. Instrumentos no cortantes:

Entre estos tenemos los condensadores, talladores y bruñidores para insertar amalgama y para un alcance exacto de los materiales restauradores de resina compuesta.

5.36.4.1 Atacadores y condensadores

“La amalgama se ataca en la preparación cavitaria adaptándola a las paredes y ángulos internos y se condensa al ir acercando sus partículas

5.36.4.2. Bruñidores

Se usa para bruñir metales y también sirve para darle forma a los metales dentó colorados cuando están en estado plástico.

Dentro de la gran variedad de bruñidores tenemos:

Puntas Esféricas, acorn, wescott, pkt3.

5.36.4.3. Talladores

Se utiliza para el tallado de la restauración en especial la amalgama.

Entre estos tenemos el beach, wall, frahm, tanner y ward.

¹⁶ Richard S Schwartz, DDS Fundamentos en odontología operatoria 1999

5.36.5. Instrumental rotatorio

Estos instrumentos actúan sobre el diente y producen varios fenómenos como corte, desgaste, limado y acción de cuña, entre estos tenemos a las fresas.

5.36.5.1. Clasificación de las fresas

5.36.5.1.1. Según su composición

1. Acero al carbono
2. Carburo tungsteno
3. Diamantes

5.36.5.1.2 Según la velocidad a la que giran

Alta velocidad de 300.000 a 500.000 r.p.m.

Baja velocidad 200.000 r.p.m

5.36.6 Forma de la parte activa de la fresa

001: FRESA REDONDA

010: FRESA CONO INVERTIDO

107: FRESA CILÍNDRICA

168: FRESA CÓNICA

237: FRESA EN FORMA DE PERA

243: FRESA EN FORMA DE LLAMA

260: FRESA EN FORMA DE BOTÓN

284: FRESA EN FORMA DE BALA

320: FRESA EN FORMA DE RUEDA

5.36.7. Instrumental complementario

Hay una serie de maniobras que requieren su instrumental como el examen de la boca y preparación del campo operatorio.

5.36.7.1. Instrumentos de exploración dental

Para explorar la boca es necesario:¹⁷

- Espejo dental: con esto el odontólogo separa las mejillas para observar el interior de la cavidad bucal
- Explorador dental: se exploran hoyos, surcos, y fisuras de las superficies dentales, para localizar caries.
- Sonda periodontal: para establecer el estado del periodonto.
- Cánula de aspiración: para evitar la acumulación de saliva en la boca
- Pinza porta placa de radiografía: para realizar radiografías
- Separadores comisurales: misma función que los espejos.

5.36.7.2. Instrumental para preparar el campo operatorio

Este instrumental abarca el de la anestesia y para aislamiento.

5.36.7.2.1. Instrumentos para anestesia

“Para administrar un anestésico bucal es preciso:

Jeringa: especial para acoplar carpules (metálicas y de plástico)

¹⁷ <http://www.iztacala.unam>

Dispositivo de aspiración: una pestaña que se clava en un tapón de goma que tiene el carpule

Agujas: largas, cortas y extracortas¹⁸



5.36.7.2. Instrumental requerido para el aislamiento del campo operatorio



Grapas



Existen dos tipos de grapas: con aletas y sin aletas

¹⁸ www.Elprisma.com/apuntes/curso

Porta grapas

Es el elemento necesario para transportar y colocar la grapa en el molar.



Perforador de Tela de Caucho



Se utiliza para perforar la tela de caucho.

Tela de Caucho y arco de young



Generalmente vienen precortadas y en tres calidades diferentes: delgada, mediana y gruesa. En niños es más adecuado el calibre mediano. Vienen también en diferentes colores y olores. Es mejor utilizar una tela de caucho oscura, pues el contraste con el diente da una mejor visibilidad.

Seda Dental y Aditamentos Específicos



“La seda dental se usa para amarrar la grapa y prevenir que en caso de que se desplace hacia la oro faringe accidentalmente sea retirada fácilmente.

También es muy útil para anudar los dientes y mantener la tela de caucho posicionada en el aislamiento de los dientes posteriores y anteriores.”¹⁹

En el comercio existen aditamentos consistentes en filamentos de caucho que al estirarlos pasan fácilmente por los espacios interdetales y cuando recuperan su diámetro facilitan el posicionamiento de la tela.

Espátula Plana o Cucharilla



¹⁹ www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontología

Se utiliza para retirar la tela de caucho de las aletas de la grapa.

5.36.8. Instrumentos para actividades preventivas

Se emplean materiales para aplicar flúor sobre las piezas dentales, ya sean cubetas desechables o torundas o también con una jeringa.

Se precisan cepillos desechables que se adaptan al contra ángulo para proceder a la limpieza de los dientes antes de usar selladores.

5.36.9. Instrumental en periodoncia

Además de los aparatos de ultrasonido para realizar tartrectomias, el odontólogo periodoncista utiliza un instrumental específico como:

Curetas de Gracey: sirven para retirar el sarro subgingival cuando se realizan los raspajes y alisados radicular.

“Puntas morce: sirven para eliminar el sarro supragingival cuando no se emplean los ultrasonidos”.²⁰

5.36.10. Instrumental en exodoncia:

En las extracciones simples se requiere: sindesmotomo, fórceps, y elevadores.

5.36.11. Uso de equipo básico

ESPEJO.- “Para visión indirecta reflejar la luz hacia el campo de trabajo, retracción de tejidos blandos como la lengua, carrillos y labios y su mango para la percusión.

EXPLORADOR.- Para la palpación armado auxiliando en el diagnóstico de la caries; remoción de algunas manchas extrínsecas: para retirar restos alimenticios y detritus.

²⁰ html.rincondelvago.com/siderurgia_altos-hornos.html

EXCAVADOR.- Para remover dentina cariosa; como auxiliar en la coloración de obturaciones temporales.

PINZAS DE CURACIÓN.- Para colocar y retirar rollos de algodón y torundas para secar o colocar algún medicamento en la cavidad oral o dientes.”²¹

5.37. BIOSEGURIDAD.- CONCEPTO

Es el conjunto de medidas preventivas que tiene como objeto proteger la salud y seguridad personal de los profesionales de salud y pacientes frente a los diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecanismos.

Estas normas nos indican cómo hacer para cometer menos errores y sufrir pocos accidentes y, si ellos ocurren, cómo debemos minimizar sus consecuencias.²²

5.37.1. Recomendaciones prácticas para desarrollar actividades vinculadas a la asistencia de pacientes

Manejo de materiales corto – punzantes como aguja, bisturí, instrumentos puntiagudos, láminas, etc. Para evitar accidentes laborales, es obligatorio desechar los materiales corto – punzantes en descartadores luego de su uso.

Se recomienda:

- No reencapuchar las agujas
- No doblarlas
- No romperlas
- No manipular la aguja para separarla de la jeringa
- De ser posible usar pinza para manipular instrumentos cortopunzantes
- Los recipientes descartadores deben estar lo más próximo posible al área de trabajo.

5.37.1.1. Agujas y Jeringas

²¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/henry-bessemer>

²² Barrancos Money Operatoria Dental 3era edición 1995

Se deberán usar materiales descartables. Las jeringas y agujas usadas deben ser colocadas en recipientes descartadores. Las agujas no deben ser dobladas.

5.37.1.2. Descartadores

Se considera descartadores al recipiente donde se depositan, con destino a su eliminación por incineración, todos los materiales corto punzantes. Estos descartadores no deben bajo ninguna circunstancia ser reutilizados.

Es recomendable que los descartadores tengan asa para su transporte y que la misma permita manipularlo lejos de la abertura del descartador.

5.37.1.3. Material de curaciones (gasas, torundas)

Luego de su uso deberán colocarse en una bolsa de plástico (de color amarillo) que se cerrará adecuadamente previo a su incineración directa o envío como residuo hospitalario.

5.37.1.4. Limpieza diaria

Todo el ambiente asistencial debe ser higienizado con agua y detergentes neutros, utilizando utensilios de limpieza que al tiempo de facilitar la tarea protejan al trabajador.

El personal de servicio deberá usar uniformes adecuados con guantes de limpieza y demás utensilios (equipamiento de protección individual)

5.37.2. Procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización

- a) Limpiar los instrumentos manualmente por personal con experiencia empleando guantes gruesos de hule.
- b) Se esterilizarán los espejos, exploradores, talladores, bruñidores, matrices metálicas, jeringas para cartucho, mangos de bisturí, pinzas, porta impresiones

metálicos, perforador de dique, arco de Young, curetas, fórceps, elevadores y similar instrumental quirúrgico y de operatoria.

- c) Esterilizar en autoclave la gasa, lana de algodón, puntas de papel y lienzos.
- d) Las espátulas y placas de vidrio para mezclar lavarlos con agua caliente y detergente y luego esterilizarlos por calor.
- e) Los pisos del quirófano y superficies generales de trabajo lavarlos con detergente y secarlos diariamente
- f) Las lámparas limpiarlos diariamente para retirar el polvo

La pieza de mano limpiar con agua y detergente usando escobilla blanda y secarlos con material absorbente antes de ser sumergida en la solución desinfectante por 10 minutos (puede usarse alcohol 70% y otra solución recomendada).

5.37.3. Mecanismos de infección

La infección en la práctica estomatológica puede producirse por los siguientes mecanismos:

- Contacto directo con la sustancia infectada (lesión, sangre, saliva)
- Contacto directo con objetos contaminados
- Salpicaduras de sangre ó saliva, secreciones nasofaríngeas sobre la piel ó mucosa sana ó erosionada.
- Contaminación por aerosoles infectados

5.37.4. Recomendaciones para el tratamiento de pacientes

5.37.4.1. Lavado de manos

Su finalidad es eliminar la flora bacteriana transitoria, reducir la residente y evitar su transporte.

Por ello es imprescindible el lavado de manos antes y después de la colocación de los guantes.

5.37.4.2. Guantes

Se recomienda para el examen clínico guantes descartables no esterilizados. Para procedimientos quirúrgicos se recomienda los descartables esterilizados.

Los guantes contaminados con sangre y otros fluidos deben ser descartados.

5.37.4.3. Mascarillas

La mascarilla protege principalmente la mucosa nasal y evita su contaminación por aerosoles originados por el instrumental rotatorio del consultorio

5.37.4.4. Protectores oculares

Evitan las lesiones oculares causadas por partículas proyectadas hacia el rostro el operador, a la vez que protege contra infecciones considerando que muchos gérmenes de la flora oral normal son patógenos oportunistas.

5.37.4.5. Vestimenta del profesional

Comprende mandil, pechera y gorro. Tiene por finalidad evitar la introducción de microorganismos en el área de trabajo.

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA

6.1. DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de investigación

El tipo de investigación es científica, correlacional y descriptiva porque se tomó una muestra de la comunidad, en el Subcentro de Salud Fátima, a sus profesionales, administrativos, funcionarios y técnicos.

Descriptiva porque nos permite evaluar a través de la técnica de observación y la encuesta el desempeño profesional y como invade en la atención de los servicios brindados.

Correlacional porque tratamos de descubrir la relación existente entre las variables que intervienen en el objeto de estudio.

Lo que proponemos a la Facultad de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, es la evidencia de lo que acontece en el dispensario medico de la ciudadela Fátima.

Se realizó un análisis de los requerimientos de materiales dentales que limitan ofrecer un mejor servicio.

La investigación realizada contiene una dualidad teórica practica utilizando las técnicas de campo y de laboratorio e histórica o heurística, con el apoyo de información de Internet.

6.1.1. Modalidad básica de la investigación

El diseño de la investigación correspondió a la modalidad de campo, ya que es un estudio sistemático de los hechos en el lugar que se producen los acontecimientos.

6.1.1.1. Fuentes de información

PRIMARIA.

La información que se necesitó para la investigación se obtuvo del departamento odontológico, con el permiso de las autoridades respectivas y consecuentemente con la colaboración de las demás personas que laboran allí.

SECUNDARIA

Es aquella información que consta en boletines, textos, publicaciones, la que se reforzara con información de Internet.

6.1.1.2. Métodos y técnicas

El método empleado es el cuasi experimental, y el método deductivo, pues partimos analizando de manera general las características del dispensario para particularizar en el Departamento Odontológico

La información que obtenemos es el producto del empleo de las técnicas comunes de investigación, como: La observación directa de los hechos, encuestas a los moradores de la ciudadela y entrevista al Odontólogo del Subcentro.

Luego de haber efectuado el proceso de recolección de datos, a los resultados obtenidos se aplicó técnicas como la estadística mediante la interpretación de cuadros y gráficos, lo que servirá de base para la constatación de la hipótesis planteada.

6.1.2. Tipos de estudio

Según el problema y los objetivos formulados el estudio es de tipo descriptivo y correlacional, porque se recolectó información durante la investigación de corte transversal, porque el estudio se lo hace en un tiempo determinado.

6.1.3. Población y muestra

Para la investigación se requirió de 60 muestras, que son tomadas del total de la población.

INSTITUCIÓN INVESTIGADA	PACIENTES	ODONTÓLOGO	TOTAL
Subcentro de salud	60	1	61

Ciudadela Fátima

BENEFICIARIOS

Directos Comunidad de la Fátima

Indirectos Personal que labora en el Departamento de Odontología

6.1.4. Instrumentos y recolección de datos

Los cuestionarios bien diseccionados permitieron recoger criterios, para luego ser tabulados y analizados.

Se aplicaron encuestas a 60 pacientes y una entrevista al Odontólogo del Dispensario.

Fichas odontológicas para detectar el mayor porcentaje de pacientes que acuden por determinado caso.

Organizadores gráficos con el respectivo análisis.

6.1.5. Plan de tabulación de datos

La tabulación y procesamiento de datos se realizó con ayuda de la informática para la cual se utilizó programas estadísticos para Windows.

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva, con distribución de frecuencia y porcentaje

6.2. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE

Inventario de recursos odontológicos

VARIABLE DEPENDIENTE

Servicios de Salud.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Determinación de servicios odontológicos

VARIABLE DEPENDIENTE

Priorizan practicas odontológicas

VARIABLE INDEPENDIENTE

Implementación de carencia de necesidades

VARIABLE DEPENDIENTE

Concurrencia de pacientes a solicitar servicios odontológicos

VARIABLE INDEPENDIENTE

INVENTARIO DE RECURSOS ODONTOLÓGICOS

Descripción de equipos, materiales, insumos e instrumentos que constan en el área odontológica.

Esta variable será comprobada a través de una observación directa o con el inventario que proporcione el departamento odontológico.

SERVICIOS DE SALUD

Acción y efecto de servir.

Merito que se hace sirviendo a un paciente para buscar mejoría en la salud.

Esta variable será comprobada a través de encuestas, observación directa o a través del consolidado mensual que registra el número de pacientes que asisten en busca de los servicios odontológicos.

DETERMINACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Identificar dentro de los servicios odontológicos los de mayor demanda de parte de los pacientes.

El dispensario odontológico se crea en función de un servicio a la comunidad.

Esta variable será comprobada a través de la encuesta y entrevista a la población muestral.

VARIABLE DEPENDIENTE

PRIORIZAN PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS

Conceder orden en relación a las variables pudiendo ser la prioridad en relación a la importancia, a la utilidad, a la demanda entre otros.

Se prioriza las mayores practicas odontológicas que va en función de los servicios demandados.

Esta variable será comprobada en relación a los consolidados mensuales o a través de las encuestas y entrevistas.

IMPLEMENTACIÓN DE CARENCIA DE NECESIDADES

Poner o ubicar los medios para realizar algo o completar algo, es un complemento directo.

Se implementa porque se carece del recurso lo que no permite la entrega de un servicio eficiente porque existe la necesidad.

Esta variable se comprueba con las encuestas y entrevistas aplicadas.

CONCURRENCIA DE PACIENTES A SOLICITAR LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Junta de varias personas en un lugar. Asistencia de demandantes en la búsqueda de servicios de Salud bucal.

Esta variable se comprueba con el consolidado mensual y con las encuestas aplicadas.

6.3. MARCO ADMINISTRATIVO

RECURSOS

Para el desarrollo de la investigación se emplearon los siguientes recursos.

6.3.1. Recursos humanos

- Director de tesis
- Investigadoras
- Población a investigar
- Especialistas

6.3.2. Recursos económicos

Los gastos que demandó la ejecución del presente trabajo de investigación, es cubierto por las egresadas.

Se suman los gastos de movilización, estructuración del trabajo, papelería, revisiones, copiados, anillados, y cualquier otro rubro.

6.3.3. Recursos materiales

Material de oficina
Cámara fotográfica
Textos actualizados
Internet
Empastados
Copias, anillados

6.4. PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El procedimiento utilizado consistió en dos momentos, el primer momento radicó en analizar los consolidados mensuales para poder determinar la cantidad de pacientes atendidos diariamente y los servicios prestados.

En el segundo momento se realizaron los factores técnicos, mecánicos y personales a través de encuestas, entrevista y fichas de observación

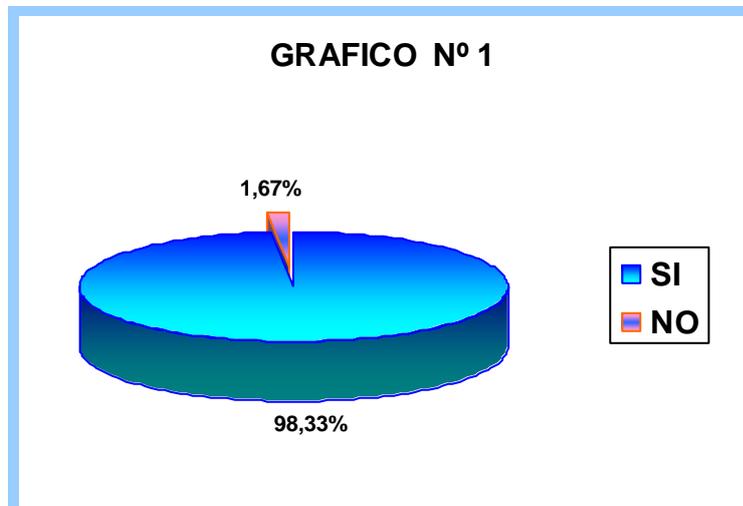
En los factores técnicos –mecánicos se analizó los equipos con que cuenta el departamento Odontológico, y la carencia de implementación.

RESULTADOS

GRAFICUADRO No. ° 1

¿EL ODONTÓLOGO LLEGA PUNTUAL A LAS 8:00 A. M.?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	59	98,33
NO	1	1,67
TOTAL	60	100



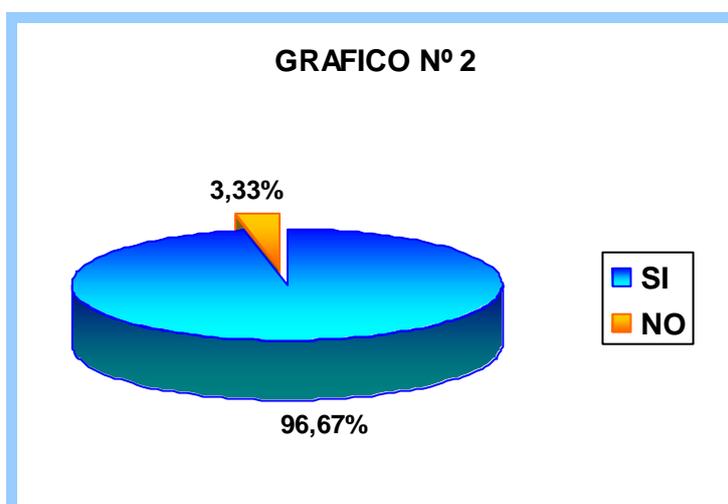
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 98,33% considera que el profesional llega puntual al trabajo; y que apenas el 1,67% reconoce que llega tarde.

GRAFICUADRO No. ° 2

¿EL ODONTÓLOGO ES AMABLE CON LA ATENCIÓN HACIA USTEDES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	58	96,67
NO	2	3,33
TOTAL	60	100



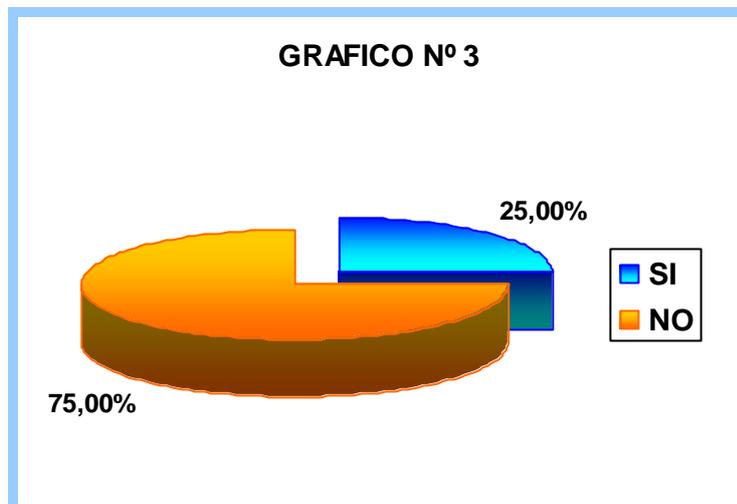
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 96,67% considera que el profesional si es amable, y que apenas un 3,33% reconoce que no es amable.

GRAFICUADRO No. 3

¿ESTA SATISFECHO CON EL SERVICIO QUE LE BRINDA EL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DE ESTE SUBCENTRO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	15	25
NO	45	75
TOTAL	60	100



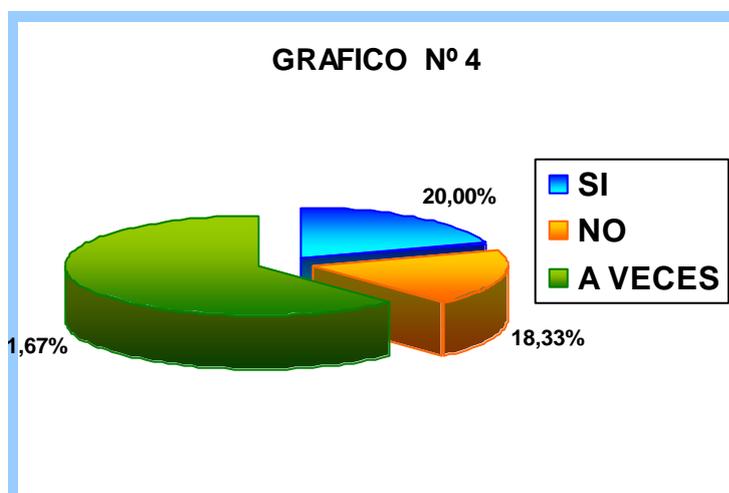
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 75% considera que no están satisfechos con el servicio que se brinda en el Departamento de Odontología de este Subcentro, y que apenas un 25% reconocen que si están satisfechos.

GRAFICUADRO No. 4

¿CUANDO USTED ACUDE AL SUBCENTRO, ES ATENDIDO INMEDIATAMENTE?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	12	20
NO	11	18,33
A VECES	37	61,67
TOTAL	60	100



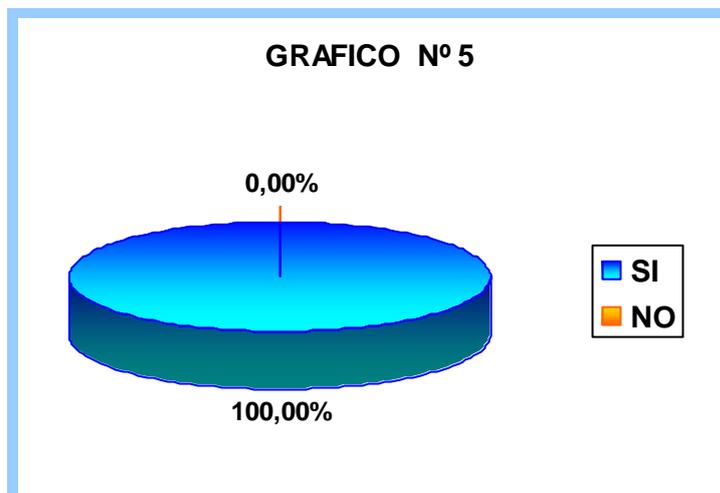
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 61,67% opina que a veces es atendido inmediatamente. El 18,33% manifiesta que no lo han atendido inmediatamente, y que solo a un 20% si le han brindado una atención inmediata..

GRAFICUADRO N° 5

¿CREE USTED QUE EL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA REQUIERE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	60	100
NO	0	0
TOTAL	60	100



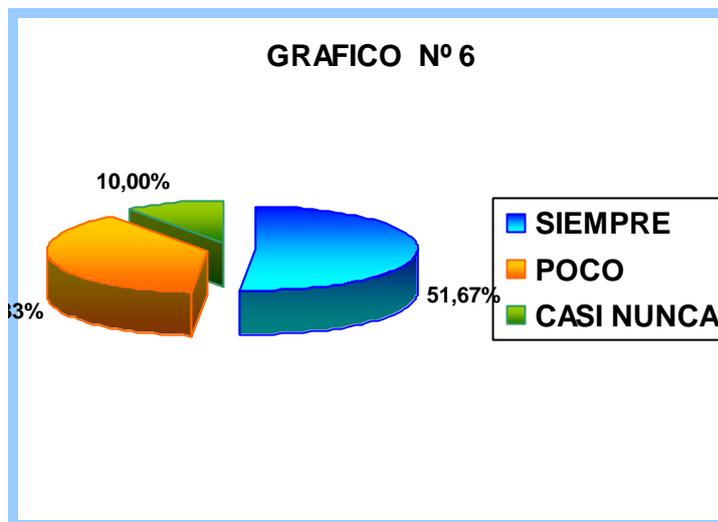
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 100% considera que el Departamento de Odontología si requiere de la implementación de equipos.

GRAFICUADRO N° 6

¿CON QUE FRECUENCIA ACUDE AL SUBCENTRO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	31	51,67
POCO	23	38,33
CASI NUNCA	6	10
TOTAL	60	100



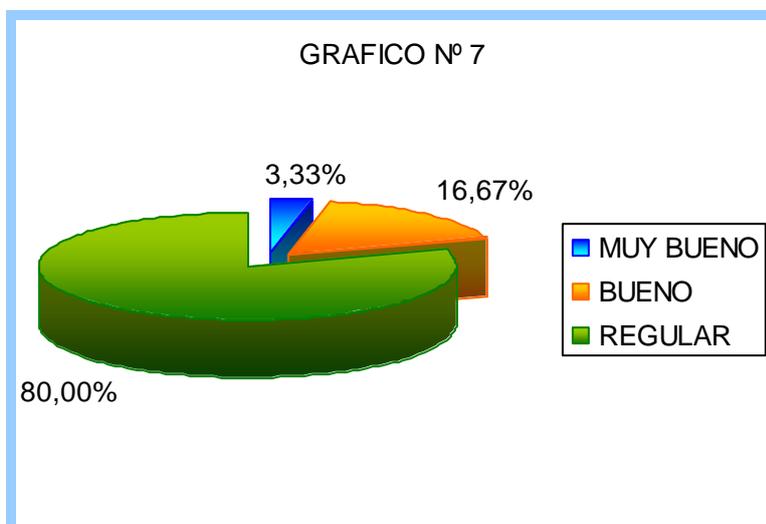
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 51,67% considera que acude siempre al Dispensario Odontológico. Un 38,33% muy poco, y apenas un 10% casi nunca.

GRAFICUADRO N° 7

¿COMO CALIFICA AL SERVICIO ODONTOLÓGICO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
MUY BUENO	2	3,33
BUENO	10	16,67
REGULAR	48	80
TOTAL	60	100



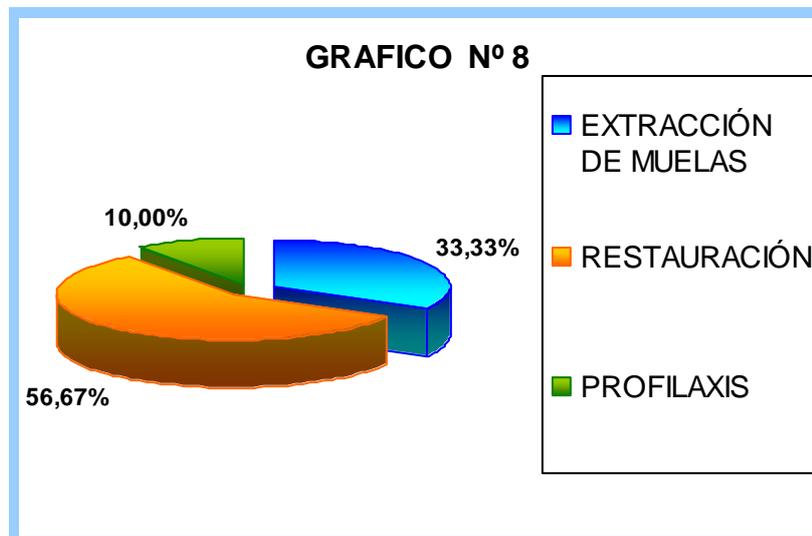
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 80% considera que el servicio odontológico es regular, el 16,67% considera que es bueno y solo un 3,33% considera que es muy bueno.

GRAFICUADRO N° 8

USTED ACUDE POR:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
EXTRACCIÓN DE MUELAS	20	33,33
RESTAURACIÓN	34	56,67
PROFILAXIS	6	10
TOTAL	60	100



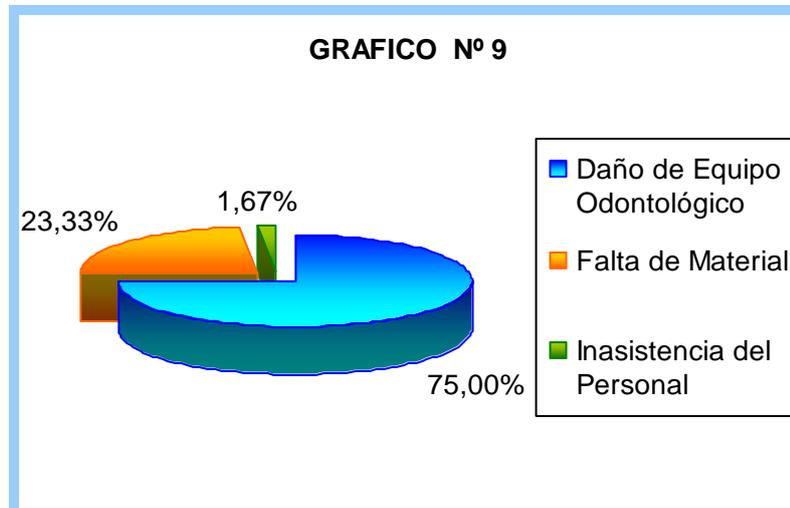
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 56,67% considera que acuden por restauración, un 33,33% por extraerse muelas y un 10% por profilaxis.

GRAFICUADRO N° 9

EN ALGUNA OCASIÓN QUE USTED HA ACUDIDO AL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA, NO HA SIDO ATENDIDO, ¿POR QUE RAZÓN?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
DAÑO DE EQUIPO ODONTOLÓGICO	45	75
FALTA DE MATERIAL	14	23,33
INASISTENCIA DEL PERSONAL	1	1,67
TOTAL	60	100



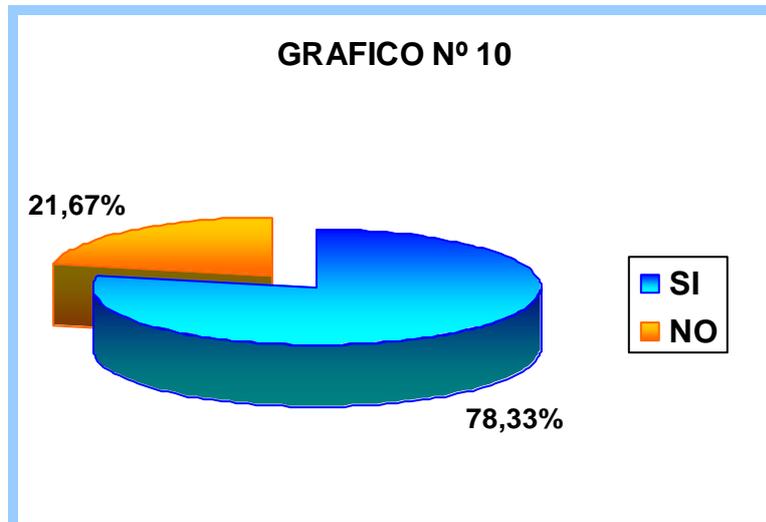
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 75% considera que no han sido atendidos por daño de equipos odontológicos, un 23,33% por falta de material y que apenas un 1,67% por inasistencia del personal.

GRAFICUADRO N° 10

¿CUANDO UD NO HA SIDO ATENDIDO LE MANIFIESTAN LA JUSTIFICACIÓN O RAZÓN?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	47	78,33
NO	13	21,67
TOTAL	60	100



Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 78,33% consideran que si les manifiestan la justificación o razón al no poder ser atendido en el Departamento de Odontología, y que apenas el 21,67% reconocen que no se les manifiestan los motivos de no poder ser atendidos.

PREGUNTA N° 11

QUE NECESIDADES PRIMARIAS OBSERVA?

Lámpara de foto curado, Aparatos de rayos x .

Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima

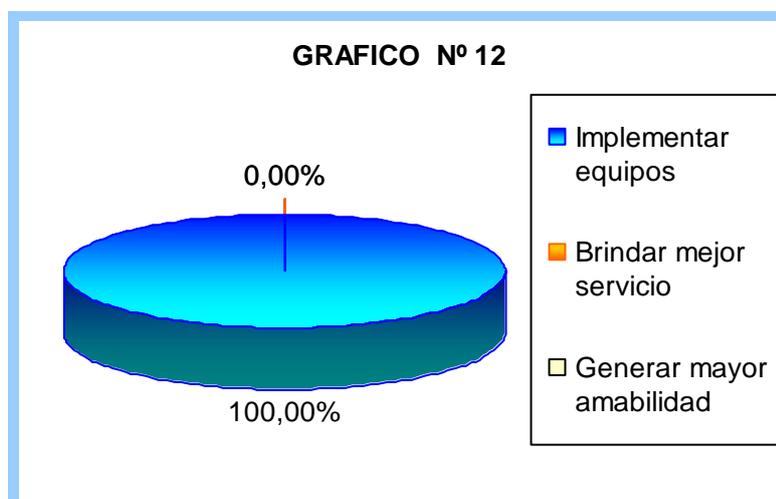
Elaboración. Autoras de Tesis

Análisis La mayoría de los encuestados consideraron que una lámpara de fotocurado para el departamento es una necesidad primaria. Seguimiento de aparatos de rayos X.

GRAFICUADRO N° 12

¿QUE RECOMIENDA USTED, PARA QUE MEJORE LA ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
IMPLEMENTAR DE EQUIPOS	60	100
BRINDAR MEJOR SERVICIO	0	0
GENERAR MAYOR AMABILIDAD	0	0
TOTAL	60	100



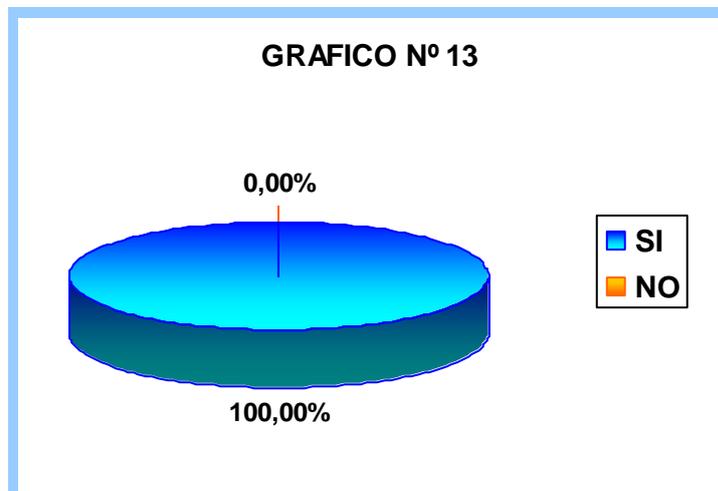
Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que el 100% considera que para que mejore la atención en el departamento de odontología se requiere implementar ciertos equipos y materiales.

GRAFICUADRO N° 13

¿CREE USTED QUE SI SE IMPLEMENTA LO REQUERIDO EN EL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA ACUDIRÍAN LOS PACIENTES CON MAYOR FRECUENCIA?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	60	100
NO	0	0
TOTAL	60	100



Fuente. Consultorio Odontológico Subcentro Ciudadela Fátima.-
Elaboración. Autoras de Tesis

ANÁLISIS.- Este cuadro señala que un 100% considera que si se implementa lo requerido en el departamento de odontología, acudirían los pacientes con mayor frecuencia.

7.2.- VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Hipótesis General

Con respecto a la Hipótesis General que dice:

“La implementación del Dispensario Odontológico mejorara los Servicios brindados”

Esta hipótesis se comprueba con la investigación de campo realizada y especialmente con la pregunta numero 12, cuando el 100% de los encuestados manifestaron que para mejorar la atención en el departamento de odontología se requiere implementar equipos y materiales.

De igual manera se comprueba la hipótesis con la pregunta número 13 cuando el 100% de la población encuestada afirman que si se implementa lo requerido en el departamento de odontología acudirán los pacientes con mayor frecuencia.

Hipótesis Específicas

Con respecto a la primera hipótesis especifica que dice:

“La limitación de recursos odontológicos ha generado que los servicios del Departamento odontológico se vayan debilitando.”

Esta hipótesis se comprueba en la pregunta número 3 de la investigación de campo, cuando el 75% de los encuestados no están satisfechos con el servicio que les brinda el departamento odontológico de este Subcentro.

También la pregunta numero 5 permite afirmar lo establecido en esta hipótesis especifica cuando el 100% considera que el Departamento de Odontología si requiere de la implementación de materiales y equipos.

La pregunta numero 6 aporta a la comprobación de la hipótesis cuando el 38,33% de los encuestados poco acude al Subcentro.

Con respecto a la segunda hipótesis específica que dice:

“Priorizando las necesidades de atención dental se resalta la identificación de los servicios Odontológicos.”

Se comprueba con la pregunta número 11 donde el mismo encuestado ha observado que las necesidades primarias que tiene el Subcentro son:

Lámpara de fotocurado, materiales, aparatos de rayos x, insumos.

Por consiguiente si esto es lo que observa el paciente que llega en busca de una atención medica dental, es necesario inventariar constantemente y priorizar las necesidades para mejorar la atención dental .Esto a la vez permite resaltar la identificación de los servicios odontológicos.

Con la pregunta numero 8 se identifica el mayor porcentaje de servicios asistidos, así el 56,67% de los encuestados acude por restauración.

El 33,33% acude por extracción de muelas, un 10% acude por profilaxis.

Con respecto a la tercera Hipótesis que dice:

“Con la implementación de la carencia de necesidades los pacientes recibirán una atención eficiente”

Esta hipótesis se comprueba con la pregunta número 12 cuando el 100% de los encuestados recomiendan que para mejorar la atención en el departamento de odontología se requiere de la implementación de equipos.

De igual manera en la pregunta 13 el 100% afirma si se implementa lo requerido acudirán los pacientes con mayor frecuencia, y por lógica se brindara una atención eficiente, ya que se contara con todos los equipos requeridos para ofertar un servicio de calidad.

7.3. CONCLUSIONES

Una vez concluida la investigación y haber comprobado las hipótesis y después de haber cumplido con los objetivos planteados en la presente tesis nos permite realizar las siguientes conclusiones:

El Departamento Odontológico de la Ciudadela Fátima funciona desde el año 1990 brindando sus servicios basados en las disponibilidades de equipos y materiales.

Ante la carencia de equipos, existe insatisfacción en la comunidad que acude en busca de una atención odontológica.

Los moradores de la Ciudadela alegan que el servicio es regular ya que cuando asisten por reiteradas ocasiones no han sido atendidos por daños de equipo odontológico o por falta de material.

Muchos de los Pacientes desean que se mejore el servicio por lo cual el área de salud debe analizar la situación del Subcentro y sus necesidades.

No se realiza de manera periódica los inventarios de equipos y materiales dentales

En los pacientes existe una gran preferencia por la extracción de piezas dentales antes de un tratamiento o curación dental, esto es producto del poco conocimiento de prevención e higiene bucal que deben tener las personas.

Se percibe un clima de amabilidad, cortesía y responsabilidad en el personal del Departamento Odontológico.

Este estudio debe quedar como base a posteriores investigaciones que tienda mejorar el proceso administrativo y técnico del Dispensario.

7.4. RECOMENDACIONES

Luego de haber analizado y reflexionado sobre esta investigación nos permitimos recomendar:

La comunidad debe estrechar lazos de confraternidad, para que juntos realicen actividades de autogestión, y con aquellos ingresos recaudados puedan adquirirse determinados insumos de poco valor pero que son necesarios en el momento de atender a un paciente.

No debería suspenderse una atención por la falta de mascarillas, guantes, gasas, los cuales pueden ser adquiridos por fondos de una caja chica.

Es prioritario la compra de una lámpara de fotocurado, porque las restauraciones no pueden prolongarse su tratamiento por largo tiempo, caso contrario la pieza dental puede entrar a un tratamiento endodóntico, pero por falta de recursos el paciente prefiere su extracción.

Al estructurarse el inventario y la detección de necesidades lógicamente se observara otro tipo de necesidades de implementos e insumos, pero que son necesarios y complementos para otorgar un servicio eficiente

El Área de Salud conjuntamente con el personal del Departamento de Odontología debería realizar un inventario más periódico para detectar las necesidades primarias y poder implementar la carencia de equipos y materiales.

Ante una reparación inmediata de un equipo, o el abastecimiento de materiales se evitara paralizar la consulta.

Al abastecerse el Departamento Odontológico de sus necesidades principales, es necesario que la comunidad conozca para que acudan nuevamente al Dispensario a solicitar los servicios de Odontología.

Lo importante es motivar a la población para que acudan con mayor frecuencia al Dispensario, o volver a recuperar la atención que fluctuaba entre 10 a 15 personas diarias.

Se requiere dar el mantenimiento apropiado a los equipos para evitar daños posteriores-

Es necesario programar campañas de prevención e higiene dental con mayor frecuencia tanto en niños como adultos, para evitar problemas cariosos.

Dentro de una buena atención al Paciente y un servicio de calidad fluye la amabilidad y cortesía, lo cual debe continuar imperando entre el personal del Departamento Odontológico porque quienes acuden son personas sencillas, humildes que van en busca de un servicio de bajo costo.

Que el Área de Salud visite periódicamente los Dispensarios Médicos Urbanos y Rurales a fin de dar solución inmediata a cualquier necesidad sea esta de recursos humanos, recursos materiales o económicos.

Que la Universidad San Gregorio de Portoviejo, a través de su Facultad de Odontología continúe sirviendo a la comunidad de escasos recursos en atención odontológica.

Que incentive a los futuros egresados a plantear propuestas ejecutables porque con actividades de autogestión se puede adquirir equipos que tanta falta hacen en Dispensarios de sectores rurales especialmente

Las Universidades son Instituciones protagonistas del desarrollo, además es la oportunidad de vincularse con la sociedad y hacer extensible su labor de servir y ayudar a crecer.

PROPUESTA

TEMA

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE AUTOGESTIÓN QUE PERMITAN RECAUDAR FONDOS PREVIO A LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS QUE PERMITAN OFRECER UN SERVICIO EFICIENTE.

INTRODUCCIÓN

La investigación realizada en el Departamento Odontológico de la Ciudadela Fátima, permite hacer conciencia que ante la carencia de equipos, instrumentos o materiales, limitan el ofrecimiento de un servicio eficiente.

Los moradores son de escasos recursos económicos, y sus ingresos no le permiten acudir a un Dispensario Médico particular.

Es normal observar la preferencia que tienen por las extracciones antes que por un tratamiento odontológico, siendo ahí el rol del profesional en ese campo, que a través de campañas motive a la higiene y cuidado dental.

Los pacientes muestrales generaron un criterio muy abierto al definir que cuando sufre daño un equipo o deja radicalmente de funcionar, acuden muy poco al Subcentro calificando el servicio de regular.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

La ciudadela Fátima esta ubicada al noroeste de la ciudad de Portoviejo a 10 minutos del centro de la ciudad.

Limita:

Al norte: terminación de la avenida guayaquil

Sur: terminación santa gema

Este: parroquia calderón

Oeste: lindera con el río Portoviejo

JUSTIFICACIÓN

El proyecto de implementación de la carencia de equipos del Subcentro de la Ciudadela Fátima se encuentra justificado porque la carencia de equipos odontológicos ocasiona incomodidad al paciente, e impide entregar un servicio de calidad.

Diariamente acuden entre 10 a 15 personas entre niños, jóvenes y adultos en busca de una atención bucal u odontológica y la no disponibilidad de equipos y materiales en el momento que se requieren obstaculizan la oferta del servicio.

MARCO INSTITUCIONAL

El nombre de la comunidad inicialmente fue Barrio de las Peñas nombre adoptado en 1960, a partir de 1965 se funda la primer escuela llamada 10 de agosto, que luego cambia a Hermogenes Barcia.

A partir de 1970 nacen varios comités pro mejoras del barrio las Pulgas, los mismos que trabajaron de diferentes maneras buscando el desarrollo de la comunidad. En 1978 se decide cambiar el nombre de barrio las Pulgas por el de Fátima. En 1990 la comunidad solicito a la municipalidad que le eleven la categoría a ciudadela, lo que fue aceptado.

El subcentro fue creado en septiembre de 1990 por el Programa de Salud familiar integral y comunitaria, comenzando a laborar en la casa de la Sra. Esther Mero de Sánchez, con pocos recursos humanos y materiales gracias a la ayuda mas tarde del MSP.

Se logró conseguir la cantidad de dos millones de sucres para comprar el terreno en la calle 10 de agosto, donde actualmente funciona, para luego realizar gestiones y conseguir que el gobierno del Arquitecto Sixto Duran Ballén en conjunto con el FISE construyeran el subcentro comenzando la obra en septiembre de 1995 y se inauguro el 15 de marzo de 1996.

Actualmente brinda atención directa e indirecta a los habitantes de esta ciudadela, y ejecuta programas del MSP.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la atención de los pacientes mediante la implementación de la carencia de equipo del área Odontológica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar actividades de autogestión que permitan recaudar fondos para aportar a implementar la carencia de equipo del departamento Odontológico del subcentro de salud Fátima del cantón Portoviejo, y atender con eficiencia al usuario.

Analizar cuales son los equipos que se encuentran en mal estado y priorizar su importancia.

Adquirir el equipo odontológico y donarlo al Subcentro, para generar un servicio diario, oportuno y eficiente.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

El problema principal del subcentro de salud Fátima es la carencia de equipos especialmente el compresor y la lámpara de fotocurado, tal cómo se observó y fue la opinión unánime de los encuestados.

La adquisición de una lámpara de fotocurado hará factible que los pacientes que acuden diariamente sean todos atendidos sin suspender la atención por carencia y desperfecto de este equipo.

Para lograr este objetivo se prevé reuniones con los miembros del comité, de tal manera que se puedan coordinar acciones que viabilicen la factibilidad de contar con recursos económicos para la compra de la misma.

Dentro de las actividades contempladas, está la realización de un Bingo programado para el 28 de Octubre del año 2007, donde colaborará toda la Comunidad, compartiendo esta tarde de juego. Cabe indicar que los obsequios son de responsabilidad exclusiva de las investigadoras. .

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y ECONÓMICOS

Dentro de los recursos humanos a participar en la propuesta se considera:

- Integrantes del Subcentro de Salud
- Moradores de la Ciudadela
- Investigadoras

Entre los recursos materiales

Están los inventarios y sus implementos

Y todo aquel material de papelería, requerido.

Material tangible

Los recursos económicos

Para hacer factible la adquisición de la lámpara de fotocurado, esto estará sujeto a los ingresos que genere el Bingo, basado en este valor recaudado se hará factible la propuesta, de adquirir una lámpara de fotocurado.

BENEFICIARIOS

Se beneficiaran con el proyecto los habitantes de la ciudadela Fátima que suman alrededor de 6.856 habitantes, de lo cual 3.937 corresponde a personas de más de 20 años.

DISEÑO METODOLÓGICO

Métodos de observación

Método inductivo

Método deductivo

Método investigativo

8.- CRONOGRAMA

MESES

ACTIVIDAD	IX	X	XI	XII	I	II
Reunión con los Miembros de la ciudadela	x					
Bingo		x				
Bar						
Rendición de cuenta del valor recaudado			x			
Compra de la lámpara					x	
Análisis de Implementación					x	
Monitoreo y evaluación						x

SOSTENIBILIDAD

El proyecto a ejecutarse es sostenible porque existe la decisión firme de las investigadoras y de los miembros de la comunidad de aportar con actividades de autogestión y de colaboración que permitirán recaudar fondos para hacer posible la compra de la lámpara de fotocurado.

De paso existe una investigación profunda y concisa que se ha realizado previamente, donde se detectó las necesidades del consultorio, y se priorizó las mismas.

De esta investigación nace la propuesta de adquirir el equipo odontológico para brindar un servicio eficiente y eficaz.

INDICADORES

Desarrollada la investigación tanto como bibliográfica como de campo y en base a la estructuración de un trabajo científico, se ha desmenuzado el problema, donde los indicadores utilizados en la investigación fueron la base para determinar que en el Subcentro, si existe limitación de implementos , materiales e insumos odontológicos.

PROPUESTA EJECUTABLE

Con los valores recaudados del Bingo realizado el 28 de Octubre del 2007, se hace factible la compra de la lámpara de fotocurado.

El equipo es entregado en el Dispensario Médico de la Ciudadela Fátima, contando previamente con la autorización del Jefe de Área.

FECHA DE ENTREGA DE LA LÁMPARA DE FOTOCURADO.

Se dona la lámpara de Fotocurado el día jueves 3 de enero del 2008, en el Dispensario Médico de la Ciudadela Fátima.

VALOR DEL EQUIPO

1 lámpara látex 680 A Dentamericana

Procedencia: USA

A 110 Voltios 0220

Bombillo 12 v, 75 watos, potencia de luz 400 a 500 nm

Valor:\$ 275.00 dólares

EVALUACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO

La evaluación del proyecto, será una herramienta importante para mensurar resultados, dimensionar impactos de la acción y ejecutar los controles necesarios durante el proceso de implementación, así como realizar la rendición de cuentas ante quienes

como beneficiarios se tiene el compromiso ético de reseñar lo sucedido y demostrar lo obtenido, con inversión de recursos y esfuerzos para atender una necesidad, resolver un problema o poner en marcha una iniciativa de implementación.

La evaluación del impacto, podemos asociarla con el final pero también podemos hacerla antes, durante y después de la implementación.

La evaluación y seguimiento permitirá medir la eficacia y el resultado del proyecto, buscando como principal objetivo el otorgar un mejor servicio al usuario.

El monitoreo será sistemático, permitirá comprobar la eficiencia, logros, debilidades y recomendar medidas correctivas que llevará a la buena utilización de los materiales y en el momento oportuno

PRESUPUESTO

PRESUPUESTO DEL BINGO REALIZADO EL DIA 30 DE OCTUBRE DEL 2007.

INGRESOS. \$ 420,00

Actividades

Tablas de Bingos vendidas	340
Venta de agua y colas	20
Venta de Aperitivos	50
Venta de Mesas y sillas	10

EGRESOS

Varios	140
--------	-----

Total de ingresos generados	280,00
-----------------------------------	--------

BIBLIOGRAFÍA

A. CAMERON, R. WIDMER, Manual de Odontología Pediátrica, Harcourt Brace Publisher Internacional, 2002.

A. RIES CENTENO GUILLERMO. Cirugía bucal, octava edición 1992

BARRANCOS, Money, Operatoria Dental 2001

BARRIOS, Gustavo M. Odontología Tomo 1, 2004

CHIAPACO Matteo, Cirugía Oral, 2002.

MACCHI, Ricardo, Materiales Dentales, 3era edición, 2000

SCHWARTZ, DDS Richard Fundamentos en odontología operatoria 1999

http://www.dsalud.com/numero54_5.htm

<http://www.odontologiaintegral.cl/>.

www.nidcr.nih.gov/healthInformation/

WWW/odontocat s.l 2002

<http://www.odonto-red.com>

<http://www.iztacala.unam>

www.Elprisma.com/apuntes/curso

www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia

www.infacero.cl/acero/crisol.htm.

html.rincondelvago.com/siderurgia_altos-hornos.html

<http://es.wikipedia.org/wiki/henry-bessemer>