



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

TEMA:

**“INVESTIGACIÓN DE LA ÉTICA PROFESIONAL Y SU INCIDENCIA EN LOS
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS”**

AUTORAS:

TERESA LUCÍA MOREIRA SÁNCHEZ

ANA BELÉN WITTONG MONTESDEOCA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. KATIUSKA BRIONES SOLÓRZANO. Mg.Ge.

PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg.Ge. certifica que la tesis de la investigación titulada **“Investigación de la ética profesional y su incidencia en los tratamientos odontológicos”** es trabajo original de TERESA LUCÍA MOREIRA SÁNCHEZ y ANA BELÉN WITTONG MONTESDEOCA, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Katuska Briones Solórzano. Mg.Ge.

DIRECTORA DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“Investigación de la ética profesional y su incidencia en los tratamientos odontológicos”

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogas.

Dra. Ángela Murillo Almache. Mg.Sp.
PRESIDENTA

Dra. Katuska Briones Solórzano.Mg.Ge.
DIRECTORA DE TESIS

Dra. Tatiana Moreira Solórzano.Mg.Ge.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Paola Chong Velásquez. MD.Mg.Emerg.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Norma Macías Moreira
SECRETARIA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Las suscritas autoras de la presente, declaran que el trabajo investigación, titulado “**INVESTIGACIÓN DE LA ÉTICA PROFESIONAL Y SU INCIDENCIA EN LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS**”, ha sido desarrollado en su totalidad por las autoras, producto del trabajo e idea original de las investigadoras, lo que damos fe para los fines legales consiguientes de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo.

Teresa Lucía Moreira Sánchez
AUTORA

Ana Belén Wittong Montesdeoca
AUTORA

DEDICATORIA N° 1

A mis padres José Hugo y Rosa Maura, por sus sabios consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por el amor y el apoyo que me dan en todo momento; sintiéndome orgullosa y agradecida de ambos, por darme la oportunidad de cumplir mi meta anhelada, este esfuerzo es para ustedes, ya que admiro su fortaleza y tenacidad, porque todo lo que han hecho por nosotros sus hijos, somos lo que hoy en día ambos desean, convertirnos en profesionales.

Mis hermanos, José Hugo y Raquel, por apoyarme a lo largo de mi carrera brindándome en todos los momentos de ánimo así mismo ayudándome en lo que fuera posible.

Mis sobrinos, María José y José Hugo, mis niños adorados, con el cariño y las pequeñas travesuras que a diario hacen, nos unen y fortalecen nuestra unión familiar.

Mi enamorado, Diego Pozo, quien me alienta cada día a seguir adelante, con deseos de superación y anhelo de triunfo.

Es por ello, que mis palabras no solo bastarían para gratificar su amor, apoyo, comprensión y consejos en todos los momentos que han pasado junto a mí, les quedo eternamente agradecida.

Ana Belén Wittong Montesdeoca

DEDICATORIA N° 2

“La fortaleza del odontólogo radica en la capacidad de brindar apoyo a quien lo necesite en cualquier eventualidad de la vida”

La presente tesis está dedicada a cada una de las personas que confiaron en él. Pero ante todo a Dios por ser junto a sus ángeles la fuente de luz y protección en todo suceso presentado.

A mi abuelo de corazón: el padre John Mervar que a falta de abuelos genéticos se convirtió en ese ser especial que me brindó todo su apoyo y a la vez fue mi guía en cada una de las etapas de mi vida, sobre todo a lo largo de mi carrera universitaria.

A mis padres. Ramón Moreira y Carmen Sánchez que con su esfuerzo han sido pilares fundamentales en todo momento, más aun, nunca dudaron de mi capacidad de llegar a ser odontóloga.

A mis hermanos: Julissa, Josué y Goretti Moreira Sánchez, siempre se han mantenido pendientes de cada paso que doy.

A mis amigos y hermanos de corazón: Alberto Karló Cadena, Ana Belén Wittong, Gema Ivonne Castro, Carolina Arias, que durante los años universitarios siempre han estado allí, riendo y sufriendo de los embates e imprevistos que esta carrera y la vida personal nos ha dado. Y que juntos nos hemos convertido en un grupo fuerte y sólido que a pesar de toda controversia se ha mantenido unido.

A la familia Wittong Montesdeoca por ser como mi segundo hogar, acogiéndome como una más de sus miembros brindándome su hospitalidad durante toda la realización de este proyecto.

Y por último a todos aquellos que de una u otra manera siempre han estado junto a mí dándome su entero voto de confianza.

Teresa Lucía Moreira Sánchez

AGRADECIMIENTO N° 1

Agradecida con Dios por permitirme el vivir de cada día llena de bendiciones, por el amor de él y de mis seres queridos; a su vez, por haberme cedido la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este éxito tan anhelado.

A mis amados padres, José Hugo y Rosa Maura, quienes son un ejemplo a seguir, tanto por el amor impartido a sus hijos, el apoyo incondicional, como también la dedicación y empeño de cada uno por demostrándonos a no decaer ante cualquier circunstancia que se nos presente y a ser mejores cada día.

Mis hermanos, José Hugo y Raquel, amigos infalibles quienes siempre me sustentan e incentivan para cumplir mis metas establecidas, brindándome sus sabios consejos para convertir en una profesional de excelencia.

A mi enamorado, Diego Pozo, por ofrecerme su amor sincero, comprensión y apoyo incondicional en esta etapa de mi vida, permaneciendo en cada momento junto a mí. Gracias por amarme como solo tú lo puedes hacer.

A mis demás familiares y seres queridos, quienes de una u otra manera siempre están predispuestos en ayudarme, convirtiéndose en seres fundamentales para mi formación.

Mi compañera de tesis Teresa Moreira, por todo el tiempo compartido a lo largo de la carrera, por su paciencia para superar juntas tantos momentos difíciles.

A todos mis docentes que me han acompañado durante esta etapa de mi vida, ofreciéndome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación.

Ana Belén Wittong Montesdeoca

AGRADECIMIENTO N° 2

“La recompensa más grande para el odontólogo es poder ver una sonrisa reflejada en cada persona a quien sirve”

Mi agradecimiento está dirigido a las siguientes instituciones y personas:

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo por haber sido el pilar fundamental para continuar con mis estudios superiores. Abriendo sus puertas a cada joven que desee formar parte de esta importante institución.

A la Carrera de Odontología que fue luz y guía para cumplir este hermoso sueño de servicio a las personas.

Como no agradecer a las autoridades del Distrito de Salud N° 1, su Área de Salud Bucal representadas, por los doctores Brucker García y Ángel Villacreses respectivamente. Al Seguro Social Campesino personificado a través de su Jefe de Departamental el doctor Víctor Junco, que nos abrieron las puertas de sus Unidades Operativas de Salud para poder llevar a cabo este trabajo de investigación.

A Dios, que nunca ha dejado de estar junto a mí, así como a mi familia y amigos por su confianza y paciencia, pero lo más bello, su apoyo incondicional desplegado durante estos años de vida universitaria.

Mil gracias a todos por estar ahí junto a mí.

Teresa Lucía Moreira Sánchez.

SUMARIO

El presente trabajo, está dirigido tanto a los odontólogos como pacientes que acuden a la atención dental en las unidades operativas de salud gubernamentales del cantón Portoviejo, cuyo tema a desarrollar es “Investigación de la ética profesional y su influencia en los tratamientos odontológicos”.

En el contenido de la misma, se describe la formulación del objetivo general, el cual consiste en determinar la incidencia de la ética profesional en los tratamientos odontológicos realizados por los odontólogos que laboran en las unidades de salud gubernamentales del cantón Portoviejo; a su vez, se establecen los siguientes objetivos específicos: Observar la aplicación de los protocolos de tratamiento para relacionarlos con la eficiencia profesional. Analizar la tolerancia del profesional ante los requerimientos del paciente para relacionarlo con la calidad de atención. Establecer la responsabilidad del profesional en la aplicación de normas de bioseguridad para relacionarla con la contaminación cruzada. Indagar el interés del profesional en el uso de instrumental en buen estado para relacionarlo con la permanencia del equipamiento obsoleto. Diseñar una propuesta alternativa de solución ante el problema planteado.

Utilizando el estudio morfológico del tema, se hizo posible desarrollar una investigación de campo; por medio del análisis de los resultados establecidos, se puede llegar a la conclusión que existe la permanencia de debilidades en la ejecución constante de los protocolos de atención ofertados y métodos de bioseguridad; es por ello, hoy por hoy, se hace necesario fortalecer la promoción y educación de la salud oral, habiendo una interacción conjunta entre odontólogos y usuarios, mejorando así la relación interpersonal y calidad de atención brindada.

SUMMARY

This present project is directed for dentists as well as for patients attending to dental care in Portoviejo's County government health operating units, for which, the theme of the investigation is "Professional ethics research and its influence on dental treatment"

The content describes the development of the overall goal, which determines the incidence of professional ethics on dental treatments performed by dentists working in Portoviejo's County government health operating units; at the same time, establishes the following specific objectives: Observe the application of treatment protocols to relate with professional efficiency. Analyze the professional tolerance for patient's requirements to relate to quality care. Establish professional responsibility in implementing biosafety regulations to relate cross contamination. Inquire professional interest in the use of instruments in good condition for linking with the permanence of obsolete equipment. Designing an alternative solution to the identified problem.

Using the morphological study of the subject, it was possible to develop a field investigation through the analysis of the results it can be concluded that the permanency of weaknesses exists in constant care protocols offered and biosecurity methods, which is why, today, it is necessary to strengthen the promotion and buccal health education, having an interaction between dentists and joint users, improving interpersonal relationships and quality care provided.

INTRODUCCIÓN

Intervenir en el campo de la salud oral es un reto constante en su práctica diaria, por motivos que los expertos se enfrentan permanentemente a diversos problemas, para lo cual es necesario la aplicación de valores éticos; es decir, implica que el odontólogo deba cumplir con un compromiso moral en todos los actos que efectúe durante la atención en cada uno de los usuarios que asistan a la consulta odontológica que brindan las Unidades Operativas Gubernamentales como son el Distrito de Salud Pública N° 1 y el Seguro Social Campesino del cantón de Portoviejo.

Se debe tener presente que la deontología va de la mano de la aplicación de la calidad y calidez laboral, por lo que se refiere a realizar una correcta asistencia dental; vale recalcar, que dado a las diferentes circunstancias por las que los odontólogos deben convivir diariamente, como es el caso del uso de sillones en condiciones inadecuadas de trabajo, turbinas, instrumental de diagnóstico obsoleto, entre otros elementos que conforman el equipo de salud odontológica y acoplar la forma de trabajar para atender a los usuarios con eficacia y excelencia.

Con estos antecedentes, se desarrolla la presente investigación de campo con el fin de determinar la incidencia de la ética profesional en los tratamientos odontológicos realizado por los profesionales que laboran en las unidades de salud gubernamentales del cantón Portoviejo; en base a este objetivo general, se verificará el nivel de atención que se está brindando a la ciudadanía en general los cuales asisten a la consulta odontológica estatal, a su vez observar la aplicación de los protocolos de tratamiento para relacionarlo con la eficiencia,

inspeccionar la tolerancia del profesional ante los requerimientos del paciente para relacionarlo con la calidad de atención, establecer la responsabilidad del profesional en la aplicación de normas de bioseguridad para relacionarlos con la contaminación cruzada, indagar el interés del profesional en el uso de instrumental en buen estado para relacionarlo con la permanencia del equipamiento obsoleto y diseñar una propuesta alternativa de solución.

Por tanto, una condición ética tiene como obligación implementar y mantener un protocolo a seguir en las actividades tanto de morbilidad como preventivas durante la intervención oral, para lo cual, es relevante mantener una adecuada bioseguridad, como el uso permanente de gafas protectoras, gorro, el cambio de mascarillas, así mismo el constante desecho de guantes de un paciente a otro y sin dejar a un lado, la utilización de instrumentales con su correcta esterilización, de esta manera, siempre tener presente evitar una contaminación cruzada y a su vez no solo deben limitarse en cumplir con la productividad exigida por la Institución en la que laboran, sino que deben realizar todo tratamiento oral con excelencia profesional.

ANTECEDENTES

La ética profesional es una ciencia normativa, ya que instituye normas o guías para que el hombre tenga conocimiento de principios o valores en diferentes esferas y así elegir el bien. Debido a su carácter filosófico y práctico, se la ha determinado operativamente como aquella ciencia de la cual surgen leyes ideales para la naturaleza del hombre y así regular las acciones humanas. (Cantú, 2010, p.14)

De tal manera, se relaciona como un conjunto de normas éticas basadas voluntariamente por quienes ejercen una profesión, con fines de honestidad y responsabilidad social; es decir, aquellas actitudes y virtudes en la que los expertos deben poseer y poner en práctica para hacer posible la moralización del quehacer laboral. (Pardo, 2010, p.114)

Hoy en día a nivel mundial, las normativas en cuanto a la aplicación de la ética profesional, está tomando mayor importancia en el ámbito laboral, por motivos morales y sociales que han alcanzado a la profesión odontológica, se ha tornado una disputa de superación entre profesionales. (Torres & Romo, 2008, Recuperado de: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100010...sci>). De tal manera, la mayoría de los odontólogos en El Ecuador, no tienen referencias claras sobre las normas éticas que deben cumplir cotidianamente en su entorno laboral; debido que en nuestro medio hablar sobre dicho tema, se torna muchas veces un tabú, evitando así no asumir sus debilidades. (Colegio de Odontólogos del Guayas – Pichincha, 2008, Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.)

La presente tesis tiene como tema, la investigación de la ética profesional y su influencia en los tratamientos odontológicos, la que se relaciona con la debilidades a las que diariamente se enfrentan los expertos de la salud oral en las unidades operativas de salud gubernamental del cantón Portoviejo, con el fin de obtener resultados ante ésta problemática.

ÍNDICE

CONTENIDO

PRELIMINARES	PÁG.
Portada	i
Certificado del director de tesis	ii
Certificado del tribunal	iii
Certificación de autoría	iv
Dedicatoria I	v
Dedicatoria II	vi
Agradecimiento I	vii
Agradecimiento II	viii
Sumario	ix
Summary	x
Introducción	xi
Antecedentes	xiii

CAPÍTULO I : TEMA DE LA INVESTIGACIÓN		PÁG.
1.	Planteamiento del problema	1
1.1.	Formulación del problema	4
1.2.	Justificación	4
1.3.	Objetivos	6
1.3.1.	Objetivo general	6
1.3.2.	Objetivos específicos	6
1.4.	Formulación de la hipótesis	7
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO		
2.1.	Marco institucional	8
2.2.	Ética profesional	13
2.2.1	Ética profesional en la odontología	15
2.2.2	Organización de las actividades en atención primaria en centros de salud	19
2.2.3	División de la ética	21
2.2.4	Ética como ley	25
2.2.5	Necesidad de la ética	34
2.2.6	Problemas éticos	35
2.2.7	Valores relacionados con la ética	38
2.2.8	Deontología	42

	PÁG.	
2.2.9	Diferencia entre ética y deontología	45
2.2.10	Bioética	46
2.2.11	La ética relacionada con la bioseguridad	49
2.2.12	Responsabilidad del odontólogo	67
2.2.13	Calidad de atención en servicios odontológicos	72
2.3	Tratamientos odontológicos	79
2.3.1	Periodoncia dental	79
2.3.2	Operatoria dental	87
2.3.3	Cirugía dental	100
2.3.4	Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología	130

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Metodología de la investigación	152
3.1.1	Métodos	152
3.1.1.	Modalidad básica	152
3.1.2.	Tipos de niveles de la investigación	152
3.2.	Técnicas	153
3.3.	Instrumentos	154
3.4.	Recursos	154
3.4.1.	Recursos materiales	154
3.4.2.	Talento Humano	155
3.4.3.	Recursos Institucionales	155

	PÁG.
3.4.4. Recursos Tecnológicos	156
3.4.5. Recursos económicos	156
3.5. Poblacion y muestra	157
3.5.1. Población	157
3.5.2. Tipo de muestreo	158

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1. Resultados de las encuestas realizadas a los odontólogos que laboran en Unidades operativas de Salud Pública del cantón Portoviejo	159
4.1.2. Resultados de encuestas realizadas a pacientes que asisten a las Unidades operativas de Salud Pública.	183
4.1.3. Resultados de ficha de observación realizada a los odontólogos que laboran en las Unidades operativas de Salud Pública del cantón Portoviejo.	205
4.1.4. Cruce de información de cuadros estadísticos con relación a los objetivos planteados	252

Conclusiones 267

Recomendaciones 269

CAPÍTULO IV: PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1. Identificación del proyecto	271
5.1.1. Título	271

	PÁG.
5.1.2. Entidad ejecutora	271
5.1.3. Clasificación del proyecto	271
5.1.4. Localización y límites	272
5.2. Justificación	272
5.3. Marco institucional	274
5.4. Objetivos	280
5.4.1. Objetivo general	280
5.4.2. Objetivos específicos	280
5.5. Descripción de la propuesta	281
5.6. Beneficiarios	282
5.7. Diseño metodológico	283
5.7.1. Cronograma	283
5.8. Presupuesto	283
5.9. Sostenibilidad	284
5.10. Sustentabilidad	284

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

RESULTADOS DE ENCUESTA REALIZADAS A LOS ODONTÓLOGOS DEL DISTRITO DE SALUD N° 1 Y SEGURO SOCIAL CAMPESINO

CUADRO Y GRÁFICO N°	PÁG.
¿Aplica en su consulta diaria la calidad de atención?	159
CUADRO Y GRÁFICO N° 2 ¿Ha realizado un plan de mejoramiento para la atención en su consulta diaria?	161
CUADRO Y GRÁFICO N° 3 ¿Qué cantidad de guantes utiliza Ud. diariamente?	163
CUADRO Y GRÁFICO N° 4 ¿Ud. realiza programas educativos de salud oral en la comunidad?	165
CUADRO Y GRÁFICO N° 5 ¿Qué tipo de aislamiento utiliza en un tratamiento restaurador?	167
CUADRO Y GRÁFICO N° 6 ¿Posee el instrumental suficiente para la demanda de pacientes?	169
CUADRO Y GRÁFICO N° 7 ¿Si fuera necesario usted utilizaría un material caducado?	171
CUADRO Y GRÁFICO N° 8 ¿Cuántas veces al día esteriliza el instrumental?	173
CUADRO Y GRÁFICO N° 9 ¿La institución en la que Ud. trabaja le brinda el instrumental y los materiales necesarios para la atención de los pacientes?	175

CUADRO Y GRÁFICO N° 10

¿Al momento de realizar algún tratamiento se le ha presentado algún tipo de complicación?

PÁG.

177

CUADRO Y GRÁFICO N° 11

¿La institución en la que Ud. labora le proporciona el mantenimiento adecuado a su equipo odontológico?

179

CUADRO Y GRÁFICO N° 12

¿Los pacientes que acuden a su consulta son valorados previamente en el departamento de enfermería?

181

**RESULTADOS DE ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES QUE
ASISTEN A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL DISTRITO DE
SALUD N° 1 Y SEGURO SOCIAL CAMPESINO DEL CANTÓN PORTOVIEJO**

CUADRO Y GRÁFICO N°	PÁG.
¿La atención odontológica que le brindó el profesional fue?	183
CUADRO Y GRÁFICO N° 2 ¿Considera el tiempo que el profesional le dedicó en su consulta fue suficiente para satisfacer su dolencia?	185
CUADRO Y GRÁFICO N° 3 ¿El profesional se mostró atento del relato de su problema bucal?	187
CUADRO Y GRÁFICO N° 4 ¿Le brindaron varias alternativas de tratamiento a realizar ante su dolor dental?	189
CUADRO Y GRÁFICO N° 5 ¿El profesional le brinda las indicaciones necesarias después del tratamiento realizado?	191
CUADRO Y GRÁFICO N° 6 Cual fue el trato que recibió por parte del profesional de odontología:	193
CUADRO Y GRÁFICO N° 7 ¿Ud. observó si el profesional, se cambió de guantes?	195
CUADRO Y GRÁFICO N° 8 ¿Cree Ud. si la unidad de salud a la que acude posee el equipamiento odontológico adecuado?	197

CUADRO Y GRÁFICO N° 9

¿Ud. se percató que el profesional cambió de instrumental antes de su atención?

PÁG.

199

CUADRO Y GRÁFICO N° 10

¿Cree usted que el profesional aplicó sus conocimientos adecuados para diagnosticar su malestar bucal?

201

CUADRO Y GRÁFICO N° 11

¿Considera Ud. si el odontólogo llega puntual a la unidad de salud para atender a los pacientes?

203

**RESULTADOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN REALIZADAS A LOS
ODONTÓLOGOS QUE LABORAN EN EL DISTRITO DE SALUD N° 1 Y SEGURO
SOCIAL CAMPESINO DEL CANTÓN PORTOVIEJO.**

CUADRO Y GRÁFICO N°	PÁG.
Cantidad de personal por unidad de Salud en el área de odontología	205
CUADRO Y GRÁFICO N° 2	
Insumos de bioseguridad que utilizan los profesionales de la salud oral en el Distrito de Salud N° 1 y Seguro Campesino del cantón Portoviejo.	207
CUADRO Y GRÁFICO N° 3	
Estado de equipos odontológicos	211
CUADRO Y GRÁFICO N° 4	
Métodos de eliminación de desechos:	215
CUADRO Y GRÁFICO N° 5	
El profesional se lavó las manos después de utilizarlos guantes:	218
CUADRO Y GRÁFICO N° 6	
Brinda el profesional las opciones de tratamiento al paciente:	220
CUADRO Y GRÁFICO N° 7	
Valoración previa de los signos vitales al usuario en el departamento de enfermería:	222
CUADRO Y GRÁFICO N° 8	
Estado del instrumental de diagnóstico odontológico	224
CUADRO Y GRÁFICO N° 9	
Estado del instrumental de cirugía bucal	227

CUADRO Y GRÁFICO N° 10	PÁG.
Estado del instrumental de operatoria	230
CUADRO Y GRÁFICO N° 11	
Estado del instrumental de periodoncia	233
CUADRO Y GRÁFICO N° 12	
Tipo de desinfectante de superficies y sillón odontológico	236
CUADRO Y GRÁFICO N° 13	
Protocolo para restauraciones con resina	238
CUADRO Y GRÁFICO N° 14	
Protocolo para realizar exodoncias	245
CUADRO Y GRÁFICO N° 15	
Protocolo para realizar sellantes	249

**RESULTADOS DEL CRUCE DE INFORMACIÓN DE CUADROS ESTADÍSTICOS
CON RELACIÓN A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.**

CUADRO Y GRÁFICO N°	PÁG.
CUADRO Y GRÁFICO N° 1 Observar la aplicación de los protocolos de tratamiento para relacionarlo con la eficiencia.	252
CUADRO Y GRÁFICO N° 2 Determinar la tolerancia del profesional ante los requerimientos del paciente para relacionarlo con la calidad de atención.	256
CUADRO Y GRÁFICO N° 3 Establecer la responsabilidad del profesional en la aplicación de normas de bioseguridad para relacionarlos con la contaminación cruzada.	260
CUADRO Y GRÁFICO N° 4 Indagar el interés del profesional en el uso de instrumental en buen estado para relacionarlo con la permanencia del equipamiento obsoleto.	263

ÍNDICE DE ANEXOS

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- 1.1. Árbol del problema
- 1.2. Presupuesto
- 1.3. Cronograma

FORMULARIOS DE ENCUESTAS Y FICHAS DE OBSERVACIÓN

- 2.1. Formulario de encuesta dirigido a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino.
- 2.2. Ficha de observación realizada a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino.
- 2.3. Formulario de encuesta dirigido a los pacientes que asisten al departamento de odontología del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino.

MARCO TEÓRICO

- 3.1. Anexos del marco teórico

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

- 4.1. Infraestructura del Distrito de Salud N° 1
 - 4.2. Infraestructura del Seguro Social Campesino
 - 4.3. Adecuación de los materiales odontológicos
 - 4.4. Estado de las escupideras
 - 4.5. Encuesta a los odontólogos
 - 4.6. Estado del instrumental
 - 4.7. Materiales caducados
 - 4.8. Barreras de protección
 - 4.9. Eliminación de desechos sólidos
 - 4.10. Valoración previa de signos vitales
 - 4.11. Instrumental en mal estado
 - 4.12. Encuesta a los pacientes
 - 4.13. Métodos de bioseguridad
 - 4.14. Charlas de educación oral
 - 4.15. Tratamientos ofertados
 - 4.16. Entrega de manual deontológico en el Seguro Social Campesino
 - 4.17. Entrega de manual deontológico en el Distrito de Salud N° 1
 - 4.18. Distribución del manual deontológico en el Distrito de Salud N° 1
5. Actas

CAPÍTULO I

INVESTIGACIÓN DE LA ÉTICA PROFESIONAL Y SU INCIDENCIA EN LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

1.1. Planteamiento del problema

La ética odontológica es la *ciencia de la moral*, que permite dar una reflexión filosófica para esclarecer y fundamentar acerca de los beneficios y desventajas que se ofertan en los tratamientos odontológicos; consecuentemente se diferencia la ley de ésta, en cuanto a la institución social de reglas de acción obligatorias dictadas por una autoridad formalmente reconocida y con poder de fuerza, de tal manera que debe ser entendida como un consenso público, frecuentemente temporal, es decir como una aproximación a la moral (Torres & Romo, 2008, Recuperado de: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100010...sci>).

En la actualidad, la odontología moderna mundial está presionada por una cantidad de cuestiones morales y sociales que han alcanzado a la profesión, afectando de manera considerable su práctica diaria. Adicionalmente, como es en el caso de países de primer mundo tales como China, Estados Unidos y Alemania, los cuales han incluido cambios de alto nivel científico en la odontología, lo que favorece en alertar a los dentistas sobre las posibilidades de modificaciones similares en su ambiente de trabajo; como por ejemplo, al

momento de asistir diversos pacientes, incluyendo aquellos que presentan enfermedades sistémicas de forma cotidiana, es necesario tener los respectivos conocimientos en todos los tratamientos a realizar, a la vez beneficiarse con la tecnología para así optimizar la calidad de atención (Torres & Romo, 2008, Recuperado de: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100010...sci>).

En Latinoamérica, especialmente en Argentina de acuerdo a sus normas de trabajo, todas las recomendaciones y procedimientos para la ejecución de tratamientos odontológicos tienen una base ética y una consecuencia, por motivos que los odontólogos en cada momento de su vida profesional, se ven enfrentados a determinar una serie de valores, donde la decisión final favorecerá o afectará el bienestar de sus pacientes de forma trascendente, por lo que se trata de una elección moral (Torres & Romo, 2008, Recuperado de: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100010...sci>).

El creciente interés del uso de historias clínicas, se debe al incremento de acciones legales por desacuerdos de los pacientes luego del procedimiento realizado en la consulta, razón por la cual los jueces han dictado sentencia a favor de ellos en base a la ausencia de un consentimiento informado (historias clínicas); por ello que en los actuales momentos en diversos países de Latinoamérica este documento se ha convertido de suma importancia como medio de respaldo y así evitar problemas a futuro (Torres & Romo, 2008, Recuperado de: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100010...sci>).

Dentro de las cuestiones éticas y sociales contemporáneas con las cuales se enfrenta la odontología en el Ecuador; el Colegio de Odontólogos del Guayas y Pichincha hicieron una investigación a 200 odontólogos de ambas provincias, acerca de las siguientes variables con sus respectivos resultados: El 90% conoce las responsabilidades del profesional de la salud dental y un 37.5% los procedimientos de alto riesgo en la consulta, como también el 21% realiza las historias clínicas para tratamientos odontológicos; la evaluación de la calidad del servicio ofrecido solo un 83%; la mala práctica dental (iatrogenias) comprenden el 3%; así mismo existe solo el 64% de la promoción de los servicios, las prácticas de odontología ilegales o no calificadas completan el 1%; la utilización de auxiliar dental y las relaciones interprofesionales en un 73%; el 40% ejecuta el cuidado dental de las personas de edad (adultos mayores) como también de los pacientes críticos; el énfasis ético en la educación de los no-graduados, graduados, post-graduados y en la educación dental en general 81% si están de acuerdo (Colegio de Odontólogos del Guayas – Pichincha, 2008, Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.)

En Manabí, la mayoría de los odontólogos se sorprende al conocer las obligaciones que deben cumplir; en este caso, no solo requieren de un estudio minucioso de su carrera, sino que muchas veces tienen que saber cómo enfrentarse en decisiones de vida o muerte en su consulta diaria, por motivos que en el cuidado dental es un juego importante de valores humanos, debido que si existiese fallas en la aplicación de normas de bioseguridad, sería un acto perjudicial tanto para el profesional como para el paciente.

1.1.1. Formulación del problema

¿Cómo incide la ética profesional en los tratamientos odontológicos brindados en las Unidades de Salud Gubernamentales del cantón de Portoviejo?

1.2. Justificación

La importancia del trabajo radica en conocer, si existe la ética profesional en la labor diaria de todos los expertos de la salud oral, relacionándolos con las complicaciones de los tratamientos efectuados. El eje temático de la moral, propone favorecer los aprendizajes que sustenten un desempeño laboral correcto y acorde con las problemáticas que plantea la relación paciente-odontólogo-tratamiento y el vínculo con los colegas e instituciones de la salud.

Lo innovador de ésta investigación, es presentar las características básicas de ética y los tratamientos ofertados por los odontólogos; también tiene la finalidad de ofrecer fundamentos que orientan la elección de contenidos conceptuales y procedimentales. Los beneficiarios resultantes del presente trabajo lo constituyen los odontólogos, estudiantes, instituciones de salud gubernamentales y usuarios, ya que se elaborará una propuesta alternativa ante el problema identificado.

Con estos antecedentes, es propicio plantear nuevas alternativas, debido que en el Ecuador existen escasas investigaciones sobre la deontología (ética profesional) con relación a los tratamientos odontológicos, por lo cual se pretende

que cada odontólogo respete los códigos de actividades profesionales, como a su vez averiguar las causas que pueden originar este problema y sus posibles soluciones.

El aporte científico que brindará ésta investigación, se radicará en mejorar los principios morales de los profesionales de la salud oral ante la persistencia de los usuarios al momento de realizar un tratamiento que no les compete, tales como la aplicación de las respectivas normas legales (historias clínicas) que se deben de cumplir ante futuras demandas, lo que conllevaría a un mejor método de atención en la psicología de la consulta diaria.

De tal manera, *las unidades de salud gubernamentales* del cantón Portoviejo, abren las puertas de sus instalaciones para realizar ésta investigación con el apoyo de las autoridades y su personal, así como también es factible por el aporte bibliográfico que se recopilará en distintos medios, entre los que constarán libros, documentos, artículos, web, entre otros.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la incidencia de la ética profesional en los tratamientos odontológicos que brindan las unidades de salud gubernamentales del cantón Portoviejo.

1.3.2. Objetivos específicos

Observar la aplicación de los protocolos de tratamiento para relacionarlos con la eficiencia profesional.

Determinar la tolerancia del profesional ante los requerimientos del paciente para relacionarlo con la calidad de atención.

Establecer la responsabilidad del profesional en la aplicación de las normas de bioseguridad para relacionarla con la contaminación cruzada.

Indagar el interés del profesional en el uso de instrumental en buen estado para relacionarlo con la permanencia del equipamiento obsoleto.

Diseñar una propuesta alternativa de solución ante el problema planteado.

1.4. Formulación de la hipótesis

¿La ética profesional incide significativamente en la realización de tratamientos odontológicos?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Marco institucional

La presente investigación se la desarrollará en dos instituciones gubernamentales del cantón Portoviejo: Distrito de Salud № 1 y Seguro Social Campesino.

Ministerio de Salud Pública - Distrito de Salud № 1 – Portoviejo

“A partir del año de 1964 las acciones de salud en la provincia de Manabí se encontraban bajo la responsabilidad de la Jefatura Provincial de Sanidad, la cual cumplía funciones de prevención, fomento, saneamiento y visitas domiciliarias, esta entidad a su vez dependía de la Dirección General de Sanidad con sede en Guayaquil, la misma que a su vez dependía del Ministerio de Prevención Social y Sanidad con sede en Quito.

En el mes de marzo de 1963 se firmó un “Plan Tripartito Operacional” para un Programa de Desarrollo integral de los servicios de salud en el Ecuador entre el Gobierno Nacional, la OMS y la UNICEF y se crea en la provincia de Manabí el Programa Integral de Salud (PISMA), como una primera etapa de integración de los servicios de salubridad, dentro del Plan Decenal de Salud Pública, como parte de un proyecto de desarrollo económico social del país. Los propósitos fundamentales de este Plan de Salud fueron los de mejorar la situación de la salud de los habitantes de la provincia y que la misma sirva como área demostrativa nacional, con la intención de utilizar la experiencia adquirida para extender los beneficios de este programa al resto del país.

Las actividades del PISMA (Programa Integral de Salud) se inician en Junio de 1964 y el 30 de Abril de 1965 se designaron un Director y Subdirector; a partir de ésta fecha, se abren las puertas del Centro de Salud Portoviejo que se convierte en la cabecera del Área No.1, la cual estaba conformada en ese entonces por los cantones de Portoviejo, Santa Ana, Pichincha y 24 de Mayo con sus cabeceras cantónales.

Los Programas que se brindaban a las comunidades eran: Vacunación, Saneamiento Ambiental, Materno Infantil, que eran programas de Fomento y Protección, buscando la parte preventiva.

A partir del 2012 rige el Nuevo Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos en donde dejamos de ser área y pasamos a ser Distrito de Salud N°1 - Portoviejo, el que fue publicado mediante el acuerdo Ministerial N° 00001034 publicado en el registro oficial N° 279 del día viernes 30 de marzo del 2012”¹.

Las siguientes unidades operativas de salud perteneciente a dicho Distrito:

Centro de Salud Andrés de Vera (2 odontólogos)

Centro de Salud Calderón (1 odontólogo 1 auxiliar)

Centro de Salud Crucita (1 odontólogo)

Centro de Salud Portoviejo (2 odontólogos 1 auxiliar)

Subcentro Alajuela (1 odontólogo)

¹ Distrito de Salud N° 1. (2012). Reseña histórica. Portoviejo, Manabí, Ecuador.

Subcentro Chirijo (1 odontólogo)

Subcentro El Limón (1 odontólogo)

Subcentro El Naranjo (1 odontólogo)

Subcentro Estancia vieja (1 odontólogo)

Subcentro Fátima (1 odontólogo)

Subcentro Florón (1 odontólogo)

Subcentro La California (1 odontólogo)

Subcentro Los Ángeles de Colón (1 odontólogo)

Subcentro Los Arenales (1 odontólogo)

Subcentro Mejía (1 odontólogo)

Subcentro Nuevo Portoviejo (1 odontólogo)

Subcentro Pacheco (1 odontólogo)

Subcentro Picoaza (1 odontólogo)

Subcentro Pimpiguasi (1 odontólogo)

Subcentro Piñonada (1 odontólogo)

Subcentro Primero de Mayo (1 odontólogo)

Subcentro Pueblo Nuevo (1 odontólogo)

Subcentro Riochico (1 odontólogo y 1 auxiliar)

Subcentro San Alejo (1 odontólogo)

Subcentro San Cristóbal (1 odontólogo 1 auxiliar)

Subcentro San Pablo (1 odontólogo y 1 auxiliar)

Subcentro San Plácido (1 odontólogo)

Seguro Social Campesino

“El 28 de agosto de 1968, el Instituto Nacional de Previsión pone a prueba la capacidad de la Caja Nacional del Seguro Social (IESS) para extender significativamente su cobertura, con la puesta en marcha del Plan Piloto del Seguro Social Campesino, que se inició en cuatro comunidades campesinas tales como: Guabug, en la provincia de Chimborazo; Yanayacu, en la provincia de Imbabura; Palmar, en la provincia del Guayas (hoy Santa Elena); y, La Pila, en la provincia de Manabí.

Incorporando a 614 familias rurales, a los beneficios de la Seguridad Social prescindiendo de la relación laboral trabajador-empleador y dejando atrás la histórica etapa del Seguro Individual a través de un innovador sistema que protegió desde su inicio a las familias, sentando así las bases para un posterior período de crecimiento explosivo de la población derecho habiente, intensificado desde la década de los años 80, como consecuencia de la expedición de la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino”².

Hoy en día, los dispensarios de salud pertenecientes al cantón Portoviejo son los siguientes:

Dispensario Bijahual (1 odontólogo)

Dispensario Cruz Alta de Miguelillo (1 odontólogo)

Dispensario El Cady (2 odontólogos)

Dispensario El Jobo (1 odontólogo)

² Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2012). Reseña histórica del Seguro Social Campesino. Recuperado de <http://www.iess.gob.ec/es/web/guest/quienes-somos>

Dispensario el Progreso 1 (2 odontólogos)

Dispensario la Cantera (1 odontólogo)

Dispensario Las Gilces (2 odontólogos)

Dispensario Limón de Fátima (1 odontólogo)

Dispensario Milagro 1 (2 odontólogos)

Dispensario Pachinche (1 odontólogo)

Dispensario Playa Prieta (2 odontólogos)

Dispensario Tabladas de Alajuela (1 odontólogo)

2.2. Ética profesional

Concepto

De acuerdo a lo expuesto por Cantú, “la etimología del vocablo ética, se deriva de la voz griega êthos, cuyo significado se relaciona con la conducta, carácter, ser interior o disposición de la persona. Se relaciona con el término moral, derivado a su vez del latín mor costumbre. Es una ciencia normativa, ya que instituye normas o guías para que el hombre tenga conocimiento de principios o valores en diferentes esferas y así elegir el bien. Debido a su carácter filosófico y práctico, se la ha determinado operativamente como aquella ciencia de la cual surgen leyes ideales para la naturaleza del hombre y así regular las acciones humanas”³ (Cantú, 2010, p.14).

Según Cantú, La ética es la parte de la filosofía que tiene por objeto la reflexión sobre la conducta moral del ser humano; nos sugiere cómo se forma el carácter, no en el sentido biológico, sino en un aspecto integral de modo de ser y forma de vida que se va obteniendo día a día a lo largo de la existencia y que conlleva la elaboración de teorías que permiten acceder a la comprensión de la conducta de las personas (Cantú, 2010, p.11).

Según Cantú (2010) presenta como definición de ética como “ciencia que regula la actividad del hombre en precepto al bien, que tiene como fundamento lo racional y cuyo objeto es la elaboración de un sistema de referencia que permite definir un código moral que estudia las conductas humanas”³ (p.14).

³Es decir que la ética profesional es la mediadora de la conducta y la moral que ejecute cada profesional en los tratamientos que realice, siempre tratando de hacer el bien. **Cantú, P.** (2010). *Bioética e investigación en salud*. Ciudad de México, México: Trillas.

Podemos decir que la ética es una reflexión metódica sobre los valores humanos, personales y colectivos, por ello, promueve una reflexión permanente sobre la conducta moral⁴ (Cantú, 2010, p.14). (Ver figura N° 1).

2.2.1. Ética profesional en la odontología

Las profesiones responden a necesidades y demandas sociales, ya que se basan en *un saber* que le da su autoridad a la profesión. De acuerdo con lo que muestra González J en su libro, menciona otras dos características fundamentales:

“El acceso a un *saber hacer*, esto es, una praxis, un modo de acción calificado por un agente responsable e informado por una teoría; es decir, se trata de un saber hacer y cuándo hacer, lo que lleva a la prudencia que es la máxima virtud de las profesiones. Un *saber estar*, la dignidad que requiere el profesar este saber, ya sea respecto a los pares (etiqueta) o respecto de aquellos que piden el servicio (ética)”⁵ (González, 2008, p.32).

Hoy en día se basan en tres elementos para brindar el servicio a la humanidad, educación de excelencia y auto mejoramiento/autorregulación, designándolos respectivamente como componente *moral, intelectual y organizacional* de la profesión. (González, 2008, p.32).

⁴En otras palabras, ésta constituye como tutora de los valores, principios morales que deben servir de modelo al proceder de las personas y que se requiere cotidianamente en todas las actuaciones que median en el hombre. Cantú, P. (2010) *Bioética e investigación en salud*. Ciudad de México, México: Trillas. p.14

⁵González, J. *Perspectivas de la bioética*. (2008). Ciudad de México, México: Fondo de cultura económica. p.32.

Componente moral

El primer deber moral que asume el especialista es *hacer el bien* a sus pacientes, específicamente en el área de la salud bucal. Sin embargo, la decisión frente a un caso clínico dependerá tanto de la técnica como de la ética⁶. De tal manera, se piensa que es *bueno* si está determinado por estándares dados por la práctica y la investigación, ya que la situación de dependencia del paciente es más elevada, dado el alto grado de conocimiento especializado relacionado con el tratamiento comprensivo de las enfermedades dentales. En cuanto a la calidad de la protección estará directamente relacionada con el mantenimiento, por parte del experto en un alto nivel profesional, ideales generosos y un esmerado desempeño (González, 2008, p.33).

A partir de la década del 60, la norma aceptada de práctica dental ha girado en torno a un modelo de evaluación y elección compartida entre el profesional y el paciente, en lo que se refiere al tratamiento; nace entonces la necesidad de un *consentimiento informado*, es decir, un instrumento (historia clínica) que refleja una norma mínima de esta toma de decisión compartida, éste debería expresar plenamente la relación entre dentista y pacientes totalmente competentes (González, 2008, p.33).

González (2008) En la práctica, la mayor parte de los especialistas depende de las elecciones de los familiares y tutores, cuando están disponibles y cuando las

⁶ González, J. *Perspectivas de la bioética*. (2008). Ciudad de México, México: Fondo de cultura económica. p.33.

elecciones de estas partes no provocan daños a la salud bucal o general. Respecto de la atención de los niños, actualmente se están elaborando metodologías que permitan también la participación con pacientes de capacidad disminuida. La literatura ética dental está comenzando a desarrollar una meticulosa discusión sobre la relación del dentista con dichos usuarios de capacidad disminuida o, directamente, sin capacidad para la toma de decisiones (p.33).

Componente intelectual

“Todo profesional está obligado en adquirir y mantener la capacidad necesaria para desarrollar sus tareas respectivas; es decir, realizar sólo aquellas tareas que están dentro de su competencia. En la práctica, cada dentista debe tomar sutiles determinaciones sobre si tiene o no competencia para realizar un diagnóstico particular, o para llevar a cabo tratamientos específicos en determinadas circunstancias clínicas, especialmente cuando esto involucra procedimientos que no son de rutina” (González, 2008, p.33).

“Vale recalcar, que los problemas son comunes en las instituciones médicas y odontológicas de educación; por motivos que las demandas de los cursos técnicos establecidos, ya que se convierte en una necesidad imperiosa de luchar permanentemente por acrecentar el patrimonio de ciencia y sabiduría exigido por la profesión”(González, 2008, p.33).

González (2008). Es necesario establecer que toda capacidad intelectual en la que un profesional está comprometido, es:

“El conocimiento teórico y sistemático de las ciencias respectivas en su área laboral (p.34).

Capacidad y preparación en las materias propiamente de su profesión (p.34).

El suficiente interés real y permanente del experto por las ciencias que competen su área (p.34).

La aplicación práctica de los conocimientos adquiridos a casos concretos, provocada por la experiencia innata (p.34).

Por tal motivo, el enriquecimiento intelectual requiere de un conjunto de estudios, mediante el esfuerzo, trabajo y método que utilice propiamente dicho; ya que se busca un incansable mejoramiento y perfeccionamiento de los sistemas aprendidos anteriormente, como a su vez, desechar aquellos método de trabajo obsoletos e inefectivos” (p.34).

Componente organizacional

Zurro & Cano (2011). “Cada profesión tiene normas, generalmente implícitas y no declaradas, sobre la correcta vinculación entre sus miembros. Las obligaciones hacia el paciente son generalmente mandatarias; sin embargo, este principio no brinda respuestas automáticas a las complejidades generadas por estas situaciones. En la profesión odontológica, tienen el compromiso de controlar la calidad del trabajo en sus prácticas dentales, como también reportar y referir casos de trabajos de mala calidad y prácticas no éticas” (p.12).

Zurro M. & Cano J, “expresa que los dentistas, en forma individual y la profesión dental, como un todo, están también relacionados con la comunidad como educadores de la salud dental, ya sea con esfuerzos educacionales directos o monitoreando la dependencia y salud dental de los usuarios de dicha población o comunidad que le fue designada”⁷. (Zurro & Cano, 2011, p.12).

“Vale insistir que todo profesional de la salud oral, tienen un significativo rol en la salud, salvaguardando la salud dental pública; además, tienen responsabilidades referidas al acceso a la atención dental, lo que puede obligar al gremio a ser política y educacionalmente activos cuando se formulen las medidas sociales que determinen la distribución de los recursos para la asistencia en salud” (Zurro & Cano, 2011, p.12).

⁷ Zurro, M & Cano, J. F. (2011). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona, España: Elsevier. p.12.

2.2.2. Organización de las actividades en atención primaria en centros de salud.

Zurro & Cano (2011), “manifiestan que los conceptos modernos de organización de trabajo, están basados en la actividad grupal o de equipo. La complejidad científica y tecnológica de los procesos productivos y la necesaria optimización de su eficacia aconsejan la colaboración de distintas personas, en muchos casos de origen formativo y perfil profesional diferente (p.13).

Para conseguir proporcionar una asistencia correcta y satisfactoria a la población, es necesaria que sea continuada, aspecto que la diferencia claramente de la hospitalaria, basada mucho más en la intensidad puntual de los servicios que presta; muy relacionada con la atención domiciliaria, la cual, además de su función de asistencia de las patologías, debe permitir evaluar las posibilidades y limitaciones del entorno familiar, cultural y económico con vista a futuras actuaciones del equipo de salud (p.13).

Desde la atención primaria, deben establecerse las indicaciones de derivación de pacientes hacia otros recursos asistenciales y para la realización de otras prestaciones sanitarias diagnósticas, terapéuticas de tipo social o laboral (p.13).

El Centro de Salud Integral es la estructura funcional y física en la que se desarrollan las actividades propias de la Atención Primaria de Salud (APS) en los

terrenos de la promoción, prevención, asistencia curativa, rehabilitación y reinserción social, así como en el de las acciones comunitarias (p.14).

Las actividades del Centro de Salud son los terrenos de la *promoción y prevención*, tienen características distintas en razón de cuál sea la naturaleza del problema, su extensión o amplitud y el ámbito geográfico (rural o urbano) que se considere” (p.14).

Haciendo referencia a lo descrito en el libro desarrollado por Zurro & Cano de Atención primaria, detallan lo siguiente:

“Las funciones y actividades asistenciales curativas, rehabilitación y reinserción social, están fundamentadas en actuaciones programadas y protocolizadas que impliquen la colaboración constante de los distintos individuos que componen los Equipos de Atención Primaria (EAP) y sus servicios de apoyo. Han de desarrollarse tanto en la consulta como en los domicilios de los enfermos y abarcar también la asistencia urgente y descrita previamente en la educación para la salud, las cuales están dirigidas de forma principal por la autorresponsabilidad de las personas y comunidad en el cuidado de la propia salud y no a la mera transmisión de conocimientos e información.

De tal manera, el Centro de Salud es el ámbito institucional debe asumir la gestión de los recursos sanitarios correspondientes al ámbito de actuación en el que opere la integración operativa y coordinación funcional con los otros niveles del sistema. Hoy en día, tiene mayor grado de tendencia a proporcionar autonomía en la gestión de sus propios recursos, en la que incluye la capacidad de decidir, dentro de ciertos límites, los profesionales que la integran y

la de reinvertir localmente los beneficios de un mejor cumplimiento de las metas del equipo”⁸. (Zurro & Cano, 2011, p. 14).

“En cuanto a la práctica médica concebida como trabajo individual aislado, ha ido siendo sustituida, desde el punto de vista organizativo, por la agregación de distintos tipos de profesionales en el seno de grupo o equipos. Un equipo puede ser definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones técnicas, con organización, metodologías compartidas y dirigidas a la consecución de objetivos comunes”⁹.

2.2.3. División de la ética

La atención en salud debe fundamentarse en varios principios, los cuales deben dar respuesta de los actos y sus posibles consecuencias ante sí mismo o ante alguna autoridad. De tal manera, que se la ha clasificado de la siguiente forma:

Ética clínica

En toda formación profesional, nuestro aprendizaje se basa en conocimientos teóricos para llevarlos a la práctica con habilidades, valiéndonos de la tecnología con su correcta aplicación – con eficiencia y eficacia – para las intervenciones diagnósticas y técnicas; pero no por ello, nuestra experiencia determinará una

⁸ Zurro, M & Cano, J. F. (2011). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona, España: Elsevier. p.14.

⁹ En el sector sanitario es muy frecuente que determinadas actividades puedan ser llevadas a cabo indistintamente por diferentes grupos o categorías profesionales... Zurro, M & Cano, J. F. (2011). *Atención primaria, Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona, España: Elsevier. p.16.

calidad ética en nuestras acciones. “Se refiere a los aspectos éticos relacionados con dilemas que se producen en la práctica diaria del equipo de salud, que involucran a los pacientes, la familia y los profesionales de la salud”¹⁰ (Herreros, 2010, pp. 47-48). Es un campo práctico que ayuda a tomar buenas decisiones clínicas teniendo en cuenta los hechos médicos de las situaciones, preferencias como valores del paciente y la familia.

Consentimiento informado

Herreros, “enfatisa que es un documento que consiste en la aceptación por escrito del paciente o su representante, en forma libre, voluntaria, conciente; después de que el profesional tratante le ha informado de manera detallada y comprensible de la naturaleza de la intervención médica y sus alternativas posibles, los riesgos y beneficios sus fundamentos lo constituyen los principios de autonomía del paciente y el de beneficencia por parte del experto tratante. El consentimiento informado lo constituye una condición en la relación odontólogo-paciente, que debe ser obtenida por escrito en formularios diseñados para el efecto, en los cuales conste de manera clara y precisa los riesgos, beneficios de los procedimientos de diagnóstico, tratamiento a emplearse en una terminología comprensible para el paciente así como sus familiares. Adicionalmente deberán constar las posibles alternativas diagnósticas y de tratamiento, en caso de haberlas”¹¹ (Herreros, 2010, p.48).

Ficha odontológica

“Son formularios preimpresos especialmente diseñados, con variados diagramas de las piezas dentarias, destinados fundamentalmente a registrar caries, prótesis

¹⁰ Herreros, B. (2010). *Educación en bioética al profesional de ciencias de la salud. Una perspectiva internacional*. Madrid, España: ADEMÁS Comunicación Gráfica S. L. pp. 47-48.

y otras lesiones. La ficha odontológica ha brindado, además, un valioso aporte en la identificación de personas” (Herrerros, 2010, p.48).

Confidencialidad de los datos

Herrerros (2010), manifiesta que se “fundamenta en la dignidad inherente a la vida humana, en los principios de autonomía y no maleficencia. Es obligación del personal de salud no invadir la privacidad del paciente o de sus familiares. La historia clínica o los datos consignados en ella pertenecen al paciente, como también al personal de salud, tiene la obligación de proporcionarle en caso de ser requeridos. La confidencialidad de los datos de la historia clínica es extensiva al personal sanitario colaborador y auxiliar (secreto compartido o derivado)”¹¹ (p.48).

“Cuando los familiares y allegados al paciente soliciten información, esta puede ser entregada previa autorización del paciente o de la autoridad legal competente. El acceso a encuestas, cuestionarios y datos contenidos para la investigación científica deberán ser autorizados por los investigadores conservando el anonimato de las personas” (Herrerros, 2010, p.49).

Ética en la práctica clínica

Herrerros (2010), manifiesta que “la atención en salud, conforme lo establecen las leyes y reglamentos conexos, constituyen un derecho de toda la población, a un derecho irrenunciable del Estado; la relación paciente - profesional, se establece

¹¹ **Herrerros, B.** (2010). *Educación en bioética al profesional de ciencias de la salud. Una perspectiva internacional*. Madrid, España: ADEMÁS Comunicación Gráfica S. L. pp. 47-48.

en todo proceso asistencial, por motivos que en la época actual al modificarse la ética, aparecen nuevos dilemas prestándose tomas de decisiones más conflictivas en el campo de la salud, lo que debe contemplar fundamentalmente los siguientes aspectos:

Relación del equipo de salud-paciente-comunidad (p.49).

Aplicación del consentimiento informado (p.49).

Atención al paciente terminal (p.49).

Atención a pacientes con discapacidad, enfermos mentales (p.49).

Trasplantes de órganos y tejidos (p.49).

Vigilancia de buenas prácticas clínicas (p.49).

Accesibilidad a medicamentos” (p.49).

Ética de la investigación

Los propósitos que expresa Herreros en “la aplicación de la bioética en el desarrollo científico y tecnológico, se orientan a facilitar la investigación científica, al desarrollo tecnológico que conduzcan a

un mayor avance económico y social, en el marco de la incorporación de metodologías nuevas, acorde a las condiciones nacionales, humanas o naturales del país, a fin de alcanzar una mejor calidad de vida como de bienestar”¹² (Herrerros, 2010, p.50)

Ética de la salud pública

Tiene relación con la aplicación de los principios fundamentales que Herrerros menciona para la asignación de recursos, promoviendo una distribución adecuada y equitativa de los servicios de salud. (Herrerros, 2010, p.50)

2.2.4. Ética como ley

Según González, “el derecho no puede desentenderse u oponerse a la moral, tampoco debe identificarse con ella, puesto que no debe condenar todo lo que es inmoral o imponer todo lo que la moral exige; pero no puede perder nunca su relación con los valores fundamentales de la persona y por tanto, con la moral. Mientras la ley moral regula el obrar del individuo preocupado por la bondad de sus propios actos, el estatuto civil regula las relaciones entre individuos orientados hacia el bien común, por lo que tiende a la paz, la libertad y la justicia”(González, 2008, p.37).

“El estado debe proteger los valores en los cuales se establece el orden social. La ética sobrepasa al derecho porque un derecho es satisfecho por el respeto a la

¹² Herrerros, B. (2010). *Educación en bioética al profesional de ciencias de la salud. Una perspectiva internacional*. Madrid, España: ADEMÁS Comunicación Gráfica S. L. p.50.

norma en el marco de una interpretación estricta. La ética exige del odontólogo que sea igualmente bueno, honesto y desinteresado, lo que ningún derecho puede garantizar, tampoco el tema de bioseguridad en el ejercicio profesional de odontología, ni en la eliminación de desechos de prácticas odontológicas” (González, 2008, p.37) (Ver figura N° 1).

Código de ética profesional del Ecuador

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES

“**Art. 1.** El presente Código, de acuerdo con la disposición Transitoria Tercera de la Ley de Federación Odontológica Ecuatoriana, para el Ejercicio, Defensa y Perfeccionamiento Profesional, establece las normas de conducta para el Odontólogo en sus relaciones con:¹³ (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007)

El Estado.

La Sociedad.

La Federación Odontológica Ecuatoriana.

Entre Odontólogos y Profesionales afines.

Pacientes.

Personal Paraodontológico”.

¹³ FEDERACIÓN ECUATORIANA DE ODONTOLOGÍA. (2007). *Código de ética profesional del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.

CAPÍTULO II: NORMAS DE ACCIÓN

Art. 2.

1. “El Profesional Odontólogo es un servidor de la Sociedad y debe someterse a las exigencias que se desprenden de la naturaleza y dignidad humana” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).
2. “El Odontólogo debe propender a la ampliación de sus conocimientos y de su cultura general, ciñéndose a una intachable honestidad en el desempeño de su cometido, para contribuir a mantener y aumentar el prestigio de su profesión” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).
3. “En su actividad, el Odontólogo respetará y hará respetar su profesión y procederá en todo momento con la prudencia debida y probidad que exige la Sociedad. Sus conocimientos no podrán emplearlos ilegal o inmoralmemente. En ningún caso utilizará procedimientos y materiales que han pasado su fecha de caducidad que menoscaben el estado de completo bienestar físico, mental y social de sus semejantes”¹⁴ (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).
4. “No hará en el ejercicio de su profesión distingo de raza, religión, nacionalidad, nivel socio-económico, ni de convicciones políticas” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).
5. “La conducta privada del Odontólogo influye y repercute en el prestigio de la profesión y deberá ser preservada de todo comentario desfavorable” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

CAPÍTULO III: RELACIONES CON EL ESTADO, ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS

Art. 3. “Ningún Odontólogo permitirá que sus servicios profesionales, su nombre o su silencio faciliten o hagan posible la práctica ilegal de la odontología, sea con carácter particular o en entidades públicas, semi-públicas o privadas; el incumplimiento de ésta disposición será considerada como falta grave. Se sancionará con lo dispuesto en el literal d. del Art. 25 de la Ley de Federación. En caso de reincidencia

¹⁴ FEDERACIÓN ECUATORIANA DE ODONTOLOGÍA. (2007). *Código de ética profesional del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.

se aplicará lo indicado en el literal “E” del mismo artículo de la Ley”¹⁵ (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 4. “El Odontólogo que se halle en desempeño de sus funciones profesionales en instituciones de derecho público, semi-público o privado y se le exigieren actividades que no correspondan a las obligaciones inherentes al cargo, podrá negarse a cumplirlas solicitando la intervención del respectivo Colegio Odontológico Provincial” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

CAPÍTULO IV: RELACIONES CON LA SOCIEDAD

Art. 5. “El Odontólogo considerará como imperativo el abordar problemas, no solo de los individuos que buscan atención profesional, sino también de toda la comunidad, para lo cual deberá poner al servicio de ella, superación científica y humanística, tratará de resolver los graves problemas socio-económico de la comunidad con responsabilidad y afán de progreso del país, como profesional, como ciudadano y como hombre íntegro” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 6. “Es deber del odontólogo colaborar en la preparación de las futuras generaciones, estimular su amor a la ciencia y a la profesión, transmitiendo sin reserva el resultado de sus experiencias, apoyando a los que se inician en su carrera” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

CAPÍTULO VII: RELACIONES CON LOS PACIENTES

Art. 18. “En su ejercicio profesional, el Odontólogo respetará las creencias políticas y religiosas del paciente u observará una conducta intachable” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

¹⁵ FEDERACIÓN ECUATORIANA DE ODONTOLOGÍA. (2007). *Código de ética profesional del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.

Art. 19. “El Odontólogo será cauteloso al mencionar la calidad de los específicos que prescribe y en ningún momento, deberá indicar al paciente donde debe adquirir su receta, procurando que la prescripción se encuentre al alcance de sus posibilidades económicas” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 20. “El Odontólogo está en la obligación, de prestar su atención profesional en aquellos casos en que corra peligro la vida del enfermo o a todo paciente que acuda a su consulta y ser atento a las explicaciones que estos le den acerca de su malestar”¹⁶(Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 21. “El profesional Odontólogo podrá rehusar atención a un paciente, si el comportamiento de éste va en desmedro del prestigio profesional o atentó contra las normas de corrección dentro del ámbito de su consultorio” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 22. “Establecido el convenio entre el profesional y el paciente para el desarrollo del tratamiento odontológico, es obligación del Odontólogo cumplirlo. Si fuere interrumpido por una causa que justifique no terminarlo, se valorarán los trabajos realizados para liquidar los honorarios profesionales” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 23. “Si un paciente no cumpliera con las indicaciones del Odontólogo en forma reiterada, perjudicando el tratamiento indicado, el profesional podrá excusarse de continuar con la atención. Facultase al profesional comunicar al respectivo Colegio Odontológico Provincial, si lo creyere del caso. Igualmente podrá rehusarse la continuación del tratamiento cuando el paciente no cumpla con las condiciones previamente concertadas respecto al pago de honorarios podrá proponer arbitraje ante el Colegio Odontológico al que pertenece, sin perjuicio de la acción judicial correspondiente” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 24. “El Odontólogo no concertará, ni hará ningún tratamiento a menores de edad o pacientes incapacitados, sin previo conocimiento del padre o guardador, no ejecutará tratamiento alguno sin previa autorización de un familiar, cuando la atención signifique un riesgo para

¹⁶ FEDERACIÓN ECUATORIANA DE ODONTOLOGÍA. (2007). *Código de ética profesional del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.

la vida del paciente; exceptuándose los casos de emergencia” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 25. “El Odontólogo utilizará en su práctica técnicas y conocimientos consagrados por la experiencia científica. Debe abstenerse de aplicar métodos que rebasen los límites de sus conocimientos.

Es prohibido realizar procedimientos experimentales, mientras no exista expresa autorización de ellos o de sus guardadores, en caso de menores de edad o incapacitado, la autorización será por escrito, con reconocimiento de firma y rúbrica ante la autoridad competente”¹⁷ (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

CAPÍTULO VIII: RELACIONES CON EL PERSONAL PARAODONTOLÓGICO

Art. 26. “Prohíbese al Odontólogo, aceptar como colaboradores a personas que practiquen ilegalmente la profesión odontológica. Es su obligación legal denunciarlos. En caso de incumplimiento de esta disposición, se sancionará con el literal c. del Art. 25. De la Ley de Federación y su reincidencia con el literal e. del mismo artículo” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 27. “Prohíbese al Odontólogo permitir la intervención directa del mecánico para dentista en el paciente. La violación de esta disposición es falta grave. La sanción será la prevista en el literales d. y e. del Art. 25 de la Ley de Federación y la reincidencia con el Art. 25 de los Estatutos de la Federación” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 28. “No le está permitida al Odontólogo la relación de dependencia con el mecánico para dentista u otro auxiliar para compartir ingresos económicos de su consultorio. El incumplimiento de ésta disposición se sancionará con el literal d. del Art. 25 de la Ley de Federación y la reincidencia con el literal e. del mismo artículo” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

¹⁷ FEDERACIÓN ECUATORIANA DE ODONTOLOGÍA. (2007). *Código de ética profesional del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.

Art. 29. “El Odontólogo no delegará en ningún caso la aplicación de procedimiento clínicos (diagnósticos, tratamientos, etc.) a mecánicos para dentistas u otro auxiliar. El incumplimiento se sancionará con el literal d. del Art. 25 de la Ley de Federación y la reincidencia con el Art. 25 literal e. de los Estatutos” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 30. “El profesional Odontólogo cuidará de su responsabilidad, haciendo que el personal bajo su dependencia respete los principios enunciados y declarados en este Código, utilizando al dirigirse a ellos la denominación apropiada; mecánica para Odontólogo a auxiliar”¹⁸ (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007)

CAPÍTULO IX: DEL SECRETO PROFESIONAL

Art. 31. “Se considera secreto profesional a la reserva obligatoria sobre detalles referentes al diagnóstico, pronóstico tratamiento y de los datos registrados en la ficha clínica, así como cualquier confidencia del paciente, basada en la confianza que le inspira el profesional. El secreto profesional es un deber ineludible para todo Odontólogo” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 32. “El secreto profesional es un derecho que debe invocarse, cuando terceros exijan una declaración de cualquier naturaleza” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 33. “En atención al bien común en caso de enfermedades infectocontagiosas el Odontólogo aplicará las medidas de rigor que impidan la propagación de la enfermedad. La discreción le guiará, cuando sea necesario comunicar a la persona que pueda ayudar eficazmente al paciente, e incluso cuando deba hacerlo a las autoridades de salud” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 34. “El Odontólogo guardará absoluta reserva sobre el ejercicio profesional de sus colegas” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

¹⁸ **FEDERACIÓN ECUATORIANA DE ODONTOLOGÍA.** (2007). *Código de ética profesional del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.

Art. 35. “El profesional podrá proporcionar algún informe solo en los casos siguientes:

1. Cuando los familiares del enfermo o allegados inmediatos los soliciten, basados en razones de extrema importancia;
2. Cuando participe en un peritaje especial, o se lo exija como a funcionario de salud;
3. Cuando su declaración lo solicite la justicia o voluntariamente, cuando así le dicte su conciencia profesional a fin de evitar un error judicial;
4. Cuando el Odontólogo sea acusado o denunciado por un daño y cuya culpa se le atribuya;
5. Cuando haga intervenir en el caso a otro colega Odontólogo o profesional afín, compartirá con éste el secreto profesional, estando obligados ambos a mantenerlo frente a terceros.
6. Cuando su información no constituya violación del secreto profesional ni se contraponga a lo establecido en los literales anteriores de éste artículo” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 36. “El quebramiento del secreto profesional es falta grave. Se sancionará con el literal c. del Art. 25 de la Ley de Federación y la reincidencia con el literal d. del mismo artículo”¹⁹ (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

CAPÍTULO XI: OTRAS FALTAS DE ÉTICA

Art. 42. “Atraer hacia su consultorio a pacientes que deben ser atendidos en instituciones asistenciales, donde el Odontólogo presta sus servicios, se considera falta grave. La infracción se sancionará con lo previsto en el literal c. del artículo 25. De la Ley de Federación y la

¹⁹ FEDERACIÓN ECUATORIANA DE ODONTOLOGÍA. (2007). *Código de ética profesional del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.

reincidencia con lo previsto en el literal d. del mismo artículo” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

LEY DE F.O.E. PARA EL EJERCICIO, PERFECCIONAMIENTO Y DEFENSA PROFESIONAL

CAPÍTULO X: DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Art. 32. “El ejercicio de la odontología se regula por el Código de Salud, esta Ley, Estatutos de la FOE, Código de Ética Profesional Escalafón Odontológico y demás Leyes de la República” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 33. “Para ejercer la profesión de Odontólogo, se requiere ser graduado en una de las Facultades de Odontología del Ecuador, haber revalidado el título obtenido en el exterior u obtenido su reconocimiento legal y estar inscrito y afiliado a uno de los Colegios Odontológicos Provinciales, debiendo así mismo observarse la inscripción prevista en el artículo 174 del Código de la Salud, previo cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 175 del mismo” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 34. “Presentado un título de Odontólogo, legalmente obtenido o revalidado en el país, no se podrá negar su inscripción en un Colegio Odontológico.

Si después de la inscripción, se descubriera que un título adolece de vicios, el Colegio Odontológico aplicará de oficio la sanción contemplada en el literal e. del Art. 25 de esta Ley, y por medio del Comité Ejecutivo comunicará el particular al Ministerio de Salud Pública que solicitará el enjuiciamiento penal correspondiente” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

Art. 35. “Las Facultades de Odontología de las Universidades Ecuatoriana, remitirán cada año al Comité Ejecutivo de la FOE, la

nómina de los graduados²⁰ (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007).

2.2.5. Necesidad de la ética

Según Díaz, “todos los profesionales necesitan de la ética para regular las actividades que se realizan en el marco de una profesión. El bien se refiere a que la profesión constituye una comunidad dirigida al logro de una cierta finalidad: la prestación de servicios. Señala, además, que hay tres tipos de condiciones o imperativos éticos profesionales: Competencia (exige que la persona tenga los conocimientos, destrezas y actitudes para prestar un servicio al cliente). Actividad profesional (solo es buena en el sentido moral si se pone al servicio del cliente). Solidaridad (las relaciones de respeto y colaboración que se establecen entre sus miembros)”²¹.

Según Díaz (2012). Los profesionales deben cumplir con unos deberes, pero también es merecedor o acreedor de unos derechos. En la medida que él cumpla con un deber, no debe preocuparse por los conflictos que pueda encarar al exigir sus derechos. Lo importante es ser modelo de lo que es ser profesional y moralmente ético. Hay tres factores generales que influyen en el individuo al tomar decisiones éticas o antiéticas, los cuales son:

“Valores individuales.- La actividad, experiencia, conocimiento del individuo y de la cultura en que se encuentra le ayudará a determinar qué es lo correcto o incorrecto de una acción” (pp.9-10) (Ver figura N° 1).

“Comportamiento y valores de otros.- Las influencias buenas y malas de personas importantes en la vida del individuo, tales como los padres, amigos,

²⁰ FEDERACIÓN ECUATORIANA DE ODONTOLOGÍA. (2007). *Código de ética profesional del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>.

²¹ Díaz, C. (2012). *Profesional ético y responsable*. Puerto rico: EDIC COLLEGE. pp.9-10.

compañeros, maestros, supervisores, líderes políticos y religiosos le dirigirán su comportamiento al tomar una decisión” (pp.9-10) (*Ver figura N° 1*).

“Código oficial de ética.- Este código dirige el comportamiento ético del empleado, mientras que sin él podría tomar decisiones antiéticas. Un aumento en las regulaciones rígidas en el trabajo a través de estos ayudará a disminuir los problemas éticos, pero de seguro no se podrá eliminarlos totalmente (pp.9-10)

“No obstante, el profesional debe reconocer que necesita de la ética como base principal ante todos sus actos laborales en su día a día, para ser sensible a las interrogantes morales que se presenten en la consulta; a su vez, conocer cómo definir conflictos de valores, analizar disyuntivas y tomar decisiones en la solución de problemas” (Díaz, 2012, pp.9-10).

2.2.6. Problemas éticos

Según López (2007), “en las relaciones cotidianas de unos individuos con otros surgen incesantemente dilemas cuya solución no solo afecta a la persona que los crea, sino también a otra u otras personas que tolerarán las consecuencias. Operacionalmente, implicará que el problema ético clínico ha de ser aquel conflicto entre lo que debe ser hecho y lo que estrictamente puede ser hecho o se hace. Es aquí donde son necesarias las propuestas metodológicas, para proceder desde lo racional con el planteo de los análisis en las complicaciones éticas clínicas” (p.147).

Como bien lo refiere López²², “las profesiones mismas están continuamente confrontadas a la rectitud y a la virtud, dirigidas a fines prácticos y apoyados en razones, cuya verosimilitud se resalta la debilidad oculta de los profesionales como ocurren en las ocupaciones dirigidas a la población. El prototipo del profesional, cuando se enmarca en la pura técnica oculta por principio, un ataque clandestino de ética; esto crea situaciones que se complican en problemas de desmoralización de imagen personal y profesional del individuo” (López, 2007, p.145).

Relación odontólogo – paciente

Como lo expone Córdoba²³, “la Odontología, se la considera como una profesión que presta servicio basada en una responsabilidad tanto social como individual; además se respalda en el desarrollo terapéutico y clínico. De tal manera, los expertos en salud oral deben cumplir un principio ético global con aquellas personas que requieren de ayuda frente a determinadas patologías, donde depositan totalmente su confianza” (Córdoba, 2011, p. 38).

“En virtud de quienes se apoyan en la moral al momento de realizar su ejercicio profesional, no medida entre ambos una relación singular directa y libremente establecida como en el esquema clásico de atención individual, es decir, no se crea ese lazo especial. Entre otros motivos, dicha relación que es juzgada como un encuentro humano compartido, contiene una eminente subjetividad e intersubjetividad que va más allá de la dimensión rigurosamente clínica de un tratamiento dado” (Córdoba, 2011, p.38).

Córdoba (2011), manifiesta que sin lugar a dudas, esta relación no está exime de conflictos e influencias externas complejas de carácter social, familiar, cultural, económico, jurídico, político e institucional; por motivos que, éste se ve preciso

²² López, P. (2007). *Los dos problemas fundamentales de la ética*. Madrid, España: Siglo. p.146.

²³ Córdoba, A. (2011). *Valores éticos: La posibilidad de lo imposible*. Madrid, España: Esic. p. 38

atender a la gran cantidad de pacientes que diariamente asisten a las unidades de salud, determinando así el tiempo establecido a cada consulta. El cambio facultativo en la atención, tratamiento y seguimiento de los pacientes, impide una relación odontólogo - paciente óptima y dificulta el establecimiento de una verdadera correlación de amistad entre ambos (Córdoba, 2011, p.38).

Se observa con asombro cómo se han creado profundas modificaciones en ella, ya que se produce una despersonalización y deshumanización en las interrelaciones personales; es a la unidad operativa de salud al cual se acude y no a su odontólogo, quien se convierte así en un mero agente o instrumento de la Institución pública. Minimizarla nos hace distante de aquella exquisita sensibilidad que los profesionales de la salud debemos tener y que nuestros pacientes esperan encontrar para no sentirse defraudados. Pensar que el confianza de ambos, es efímera y técnica es un gran error; por lo se reitera que tampoco existe una libre elección del odontólogo, ya que el paciente se somete necesariamente a aquel que ofrece los servicios de salud gubernamentales (Córdoba, 2011, p.38)

En otras palabras según Córdoba (2011), “las relaciones humanas sin excepción, para ser fructíferas, requieren como punto de partida el debido respeto a la dignidad y autodeterminación de los pacientes. La relación odontólogo – paciente, ante su sensible objetivo de perseverar y reintegrar la salud, dando como resultado el reconocimiento de la acogida, la amistad, la confianza, la humanidad, la intimidad, la capacidad de interpretación, la comunicación, el profesionalismo y el respeto ante los usuarios”²⁴(p. 38). (*Ver figura N° 1*).

²⁴ Córdoba, A. (2011). *Valores éticos: La posibilidad de lo imposible*. Madrid, España: Esic. p. 38

2.2.7. Valores relacionados con la ética

La credibilidad

Cázeres (2008) señala que, “los buenos hábitos y los correctos comportamientos ético-morales son formados en los hogares, influenciados por el medio ambiente y reforzados en la universidad. La credibilidad también debe estar dirigida a los estudiantes de odontología, pues ellos son el futuro de nuestra profesión. Los académicos otorgan conocimientos y también tienen que ser modelos de conducta impecable. Además, deben influenciar positivamente a la juventud y no permitir su atracción por estilos de vida inadecuados. Los odontólogos tienen la obligación moral de mantener actualizados sus conocimientos y técnicas. Conjuntamente, deben reasegurarse que están haciendo lo mejor en cada proceso diagnóstico –clínico” (p.97).

“La competencia leal promueve el progreso ético y motiva la deleite individual, la dicotomía es totalmente inmoral. Los odontólogos éticos practican la generosidad discretamente, entregando servicios profesionales óptimos a sus pacientes. De todas las criaturas, sólo el hombre tiene el arte de guiar sus acciones y procedimiento mediante el razonamiento, todo tipo de actividades deben ser promovidas para diseminar las enseñanzas éticas” (Cázeres, 2008, p.97).

La honestidad

Basándose en lo expuesto por Córdoba, en su tratado de valores éticos:

“La honestidad es un valor muy importante para los profesionales ya que es la cualidad humana de las personas que determinará a elegir o actuar siempre con base a la verdad y en la auténtica justicia, por lo que las personas atendidas por estos profesionales que aplique este valor tendrán mayor credibilidad sobre ellos. Ser honesto e ser real, acorde con la evidencia que presenta el mundo y sus diversos fenómenos y elementos; es ser genuino, auténtico, objetivo”²⁵. (Córdoba, 2011, p.38).

Ésta no consiste solo en franqueza sino en asumir que la verdad es solo una y que no obedece a personas o consensos sino de lo que el mundo real nos presenta como indiscutible e imprescindible de reconocer. Hay que tomar la honestidad en serio, estar juiciosos de cómo nos afecta cualquier falta de pudor por pequeño que sea, hay que examinar que es una condición fundamental para las relaciones humanas, para la amistad y auténtica vida cotidiana (Córdoba, 2011, p.38) (*Ver figura N° 1*).

La puntualidad

Es una disciplina que debe tener todo profesional para cumplir con sus obligaciones tanto laboral como personal. De acuerdo a lo expuesto por Cázeres²⁶, “el valor de la puntualidad es necesario para dotar a nuestra personalidad de carácter, orden y eficiencia, pues al vivir este valor en plenitud estamos en condiciones de realizar más actividades, desempeñar mejor nuestro trabajo, ser merecedores de confianza” (Cázeres, 2008, p. 97).

²⁵ Córdoba, A. (2011). *Valores éticos: La posibilidad de lo imposible*. Madrid, España: Esic. p.38.

²⁶ Cázeres, Y. (2008). *Ética y valores: Un acercamiento práctico*. Ciudad de México, México: Cengage Learning. p.97.

“La impuntualidad se cree como la nula organización del tiempo, la planeación de diligencias y por supuesto de una agenda. Para ser puntual primeramente se debe ser sensato que toda persona, evento, reunión, actividad o cita tiene un grado particular de importancia, ya que la palabra de cada individuo, tiene que ser el equivalente de garantía. Un aspecto importante de la puntualidad, es concentrarse en la actividad que se espera ejecutar, procurando mantener vigilancia para no divagar y aprovechar mejor el tiempo” (Cázeres, 2008, p.97)

La responsabilidad

García (2010), indica que es “indudable que en la unidad operativa de salud el accionar del odontólogo, se ve limitado enormemente por las condiciones humanas o tecnológicas en que se debe ejercer su labor y que escapa obviamente a su voluntad. Así mismo, la exceso de tareas a que se ve sometido por extensas jornadas de trabajo, provoca una disminución de su rendimiento intelectual y profesional, aumentando claramente las posibilidades de error. En términos más concretos, digamos que el profesional es responsable:

Para consigo mismo (p.138).

Con el prójimo (p.138).

Para la sociedad” (p.138).

Tradicionalmente, la odontología no se ha considerado tan relevante la instrucción de este tipo de valores dentro de una norma que ha sido identificada más con atributos mercantiles y artesanales que morales. Tampoco se ha asociado como parte fundamental en la formación de los recursos humanos que le eligen como medio de sustento económico, dejando de lado la responsabilidad como tal (García, 2010, p.138.) (*Ver figura N° 1*).

Por otro lado García (2010) expresa que, “la mayoría de los odontólogos de la salud bucal desechan su ámbito ético- legal de responsabilidad, así como la condición en la que se encuentra inmerso en éste. Su obligación no solamente es con la sociedad, sino que en primera instancia, con el mismo como ser humano como tal, debe acoplar su conducta no solo a la inteligencia, sino a la voluntad, sino a los valores fundamentales infundidos en la familia y fomentados durante su formación escolar” (p.138).

García A. refiere en su texto de *Ética y valores II*, lo siguiente:

“Durante su ejercicio profesional, los dentistas deben afrontar situaciones con un gran contenido ético para evitar desconfianza de los pacientes hacia ellos. En la mayoría de los casos los procedimientos involucran diagnósticos complejos y habilidades técnicas. La mejoría debe aplicar estos criterios se basa tanto de los especialistas como el paciente. Cada recomendación lleva una gran dosis de ética y esto podrá cubrir o no las expectativas del paciente. En algunas ocasiones, las sugerencias generan inconformidad en los pacientes; en otras, sus pretensiones le parecen excesivas al odontólogo. La imagen que proyecte el dentista dependerá del modo

como aborde estas situaciones, lo que influirá también en el resultado final del procedimiento”²⁷. (García, 2010, p.138).

2.2.8. Deontología

Definición

En lo que refiere Pardo²⁸:

“En un significado gramatical, la deontología hace mención a “la ciencia del deber o deberes; se deriva de la voz griega *Deon o deontos* que expresa obligación, deber; y *logía* enuncia conocimiento, estudio”²⁹. De tal manera, que suele nombrarse como la ética profesional a la que atañe el estudio de los deberes y derechos de los profesionales, los cuales acogen la competencia profesional, la independencia para desenvolverse en su actividad específica y el humanismo que éste debe reflejar en sus actividades diarias. La deontología es el acopio de pautas de representación ética que una profesión se da a sí misma y que sus miembros deben acatar; o bien, es la serie sistemática de reglas mínimas que en una agrupación de profesionales instaura y expresa como un pensamiento ético colectivo o mayoritario entre sus miembros” (Pardo, 2010, p.114).

Es por ello, se la medita como un conjunto de normas éticas basadas voluntariamente por quienes ejercen una profesión, con fines de honestidad y responsabilidad social; es decir, aquellas actitudes y virtudes en la que los odontólogos deben poseer y poner en destreza para hacer posible la enmienda del quehacer laboral. (Pardo, 2010, p.114)

²⁷ **García, A.** (2010). *Ética y valores II*. Ciudad de México, México: Cengage Learning. p.138.

²⁸ **Pardo, A.** (2010). *Cuestiones básicas de la bioética*. Madrid, España: Rialp, S.A. p.114.

²⁹ La ciencia del deber o deberes; se deriva de la voz griega *Deon o deontos* que expresa obligación, deber; y *logía* enuncia conocimiento, estudio. **Pardo, A.**, *Cuestiones básicas de la biética*; Madrid, España: Rialp, S.A, p.113

Códigos Deontológicos

A propósito, González³⁰ menciona lo siguiente:

“Busca un equilibrio entre un determinado estilo de vida moral (lo que antes denominábamos *êthos* o carácter moral) y un alto nivel de profesionalidad técnico – científico; ésta doble dimensión ha de tratarse que se centraría en definir cuáles son las obligaciones concretas de cada actividad con armonía y proporción para una mayor dignificación de cualquier actividad laboral” (González, 2009).

Reconocemos a los códigos deontológicos como un instrumento que acopia un conjunto amplio de criterios, apoyados en las normas, valores, que formulan y asumen quienes llevan a cabo correctamente una actividad profesional. Se refieren a dispositivos de autocontrol que se pueden implantar en el ámbito de la odontología; pero vale recalcar, que no es la única herramienta a emplear, ya que los libros de estilo, estatutos de redacción, convenios, etc., todos estos asisten a que una comunidad profesional fije sus propios límites (Pardo Antonio, 2010, p.114) (*Ver figura N° 1*).

Pardo (2010), menciona que “toda entidad profesional trata de mantener determinados niveles de exigencia, de competencia y de calidad en el trabajo. Por ello, controla y supervisa de alguna manera la integración de nuevos miembros, el adecuado ejercicio de las tareas propias de su carrera laboral. En este sentido, algunas profesiones elaboran códigos donde se especifican consideraciones morales acerca de aspectos complejos de la vida profesional y donde

³⁰ González, G. (2009). *Deontología*. Recuperado de: <http://www.deontologia.net/>.

generalmente, se contemplan sanciones para el supuesto caso de que alguien viole abiertamente el espíritu de dicho código deontológico” (p.115).

“Es necesario aludir que la mayoría de las ocasiones, los códigos deontológicos no siempre se cumplen y aunque se respeten, las normas dictadas en el código deontológico son preliminarmente pactadas y aprobadas de manera común y unánime por todos los miembros de la profesión para la que se elaboran. Son por tanto, pautas de conducta a seguir cuyo objetivo es realizar un determinado trabajo de forma correcta, adecuada y eficiente” (Pardo Antonio, 2010, p.114).

Según López M. los códigos deontológicos tienen como finalidad cumplir una triple función:

“Fijar una serie de criterios de carácter científico-funcional para el ejercicio de la profesión, con el objetivo de dar operatividad y eficacia a las actividades ejercidas en el ámbito cubierto por las normas establecidas. Reformar orientaciones éticas para el ejercicio de la profesión y plasmarlas en códigos de deontología profesional. La posibilidad de imponer sanciones disciplinarias a los colegiados que incumplan los dictados de los códigos deontológicos. Esta función tiene la singularidad de conferir a éstos relevancia jurídica estatal, lo que otorga a la deontología ciertas coincidencias con el derecho en lo que se refiere a la utilización de un procedimiento judicial”³¹. (López, 2009, p. 44).

³¹ LÓPEZ María Teresa. Ensayos sobre la bioética. Salamanca, España: Aquilafuente. 2009, pág.44.

2.2.9. Diferencia entre ética y deontología

López (2009) expresa que estos dos términos suelen usarse como sinónimos, pero no lo son; para ello, es significativo destacar las principales diferencias:

“La deontología está orientada al deber, en cambio la ética profesional es orientada al bien, a lo bueno” (p.45).

“La deontología es recogida de normas y códigos deontológicos, y la ética profesional no se encuentra recogida de normas ni códigos deontológicos, simplemente es relacionada con lo que piensa el propio individuo (conciencia individual – profesional” (p.45).

La deontología son normas y códigos mínimos, aprobados por los profesionales de un determinado colectivo (médicos, odontólogos, entre otros). La ética profesional no es exigible a los profesionales de un determinado colectivo (médicos, odontólogos, entre otros) (p.45).

La deontología se ubica entre la moral y el derecho. La ética es parte de la ética aplicada” (p.45).

2.2.10. Bioética

Definición

“La bioética se sujeta con los actos que promocionen la vida, es decir, se cuenta a todos los actos humanos en relación con la vida humana, con la persona, única fuente de deberes y derechos; ya que es el adiestramiento de la actividad humana que procura mantener una plenitud de salud, promotor de civilización, que permite definir la bioética como salud” (León, 2011, p.18).

León (2011) “menciona que, se determina a la Bioética como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida, del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales³²” (p.18).

León (2011), indica que vale recalcar que se convierte en un estudio interdisciplinario del conjunto de situaciones que exige una misión responsable de la vida humana en el marco de los rápidos y complejos avances del saber, de las tecnologías biomédicas; como también, señalan su solución a los conflictos de valores en el mundo de la odontología. Por ello, se establece en un concepto amplio que abarca cuatro contextos sustanciales por reflexionar:

“Problemas interrelacionados con los valores, que favorecen en todas las profesiones de la salud” (p.19).

³² León, F, (2011). *Bioética*. Madrid, España: Palabra, S.A, p.18.

“Aplica a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento” (p.19).

“Acoge a un extenso matiz de asuntos sociales, como la respuesta organizada de la sociedad ante los problemas de salud y medicina del trabajo, entre otros aspectos (p.19).

“Demandas de resolución a problemas ambientales en general y que, conciernen a salvaguardar el concepto universal de vida” (p.18).

La calidad radica en generar un campo pensativo sobre valores que involucran a todos los seres humanos, independientemente de su origen, credo, formación o nivel socioeconómico. Por lo tanto, es extensa, participativa, interdisciplinaria, intersectorial, intergeneracional y transdisciplinaria; la cual no queda sujeta a los médicos, odontólogos, entre otros; sino al contrario, ha de ser la colectividad en su conjunto la que reflexione y decida (León, 2011, p.18).

A propósito, Bordoni, Escobar & Castillo dicen:

“Tal como la ética, la bioética busca atender causas, requerimientos y alcanzar la salud de la comunidad respetando los derechos de los individuos, para lo cual debe ser un elemento preventivo: Debe transformar a la odontología, influyendo para que sea un modo de vida que proteja los valores sociales, la educación y transformación del hombre para el ejercicio del bien como resultado de una acción reflexiva, consciente y responsable. *Gracias a la Bioética, hoy en día el experto tiene el DEBER* y la obligación por ley de informar a sus pacientes *LA VERDAD*, es decir, explicarle a su paciente en forma comprensible lo que dice la comunidad odontológica con respecto a su condición y las alternativas de tratamiento para que el paciente

DECIDA según carta de derechos del paciente”³³ (Bordoni, Escobar & Castillo, 2010, p.1094).

Normas y obligaciones de los profesionales

“Es importante reiterar que el papel del odontólogo, percibe la atención de toda la salud bucal, ya que, sus funciones no solo se limitan a la atención de las piezas dentales, asimismo de todas las demás partes de la cavidad oral (hueso maxilar, encías, labios, lengua, entre otros). En consecuencia, el odontólogo posee la obligación de explorar las enfermedades o procesos que pueden generarse en la cavidad bucal, justamente como cualquier lesión dudosa que pueda representar un peligro inmediato o futuro para el usuario” (Bordoni, Escobar & Castillo, 2010, p.1095).

Bordoni, Escobar & Castillo (2010) refieren que prudentemente cuando alguien recibe el título de odontólogo, toman una responsabilidad con la comunidad, admitiendo las normas y obligaciones de la profesión. Dichas reglas como también obligaciones componen la esencia de la sub-disciplina llamada *ética dental*. Muchos se sorprenden al saber que los deberes de los profesionales de la salud oral necesitan un estudio meticuloso, ya que insólitamente se enfrentan con decisiones de vida o muerte. Pero en el cuidado dental se encuentran en juego importantes valores humanos:

³³ **Bordoni, N. Escobar, A & Castillo R.** (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente del mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana. p.1094.

“Prevención y el alivio del dolor intenso” (p.1095).

“Prevención y el alivio de molestias y dolores menos intensos” (p.1095).

“Preservación y el restablecimiento de las funciones orales del paciente, de las cuales dependen la nutrición y el habla” (p.1095).

“Preservación y el restablecimiento del aspecto físico de los pacientes” (p.1095).

“Preservación y el restablecimiento del control de los pacientes sobre su cuerpo” (p.1095).

2.2.11. La ética relacionada con la bioseguridad

“Los profesionales de la salud están expuestos a una gran diversidad de microorganismos que alcanzan estar presentes tanto en la sangre como en la saliva de los pacientes. Por ende, cualquiera de estos microorganismos puede desencadenar molestias infectocontagiosas, tales como: Neumonía, hepatitis B, tuberculosis, herpes y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida” (Negroni, 2009, p.106).

“Por lo general, tanto el paciente como el personal que trabaja simultáneamente con el odontólogo, desconocen las tipologías de la flora bucal, los dispositivos de

transmisión de las enfermedades susceptibles de ser contraídas durante la atención oral y las secuelas de éstas enfermedades; por lo tanto, es compromiso del dentista velar por la seguridad de todo su entorno. Las normas de bioseguridad están predestinadas a reducir el riesgo de transmisión de dichos microorganismos patógenos; es decir, se busca disminuir errores y posibilidades de lesiones durante la atención de cada paciente y, en caso que sucediera, es necesario disminuir sus consecuencias” (Negroni, 2009, p.106) (*Ver figura N° 3*).

“Es el conjunto de medidas preventivas que realiza el odontólogo, con el fin de resguardar la salud y seguridad tanto de sí mismo como de sus pacientes frente a los diferentes riesgos causados por agentes biológicos, químicos y mecánicos. Se trata de una serie de condiciones, estrategias, conductas que apalean como acción de reducir el riesgo del trabajador de la salud y del paciente en obtener infecciones en el medio laboral” (Negroni, 2009, p.106) (*Ver figura N° 2*).

Objetivos de la bioseguridad

“Establecer las medidas de prevención para evitar las enfermedades de riesgo profesional e infecciones cruzadas entre el profesional odontólogo, personal auxiliar, pacientes, personal de limpieza y personal de laboratorio” (Negroni, 2009, p.106)

“Establecer la conducta a seguir frente a un accidente con exposición a sangre y otros fluidos corporales” (Negroni, 2009, p.106).

Expresa lo siguiente Negroni³⁴ en su libro de Microbiología Estomatológica que:

“Cuando se realizan procedimientos odontoestomatológicos de rutina, se pueden causar durante las maniobras pequeños sangrados o incluso no es raro observar sangrados espontáneos. Si tenemos en cuenta además, que la cavidad bucal es portadora de una multiplicidad de agentes microbianos, podemos concluir que el odontólogo puede contaminarse o contaminar accidentalmente. Por esta razón, creemos que el experto en salud oral debe conocer detalladamente las normas de bioseguridad e incorporarlas a su práctica cotidiana” (Negroni, 2009, p. 107). (*Ver figura N° 3*).

La vigente norma de bioseguridad emprenderá principalmente las medidas preventivas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas y las normas a tomar cuando se produzca un accidente de exposición a sangre y otras secreciones corporales; dichas medidas anticipadas están fundadas en tres principios fundamentales, los cuales son:

Precauciones universales: “Constituyen un conjunto de medidas que deben aplicarse sistemáticamente a todos los pacientes sin distinción, considerando que toda persona puede ser de alto riesgo; asimismo, considerar todo fluido corporal como potencialmente contaminante. Las medidas deben involucrar a todos los pacientes, independientemente de presentar o no patologías” (Negroni, 2009, p.107) (*Ver figura N° 2*).

Uso de barreras: “Son todas aquellas precauciones estándares que rutinariamente deben seguir todo el personal, para que así disminuyan el riesgo de adquirir infecciones en el medio laboral, tales como exposición directa de

³⁴ Negroni, M. (2009). *Microbiología Estomatológica: Fundamentos y guía práctica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.107.

sangre y otros fluidos orgánicos corporales potencialmente contaminantes” (Negroni, 2009, p.107) (*Ver figura N° 3*).

Medios de eliminación de material contaminado: “Consiste en la utilización de dispositivos y procedimientos a través de los cuales los materiales manipulados en la atención de pacientes, se depositan y eliminan para evitar el riesgo de contagio. Se pretende que el personal de salud asuma la normativa como un comportamiento ético, que garantice su propio bienestar y la del paciente; esta es su responsabilidad como actor principal del proceso asistencial” (Negroni, 2009, p.107) (*Ver figura N° 5*).

Barreras de protección

Guantes

Malagon, Galán & Pontón³⁵, “el uso de guantes también será considerado como una barrera sumamente efectiva. Cuando se atiende a pacientes en los que se tenga la posibilidad de que nuestra piel entre en contacto con su sangre, el uso de los mismos es considerado obligatorio, ya que cualquier abrasión de nuestra superficie dérmica, corte o rasurada, constituyen una peligrosa puerta de entrada hacia nuestro organismo, de todas las bacterias y virus del paciente” (Malagón, Galán & Pontón2008, p. 171). (*Ver figura N° 3*).

“El manejo de los guantes, dependerá de acuerdo a la labor profesional que se vayan a realizar, es decir, existen guantes no esterilizados que vienen en tamaño

³⁵ Malagón, G. Galán, R & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.171.

pequeño, mediano, grande y se puede usar en ambas manos. También los hay estériles, más caros, pero que dan mejor defensa tanto a nosotros mismos como al paciente, que por lo general se utilizan cuando se vaya a establecer intervenciones quirúrgicas” (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.171).

Los guantes que se hayan contaminados con sangre, deberá ser necesariamente desechados, así como aquellos que se menoscaben durante los actos operatorios. No se sugiere el uso de un mismo par de guantes para atender a varios pacientes, a pesar de que se laven con desinfectantes. En términos ordinarios se debe tener extrema cautela de desechar los guantes cuando hayan estado en contacto con cualquier tipo de lesiones del paciente (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.171).

A propósito Malagón, Galán & Pontón refiere:

“En la literatura encontramos la información que un 36% de los guantes descartables presentan fallas de fabricación y que con el uso de un mismo par de guantes por 3 horas, éstos se deterioran entre un 13% y un 70%, por lo que se aconseja usar un par de guantes nuevos para cada paciente”³⁶, (Malagón, Galán & Pontón 2008, p.172).

“Nunca se debe atender a pacientes de alto riesgo, con guantes no estériles y tampoco intentar desinfectar los guantes sumergiéndolos en medios químicos. Nunca atender el teléfono o tocar cualquier otro objeto con los guantes puestos, pues se contaminan. Es trascendental recomendar que una vez puestos los

³⁶ Malagón, G. Galán, R & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.172.

guantes, se deban tener precauciones muy rígidas para no contaminarlos tocando la superficie de objetos que estén infectados” (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.172).

“Antes de realizar una intervenciones quirúrgicas amplias, los profesionales deberán lavarse las manos, uñas, antebrazo, por un minuto, con un cepillo de uñas y utilizando un jabón antiséptico con yodopovidona antes y después de colocarse los guantes. Luego de utilizar éstos, durante un periodo largo de tiempo, se aconseja enjuagarse bien y aplicarse jabón antiséptico. Esta operación se hará rigurosamente, sobre todo, antes de colocarse el nuevo guante” (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.171) (*Ver figura N° 4*).

Mascarilla

Malagón, Galán & Pontón³⁷ (2008), “recomienda que el profesional y la auxiliar de odontología utilicen mascarillas desechables para la atención de todos los pacientes y particularmente en aquellos de alto riesgo. Con su uso estaremos protegiendo nuestra mucosa nasal contra microorganismos que expelen durante el procedimiento; se deberán cambiar obligatoriamente cuando se hayan ensuciado con alguna secreción del paciente.

La eficacia de las mascarillas descartables, tienen una eficiencia en el filtrado entre 14% y 99%, por tal motivo, se recomienda el uso de mascarillas cuyo componente presenta fibra de vidrio y fibra sintética, pues constituye uno de los filtros más efectivos. (*Ver figura N° 3*).

Si la mascarilla es usada por más de 20 minutos en un ambiente impregnado de aerosoles, las posibilidades de contaminación de las heridas que pueda tener el profesional aumentan, debido a que ésta se puede convertir en un nido de bacterias patogénicas, más que

³⁷ Malagon, G. Galán, R. Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.171 - 172.

actuar como una barrera protectora del profesional. Se recomiendan que la misma se cambie cada hora de trabajo y más frecuentemente ante una gran presencia de aerosoles. Cuando el profesional se encuentra resfriado, deberá usar mascarilla para evitar el contagio del paciente, deberán ser desechadas cuando se humedezcan o cuando se contaminen con sangre y al terminar la jornada de trabajo” (p.172).

Anteojos

“A los profesionales que no portan anteojos por razones de escasez de visión, se les confía confeccionarse lentes con lunas neutras y usarlos durante los momentos de trabajo, ya que los aerosoles originan la continua penetración de saliva, sangre u otros elementos, dentro del globo ocular” (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.172) (*Ver figura N° 3*).

Ropa de trabajo

“Todas las personas que trabajan en un consultorio odontológico, deben usar mandiles o ropa protectora de manga corta, la cual deberá ser utilizada manteniéndola siempre limpia, prolija e impecable. Esta ropa deberá usarse dentro de las instalaciones del consultorio y será retirada al salir de él. No es aconsejable usarla en la calle. Tendremos sumo cuidado en su proceso de lavado, recomendándose su limpieza utilizando jabones desinfectantes” (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.172).

Gorra

Malagón, Galán & Pontón (2008) expresa que se debe evitar la contaminación de los cabellos por aerosoles o gotas de saliva y/o sangre generadas por el trabajo odontológico. En relación al uso del gorro debe considerarse:

“El gorro debe cubrir totalmente el cuero cabelludo” (p.172).

“El cabello debe estar totalmente recogido, evitando la caída hacia la parte anterior o lateral de la cara” (p.172).

Esterilización y desinfección de materiales y equipo

Esterilización

“Se considera a los diversos medios que permiten la expulsión de todas las formas de vida ubicados sobre objetos inanimados. Con ella se logra destruir los microorganismos, obteniéndose como resultado la protección antibacteriana total de todos los instrumentos como materiales que penetren los tejidos de los pacientes y que habitualmente se contaminan con saliva o sangre” (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.173).

Métodos de esterilización

Gutiérrez & Iglesias³⁸ indican que:

“Los medios de esterilización pueden ser físicos y químicos. En odontología se usan comúnmente el calor (seco o húmedo) como medio de esterilización. Aquellos objetos que no pueden ser esterilizados por el calor, logran eventualmente serlo con el uso de sustancias químicas llamadas esterilizantes” (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.40).

Todos los elementos de trabajo, deberán ser cabalmente esterilizados cuando no puedan ser suprimidos. La esterilización se consumará por medio físico a través de:

Calor seco (estufas).

Calor húmedo bajo presión (autoclaves).

Energía radiante (rayos gamma).

Esterilización por calor seco

“Es intensamente trascendental controlar la capacidad de crear calor de los esterilizadores, ya que algunas veces disipan su potencia, por desgaste o

³⁸ Gutiérrez, E & Iglesias, P. (2009). *Técnica de ayuda odontológica/estomatológicas*. Madrid, España: Editex. p.40.

desperfectos parciales, no completándose debidamente los procesos de esterilización. Es privilegiado que los esterilizadores deban ser examinados regularmente y que igualmente se debe tener control de los errores que pudieran cometer el personal encargado de la esterilización” (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.40).

“Es digno que previamente de ser introducidos los instrumentos al esterilizador, deberán ser secados, ya que el agua contiene sales minerales que se pueden fijar sobre ellos, dando como resultado una oxidación en su superficie. Los elementos de trabajo al ser esterilizados deberán ubicarse en el equipo por 60 minutos a una temperatura de 160°C o 30 minutos a una temperatura de 180°C” (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.41).

Esterilización con calor húmedo bajo presión

“Es bien que el auto clave es la única y real solución para una tranquilidad total proporcionando a la esterilización de absoluta seguridad, pero desgraciadamente el inconveniente es su alto costo. Cuando se esterilice manejando el autoclave, los instrumentos deberán someterse al vapor saturado de agua a 134°C a 15 libras de presión que el autoclave original, durante 60 minutos” (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.41).

Esterilización por energía radiante

“La esterilización además se podrá lograr por medio físico-químico, es decir, gas de óxido de etileno al 10% en dióxido de carbono a 55°C hasta 69°C durante ocho a diez horas. También con medios químicos como el gutaraldehído al 2 %, formaldehído alcohólico al 8% o formaldehído acuoso al 10%, pero se exhorta a obtener la esterilización propiamente dicha, usando medios de calor seco o húmedo. Por medios químicos también se obtiene esterilización mediante: Mezcla de alcohol, ketonas, formaldehído y agua, a 127°C, bajo presión aproximada de 20 libras por 30 minutos” (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.41).

Desinfección

Como desinfección se considera a todos las instrucciones que permitan la higiene de los elementos inanimados (instrumentales, materiales y enseres).

Malagon, Galán & Pontón sugiere que:

“La desinfección consiste en la eliminación de los microbios patógenos, sin destruir las formas vegetativas llamadas esporas. En odontología la desinfección se obtiene con el uso de soluciones químicas llamadas “líquidos desinfectantes”. Estas soluciones a veces pueden llegar a actuar y servir como esterilizantes, dependiendo del tiempo de aplicación. Algunos líquidos de

desinfectan en 10 minutos, esterilizan en 10 horas”³⁹. (Malagon, Galán & Pontón, 2008, p.175).

Se encomiendan que los desinfectantes a ser manejados en odontología, sean a la vez microbactericidas, así como que es posible vigilar el tiempo útil de las soluciones empleando tiras para el control del pH, sobre todo cuando se trabaja con instrumental infectado con sangre. Los desinfectantes han sido catalogados de la siguiente manera:

Malagon (2008), expresa de que “el bajo nivel biocidad: Aquellas sustancias que solamente eliminan las formas vegetativas de microorganismos patógenos pero no tienen efecto sobre virus o gérmenes resistentes como el virus de la hepatitis B o microbacterias. En este grupo se encuentran los compuestos cuaternarios.

De mediano nivel de biocidad: Aquellos que tienen mayor poder desinfectante. En este grupo se encuentran los compuestos clorados, yodóforos, fenoles.

De alto nivel de biocidad: Cuando tienen la capacidad de destruir a las esporas bacterianas. En este grupo se encuentra el glutaraldehído al 2%, actuando entre 6 a 10 horas” (p.175).

“Otra buena solución desinfectante es el hipoclorito de sodio en una solución al 0.05% o 0.5%. Actúa como un agente muy eficaz para destruir el virus de la hepatitis B. Cuando se utilice el hipoclorito de sodio como desinfectante, los instrumentos deberán ser introducidos en una solución al 1% durante 30 minutos

³⁹ Malagón, G. Galán, R & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.175

y luego lavados intensamente en agua destilada o con alcohol al 70%” (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.175). (Ver figura N° 2).

Desinfección de las escupideras

“Es ineludible que todo el equipo de salud que labora en el consultorio odontológico reciba adiestramiento sobre normas de bioseguridad y control de infecciones. El odontólogo debe realizar controles periódicos para garantizar la atención de dichas normas y evitar de esta forma las infecciones cruzadas, por ello, las escupideras deberán ser desinfectadas entre paciente y paciente, incorporándoles sustancias desinfectantes como una solución de hipoclorito de sodio al 1%, haciendo correr el agua” (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.175) (Ver figura N° 2).

Desinfección del sillón odontológico

A propósito, González, Gutiérrez & Moya⁴⁰ expresa en su texto lo siguiente:

“Es la pieza fundamental del gabinete dental y se fabrica de acuerdo a los principios de ergonomía y confort para el paciente y para el equipo profesional. Entre las características generales posee: Aprovechamiento óptimo del espacio disponible, colaboración perfecta entre el odontólogo y el personal auxiliar gracias al desarrollo del trabajo ergonómico, confort para el paciente, fácil manejo, ergonomía. Este debe ser desinfectado con sustancias como el hipoclorito de sodio una vez terminadas la formada de

⁴⁰ González, Á. Gutiérrez, D & Moya, L. (2010). *Odontobook: Guía práctica de Odontología*. España: SYL. Creaciones Gráficas y publicitarias S.A. p.23- 24.

trabajo, para eliminar cualquier microorganismo que se pudiere alojar en el” (González, Gutiérrez & Moya, 2010, p.23).

Desinfección de superficies

Las principales soluciones desinfectantes de superficies, son las siguientes:

Fenoles sintéticos

Hipoclorito de sodio

Iodóforos con detergentes.

“Con el fin de optimar la protección sanitaria a todos los pacientes, diariamente se deberán desinfectar todas las superficies de trabajo del consultorio, así como aquellos lugares en los que colocan las secreciones infectantes y las manos del profesional y la auxiliar dental” (González, Gutiérrez & Moya, 2010, p.23). (Ver figura N° 2).

Desinfección de fresas

“Se propone colocarlas en una caja de Petri o en cualquier caja metálica pequeña con 4 o 5 pastillas de formalina durante 12 a 24 horas. Luego se lavan o se esterilizan al seco o en autoclave, envueltas en papel metálico. No se las debe

meter en el llamado freseros, sino dentro de una solución desinfectante de seguridad comprobada” (González, Gutiérrez & Moya, 2010, p.24).

Mantenimiento del equipo odontológico

A propósito Gutiérrez E. & Iglesias P. “habitualmente el equipamiento odontológico no se debe incurrir en el olvido, por motivo que se debe tomar las siguientes precauciones: El sillón dental precisa su alimentación de una fuente de energía eléctrica y dos elementos naturales (agua y aire) de tal manera que debe ser limpiado con productos que aconseja el fabricante. Tanto la pieza de mano como los instrumentos rotatorios deben ser engrasado y limpiados diariamente al finalizar la jornada previo a su esterilización (vale recalcar que el adaptador ya sea de la turbina y el contraángulo se tiene que limpiar); en cuanto al compresor del sillón dental, tiene que ser purgado a diario para así poder eliminar el aire comprimido. En lo que respecta al sistema de aspirado del sillón, se lava haciendo pasar por el al menos 5 litros de agua con detergente disuelto en ella” (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.40-49).

Por último, Gutiérrez E. & Iglesias P. mencionan que, “es necesario limpiar y desinfectar las superficies del gabinete dental y todas aquellas relacionadas con el equipo dental; se debe utilizar una esponja, agua y jabón, actuando sobre los asideros que posee el sillón (asas para: mover la luz, bandeja de mover los instrumentos) los interruptores de encendido y apagado, escupidera; una vez secas dichas superficies, se debe pasar un paño mojado con hipoclorito de sodio por las zonas no metálicas y alcohol al 70% por las zonas metálicas”⁴¹. (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.49).

Eliminación de desechos

Para la eliminación de los residuos Malagón, Galán & Pontón⁴² “expresa que se debe acondicionar previamente los servicios, con

⁴¹ Gutiérrez, E & Iglesias, P. (2009). *Técnica de ayuda odontológica/estomatológicas*. Madrid, España: Editex. pp. 40 - 49.

⁴² Malagón, G. Galán, R & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.166

materiales e insumos necesarios para descartar los residuos de acuerdo a los criterios técnicos establecidos en esta norma. Los residuos comunes o no contaminados provenientes de la limpieza en general (polvos, cartones, papeles, plásticos, etc.), no representan riesgo de infección para las personas que lo manipulan; deben ser almacenados en recipientes con bolsas de color negro” (Malagon, Galán & Pontón, 2008, p.166). (*Ver figura N° 5*).

“Los restos biocontaminados provenientes del área asistencial (algodones, gasas, guantes, vendas, inyectores de saliva, elementos punzocortantes, etc.), son residuos sólidos con grandes cantidades de microorganismos provenientes de las secreciones, excreciones, además líquidos orgánicos del paciente, en caso de que no se eliminan en forma apropiada, se transforman en potencialmente riesgosos. Deben ser depositados en bolsas rojas; en caso de la no disponibilidad de bolsa color rojo obliga a colocar rótulos bien legibles indicando “residuos contaminados” (Malagon, Galán & Pontón, 2008, p.166). (*Ver figura N° 5*).

“Los residuos especiales lo componen los elementos contaminados con sustancias químicas, radioactivas y líquidos tóxicos, tales como sustancia para revelado, mercurio, etc.; para este tipo de residuos se debe manejar bolsas de color amarillo. Los restos contaminados como los materiales punzocortantes deben ser depositados en los descartadores, con destino a su eliminación; éstos no deben bajo ninguna circunstancia ser reutilizados” (Malagon, Galán & Pontón, 2008, p.167). (*Ver figura N° 5*).

“Es recomendable que los descartadores deben estar hechos con material duro a los pinchazos y compatible con el procedimiento de incineración sin afcción del medio ambiente, deben tener asa para su transporte y que la misma permita

manipularlo lejos de la abertura del descartador. La abertura debe ser amplia de forma tal que al introducir el material descartado, la mano del operador no sufra riesgo de accidente; debe tener tapa para que cuando se llene hasta las dos terceras partes del volumen del mismo, se pueda obturarlo en forma segura. Es necesario que los descartadores deban ser de color amarillo y tener el símbolo de material infectante, con una inscripción advirtiendo que se manipule con cuidado” (Malagon, Galán & Pontón, 2008, p.167). (Ver figura N° 5).

“En la cuestión de que no se pueda obtener descartadores, se usarán recipientes rígidos como botellas plásticas de gaseosa, de buen volumen, de paredes rígidas y cierre a rosca que asegure inviolabilidad. Sumergir los residuos en hipoclorito de sodio al 0.5% con la finalidad de desinfectar el material y dañarlo para impedir que vuelva a ser usado” (Malagon, Galán & Pontón, 2008, p.167).

Malagon, Galán & Pontón (2008) expresan que para la eliminación de residuos se debe considerar:

“Determinar la cantidad, color y capacidad de las bolsas (que debe ser al menos 20% mayor de la capacidad del recipiente) a utilizar según la clase de residuos” (p.168).

“Los recipiente serán colocados con sus respectivas bolsas lo más cercano posible a la fuente de generación” (p.168).

“Ubicar el recipiente para el residuo punzocortante de tal manera que no se caiga ni se voltee” (p.168).

“Identificar y clasificar el residuo para eliminarlo en el recipiente respectivo” (p.168).

“Desechar los residuos con un mínimo de manipulación, sobre todo para aquellos residuos biocontaminados y especiales” (p.168).

“Cerrar herméticamente las bolsas una vez que estén llenas en las dos terceras partes” (p.168).

“Las bolsas nunca deben ser arrastradas” (p.168).

“Si el recipiente tiene dispositivo para separar la aguja de la jeringa, descartar sólo la aguja en dicho recipiente” (p.168).

“Si el recipiente no cuenta con dispositivo de separación de aguja, eliminar la aguja con una pinza porta aguja” (p.168).

“Los residuos deben permanecer el menor tiempo posible acumulado en las áreas de trabajo retirándose con una frecuencia mínima de una vez por turno y siempre que se encuentren llenos los recipientes” (p.168).

“Los residuos deben ser tratados sin perjuicio a la población y al medio ambiente, por ello los métodos de tratamiento recomendado son: enterramiento controlado, esterilización por autoclave, incineración y desinfección por microondas” (p.168).

2.2.12. Responsabilidad del odontólogo

Todo profesional de la salud tiene compromisos que cumplir al momento de desempeñar su trabajo; entre éstas tenemos:

El medio ambiente: “La actividad odontológica origina desechos que consiguen afectar al medio ambiente; desde los equipos e instrumental dental, hasta la atención de medidas preventivas, entre otros; por ello, la ecoética debe estar vigente en todos los niveles de la acción odontológica, por motivo que son innumerables los trabajos que entregan evidencia sobre diferentes efectos de los biomateriales sobre el medio ambiente” (Malagon, Galán & Pontón, 2008, p.168).

Pacientes: “En el ámbito odontológico, también se elaboran procedimientos quirúrgicos sobre tejidos duros o blandos de la cavidad oral, donde coexiste la eventualidad de contaminar a nuestro paciente con microorganismos patógenos. Para disminuir este riesgo, existen protocolos de atención para todas las acciones que se realizan en dicha rama de la salud; estos protocolos, han extrema la aplicación de barreras e implican asignación de recursos”⁴³ (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.169).

⁴³ Malagón, G. Galán, R & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.169.

Personal de trabajo: Los profesionales de la odontología diariamente deben delegar una serie de tareas que se tienen que realizar en el consultorio, tales como el aseo del ambiente de trabajo, la preparación del recinto de atención, adecuación del instrumental quirúrgico y apoyo profesional; por lo general, a menudo no tienen la capacidad de percibir la importancia de las normas de bioseguridad y el odontólogo obtiene el carácter de consignatario de las capacidades ineludibles para la organizar la atención, facultando a su personal para que no incurran en conductas de riesgo (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.169).

La responsabilidad profesional involucra el compromiso moral y legal de reconocer a los actos propios, y a los ajenos (de los subordinados); asimismo la obligación de resarcir o indemnizar las secuelas de los actos perjudiciales para terceros. Dicho compromiso puede ser entendido desde dos dimensiones: La primera solicita la convicción vocacional y moral del odontólogo y su capacidad científica técnica, se basa en principios éticos; en cambio, la segunda nace del derecho y en consecuencia es restringida, y se preside por las leyes emitidas por el Estado (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.170).

Malagón, Galán & Pontón (2008) sugieren que, en la medida que el profesional de la odontología rija su práctica por los siguientes elementos, estará trabajando sobre seguro, encaminado su accionar hacia una asistencia de calidad:

Confianza: Es el alma de la correlación odontólogo-paciente, la cual corresponde ser una autentica reciprocidad humana basada en el amor, el cuidado y la coparticipación (p.170).

Confidencialidad: Valor ético esencial, contiene el compromiso de guardar la intimidad del paciente y de su familia (p.170).

Competencia: Los odontólogos deben salvaguardar su idoneidad a través del estudio y la superación continua (p.170).

Contrato: El odontólogo tiene una estipulación sobrentendida con sus pacientes para dar atención óptima conforme a los recursos disponibles (p.170).

Compromiso: Quienes integran a la profesión deben consagrar su vida al servicio de los pacientes (p.170).

Por otra parte Malagón, Galán & Ponton (2008), enuncian las conductas que el odontólogo deberá desechar de su trabajo para brindar un servicio de calidad, serán:

“Negligencia odontológica: Es el abandono u omisión en un acto explícito. Cuando el profesional actúa con imprudencia daño a determinado paciente” (p.171).

“Imprudencia: Es la separación de la capacidad para juzgar correctamente en un contexto odontológico determinado. Que involucra la falta de juicio y moderación de las acciones o el descuido en la atención requerida” (p.171).

“Ignorancia: Es la incompetencia de algún hecho, cosa, técnica u oficio en particular” (p.171).

“Impericia: Es el menoscabo total o parcial de las destrezas propias de la atención, es decir, la sabiduría, los conocimientos técnicos y habilidades en el ejercicio de la odontología” (p.171).

Poseer una gran capacidad de previsión, habilidad, lealtad, voluntad, convicción y conocimientos actualizados de la odontología y en las normas y reglamentos que la rigen, para que al realizar un acto odontológico no ocasione un acto ilícito por acción u omisión, basados en la negligencia, la impericia o la imprudencia (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.171).

Riesgos y expectativas

El comienzo de la práctica odontológica en general, está en la necesidad del ser humano para buscar además solicitar un servicio profesional. Entre las motivaciones-necesidades más frecuentes de los pacientes se localizan en primer término el dolor o la molestia crónica, la falta o disminución de alguna función, urgencias traumáticas, estética, solicitar una segunda opinión, reparar una

iatrogenia, un tratamiento anterior no cumplido o el estatus laboral y social, etc (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.172)..

Cuando el paciente se demuestra ante nosotros trae consigo un cúmulo de motivaciones y expectativas que desea sean satisfechas o resueltas, aquí es donde nuestra destreza debe imponerse para desmenuzar y conocer indudablemente las motivaciones- expectativas que lo trajeron hasta nosotros; ésta es la base del famoso ojo clínico o sentido clínico. Después de haber realizado una dinámica y prolija historia clínica estaremos en posición de dar respuesta. La información y el esclarecimiento se imponen para tener bien claro los riesgos previstos y los no previstos, ya que lograrán dar como consecuencia complicaciones previstas y no previstas proporcionalmente (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.172).

Malagón, Galán & Pontón (2008), estimulan a una previa indagación nos evitará caer en perspectivas insatisfactorias que es el origen de la mayoría de las polémicas. Al consentimiento informado le debe preceder una amplia explicación oral fundamentada en la comunicación asertiva y valiéndose de dibujos, esquemas, modelos de estudio, modelos figurados, fotos o cualquier auxiliar que juzguemos útil, para concluir todas las dudas antes que el paciente firme su consentimiento informado; para lo cual reduciremos el margen de error y fallas en la información. En este punto se impone como premisas dos vertientes:

Conocer nuestros límites, capacidades, nivel de nuestras sapiencias y habilidades, no dudar en preguntar, asesorarse, solicitar una interconsulta o las que sean necesarias o referir antes de dar cualquier diagnóstico inexacto, cualquier procedimiento que esté fuera de nuestros alcances. En la actualidad preexisten una serie de especialistas en odontología, que el trabajo en equipo da como resultado una mejor atención a los pacientes, quienes merecen todo nuestro respeto (p.172).

Adquirimos la obligación y la necesidad de extender nuestros límites a base de capacitación constante y ordenada, como parte dominante de nuestra vida y actividad profesional (p.172).

2.2.13. Calidad de atención en servicios odontológicos

Fernández ⁴⁴ “refiere, es una iniciativa relativamente reciente, cuyo objetivo es lograr la transformación de la organización que brinda el servicio. Uno de los retos es aplicar estrategias y herramientas de gestión de calidad, para optimizar la labor institucional y calidad de vida de los usuarios.

Es por ello, que el plan de mejoramiento de calidad en la atención en Salud, consiste en un conjunto de documentos en los cuales se trazan las grandes líneas estratégicas de mejoramiento en la organización, y se hacen explícitas las acciones que se van a emprender y los medios para ello, de manera que se fortalezca el proceso de planeación de la calidad y se actualicen los niveles de deseados” (Fernández, 2010, p.27). (Ver figura N° 6).

⁴⁴ Fernández, G. (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir*. Quito, Ecuador: Abya – Yala. p.27

Elementos fundamentales de la calidad en servicios odontológicos

Fernández (2010)⁴⁵, “indica que cuando una organización decide asumir alguna actividad, primordialmente debe visualizar el proceso de mejoramiento de atención de calidad, el cual establece unos tiempos y un ritmo a los que todo el personal deberá ajustarse a dichas actividades previstas. A partir de este plan, se articula el trabajo de objetivos específicos de cada uno de los especialistas en cada área a tratar” (p.28). (Ver figura N° 6).

Entre los principios básicos en una calidad de atención tenemos:

Excelencia profesional (p.28).

Uso eficiente de los recursos (p.28).

Mínimo riesgo para el paciente (p.28).

Alto grado de satisfacción (p.28).

Impacto final que tiene en la salud (p.28).

Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el uso” (Fernández, 2010, p.28).

⁴⁵ Fernández, G. (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir*. Quito, Ecuador: Abya – Yala. p.28

Enfoques de la calidad de atención en Salud

Son numerosas las ilustraciones en base a la calidad de atención brindada en salud; consideraremos tres componentes: La estructura, el proceso y el resultado el que por práctica profesional viabilizan conocer de manera más acertada la situación de la atención y establecer a partir de ello un monitoreo para su evaluación, el que identifique las desviaciones de lo ansiado para su modificación (Fernández, 2010, p.28). (*Ver figura N° 6*).

Estructura: Se conoce y se valora con que se está trabajando, desde los recursos, hasta las instalaciones (Fernández, 2010, p.28).

Proceso: Se identifica como estamos verificando las acciones (Fernández, 2010, p.28).

Resultado: Nos suministran el conocimiento de los objetivos propósitos logrados (Fernández, 2010, p.28).

Como lo expresa Fernández en su texto⁴⁶, “las organizaciones de salud dependen de sus pacientes o usuarios, por lo que deben conocer sus necesidades actuales y futuras, cumplir con sus requerimientos y tratar de superar sus expectativas; logrando servicios más confiables, con una mejor imagen del área de salud. En cuanto a la atención en odontología, cada vez se atiende más a la medición de los resultados como aspectos cruciales de la evaluación de los servicios” (Fernández, 2010, p.28).

⁴⁶ **Fernandez, G.** (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir*. Quito, Ecuador: Abya – Yala. p. 28

Todas las labores deben ser objeto de control para que se puedan evaluar cuantitativamente los procesos, lo que accede a construir deducciones, comparaciones en tiempo y espacio, mucho más precisas y menos dependientes de las subjetivas del observador. Debemos asegurar que los resultados de la atención en salud oral son médicamente útiles para el bienestar del paciente, de este modo, se mejorará establecer las metas de calidad (Fernández, 2010, p.29).

Relación entre calidad y productividad o eficiencia

Existen tres tipos de eficiencia en los servicios de salud: eficiencia clínica, eficiencia de producción de servicios, y eficiencia gerencial.

La eficiencia clínica

Fernández⁴⁷, “Se refiere concretamente a la producción de salud y se define como el grado en el que el odontólogo combina tiempos, secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonablemente posible. A esta combinación se le denomina la “estrategia de atención”. Así, la estrategia más eficiente será aquella que produzca el mayor grado de mejoría en la salud en relación con un costo determinado, o bien aquella que produce un cierto nivel de salud con la menos costosa utilización de recursos.

La eficiencia clínica está determinada, entonces, por:

La pertinencia de las decisiones clínicas;

⁴⁷ Fernández, G. (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir*. Quito, Ecuador: Abya – Yala. p.29

Las habilidades y destrezas para llevar a cabo estrategias establecidas;

El grado de autonomía clínica con respecto a los demás profesionales que interactúan en el proceso de atención.

De acuerdo con lo anterior, la eficiencia clínica es un componente indiscutible en la calidad de la atención, en tanto coincide con la búsqueda de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles dentro de un marco de costos razonables. En este caso, la relación entre eficiencia y calidad es directa y estrecha” (Fernández, 2010, p.29).

Eficiencia de producción de servicios

Se refiere al esquema más adecuado del proceso de elaboración de servicios, de manera que los bienes individualizados por una determinada estrategia de atención puedan alcanzarse al menor costo posible. Esta percepción más comúnmente utilizado cuando se emplea el concepto de eficiencia de los sistemas de salud (Fernández, 2010, p.29).

Eficiencia gerencial

Fernández (2010) menciona que la ejecución de servicios de soporte, y depende al igual como la eficiencia clínica de:

Las decisiones gerenciales (p.29).

Las habilidades para dirigir la organización (p.29).

La autonomía gerencial relativa (p.29).

Si se admite que la eficiencia de producción depende de los otros dos tipos de eficiencia, nuevamente resulta obvia la relación entre este último tipo y la calidad. Se trata de una relación directa, aun cuando tampoco forma parte de la calidad (p.29).

Es por ello, las estrategias para mejorar la calidad se basan en:

La disminución en el número de eventos o procedimientos que deben repetirse por haberse realizado mal la primera vez y los retrasos de proceso y procedimiento (p.29).

La mejor utilización de los recursos, entre otros (p.29).

De aquí que, al mejorar la calidad y evitar así las condiciones que se han aludido, necesariamente se tienda hacia un acrecentamiento en la productividad.

¿Qué esperan los pacientes de los servicios de atención en salud oral?

De acuerdo a Fernández G⁴⁸, “los estatutos establecidos por parte del personal que elabora en las unidades de Salud Gubernamentales, se disponen que se cumplan las siguientes variables:

Trato cordial.

Brindar turnos a los usuarios.

Cumplimiento de los horarios establecidos.

Instrucciones adecuadas y por escrito.

Exámenes efectivos y de alto valor diagnóstico.

Tratamientos eficaces.

Confidencialidad” (Fernández, 2010, p.30).

Principios básicos para asegurar la satisfacción en la atención de los usuarios.

Para establecer que se efectúen los manuales básicos en el tipo de calidad de atención, es necesario que se ejecute lo siguiente:

⁴⁸ **FERNÁNDEZ** Gerardo. Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir. Quito, Ecuador: Abya – Yala. 2010, pág.30.

Control y garantía de calidad (Fernández, 2010, p.30).

Mejorar el desempeño laboral (Fernández, 2010, p.30).

Visión a largo plazo de sus metas a cumplir (Fernández, 2010, p.30).

Introducción de innovaciones en los tratamientos ofertados (Fernández, 2010, p.30).

Adquisición de nuevas tecnologías (Fernández, 2010, p.30).

2.3. Tratamientos odontológicos

2.3.1. Periodoncia dental

Definición

De acuerdo a lo expuesto por Eley, Soory & Manson⁴⁹, se determina que:

“La principal causa de la enfermedad periodontal es la infección bacteriana. Sin embargo, pequeñas cantidades de placa son compatibles con la salud gingival y periodontal, algunos pacientes pueden convivir con grandes cantidades placa durante largos

⁴⁹ Eley, B. Soory, M. & Manson J. D. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, España: Elsevier. p.36.

periodos sin desarrollar periodontitis, aunque presenten gingivitis” (Eley, Sorry & Manson, 2012, p.36).

La periodoncia es la especialidad de la odontología que estudia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, entornos que afectan los tejidos que dan soporte a los órganos dentarios tales como: Encía, ligamento periodontal, cemento radicular, hueso alveolar. Tiene como finalidad el mantenimiento de la salud, función, estética de los dientes y sus tejidos adyacentes. En cuanto a las principales enfermedades periodontales que afectan a una dentición son la periodontitis y gingivitis. (Eley, Sorry & Manson, 2012, p.36)

Factores que pueden influir en la incidencia y desarrollo de las enfermedades periodontales son: Fumar, el estrés y la genética. La mayoría de veces, la asociación entre enfermedad periodontal y otras enfermedades (sistémicas) va en ambas direcciones, esto significa que no sólo la enfermedad periodontal puede estar influenciada por otras enfermedades, sino que también podría tener un fuerte impacto en el curso de enfermedades sistémicas. (Eley, Sorry & Manson, 2012, p.36)

Lindhe, Lang & Karring exponen lo siguiente, “la enfermedad periodontal es una alteración crónica bacteriana que afecta a las encías y al hueso de soporte del diente, esta infección puede estar influenciada no sólo por factores de salud bucodental, sino también por otras enfermedades como diabetes o enfermedades cardiovasculares”⁵⁰. (Lindhe, Lang & Karring, 2009, p.154).

⁵⁰ Lindhe, J. Lang, N. & Karring, T. (2009). *Periodontología clínica e Implantología odontológica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.154.

Es necesario retirar regularmente la placa que se deposita sobre la superficie dentaria, por motivos que contiene bacterias; se lo efectúa mediante un correcto cuidado bucodental y por medios profesionales, en caso que no se lo realizara, se puede producir una inflamación de las encías. El paciente y/o el dentista pueden ver que las encías están rojas, ligeramente hinchadas y que sangran fácilmente. Esta forma temprana de enfermedad periodontal se denomina gingivitis. (Lindhe, Land & Karring, 2009, p.154)

Vale recalcar, la gingivitis puede modificarse hacia un estado sano si se toman las medidas preventivas previamente mencionadas, dicha alteración gingival habitualmente no provoca incomodidad especial en el paciente, de tal manera que este estado no suele motivarle a acudir al dentista. Así mismo, el sangrado de las encías se ha considerado tradicionalmente como bastante *normal* y no se reconoce como síntoma de enfermedad. (Lindhe, Land & Karring, 2009, p.154)

En caso que la gingivitis no sea tratada a tiempo, esta evoluciona y se convierte en periodontitis una forma más severa de la enfermedad periodontal, que puede derivar a la pérdida de hueso alveolar, exposición de la raíz dentaria, así como la avulsión de la pieza dentaria; a su vez, puede encontrarse generalizada en toda la cavidad oral como también localizada por arcadas o hemiarcadas. (Lindhe, Land & Karring, 2009, p.155)

Instrumental manual

Es necesario determinar que el instrumental manual puede distinguirse con movimientos de exploración, los cuales permitirán adaptar la punta del instrumento sobre la superficie a trabajar, localizar el cálculo y situarnos por debajo del mismo. Normalmente la hoja presenta una angulación de 0° con respecto al diente. Posteriormente al realizar movimientos de trabajo (presión y tracción) se requerirá de una mayor presión lateral contra el diente mientras retiramos el instrumento con movimientos verticales, horizontales, oblicuos o circunferenciales; dicho movimiento de trabajo es específico para cada instrumento.

A propósito Schoen & Dean⁵¹ mencionan:

“Con el cincel realizaremos movimientos horizontales, con la hoja contra la superficie proximal de los dientes, penetrando desde la cara labial y presionando hacia lingual. La azada se inserta debajo del cálculo con una angulación de la hoja de 0° con respecto al diente. El movimiento de trabajo que se realiza es una tracción vertical con cuidado de no lacerar el margen gingival ni rayar el tejido dentario. La hoz se introduce igualmente con un ángulo de 0°, adaptando el lado de la punta del instrumento contra el diente debajo del cálculo y realizando movimientos verticales y circunferenciales” (Schoen & Dean, 2009, p.83).

⁵¹ Schoen, D. & Dean, M. (2009). Instrumentación periodontal. Barcelona, España: Masson S.A. p.83.

Cureta

A propósito Schoen & Dean mencionan, es un instrumento que funciona por medio de movimientos de tracción, cumpliendo la función de remover cálculo tanto supra como subgingival. El diseño de la cureta tiene forma de cuchara y su hoja tiene dos bordes cortantes. La parte inferior tiene forma semicircular lo cual permite que se adapte a la superficie radicular, así mismo, existen curetas de dimensiones grandes (para depósitos densos de cálculos), mientras que las pequeñas (son para depósitos delgados o para acceder a zonas estrechas). (*Ver figura N° 7*).

Actualmente hay curetas universales y específicas. Las universales son útiles para adaptarse a todas las superficies dentarias, poseen una angulación de la hoja y el cuello siempre es de 90°. En cuanto a las curetas específicas, las Gracey son un ejemplo de ellas, presentan su parte activa está inclinada 70° con respecto al cuello. En cuanto a la selección del instrumento a utilizar, debe basarse en: Necesidades del paciente, localización y tenacidad del depósito, forma del diente. (Schoen & Dean, 2009, p.83)

Instrumental rotatorio

Tartrectomía mecánica (ultrasónica o subsónica)

Son muy útiles al momento de eliminar el cálculo supragingival reduciendo el tiempo de instrumentación. Los ultrasonidos emplean ondas sonoras de alta frecuencia con el fin de fracturar los depósitos de cálculo dental sobre la superficie dentaria, a su vez la cavitación del agua realiza un lavado mecánico de la zona. Esta vibración desprende una gran cantidad de calor, por lo que la punta del instrumento está refrigerada por un chorro de agua que cumple una triple misión: Refrigerar el núcleo productor de vibraciones, lubricar la punta del instrumento para controlar la producción de calor en el diente, lavar y arrastrar los cálculos desprendidos, no usar nunca un aparato de ultrasonidos sin agua. (Schoen & Dean, 2009, p.84)

Se coloca la punta de trabajo del instrumento con una angulación aproximada entre 15 a 30° sobre la superficie del diente, dichas inclinaciones deben ser cortas, continuas y suaves. Se realizan movimientos oblicuos en superficies labiales – linguales y movimientos verticales en caras proximales de las piezas dentarias. No es necesario efectuar la aplicación de presión sobre el diente, ya que la propia energía vibratoria de la punta es la que desprende los depósitos. (Schoen & Dean, 2009, p.84)

Es inevitable no mencionar que toda tartrectomía ultrasónica tiene que ser terminada con instrumental de mano, con el fin de eliminar el cálculo al que no se pudo acceder. Finalmente, se deben explorar todos los sectores con sonda de exploración para asegurarse que la remoción fue completa. Haciendo referencia lo manifestado por Schoen & Dean⁵²:

“El instrumental subsónico (*air-scaler*) o cavitron. Es de apariencia externa similar al aparato de ultrasonidos. Tiene un fundamento diferente. Se conecta a la manguera de la turbina, de modo que el aire a presión produce dentro del instrumento unas turbulencias que se traducen en una vibración en la punta del orden de 6000 oscilaciones por segundos (Hz). Su eficacia ha sido menos estudiada que la de los ultrasonidos. Sus indicaciones y forma de uso son las mismas que en los ultrasonidos, aunque parece ser menos útil en la remoción de cálculo grueso, y de eficacia aparentemente similar en la remoción de cálculo fino” (Schoen & Dean, 2009, p.85).

Técnicas de alisado radicular

Principios de instrumentación

Agarre del instrumento

Es de fundamental importancia para realizar una correcta instrumentación. Aunque existen diversas formas, la más adecuada es la de lápiz modificado; es decir, se agarra el instrumento como si fuera un lápiz entre los dedos pulgar e índice, pero dejamos que el cuello del instrumento se apoye en la yema del dedo

⁵² Schoen, D. & Dean, M. (2009). *Instrumentación periodontal*. Barcelona, España: Masson S.A. p.85.

medio, de esta forma se facilita la precisión de nuestros movimientos y evita que sean descontrolados. Precisamente el dedo medio es el que percibirá todas las sensaciones táctiles. Otra forma de manipular el instrumento, es la presión palmar, siendo más recomendada para el afilado del instrumental. (Schoen & Dean, 2009, p.82) (*Ver figura N° 7*).

Punto de apoyo

Se utiliza el dedo anular básicamente como fulcro o como se suele mencionar punto de apoyo, con el fin de dar estabilidad a nuestras maniobras a emplear, con el fin de apoyarse lo más cerca posible de la zona de trabajo. En la práctica, se utilizará como punto de apoyo las estructuras intra o extraorales, en función de la necesidad de control y de las circunstancias (posición del paciente y del operador, presencia o ausencia de dientes, área de la boca a tratar). (Schoen & Dean, 2009, p.82) (*Ver figura N° 7*).

Movimiento

Los movimientos que se pueden realizar, van a depender de los dedos índice y pulgar, como también por medio de movimientos de la muñeca en el plano vertical y rotación de la misma en el plano horizontal, ofreciendo así los movimientos debidos de presión y tracción que son básicos para la supresión de cálculos supra como subgingivales. (Schoen & Dean, 2009, p.83) (*Ver figura N° 7*).

2.3.2 Operatoria dental

Definición

La odontología restauradora se puede definir según Nocchi E, en su libro *Odontología restauradora, salud y estética*.

“Como la especialidad odontológica que estudia y aplica de forma integrada el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico dentales. Los tratamientos preventivos o restauradores deben obtener como resultado el mantenimiento y el restablecimiento de la forma, la función y la estética, así como el de la integridad fisiológica en la relación armónica con las estructuras dental remanente, los tejidos blandos y el sistema estomatognático”⁵³. (Nocchi, 2008, p.2).

A lo largo de los siglos la caries ha sido predominantemente tratada según un modelo quirúrgico de restaurador, que incluía el diagnóstico de las cavidades por caries, seguido de la remoción del tejido cariado y la confección de restauraciones. Se estableció una forma mecanizada, como si se fuera a tratar una enfermedad infecciosa, es decir, todos los pacientes son tratados de la misma manera. (Nocchi, 2008, p.2).

De un modo general, las lesiones de caries limitadas al esmalte son tratadas de forma no invasiva. Este tratamiento comprende el uso de flúor como agente terapéutico (fluoroterapia) y la adaptación de medidas educativas para el paciente relativas a la dieta y la higiene, además del control profesional. Las lesiones de

⁵³ Nocchi, C. (2008). *Odontología restauradora: Salud y estética*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana. p.2.

caries que engloban la dentina exigen en su mayoría una intervención restauradora.

Instrumental operatorio

Auxiliares en el diagnostico

Bartolomucci L⁵⁴ expresa “que los instrumentos auxiliares o de diagnóstico, son aquellos que desempeñan una función secundaria en la preparación de las cavidades, ayudando así a facilitar un correcto diagnóstico clínico durante el examen del paciente. Este grupo de instrumentos está compuesto por:

Explorador.

Sonda periodontal.

Pinza algodонера.

Espejo bucal” (Bartolomucci, 2009, p.1-20).

⁵⁴ **Bartolomucci, L.** (2009). *Instrumental odontológico: Guía práctica*. Barcelona, España: Elsevier. p.p. 1 – 20.

Instrumental de mano

Cucharilla

Según Bartolomucci, en su libro de Instrumental odontológico: Guía práctica, es un instrumental manual, cuya parte activa es una hoja en forma de una *cucharita* curva, presenta a su vez un borde cortante en forma de un semicírculo, dándole al instrumento una convexidad externa y una concavidad interna que hace que este parezca una cuchara. Se lo utiliza principalmente para eliminar la dentina cariada así como para contornear amalgama. (Bartolomucci, 2009, p.4).

Bartolomucci L, hace referencia sobre la cucharilla lo siguiente:

“Igual que la hachita, la cucharita tiene un borde cortante en el final de su hoja que está paralela al mango del instrumento; además, existen cucharillas con corte a la derecha y corte a la izquierda. El cuello de algunas de éstas mantiene al final una hoja circular pequeña o en forma de disco y su extremo cortante se extiende alrededor del disco excepto para su unión con el cuello; estas son llamadas *cucharitas discoideas*”⁵⁵(Bartolomucci, 2009, p.4).

⁵⁵ Bartolomucci, L. (2009). Instrumental odontológico: Guía práctica. Barcelona, España: Elsevier. p.p.1 – 20.

Espátulas de cemento

En operatoria dental de acuerdo a lo expuesto por Bartolomucci, existe una variedad de materiales requieren ser mezclados, algunos sobre una loseta de vidrio, otros sobre una libreta de papel. Están disponibles diferentes espátulas, estas varían en tamaño y grosor.

Número 24, una espátula flexible, es usada para cemento de fosfato de zinc y cementos de ionómero de vidrio.

La serie 24A es más gruesa, para mayor rigidez, útil al preparar bases intermedias de gran consistencia.

La número 313 es usada para preparar los protectores pulpaes, tales como el hidróxido de calcio y luego transportarlos a la boca con el aplicador de hidróxido de calcio. (Bartolomucci, 2009, p.6).

Espátulas de Titanio

A propósito González A⁵⁶. menciona lo siguiente:

“Es un instrumento manual fabricado de acero inoxidable. Poseen una parte activa con distintas formas no cortantes, un mango largo con rugosidades para poder ejercer presión y un cuello que une ambas partes. En cuanto a la función que cumple, se la utiliza para aplicar el composite sobre la superficie dentaria a restaurar o sobre otras capas previas de composite, con el fin de realizar el modelado de éste y devolverle la morfología pérdida de la pieza dental. Como recomendación, se debe limpiar, desinfectar, secar y embolsar para su posterior esterilización” (González, Gutiérrez, Moya, Calderón, 2010, p.110).

Aplicador de hidróxido de calcio

Este instrumento presenta un extremo con punta o esférico, permitiéndole manipular el cemento de hidróxido de calcio (u otro material de baja viscosidad) para así poderlo llevar a la preparación cavitaria en aquellos casos donde se necesita un recubrimiento pulpar. (Bartolomucci, 2009, p.7)

Pieza de mano

Bartolomucci⁵⁷ expresa “que es la parte del equipo dental a la cual se fijan los instrumentos cortantes rotatorios, estas pueden girar a diferentes velocidades, según el uso que le vayamos a dar. Las mismas deben de tener un mantenimiento adecuado ya que su constante utilización se puede dañar. Las piezas de mano se pueden clasificar según su rango de velocidad, como ejemplos,

⁵⁶ **González, Á. Gutiérrez, D. Moya, L. Calderón, C.** (2010). Odontobook: Guía práctica de Odontología. España: SYL. Creaciones Gráficas y publicitarias S.A. p.110.

⁵⁷ **Bartolomucci, L.** Instrumental odontológico: Guía práctica. Barcelona, España: Elsevier, 2009, pág.8.

podemos mencionar cuatro usos prácticos de las distintas velocidades obtenidas en ese momento:

Baja velocidad (600 a 1.200 R.P.M), para preparar un canal endodóntico para recibir un poste.

Media-baja velocidad (3.000 R.P.M), para eliminar caries próxima a la pulpa dentaria.

Media velocidad (20.000 a 40.000 R.P.M), para desgastar un provisional de acrílico.

Alta velocidad (200.000 a 450.000R.P.M), para preparar un diente que va a recibir una prótesis fija, ej: corona de metal-porcelana” (Bartolomucci, 2009, p.1-24).

Instrumental rotatorio

Fresas

El instrumental rotatorio realiza múltiples procedimientos bien sea con fines restaurativos, quirúrgicos o de uso en el laboratorio. Por tal motivo, el reconocimiento de estos instrumentos desde el punto de vista de composición, materiales, clasificación, usos y adicionalmente la forma en que interactúan con los diferentes materiales en donde se necesitan ser utilizados correctamente, es muy importante para el ejercicio profesional. (Bartolomucci, 2009, p.10)

Son indispensables para tallar superficies dentales en primera instancia; como también son empleados para tallar otro tipo de materiales de uso dental como los acrílicos o los metales; en cuanto a su efecto, giran siempre sobre un mismo eje siendo totalmente concéntricos para realizar adecuadamente un corte, abrasión, bruñido, acabado y/o pulido. Se describe una serie de instrumentos cortantes rotatorios, con el fin de producir el desgaste de los tejidos dentales, preparar cavidades, pilares o soportes en prótesis fija y terminar diferentes materiales. Se les conoce generalmente con el nombre de fresas. (Bartolomucci, 2009, p.10)

Para darle claridad a este tópico mencionamos que se han considerado fresa al instrumento rotatorio metálico de corte por tener hojas filosas como cuchillas y a los instrumentos rotatorios que actúan por abrasión se les llama piedras, ya tengan como abrasivo diamante en polvo u otro tipo de material. En ocasiones se mencionan indiferentemente a la forma en que retiran el tejido dental. (Bartolomucci, 2009, p.10)

Tipo de aislamiento

Si bien lo menciona Nocchi⁵⁸, “es esencial realizar un apropiado aislamiento del campo operatorio, con el fin de favorecer los mejores resultados durante la etapa de la preparación cavitaria, principalmente en la elaboración de la restauración. Tres factores están directamente involucrados en la realización del aislamiento del campo operatorio:

Control de la humedad

⁵⁸ Nocchi, C. (2008). *Odontología restauradora: salud y estética*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.p.88.

Acceso al campo operatorio

Prevención de accidentes

El control de la humedad es de gran importancia, ya que incluye evitar la presencia de saliva, de fluido crevicular o de sangre en el campo operatorio. El acceso a dicho medio de trabajo, hace que el usuario mantenga abierta la boca, lo cual lograría una retracción de la lengua, de los labios y del tejido gingival. A su vez, sirve como medio de prevención de accidentes en los tejidos blandos y aspiración por parte del paciente de restos de material restaurador o de hasta de pequeños instrumentos” (Nocchi, 2008, p.88).

Aislamiento absoluto

Nocchi⁵⁹ enfatiza “que en la mayoría de los casos clínicos, el profesional debe optar por realizar este tipo de aislamiento, debido a que proporciona con mayor facilidad a concertar los factores básicos de aislamiento del campo operatorio y la prevención de accidentes. Sin embargo, en algunas situaciones en las cuales no sea posible realizar el aislamiento absoluto o cuando su realización pueda limitar la evaluación estética del campo operatorio, estará indicada la realización del aislamiento relativo, que puede ser tradicional o combinado.

Inicialmente se toman en cuenta las consideraciones relativas al aislamiento absoluto, en especial en odontología restauradora, está indicado en las siguientes situaciones:

Durante la preparación cavitaria con alta velocidad de rotación,

Durante la remoción de la dentina cariada,

Durante la realización de la restauración,

⁵⁹ Nocchi, C. (2008). *Odontología restauradora: salud y estética*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.p.88.

Durante la ejecución de la técnica de blanqueamiento.

Vale recalcar, que existen ciertas situaciones en donde se dificulta la aplicación del aislamiento absoluto con dique de goma, por lo que representan limitaciones clínicas tales como:

Dientes que aún no erupcionaron lo suficiente.

Algunos terceros molares.

Dientes extremadamente mal posicionados.

Pacientes con asma o dificultad respiratoria.

Tiempo de colocación.

Costo.

Resistencia por parte de algunos pacientes” (Nocchi, 2008, p.89).

Aislamiento relativo

En la actualidad, básicamente existen dos tipos de aislamiento relativo, como tradicional o combinado. El aislamiento relativo tradicional consiste en la colocación de rollos de algodón y eyector de saliva; dicha técnica puede ser combinada con la utilización de otros dispositivos y materiales que proporcionan mayor facilidad para obtener, mantener el aislamiento del campo operatorio durante el procedimiento restaurador. (Nocchi, 2008, p.91).

El dentista debe, inicialmente, entender las direcciones del flujo salival para decidir el correcto posicionamiento, torsión de los rollos de algodón. El flujo salival existente en la cavidad oral proviene, sobre todo, de las glándulas parótidas, subgingivales y submandibular. A partir del conducto de la glándula parótida, la saliva recorre los dientes superiores en dirección al surco vestibular inferior, a través de la región retromolar recorre las superficies vestibulares, linguales/palatinas de los dientes inferiores. (Nocchi, 2008, p.91).

Materiales de obturación

Obturaciones de composite

Las obturaciones de composites son una mezcla de un relleno de vidrio o de cuarzo en un medio de resinas lo que produce una obturación del color del diente, son conocidas como composites o resinas rellenas. Proporcionan buena durabilidad y resistencia a las fracturas en las restauraciones de tamaño pequeño y medio que deban soportar una presión masticatoria moderada; tiene la ventaja de que se necesita eliminar menos estructura del diente cuando el dentista prepara la cavidad, lo que puede resultar en una obturación más pequeña en comparación a la amalgama.

En el diccionario de Mosby⁶⁰, define lo siguiente:

“Los composites también pueden estar adheridos o retenidos en una cavidad por adhesividad, ya que es un material intermediario, cuyo fin es la unión de dos materiales entre sí, que a futuro evitaran la sensibilidad dental por motivo que éstos cierran los túbulos dentinarios; permitiendo a menudo que el dentista pueda realizar una reparación más conservadora del diente (Mosby, 2009, p.16).

Por lo general toma más tiempo colocar una obturación de composite que una obturación de amalgama, ya que requieren una cavidad que pueda mantenerse limpia, seca durante la obturación; pero como desventaja, presenta que son susceptibles a mancharse y a decolorarse con el tiempo.

Ionómeros

Se los considera como materiales translúcidos, del color de los dientes, elaborados a base de una mezcla de ácidos acrílicos y de polvos finos de vidrio que se utilizan en la obturación de caries, en particular de las que se encuentran en las superficies radiculares de los dientes. Liberan una pequeña cantidad de fluoruros lo que es beneficioso para los pacientes que están a alto riesgo de desarrollar caries.

Los Ionómeros vítreos convencionales son empleados principalmente en las zonas que no estén sujetas a fuertes presiones masticatorias; debido a su baja resistencia a las fracturas. En cambio, los Ionómeros de resina también están

⁶⁰ Mosby. (2009). *Diccionario de odontología*. Barcelona, España: Elsevier. p.16.

hechos de un relleno vítreo con ácidos acrílicos y resinas acrílicas, se utilizan para obturaciones muy pequeñas que no deban soportar cargas, como aquellas entre los dientes, como en las superficies radiculares y tienen una baja a moderada resistencia a las fracturas.

Vale recalcar que sufren un gran desgaste cuando se colocan en las superficies masticatorias. Tanto los Ionómeros de vidrio como los de resina imitan el color natural del diente, pero carecen de la translucidez natural del esmalte. Ambos tipos son bien tolerados por los pacientes con muy pocos casos de reacciones alérgicas.

Protocolo para realizar una restauración con composite

En la actualidad, la resina compuesta o composite, es el material de predilección por parte de los pacientes y profesionales de la salud oral, debido a sus excelentes propiedades estéticas y funcionales que presentan, por motivos que han desplazado a la amalgama. Cuniberti⁶¹, especifica a continuación el protocolo a seguir detalladamente:

“Anestesia local-regional (si el caso lo amerita).

Toma de color de la pieza dentaria: Se debe realizar la toma con luz natural, sin maquillaje ni dique de goma.

⁶¹ Cuniberti, N. & Rossi, G. (2009). *Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro*. Buenos Aires, Argentina, Medica Panamericana. p.p.159 – 160.

Aislamiento del campo operatorio: Esta puede ser, absoluto con dique de goma o relativo con torundas de algodón.

Eliminación de la caries y preparación de la cavidad: Se realiza de acuerdo a los procedimientos estudiados anteriormente.

Colocación de la matriz: Se sitúan matrices de celuloide, en cavidades de clase II, III y IV.

Colocación de protectores dentino-pulpaes: Si las cavidades son superficiales, no se coloca éste; en tanto, en las cavidades intermedias como profundas, si se coloca el protector dentino-pulpar que de preferencia es el *Hidróxido de Calcio*.

Grabado ácido: El grabado ácido es un gel fosfórico al 35 o 40 %, se coloca en la zona que va a ser desmineralizada por 15 a 60 segundos (de acuerdo a las indicaciones del fabricante), posteriormente se lava y se seca el esmalte grabado.

Colocación de un adhesivo dentinario o resina líquida: Se fotopolimeriza de acuerdo a las indicaciones del fabricante.

Aplicación de resina compuesta: Ésta se realiza en capas de dos milímetros de espesor máximo, para facilitarle la entrada de la luz, posteriormente se fotocura la resina.

Pulido de la resina compuesta: Se realiza con fresas múltiples filos o de diamantes, discos y mandril inmediatamente después de haber finalizado la obturación” (Moreno, 2008, p.70).

2.3.3 Cirugía dental

Generalidades

HUPP J, ELLIS E. & Tucker M⁶². definen la cirugía dental como:

“La Cirugía dental es aquella parte de la cirugía maxilofacial o bucal que se ocupa de extraer los dientes, mediante unas técnicas e instrumental adecuado, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, del lecho óseo que lo alberga. Al no existir una correcta técnica se puede producir fracturas de las tablas óseas, comunicaciones orosinusales, hasta incluso la lesión definitiva de los nervios que están presentes en la cavidad bucal” (Hupp, Ellis & Tucker, 2010, p.509).

Podemos determinar, que es la especialidad de la odontología que se encarga del diagnóstico, tratamiento, prevención de patologías orales, anomalías, enfermedades como también lesiones de los dientes, maxilares y tejidos blandos que requieran intervención quirúrgica. Por tal motivo, existe una gran variedad de instrumental, materiales específicos para la práctica quirúrgica en función de las necesidades del profesional; es importante realizar una buena planificación mediante la recopilación de una historia clínica correcta, de pruebas radiológicas y exámenes complementarios, para así, lograr un éxito en la intervención odontológica.

⁶² Hupp, J. Ellis, E. Tucker, M. (2010). *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona - España: Elsevier Mosby. p.509.

Instrumental

González, Gutiérrez, Moya & Calderón⁶³, “Entendemos por instrumental quirúrgico aquellos elementos o útiles diseñados para ejecutar una serie de técnicas y maniobras intraorales. Actúan como prolongaciones de las manos y los dedos del operador, facilitándole el acto quirúrgico. Entre el instrumental utilizado en cirugía bucal, se los divide de acuerdo a su acción:

Instrumento quirúrgico para anestesiar.

Instrumento quirúrgico para tejidos blando.

Instrumento quirúrgico para tejidos duros.

Instrumentos quirúrgicos de prensión y fijación.

Instrumentos para exodoncias.

Instrumento para sutura.

Instrumentos auxiliares” (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.197).

⁶³ González, Á. Gutiérrez, D. Moya, L. & Calderón, C. (2010). *Odontobook: Guía práctica de Odontología*. España: SYL. Creaciones Gráficas y publicitarias S.A. p.197.

Instrumento quirúrgico para anestesiar

Para realizar una correcta técnica anestésica local-regional, en cirugía bucal, es preciso disponer de una carpule, agujas descartables y ampollas contenedoras de soluciones anestésicas.

Jeringa de carpule

Es un instrumento quirúrgico ya sea metálico o de plástico descartable, son de fácil manejo y permite ejecutar cualquier tipo de técnica, ya sea infiltrativa/local-regional o troncular, la cual utiliza agujas desechables para depositar el contenido de la solución anestésica. Se imprimen maniobras de aspiración para tener la seguridad de no practicar inyecciones intravasculares; son susceptibles de esterilización.

Agujas desechables

Son de calibre fino y muy fino, por lo que regularmente la punción suele resultar prácticamente imperceptible para la mayoría de los pacientes. Todas las agujas se suministran esterilizadas y son de uso único, desechables. Se presentan en varias presentaciones y de acuerdo a su diferente tipo de uso, entre las cuales tenemos:

Agujas largas: Se utilizan para realizar la técnica de anestesia troncular y la arcada superior-posterior.

Agujas cortas: Se utilizan para ejecutar la técnica de anestesia infiltrativa o periapical; se emplean tanto en la arcada superior e inferior.

Agujas ultracortas: Se utilizan para la anestesia intraligamentosa, es decir, se introduce la aguja en el ligamento periodontal, para lo cual se requiere una jeringa de carpule especial.

Ampollas anestésicas

Son tubos cilíndricos de cristal con una goma atravesable por la aguja y por el otro lado un tapón de silicona donde se va a insertar el arpón de la jeringa de carpule, el cual va hacer que fluya el líquido anestésico, dicho contenido de las ampollas, pueden ser con vasoconstricción o sin él. Los anestésicos de vasoconstricción se usan para aumentar su eficacia y duración durante la intervención quirúrgica, ya que produce un estrechamiento de los vasos sanguíneos de la zona, haciendo que la solución anestésica se elimine a menor velocidad, pero no es recomendado su uso en pacientes hipertensos o con enfermedades cardiacas.

Instrumento quirúrgico para tejidos blando.

Bisturí

En lo referente a lo que González, Gutiérrez, Moya & Calderón mencionan, el bisturí es conocido también como lanceta o cuchillo de cirujano; de acuerdo a su función, es un instrumento en forma de pequeño cuchillo, el cual presenta una fina hoja cuyo extremo es puntiagudo con uno o dos bordes cortantes. Principalmente se lo utiliza para procedimientos de cirugía, tales como disecciones anatómicas, autopsias, vivisecciones, entre otros. En la actualidad existen diversos tipos de bisturí, entre los cuales son:

Bisturí convencional: La forma y tamaño dependen del uso y del lugar anatómico. Pueden tener una hoja fija o desechable, por ser instrumentos esencialmente de corte o incisión se fabrican con hojas extremadamente afiladas, solamente tocando un escalpelo levemente con las manos cortará la mucosa o piel.

Normalmente la presentación de la hoja es plana y recta, permitiendo así efectuar fácilmente cortes rectos o en línea y en caso de los de hoja fija ésta generalmente se curva gradualmente para una mayor precisión; presentan una ranura central que sirve para encajar en el mango y se distinguen numeradas por su forma según el tipo de corte que se desea hacer.

Los mangos son metálicos pero existen desechables de material plástico, presentan una arquitectura ligeramente corrugados o con muchos surcos de sujeción y son igualmente numerados del 1 al 15, siendo los más usados los No 3 (también denominado Bard-Parker o estándar), No 4 y No 7. Los mangos de hoja intercambiable son metálicos pero existen desechables de material plástico. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.195)

Tijeras

Instrumental metálico de corte, basado en el principio de palanca de primer género, cortan por la fricción de sus dos brazos u hojas; varían según su objetivo. Las mandíbulas pueden ser rectas, en ángulo o curvas, como las puntas son romas o agudas y el mango es recto, incurvado o acodado. Realiza cortes de tejidos blandos, como también retira puntos de sutura y corta alambres. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.195)

Periostotómos

Es un instrumento manual, fabricado de acero inoxidable; muestra una parte activa, doble o sencilla, con una forma más o menos triangular, que puede asumir bordes cortantes que suelen estar formados de una cara cóncava y otra ligeramente convexa.

Posee un mango largo (para su presión) y un tallo que une uno o ambos extremos. En función del tamaño y la forma de la hoja, se distribuyen varios tipos: Goldman, Busser, Obwegeser, Molt y Prichard.

Como lo expresa González, Gutiérrez, Moya & Calderón⁶⁴: “En cuanto a su acción, despega la mucosa del periostio del hueso o del diente, tras la incisión de los tejidos y realiza un colgajo que permite intervenir con comodidad. Se usa también para separar el tejido de la zona quirúrgica” (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.197).

Legras o cucharillas de cirugía

Son **instrumentos manuales** con bordes cortantes redondeados que sirven para **limar hueso**, elimina tejidos enfermos de los maxilares, limpiar y raspar **zonas con infección tales como granulomas, quistes**. Lucen un mango estriado y dos partes activas en sus extremos, con distinta angulación para facilitar su introducción en todos los alveolos. Las más utilizadas en el campo odontológico son las de Volkman, mientras que, dentro de los dobles, destacan las de tipo Lucas o Miller. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.199)

⁶⁴ González, Á., Gutiérrez, D. Moya, L & Calderón C. (2010). Odontobook: Guía práctica de Odontología. España: SYL. Creaciones Gráficas y publicitarias S.A. p. 197.

Instrumentos quirúrgicos de tejidos duros.

Instrumental rotatorio:

Consta de un micromotor, de velocidad regulable, en el cual se adecua según sea la necesidad una pieza de mano, un contraángulo o una turbina.

Pinza gubia

Es una pinza metálica con forma de alicate, presenta dos brazos articulados que se cierra por presión y se abren por el efecto de un muelle o resorte con capacidad de recuperación. Su parte activa tiene dos concavidades con bordes cortantes, activos, cóncavos y afilados. Respecto a su forma, pueden ser rectas o curvas. La función consiste en eliminar tejidos duros y regularizar superficies óseas. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.199)

Lima para hueso

Es un instrumento manual, que tiene como función eliminar hueso y regularizar los bordes de crestas óseas que no han quedado uniformes luego de haber realizado una exodoncia. El movimiento de trabajo radica en empujar y tirar; al tirar de ella es donde se produce el corte. Por esta razón, debe colocarse y controlarse cuidadosamente, ya que muestra una o dos partes activas, ya sean

rectas o acodadas que finalizan en una lima estriada; como también poseen un mango largo con superficie rugosa para su presión y un cuello que une las dos partes anteriores.(González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.199)

Ultrasonido

Asienten el corte del hueso sin lesionar el tejido blando, constan de distintas puntas en función del tipo de ostectomía.

Instrumentos quirúrgicos de prensión y fijación

Existen de múltiples tamaños y angulaciones y terminadas con puntas más o menos finas, atraumáticas (sin dientes) o traumáticas (con dientes). Constan dos tipos fundamentales, las pinzas de disección y las de forcipresión.

Pinza de disección

Es un instrumento de acero inoxidable, terminado en una punta fina y roma (sin diente) o con un pequeño pico (con diente). El cuerpo del instrumento tiene una zona rugosa que facilita su agarre, habitualmente, mide alrededor de 15cm. Cumple la función de permitir la presión y fijación de los tejidos.(González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.196)

Pinza de forcipresión

González, Gutiérrez, Moya & Calderón en su texto de Odontobook: Guía práctica de odontología indican que, es un instrumento manual de acero inoxidable, que se usa para sujetar, separa colgajos, además aproxima bordes y sutura. Como su función específica, se comercializan varios tipos:

Pinza de Collin: Sujeta la lengua.

Pinza de Allis: Sujeta tejidos y fija bordes tisulares.

Pinza de Kocher: Coge fragmentos de hueso o de otro tejido bucal.

Pinza de Pean: Hace ligaduras y ferulizaciones. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.197)

Instrumentos para exodoncias

Elevadores o botadores

González, Gutiérrez, Moya & Calderón mencionan, es un instrumento manual, elaborado de acero inoxidable. Posee la función de luxar dientes antes de

extraerlos, así como movilizar y extraer restos radiculares. Según el ángulo que forman estos componentes, los botadores se catalogan en dos tipos:

Rectos: Coinciden los tres componentes en línea recta, el mango suele tener forma de pera y es de tamaño grande para facilitar su manipulación; el tallo y la parte activa son de una medida variable. La porción activa tiene un lado convexo con el que se efectúa el apoyo y otro lado cóncavo que es el que se debe dirigir hacia la superficie dental.

Angulados: Se presentan en parejas, derecha e izquierda. Hay angulaciones de 90° a 120° entre el tallo y la parte activa. Se comercializan distintos tipos: Winter, Potts, Miller, entre otros. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.203)

Fórceps

Está fundamentado en el principio de la palanca de segundo orden. Hay un fórceps diferente para cada maxilar y tipo de grupo dental.

Fórceps para maxilar superior

Romero & Fernández⁶⁵ enuncian que “es un instrumento en forma de pinza, que permite aplicar una fuerza controlada al diente. Cumple la función de sujetar el

⁶⁵ Romero, A. & Fernández, I. (2011). *Manual de cirugía menor en atención primaria*. España: Editorial Club Universitario. p.160.

diente, luxarlo mediante determinados movimientos y extraerlo” Consta de tres partes: Una parte activa, la cual está destinada a la presión del diente a la altura del cuello y su forma varía en función de la pieza a extraer. Un mango o parte pasiva, cuya zona de sujeción manual del instrumento por parte del operador, con una parte rugosa que facilita el agarre. Zona intermedia, formada por una bisagra situada entre la parte activa y el mango.

Según González, Gutiérrez, Moya & Calderón, su parte activa, se diferencian en:

Incisivos y caninos: Completamente rectos, con valvas de forma rectangular y caras internas cóncavas para adaptarse a los dientes. Tipo universal superior Nº 1.

Premolares: De forma similar al modelo anterior, ligeramente ondulada por la posición más retraída. Tipo universal superior Nº 7 o con un ángulo obtuso de 45°.

Primer y segundo molar: De forma más angulada por tratarse de los dientes más posteriores. Presenta una valva con la cara interna cóncava para adaptarse a la raíz palatina y una valva con un pico central para adaptarse a la furca entre las dos raíces vestibulares Nº 17 derecho y Nº 18 izquierdo.

Tercer molar: Valvas muy anguladas Nº 67^a.

Raíces superiores: Forma de bayoneta, pero con valvas triangulares № 51 y № 51^a.

En la actualidad existe el fórceps universal № 150, el cual es se adapta fácilmente para avulsionar cualquier pieza dentaria del segmento tanto anterior como posterior del maxilar superior. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.203)

Fórceps de maxilar inferior

Instrumento en forma de pinza, el cual permite aplicar fuerza controlada al diente que se desea extraer, cuyo fin es sujetarlo, luxarlo y por medio de determinados movimientos avulsionarlo. Presenta una parte activa, la cual está destinada a la presión del diente a la altura del cuello y su forma varía en función de la pieza a extraer. Un mango o parte pasiva, cuya zona de sujeción manual del instrumento por parte del operador, con una parte rugosa que facilita el agarre. Zona intermedia, formada por una bisagra situada entre la parte activa y el mango. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.204)

Según González, Gutiérrez, Moya & Calderón, su parte activa, se diferencian:

Incisivos, caninos y premolares: La porción activa y el mango forman un ángulo más o menos recto. Las valvas son rectangulares con una cara interna cóncava y no contactan entre sí. Tipo universal inferior № 13.

Molares inferiores “Pico de Loro”: Las valvas son simétricas, rectangulares de cara interna cóncava y con un pico central para adaptarse al tipo universal inferior Nº 86C.

Molares inferiores “Cuerno de Vaca”: Las valvas son cónicas y curvas, terminadas en punta. Se encajan en la furca con un efecto cuña. Tipo universal inferior Nº 409 /16.

Raíces inferiores: Similar al fórceps para incisivos, caninos y premolares, pero con valvas más estrechas que contactan entre sí Nº 33 y 33^a.

En la actualidad existe el fórceps universal Nº 150, el cual es se adecua fácilmente para la avulsión cualquier pieza dentaria del segmento tanto anterior como posterior del maxilar superior. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.204)

Fórceps para exodoncias en dientes temporales

Es un instrumento en forma de pinza, que permite aplicar una fuerza controlada al diente. Cumple la función de sujetar el diente, luxarlo mediante determinados movimientos y extraerlo. Consta de tres partes: Una parte activa, la cual está destinada a la presión del diente a la altura del cuello y su forma varía en función de la pieza a extraer. Un mango o parte pasiva, cuya zona de sujeción manual del instrumento por parte del operador, con una parte rugosa que facilita el agarre.

La zona intermedia, formada por una bisagra situada entre la porción activa y el mango. Igual que en los modelos de fórceps para adultos, se distinguen los fórceps infantiles por su parte activa. Pueden ser de acceso lateral (el más utilizado) o frontal (para dientes poco accesibles). Tipo universal es № 150s para el maxilar superior y 151s para el maxilar inferior. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.205)

Instrumentos para sutura

Sutura y agujas

Sutura quirúrgica esterilizada por rayos Gamma de cobalto 60. La seda natural trenzada tiene un alma torcida para aumentar la resistencia tensil y se somete a un sistema de encerado y siliconado que proporciona a la seda un acabado uniforme y suave para facilitar el anudado. Ejerce la función de aproximar bordes o como comúnmente se dice, cerrar la herida quirúrgica. La misma que posee una longitud aproximada de 75cm y está montada sobre agujas atraumáticas de acero inoxidable, resistentes y suaves. La aguja puede tener una sección redonda o triangular y curvada en medio círculo, en cuanto a su punta, puede ser recta, curva, triangular o cilíndrica.

El diámetro del hilo se expresa de la siguiente forma: 2/0, 3/0, 4 /0, etc. El hilo de sutura de seda es el más manejado, pero tiene inconvenientes como la expansión por absorción de líquidos, la reacción ante un cuerpo extraño y la

retención de placa bacteriana. También se distribuyen suturas quirúrgicas de pologlicólico y nylon. Pueden ser reabsorbibles o no reabsorbibles.

Porta agujas

Es un instrumento fabricado de acero inoxidable, que posee forma de tijera sin corte. Tiene como destino sujetar la aguja y permitir guiarla para realizar los puntos, cuenta con un sistema de cremallera para fijar la aguja durante el procedimiento. Su longitud puede estar entre 14 y 18cm, en función de las formas y del fabricante. Los extremos tienen en su interior unas estrías que permiten colocar la aguja en la posición deseada. Entre los modelos más usuales, se encuentran: Porta agujas Mayo, Mathieu y Castroviejo. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.197)

Instrumentos auxiliares

Entre el instrumental que sirve como medio de ayuda al momento de realizar cualquier actividad quirúrgica tenemos:

Abrebocas

Es una cuña de goma, caucho o silicona que se ubican entre los molares de ambas arcadas, del lado opuesto al que se efectúa la intervención. Existen

abrebocas metálicos de cremallera unilateral o bilateral, cuyo interior algunos fabricantes la recubren especialmente en la zona en la que apoya el diente. Su uso es de gran valor ya que ayuda a mejorar la visión del campo operatorio. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.198)

Separador de Farabeuf

González, Gutiérrez, Moya & Calderón⁶⁶ en su texto expresa que “es un instrumento de acero inoxidable, con un mango plano y dos extremos que permiten retraer los tejidos blandos de la zona quirúrgica, como también protege y retira colgajos, lo que permite el acceso visual e instrumental en la región de la tuberosidad del maxilar, aunque también se puede emplear en cualquier otra región de la boca” (González, 2010, p.198).

Separador de Langenberk

Permite retraer los tejidos blandos de la zona quirúrgica; es un instrumento de acero inoxidable y facilita la visibilidad del campo, además, ayuda a retraer labios, mejillas y colgajos una vez despegados e inclusive a cierta profundidad. Puede ser utilizado tanto por el cirujano como el personal auxiliar. (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.198)

⁶⁶ González, Á. Gutiérrez, D. Moya, L. & Calderón, C. (2010). *Odontobook: Guía práctica de Odontología*. España: SYL. Creaciones Gráficas y publicitarias S.A. p.197.

Posiciones y maniobras previas a la exodoncia

Con el fin de suministrar al máximo las maniobras operatorias adecuadas para la exodoncias, el paciente como el profesional debe ubicarse de una forma correcta. En principio, en el sillón se puede efectuar cualquier intervención quirúrgica y especialmente la más elemental, la extracción dentaria. La posición más óptima para el paciente es estar sentado con la talla torácica formando 90 o 45 grados con las extremidades inferiores. (*Ver figura N° 8*).

En ocasiones excepcionales, puede instalar al paciente acostado o en posición de Trendelenburg, es decir, el paciente debe estar ubicado confortablemente en el sillón dental, con la espalda descansada en el respaldo y con la cabeza colocada cómodamente en el cabezal, pero logrando que ésta quede relativamente fija. La altura en la que se coloca el sillón y la ubicación del odontólogo varía según la técnica se aplique en el maxilar superior o la mandíbula y el diente a extraer.

Posición del paciente

Exodoncia en el maxilar superior

Gay & Berini⁶⁷ enfatiza que el “respaldo del sillón debe situarse en un ángulo de 45° con el cabeza ligeramente hacia atrás, de manera que la arcada dentaria superior forme un ángulo de 90° con el tórax.

⁶⁷ GAY, C. & BERINI, L. *Tratado de cirugía bucal*. Recuperado de:

http://190.186.18.100/biblioteca/datos/libros/ODONTOLOGIA/CIRUGIA/Tratado_de_Cirugia_Bucal/Tratado_de_Cirugia_Bucal00205.html.

Para obtener una correcta visión y una posición ergonómica del odontólogo, se recomienda que la arcada dentaria superior del paciente se encuentre a la altura de los hombros del profesional”.

Exodoncia en el maxilar inferior, lado izquierdo

Gay & Berini⁶⁸ mencionan que el sillón dental debe estar creando un ángulo recto entre el respaldo y el asiento, en cuanto a la cabeza del paciente debe estar en el mismo eje de su tronco y a la altura de los codos del profesional. Para las extracciones superiores el sillón debe estar tan abajo como sea posible.

Exodoncia en el maxilar inferior, lado derecho.

Gay & Berini⁶² indican que se forma un ángulo de 45° entre el respaldo y el asiento, con el operador actuando por detrás del paciente y el sillón en una posición inferior. Si se realiza una avulsión en el segmento anterior, el sillón estará más elevado para permitir al profesional trabajar delante del paciente. Estas posiciones permiten que el brazo cuelgue de forma laxa de la articulación del hombro y evitan la fatiga asociada a sostener los hombros en una posición alta y poco natural. Las posiciones bajas permiten que los músculos de la espalda y de las piernas del experto intervengan en la operación como ayuda para el brazo.

⁶⁸ Gay, C. & Berini, L. *Tratado de cirugía bucal*. Recuperado de: http://190.186.18.100/biblioteca/datos/libros/ODONTOLOGIA/CIRUGIA/Tratado_de_Cirurgia_Bucal/Tratado_de_Cirurgia_Bucal00205.html.

Posición del odontólogo

Para efectuar la extracción de los dientes del maxilar superior, GAY & BERINI⁶⁹ en su texto describen que el profesional se coloca a la derecha del sillón dental y delante del paciente; así quedando el operador y usuario frente a frente. Si debemos actuar en el segmento del maxilar inferior, sobre todo en la hemiarcada izquierda, nos situaremos a la derecha y delante del paciente; en cambio, para trabajar sobre la segmento derecho se recomienda ubicarse detrás del paciente, inclinado por encima de la cabeza del mismo. (*Ver figura N° 8*).

A pesar de todo lo expuesto, no concurre a un acuerdo unánime con respecto a la posición del odontólogo y la del paciente durante la intervención. Es dificultoso establecer reglas fijas, aunque queda claro que las posiciones adecuadas del operador y del enfermo contribuyen en gran manera a la habilidad y a la facilidad de la intervención; de todos modos, lo que resulta cómodo para un profesional puede no serlo para otro. Vale recalcar, que el operador no tiene que estar de puntillas, ni debe inclinarse demasiado; tampoco el paciente debe estar en una posición forzada o incómoda. La posición correcta vendrá determinada por la estatura del operador, la estatura del paciente, la región sobre la que se actúa y la dirección de la luz. (*Ver figura N° 8*).

⁶⁹ Gay, C. & Berini, L. *Tratado de cirugía bucal*. Recuperado de: http://190.186.18.100/biblioteca/datos/libros/ODONTOLOGIA/CIRUGIA/Tratado_de_Cirurgia_Bucal/Tratado_de_Cirurgia_Bucal00205.html.

Posición de las manos

Normalmente, la mano derecha está destinada al manejo del instrumental quirúrgico y la mano izquierda colabora en la exodoncia sosteniendo el maxilar, separando los labios o la lengua, etc., suministrando al operador los estímulos sensitivos necesarios para detectar la expansión alveolar y el movimiento radicular bajo las corticales óseas. Por ésta razón, se coloca siempre un dedo sobre la cortical vestibular y/o palatina-lingual que queda sobre el diente, mientras que otro dedo retrae el labio y la lengua; un tercer dedo, que puede ser el pulgar, guía el fórceps hacia su lugar y protege los dientes del maxilar opuesto contra el posible contacto accidental con la parte posterior del fórceps en caso de que el diente se desprenda súbitamente. En aquellos odontólogos zurdos, estas funciones están cambiadas. (GAY & BERINI, Recuperado de: http://190.186.18.100/biblioteca/datos/libros/ODONTOLOGIA/CIRUGIA/Tratado_de_Cirugia_Bucal/Tratado_de_Cirugia_Bucal00205.html.)

La posición de las manos es de gran importancia, puesto que facilita las maniobras quirúrgicas de la siguiente manera:

Sosteniendo el maxilar sobre el que se actúa, especialmente la mandíbula que, por la fuerza que se aplica en la extracción dentaria, puede verse sometida a presiones que luxen la ATM (Articulación Temporo Mandibular), para evitar dichos problemas, se recomienda colocar abre bocas o taco de goma que mantenga la cavidad oral en una apertura adecuada. Con la mano izquierda debe

proporcionarse una fuerza, de torsión igual y opuesta que contrarreste las fuerzas aplicadas mediante el fórceps con la mano derecha. (GAY & BERINI, Recuperado de: http://190.186.18.100/biblioteca/datos/libros/ODONTOLOGIA/CIRUGIA/Tratado_de_Cirugia_Bucal/Tratado_de_Cirugia_Bucal00205.html.)

Separando los tejidos blandos, evitando así que interfieran con los gestos quirúrgicos y previniendo una posible lesión de éstos tejidos por acciones involuntarias con el instrumental de exodoncia. Permite un control adecuado del campo quirúrgico, como también la fuerza y acción que ejecuta el operador. (GAY & BERINI, Recuperado de: http://190.186.18.100/biblioteca/datos/libros/ODONTOLOGIA/CIRUGIA/Tratado_de_Cirugia_Bucal/Tratado_de_Cirugia_Bucal00205.html.)

Protocolo para realizar una avulsión dentaria

Según Hupp J, Ellis E. & Tucker M⁷⁰. “Es el tratamiento a realizar cuando se han agotado todas las posibilidades de restaurar el órgano dental.

Requisitos para realizar una exodoncia

Condiciones higiénico sanitarias de los operadores y del consultorio.

⁷⁰ Hupp, J. Ellis, E. & Tucker, M. (2010). *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona - España: Elsevier Mosby. p.520.

Buena iluminación.

Privacidad del paciente.

Instrumental y materiales necesarios para la realización de la Exodoncia.

Instrumental y materiales para la aplicación de la anestesia convencional infiltrativa o troncular, babero, gorro, tapabocas, careta protectora, guantes quirúrgicos estériles, espejo, pinzas para algodón, cárpula metálica, gasas, solución antiséptica iodopovidona o gluconato de clohexidine, solución fisiológica estéril.

Instrumental y materiales para la ejecución de la extracción dental: sindesmótomos, elevadores rectos finos, anchos y medianos, elevadores tipo Winter y Barry, fórceps para todos los grupos dentarios de adultos, curetas alveolares.

Instrumental para el tratamiento de alguna complicación o accidente durante la ejecución de la extracción: turbina, micromotor, contra-ángulo y pieza de mano, suctor, bisturí Bard Parker No.3, hojas para bisturí N°15, periostótomos, pinzas gubias, limas para hueso, tijeras quirúrgicas, porta-agujas rectos y curvos, pequeños y medianos, pinzas hemostáticas, elevadores apicales, fresas cilíndricas para turbina como punta de diamante troncocónica de grano grueso o Zecria. Materiales hemostáticos.

Técnica operatoria

Colocación del Paciente

Para dientes maxilares: Colocar el sillón dental a la altura tal que la cabeza del paciente quede al nivel del codo del odontólogo.

Para dientes mandibulares: Colocar el sillón bajo y con la arcada inferior paralela al piso, en caso de trabajar parado.

Iluminación

Es imprescindible buena iluminación del campo quirúrgico con la lámpara de equipo dental.

Antisepsia Bucal

Se puede realizar con colutorios previos inmediatos a las técnicas de anestesia cuando el odontólogo lo considere necesario.

Anestesia

Para todos los dientes maxilares se puede realizar anestesia infiltrativa. En los dientes mandibulares anteriores hasta los premolares se puede infiltrar; en los molares, se debe elegir troncular del nervio alveolar mandibular ó dentario inferior.

IMPORTANTE: Cuando se aplican las técnicas tronculares se debe esperar de 3 a 5 minutos. Cuando se aplican las técnicas infiltrativas se debe esperar al menos, 1 minuto.

Sindesmotomía

Realizarla con sindesmótomos que no estén deteriorados previamente a todos los dientes que se van a extraer en todas sus caras libres. Se hace necesaria para facilitar la colocación de los fórceps y para corroborar los síntomas de la anestesia. La sindesmotomía ideal debería llegar hasta el ápice del diente.

Avulsión dentaria

Consta de 3 tiempos:

Aprehensión: colocación del fórceps al diente cuidando no incluir la encía.

Luxación: Movimientos de lateralidad ó rotación según la anatomía dentaria, en dirección apical, hasta lograr la dilatación del alvéolo.

Tracción: Salida del diente de su alvéolo. Inmediatamente se debe observar la integridad ó no de las raíces y mantener el diente en el paquete del instrumental con que se está trabajando.

IMPORTANTE: Cada grupo dentario tiene su fórceps anatómico específico, el cual debe ser utilizado. Sí las condiciones del diente no lo permiten, se pueden utilizar elevadores. Debe tenerse muy en cuenta la posición de la mano izquierda del operador, realizando la protección imprescindible durante todo el acto quirúrgico. Esta maniobra evita accidentes.

Revisión del Alvéolo

Después de extraído el diente siempre se debe revisar el alvéolo para buscar granulomas ó esquirlas óseas, para lo cual se lo irriga con solución salina (suero fisiológico) y se verifica con una cureta las paredes” (Hupp, Ellis & Tucker, 2010, p.520).

Diagnóstico - tratamiento de accidentes y complicaciones

No son frecuentes las complicaciones y accidentes que durante la extracción dental se le pueden presentar al odontólogo, pero es obligatorio que éste y su asistente, se encuentren preparados para instaurar un tratamiento eficaz, pero sobre todo es necesario prevenirlas y evitarlas.

Medidas de prevención:

Es necesario mantener siempre presente los siguientes puntos de referencia:

Historia Clínica: un registro adecuado en la Historia Clínica puede orientar al odontólogo sobre la aparición de posibles complicaciones. Por lo tanto deben consignarse en ella todo lo ocurrido durante el procedimiento.

Indicación de sedantes, en los casos que lo requieran.

Vinculación del médico general en caso necesario.

Manifestaciones clínicas que se identifican como urgencias:

Palidez cutánea mucosa.

Sudoración fría y profusa

Pupilas dilatadas y ausencia de reflejo pupilar.

Malestar General.

Hemorragia.

Vómitos, Hematemesis.

Sensaciones anormales y dolor.

Disnea ó Hiperventilación (respiración superficial y rápida, con sensación de mareo y aparente pérdida de conciencia).

Apnea (paro respiratorio en inspiración máxima)

Hemoptisis, Cianosis.

Pulso: Rápido o Lento.

Presión Arterial: Alta o Disminuida.

Ante éstas manifestaciones se realiza lo siguiente:

Observe si la respiración del paciente es la adecuada, asegúrese la permeabilidad de las vías aéreas respiratorias.

Tenga en cuenta el grado de conciencia del paciente. Tome Presión Arterial y Pulso.

Remitir de urgencia al hospital en caso de que las manifestaciones mencionadas se prolonguen en el tiempo y no haya recuperación en un tiempo de 5 minutos.

Indicaciones post exodoncia

Siempre que se concluya una exodoncia se deben indicar las medidas a cumplir:

Mantener la gasa estéril mordiendo durante 1 hora.

Mantener la cabeza elevada las primeras horas, evitando acostarse; si debe dormir, apoye la cabeza sobre dos almohadas.

No hacer ningún esfuerzo físico durante las próximas 24 horas.

No realizar buches.

Colocar compresas frías las primeras 24 horas alternando por períodos cortos de tiempo en la zona indicada por el profesional.

Es aconsejable no hacer aspiraciones bruscas de aire como fumar o succionar en las siguientes 48 horas.

No ingerir aspirina.

Ingerir alimentos blandos y tibios los 2 primeros días.

No escupir.

A las 24 horas realizar la higiene bucal normal.

Complicaciones

El equipo de sanidad⁷¹ “define una complicación en cirugía oral, como un suceso indeseable que ocurre durante o después de la intervención; si éste suceso pasa inadvertido, o no es tratado correctamente y adecuadamente, puede provocar importantes consecuencias al paciente. Afortunadamente en la mayoría de los casos, estas complicaciones son leves o pasan desapercibidas. Entre las causas más frecuentes, son debidas a:

Secundarias al estado general del paciente.

Errores de diagnóstico.

Mala indicación.

⁷¹ **Equipo de sanidad.** (2007). *Odontopediatría en atención primaria*. Málaga, España: Vértice. p. 11.

Mal uso de los instrumentos.

Aplicación de fuerzas excesivas.

No visualización de la región operatoria, de una forma suficiente.

Consultar con el odontólogo, si luego de haber realizado la extracción sucede lo siguiente:

Hemorragia (salida profusa de sangre)

Inflamación (hinchazón de la cara)

Dolor, infección o retardo de la cicatrización de la herida” (Equipo Sanidad, 2012, p.11).

Complicaciones consecuencia directa del acto operatorio

Accidentes en relación con los dientes

Se puede producir tanto una fractura de una raíz dental, la cual debe ser extraída, sobre todo si existe infección (si se dejase, se debe informar al paciente y hacer un seguimiento). En cuanto existiese una luxación o fractura de un diente vecino.(Navarro, 2008,p.511)

Accidentes en relación con los huesos maxilares

Cuando existe una fractura del hueso alveolar, ésta debe ser retirada para así evitar posibles infecciones o secuelas. En caso de que exista una luxación de la mandíbula (ATM), puede pasar tras un tratamiento largo con boca abierta tales como: Extracciones, reconstrucción de piezas fracturadas, entre otros. (Navarro, 2008, p.511)

Accidentes con las partes blandas

Suele suceder comúnmente, quemaduras por roce en el labio o comisura con la utilización de instrumental rotatorio. (Navarro, 2008,p. 511)

2.3.4 PRINCIPIOS DE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ODONTOLÓGICA

Generalidades

Tomando referencia lo expuesto por el Equipo de Sanidad⁷² en su texto, lo siguiente:

“La prevención es cualquier medida que permite reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien

⁷² **Equipo de sanidad.** (2007). *Odontopediatría en atención primaria*. Málaga, España: Vértice. p.12.

interrumpir o aminorar su progresión. Naturalmente ésta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier acción en Odontología puede considerarse un acto preventivo. Este concepto es posible, ya que toda enfermedad tiene su historia natural, es decir, la evolución o curso que sigue a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento (Equipo de Sanidad, 2012, p.12). (Ver figura N° 9).

Existen varias filosofías preventivas:

Filosofía práctica

Es el modo en que el profesional orienta su trabajo para lograr los objetivos previstos.

Filosofía restauradora

El profesional dedica todos sus esfuerzos a mantener, curar o restaurar la salud bucodental.

Filosofía preventiva

Los profesionales dirigen sus esfuerzos a mantener libre de enfermedades la boca del paciente, el mayor tiempo posible.

Instrumental para atención preventiva

A propósito en el texto desarrollado por el Romero A & Fernández I⁷³, hacen referencia a lo siguiente:

“Además de utilizar el material de exploración, se emplean materiales que sirven para aplicar flúor sobre las piezas dentales, ya sean cubetas desechables para colocarlo en forma de gel, o torundas de algodón para administrarlo en forma de barniz. El flúor también se lo aplica mediante jeringas parecidas a las de anestesia, depositándolo sobre la superficie dental. En odontología preventiva se precisan cepillos desechables que se adaptan al contraángulo para proceder a la limpieza de los dientes antes de usar selladores. En el caso de los sellantes de fosas y fisuras, se aplican por medio de pinceles desechables o dispositivos especiales, dependiendo de cada sistema” (Romero & Fernández, 2011, p.162). (Ver figura N° 9).

Valoración de signos vitales

El examen inicial es una evaluación rápida del estado general del paciente para identificar cualquier trastorno que ponga en peligro inminente la vida. Es por ello, que los signos vitales son claves que se usan para evaluar el estado del paciente; el primer conjunto de los signos vitales que se obtengan se llaman *signos vitales de base*, los cuales incluyen la medición cuantitativa (numérica) objetiva, donde siempre se incluirá las respiraciones, pulso y tensión arterial. Un problema o déficit en uno de los demás sistemas o funciones vitales afectará de manera progresiva y se reflejará con alteraciones en el aparato respiratorio, circulatorio y

⁷³ Romero, A. & Fernández, I. (2011). *Manual de cirugía menor en atención primaria*. España: Editorial Club Universitario.p.162.

sistema nervioso; por lo tanto, el estado de éstos sistemas sirven de directriz para valorar y medir el estado general del paciente⁷⁴.

Protocolo a seguir para realizar una correcta periodoncia

Detección de placa bacteriana

Administrar al paciente las gotas de la solución de fucsina o indicarle que mastique la pastilla reveladora y la distribuya con la lengua por todas las superficies dentales durante un minuto, se procede a eliminar los excesos enjuagándose una sola vez y se le muestra al paciente con un espejo de mano, las superficies más teñidas indicando la presencia de la placa bacteriana; es necesario realizar este control semanal o según el caso lo amerite. (Universidad de Panamá. & Asociación Odontológica Panameña. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/programas/salud_bucal/NORMAS%20TECNICAS%20Y%20PROTOCOLOS%20%28MANUAL%29.pdf).

Técnica de cepillado

Mostrar al paciente la técnica de cepillado de la siguiente forma:

⁷⁴ En la exploración física general es importante tener en cuenta algunos signos vitales, temperatura corporal, frecuencia respiratoria, frecuencia del pulso, presión- presión arterial... **Chimenos, E. & López, J.** (2010). *Esquemas de medicina bucal*. Barcelona, España, Edicions Universitat Barcelona. p.20.

“Tomar el cepillo con firmeza colocando el dedo pulgar en el dorso del mango.

Colocar las cerdas del cepillo en un ángulo de 45 grados (parte en la encía y parte en el diente) y bajar como si estuviera barriendo.

Iniciar en el cuadrante superior derecho haciendo el barrido hacia abajo y continuar hacia el lado superior izquierdo incluyendo las superficies palatinas con movimientos hacia abajo. Luego el cuadrante inferior izquierdo y por último el cuadrante inferior derecho incluyendo las superficies linguales.

Las superficies masticatorias u oclusales se cepillan en forma circular.

Cepillar la lengua y carrillos.

Concluida esta acción enjuagarse la boca con abundante agua.

Se podrá proceder a realizar una tinción de placa para detectar si la técnica de cepillado ha sido aplicada correctamente. Es necesario indicar lo siguiente:

Indicar al paciente que el cepillado dental debe realizarse después de cada comida, por lo menos tres veces al día.

El cepillo deberá lavarse bien de forma tal que no queden restos alimenticios.

Debe cambiar el cepillo cada tres meses o cuando las cerdas hayan perdido su firmeza. Además, se recomienda cambiarlo después de un resfriado u otra infección viral.

Recomendar cremas dentales o pastas fluoradas.

En caso de menores deben darse las indicaciones a la madre o tutor:

Realizar la higiene con un pañito y agua o con un cepillo dental pequeño y de cerdas suaves.

La crema dental se aplicará cuando el niño controle el reflejo de deglución y sepa expectorar, alrededor de los 4 años.

La cantidad de crema dental debe ser del tamaño de una lenteja y con una concentración de flúor de 400 a 500 ppm (partes por millón).

Esta actividad se puede realizar en la instalación de salud, escuelas, centros de promoción, casas comunales, comunidad y otras. A los niños menores de tres años se les realizará la técnica de cepillado cuando asistan a sus controles de salud buco- dental, esto se hará de una a dos veces al año o según sea el riesgo del paciente a la caries dental”. (Universidad de Panamá. & Asociación Odontológica Panameña. Recuperado de:

http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/programas/salud_bucal/NORMAS%20TECNICAS%20Y%20PROTOCOLOS%20%28MANUAL%29.pdf) (Ver figura N° 9).

Uso del hilo dental

“Informar al paciente que el uso del hilo dental está indicado en aquellas áreas que el cepillo no puede pasar, como por ejemplo: espacios interdentarios, superficies retromolares y áreas de apiñamiento dental.

Para desempeñar un correcto uso, se procederá a realizar lo siguiente:

Enrollar los extremos del hilo en los dedos medios, dejando un espacio sin enrollar de 5 cm aproximadamente.

Utilizar los dedos pulgares dándole la angulación necesaria para ejecutar la acción.

Hacerlo pasar por los espacios interdentarios contra las superficies proximales de tal forma que no lastime las encías, limpiando cualquier resto de alimento o de placa dental que haya quedado, moviéndolo desde el espacio libre de la encía hacia el borde incisal u oclusal de las piezas dentarias. (Ver figura N° 9).

Se retirará con cualquiera de los dedos medios. Enrollar la parte usada dejando la porción del hilo que no se haya utilizado libre para el mismo fin.

En caso de los niños (as) se orientará a un adulto para que realice la acción”.
(Universidad de Panamá. & Asociación Odontológica Panameña. Recuperado de:
http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/programas/salud_bucal/NORMAS%20TECNICAS%20Y%20PROTOCOLOS%20%28MANUAL%29.pdf)

Profilaxis dental

“Es una medida preventiva que consiste en la remoción de placa bacteriana y cálculo de la superficie expuesta del diente por medio del detartraje supragingival y pulido coronario. Se realizará cada seis meses a todos los pacientes o puede ser más frecuente según riesgo; todo niño que tenga erupcionado los 20 dientes deciduos se le hará la profilaxis dental, o de acuerdo a su nivel de riesgo cariogénico, antes de completar la dentición decidua. (Ver figura N° 9).

La importancia de una correcta profilaxis dental consiste en:

Eliminación de depósitos duros supragingivales con el instrumental adecuado.

Eliminación de pigmentos y pulido coronario con elementos rotatorios y pasta profiláctica.

Indicación de elementos de higiene bucal: Mecánicos (cepillado y uso del hilo dental) y químicos (colutorios) para el control de la placa bacteriana según edad y riesgo del paciente”. (Universidad de Panamá. & Asociación Odontológica Panameña. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/programas/salud_bucal/NORMAS%20TECNICAS%20Y%20PROTOCOLOS%20%28MANUAL%29.pdf)

Enjuagues bucales

“Los enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2% constituyen una de las principales medidas en la prevención masiva de caries dental, de eficacia comprobada (30-35 % de reducción de caries), costos razonables y de fácil aplicación. Muy recomendados en áreas de agua no fluorada.

El método de uso se basa en lo siguiente:

Indicar que efectúe la técnica de cepillado previo al enjuagatorio. No debe excluirse del enjuagatorio al paciente que olvide su cepillo.

Dosificar usando un vasito medidor o cucharitas para medir la cantidad de 10cc. (dos cucharaditas) en adultos y para los niños(as) de 5 años (Kinder) la cantidad de 5cc (una cucharadita).

Indicarles que deben inclinar la cabeza hacia adelante y hacia abajo para impedir que se traguen la solución al realizar el enjuague.

Referirles que deben mover la solución por todas las superficies dentarias por un minuto y luego escupir en una bolsa plástica o basurero.

Se debe controlar el tiempo y recordar que no deben tragarse la solución.

No enjuagarse, ni ingerir alimentos antes de 30 minutos.

El flúor preparado podrá ser guardado hasta por 7 días, a temperatura ambiente y 30 días si se guarda en refrigeración.

NOTA: Se podrá recomendar enjuagatorios de flúor de baja concentración para uso casero según el nivel de riesgo cariogénico del paciente”. (Universidad de Panamá. & Asociación Odontológica Panameña. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/programas/salud_bucal/NORMAS%20TECNICAS%20Y%20PROTOCOLOS%20%28MANUAL%29.pdf)

Dentífricos

“Son muestras homogéneas y estables de diversos compuestos en variadas proporciones, cuya presencia y concentraciones dependen del tipo de producto ofrecido por el fabricante. Pueden identificarse grupos o sistemas componentes:

El sistema limpiador que está constituido por un detergente, un abrasivo y algún componente adicional (espumantes) que facilite la acción limpiadora.

El estabilizante que suministra homogeneidad y plasticidad a la mezcla. Aquí debe tomarse en cuenta que los distintos componentes de una formulación pueden no ser miscibles entre sí, formando fases separadas lo que dificultaría la acción integral del dentífrico como profiláctico. Los componentes del sistema estabilizante permiten que se forme una mezcla homogénea, funcionando como un vehículo en común; son utilizados generalmente tenso activos emulsificantes y lubricantes orgánicos.

El sistema profiláctico es el de mayor importancia preventiva, asiste y complementa al sistema limpiador en su acción anticariogénica. Algunas formulaciones presentan anestésicos en bajas concentraciones, otras protectores y/o reforzadores de la hidroxiapatita, principal constituyente del esmalte dental. Los más utilizados en la actualidad son los antibacterianos, en el cual entre sus compuestos presentes están las sales fluoradas las que realizan ésta función en la mayoría de los casos”. (Universidad de Panamá. & Asociación Odontológica

Panameña. Recuperado de:

http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/programas/salud_bucal/NORMAS%20TECNICAS%20Y%20PROTOCOLOS%20%28MANUAL%29.pdf).

Aplicación tópica de flúor

“La aplicación tópica de flúor es un procedimiento dental preventivo, en el que el odontólogo aplica la mencionada sustancia sobre las piezas dentarias, para evitar futuras lesiones de caries dental. Ha sido comprobado que:

Hace más resistente al esmalte de los dientes.

Elimina las bacterias que producen la caries dental.

Evita que los dientes sean dañados por la acción de las bacterias y los ácidos que estas producen luego de que comemos y no nos cepillamos adecuadamente los dientes.

Se recomienda aplicar flúor en el consultorio dental, desde que el niño cumple 1 - 2 años de edad y se debe realizar su colocación de acuerdo al riesgo que presente el paciente de la siguiente manera:

Bajo riesgo: 2 veces al año

Mediano riesgo: 2 a 3 veces al año

Alto riesgo: 3 a 4 veces al año o según lo considere el profesional.

Las personas con alto riesgo de caries dental necesitan de una mayor exposición a los fluoruros, ya sea en colutorios o enjuagatorios, gel, espumas o barnices tópicos. Nunca se deben indicar dos medidas masivas de prevención por vía sistémica; es decir, si existe flúor en el agua de consumo humano en concentraciones adecuadas aproximadamente 0.6 ppm (partes por millón), no deben prescribirse multivitaminas o suplementos con flúor por vía bucal o sistémica, pero sí se pueden indicar en forma tópica tomando en cuenta el riesgo de caries del paciente.

Frecuencia recomendada de la dosis de fluoruro en los suplementos dietéticos.

La dosis de fluoruros depende de:

Nivel de fluoruro en el agua de consumo.

Edad del niño.

La técnica de fluorización se la realiza de la siguiente manera:

Aislamiento relativo.

Secar los dientes con aire comprimido

Colocar la solución de flúor utilizando las cubetas individuales o aplicar la solución de flúor al 1.23% sobre la superficie de todos los dientes con un hisopo de algodón y mantenerlo por el tiempo estipulado por el fabricante

Dar instrucciones al paciente de no enjuagarse, ni ingerir alimentos antes de 30 minutos.

Nota: Los pacientes que han sido sometidos a radioterapia deben ser tratados preferiblemente con fluoruro estañoso”. (Universidad de Panamá. & Asociación

Odontológica Panameña. Recuperado de:

http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/programas/salud_bucal/NORMAS%20TECNICAS%20Y%20PROTOCOLOS%20%28MANUAL%29.pdf)

Selladores de fisuras

Los selladores de fosas y fisuras son beneficiosos, porque actúan como una barrera protectora en las hendiduras del esmalte, las cuales están fuera del alcance de la acción de las cerdas del cepillo dental contra los microorganismos y sus productos; a su vez, son manejados como alternativa terapéutica en

procedimientos restauradores microconservadores los cuales fomentan la conservación de la estructura dental y no su remoción innecesaria; éstas restauraciones con instrumentación mínima poseen una finalidad terapéutica, preventiva y simultáneamente. Los sellantes son resinas fluidas y de poca viscosidad autopolimerizables o fotopolimerizables que se aplican sobre las superficies masticatorias en esmalte sano (fosas y fisuras) para reforzar y proteger al diente de superficies vulnerables de invasión bacteriana. (Diéguez, Pascual, Vela & Visuerte 2009, p.25).

Según lo menciona Diéguez E, Codeso F & Vela C⁷⁵. en su libro *Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales, que:*

“En cuanto al momento idóneo para la colocación de un sellador, éste se produce cuando la erupción de las cara oclusal permite una técnica de colocación correcta. Se trataría de una “urgencia”, ya que el riesgo de caries es máximo durante esta etapa de erupción y maduración del esmalte. En el caso de que los dientes no erupcionen totalmente, el aislamiento relativo cuidadoso puede ser más pertinente que el absoluto, con objeto de sellar con la mayor rapidez posible; en el caso de los molares superiores, se puede proceder a sellar primero la fosa central y cuando la erupción lo permita, se lo ejecutará en el surco distopalatino” (Diéguez, Pascual, Vela & Visuerte 2009, p.25).

⁷⁵ Diéguez, E., Pascual, F. Vela, C. & Visuerte, J. (2009). *Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales*. España: Vigo.p.25.

PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS EN LAS PIEZAS POSTERIORES

Efectuar una correcta aplicación del sellador de fisuras, que prevenga la aparición de caries en las superficies tratadas. No es necesario anestésiar para la colocación de éste, por lo que se puede serenar al paciente en caso de que tenga miedo al dolor; no se requieren cuidados especiales, tras la colocación de sellantes.

Equipamiento necesario

Instrumental de aislamiento.

Pincel aplicador de gel y sellador.

Lámpara de fotopolimerización.

Gel de ácido fosfórico.

Resina selladora.

Proceso operatorio

“Aislamiento del campo operatorio: Se recomienda el uso de dique de goma para realizar un aislamiento absoluto, también es factible el uso de torundas de algodón para un aislamiento relativo.

Limpieza de la superficie dentaria: Éste se da mediante el uso de un cepillo profiláctico en contraángulo del Micromotor.

Grabado ácido: Se lo aplica según las indicaciones del fabricante.

Aplicación del sellador: Se coloca sobre el esmalte previamente grabado, la resina de sellado y se extiende con un chorro de aire de la jeringa de tres usos.

Fotopolimerización del sellador: Se fotocura con una lámpara durante el tiempo estimado que es de 40 segundos.

Comprobación de la oclusión: Se comprueba que el sellador, no interfiera en la oclusión del paciente, ni existan desajustes en márgenes que faciliten la acumulación de placa bacteriana⁷⁶. (Diéguez, Pascual, Vela & Visuerte, 2009, p26)

Atención odontológica en mujeres embarazadas

Según lo expuesto por Fernández y Chávez⁷⁷. “La duración promedio del embarazo humano es de 280 días (40 semanas). El periodo de gravidez se divide en trimestres, presentando a su vez signos y síntomas característicos de cada etapa, para lo cual deben ser previamente valoradas el estado de salud que se presenta en condiciones actuales (como son la presión arterial, la frecuencia

⁷⁶ Diéguez, E., Pascual, F. Vela, C. & Visuerte, J. (2009). *Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales*. España: Vigo.p..26.

⁷⁷ Fernández, O. & Chávez, M. (2010). *Investigación materno infantil*. México D.F: Medigraphic. p.p. 81 – 82.

cardiaca, la estatura y el peso), ya que por lo general, varían de un periodo a otro.

Primer trimestre

Este periodo esta explícito desde la concepción hasta la semana 13.5. Entre los principales cambios que se producen durante ésta etapa del embarazo son:

Suspensión de menstruación.

Náuseas.

Vómitos.

Sensación de hormigueo.

Aumento en las glándulas mamarias y cambios del útero.

Segundo trimestre

El segundo periodo de gravidez es desde la semana 13.6 hasta la 27. Durante el cual, sucede lo siguiente:

Percepción de movimientos fetales.

Contracciones uterinas.

Palpación e identificación del feto.

Ruidos cardiacos fetales y cambios dérmicos.

Tercer trimestre

Finalmente acaba el periodo de gestación a partir de la semana 27.1 hasta la semana 40 con la presencia de los siguientes signos:

Amenorrea continúa.

Contracciones uterinas más apreciables.

Aumento de molestias pélvicas.

Menos compresión del abdomen.

Signos de alarma durante el embarazo: ausencia de movimientos fetales, ruptura de membranas, edema, fiebre (38 °C o más), contracciones uterinas y dolor abdominal. El embarazo puede condicionar una deficiencia inmunitaria transitoria, por lo cual lo primordial es la eliminación de focos de infección.

La atención odontológica en la mujer embarazada comienza realizando la historia clínica, consignando la edad gestacional, exploración, diagnóstico, detección de infecciones y plan de tratamiento. Éste se llevará a cabo con la eliminación de focos de infección, mediante:

La educación para la salud dental.

Raspado coronal.

Programa de control personal de placa.

Eliminación de procesos cariosos.

Reafirmación de raspado, dada la alta prevalencia de alteraciones gingivales.

Elaboración de prótesis (si el caso lo amerita).

Las enfermedades bucales con más alta frecuencia son la caries y las parodontopatías; la necesidad de prevenirlas e iniciar la atención oportuna cuando se presentan ha sido motivo de múltiples acciones. Por su magnitud, las alteraciones orales forman un problema en la paciente embarazada que depende en gran parte de la aplicación de medidas preventivas y curativas.

Siempre que sea posible, el primer paso en el tratamiento dental deberá ser contactar con el obstetra el cuidado de la paciente para discutir el estado médico, los requerimientos dentales y el plan del tratamiento propuesto. Las estrategias educativas que tienden a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud, en donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes como una población que amerita atención especial.

Se ha mencionado con frecuencia (la descalcificación) que sufren los dientes maternos, se habla de que «el bebé le roba calcio a los dientes de la mamá», del daño que producen las radiaciones dentales y lo nocivo de los medicamentos que utiliza el odontólogo como es el caso de los anestésicos. Hasta el momento se acepta que: El embarazo no descalcifica los dientes, la dosis de radiación dental que se emplea no causa daño (por seguridad se usa el mandil de plomo) y los medicamentos (penicilina y paracetamol) y anestésicos como los tipo amida (lidocaína) que se emplean usualmente en la práctica odontológica no tienen repercusión materna ni fetal, ya que no se utiliza anestésicos tipo éster (prilocaína) porque puede provocarle síndrome de «metahemoglobinemia» por la acción del metabolito final de dicho anestésico.

Atender a una paciente que cursa por el primer trimestre de gestación puede aumentar la posibilidad de regurgitación, náuseas y vómito, lo cual dificultaría la colocación de dique de hule. Se debe anestesiarse depurando la técnica para evitar intentos fallidos.

En el segundo y tercer trimestre, la mujer puede mostrar mayor hipotensión simplemente al colocarse en decúbito dorsal (supino) en el sillón dental. Considerando el desplazamiento visceral, las sesiones no deben ser mayores a 25 minutos. Se debe realizar la eliminación de caries y obturación del órgano dentario en una sola cita, así como evitar la colocación de curaciones temporales. En tratamientos de conductos, instrumentar con extrema precaución, para evitar perforaciones del ápice y condicionar bacteremias transitorias. En caso de abscesos periapicales y/o parodontales, realizar de inmediato el tratamiento indicado.

Para el odontólogo, la mujer embarazada no debe ser una paciente distinta, pero sí una paciente especial. Se relaciona al embarazo con la aparición de problemas gingivales, aumento del sangrado gingival debido a que sufre un gran cambio hormonal porque los niveles estrogénicos descienden y la progesterona se eleva y produce alteraciones vasculares que generan mayor permeabilidad; se presenta una agudización de problemas infecciosos de origen dental debido a que el PH salival se altera, disminuye el flujo de saliva y la capacidad buffer.

Los ginecólogos generalmente no toman en cuenta la importancia del tratamiento odontológico, a pesar de que las embarazadas que cursan con gingivitis corren el riesgo de tener bebés con bajo peso, ya que aumentan las cantidades de productos tóxicos liberados por bacterias en la sangre y se inicia una respuesta de liberación de prostaglandinas que genera contracciones uterinas o parto prematuro” (Fernández & Chávez, 2010, p.81-82).

POSICIÓN DEL SILLÓN DENTAL POR PERIODO DE GRAVIDEZ

A propósito, Fernández O & Chávez M⁷⁸ “mencionan que durante la atención odontológica de la embarazada es importante la posición

⁷⁸ Fernández, O. & Chávez, M. (2010). *Investigación materno infantil*. México D.F: Medigraphic. p.p. 81 – 82.

de la paciente; por ello, las posiciones del sillón varían dependiendo el trimestre del embarazo.

En el primero, es recomendable colocar el respaldo del sillón en una angulación de 165° con respecto al piso. (*Ver figura N° 10*).

En el segundo trimestres, se aconseja situar el respaldo del sillón en una angulación de 150° con respecto al piso. (*Ver figura N° 10*).

En el tercer trimestre, es necesario ubicar el respaldo del sillón en una posición de 135° con respecto al piso. (*Ver figura N° 10*).

Gracias a este tipo de técnica utilizada, se favorecerá a una mejor calidad de atención odontológica tanto para la paciente gestante como la el profesional de la salud oral". (Fernández & Chávez, 2010, p.81-82).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Métodos

3.1.1. Modalidad básica de la investigación

Bibliográfica: La investigación realizada tuvo una modalidad bibliográfica, ya que se recopiló información de textos odontológicos, así como de internet.

De campo: Porque se visitó a los odontólogos en sus unidades operativas de salud gubernamentales quienes estuvieron en capacidad de responder a las preguntas que fueron planteadas en la encuesta.

3.1.2. Nivel o tipo de investigación

Descriptivo: Permitió describir la relación entre las variables del problema identificado.

Exploratorio: Se exploró a través de la investigación de campo, el estado del equipamiento de los consultorios y relacionarlos con los tratamientos ofertados.

Analítico: Porque se realizó el análisis de la ética profesional y su influencia en los tratamientos odontológicos, cuyos resultados se establecieron a través de tablas y gráficos estadísticos.

Sintético: Toda la información recopilada, fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositivo: Al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema encontrado.

3.2. Técnicas

Observación:

Se ejecutó a los odontólogos en su entorno laboral.

Encuesta:

La encuesta se realizó a los odontólogos y pacientes que acudieron a la consulta diaria.

3.3. Instrumentos

Ficha de observación

Formulario de encuesta

3.4. Recursos

3.4.1. Recursos materiales

Libros

Material de oficina

Suministros de impresión

Copias

Bolígrafos

3.4.2. Talento humano

Investigadoras

Tutora

Miembros del tribunal

Odontólogos que laboran en las unidades de salud gubernamentales en la zona urbana y rural del cantón Portoviejo.

Usuarios que acuden a la asistencia dental en las unidades gubernamentales en la zona urbana y rural del cantón Portoviejo.

Directores del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino

3.4.3. Recursos institucionales

Distrito de Salud N° 1 - Portoviejo

Seguro Social Campesino – Portoviejo

3.4.4. Recursos tecnológicos

Computadora de escritorio

Laptop

Cámara fotográfica

Impresora

Scanner

Pen drive

Internet

3.4.5. Recursos económicos

La investigación tendrá un costo aproximado de \$ 3100.35

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

Para el análisis de la investigación se trabajó con el universo constituido por 47 profesionales y 640 usuarios que asistían a la atención odontológica en las unidades operativas de salud gubernamental presentes tanto en la zona urbana como rural del cantón Portoviejo.

3.5.2. Tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de la muestra a utilizarse en la investigación, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2PQN}{Z^2PQ + Ne^2}$$

n = tamaño de la muestra

Z = nivel de confiabilidad 95%, $0.95/2 = 0.4750$, $Z = 1.96$

P = probabilidad de ocurrencia 0.5

Q = probabilidad de no ocurrencia 0.5

N = población 447

e = error de muestreo 0.03 (3%)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(640)}{(1.96)^2(0.5)(0.5) + (640)(0.03)^2}$$

$$n = \frac{614.65}{1,5664}$$

$$n = 400$$

3.5.3. Tipo de muestreo

Según el problema y los objetivos formados, el estudio fue de tipo: Muestreo probabilístico al azar.

CAPÍTULO IV

RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Análisis e interpretación de los resultados

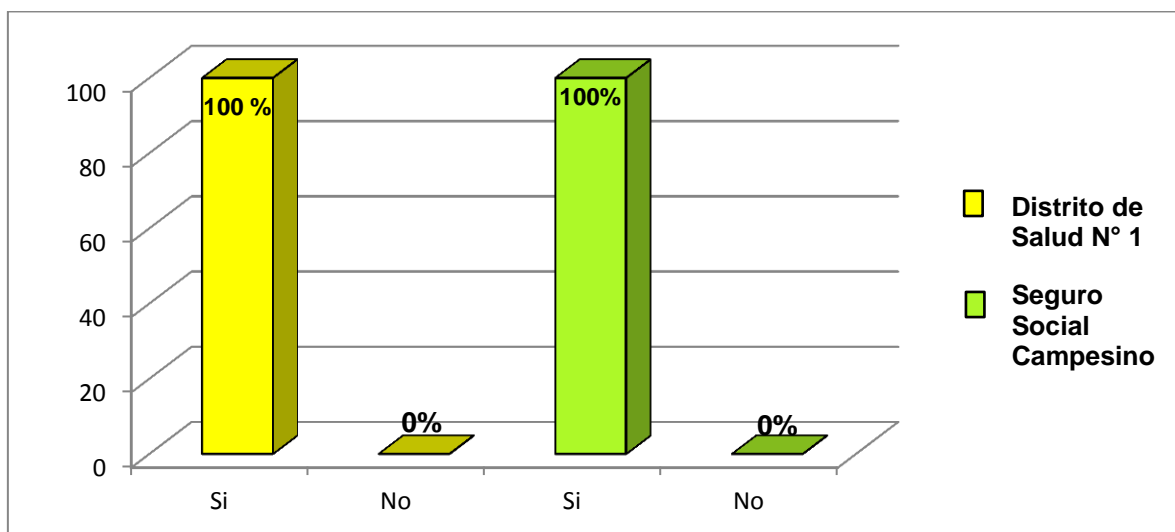
4.1.1. Cuadros y gráficos estadísticos de encuestas realizadas a los odontólogos que laboran en el Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 1

¿Aplica en su consulta diaria la calidad de atención?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	30	100
No	0	0
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	17	100
No	0	0
TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo

Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 1 se pudo constatar que en las encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino, el 100% aplicó en su consulta diaria la calidad de atención (ambas instituciones).

Al respecto, Fernández Gerardo, en su texto: Salud, interculturalidad y derechos, hace referencia en cuanto que la calidad de atención es una iniciativa relativamente reciente, cuyo objetivo es lograr la transformación de la organización que brinda el servicio. Uno de los retos es aplicar estrategias y herramientas de gestión de calidad, para optimizar la labor institucional y calidad de vida de los usuarios (Fernández, 2010, pp.27 – 28 - 29).

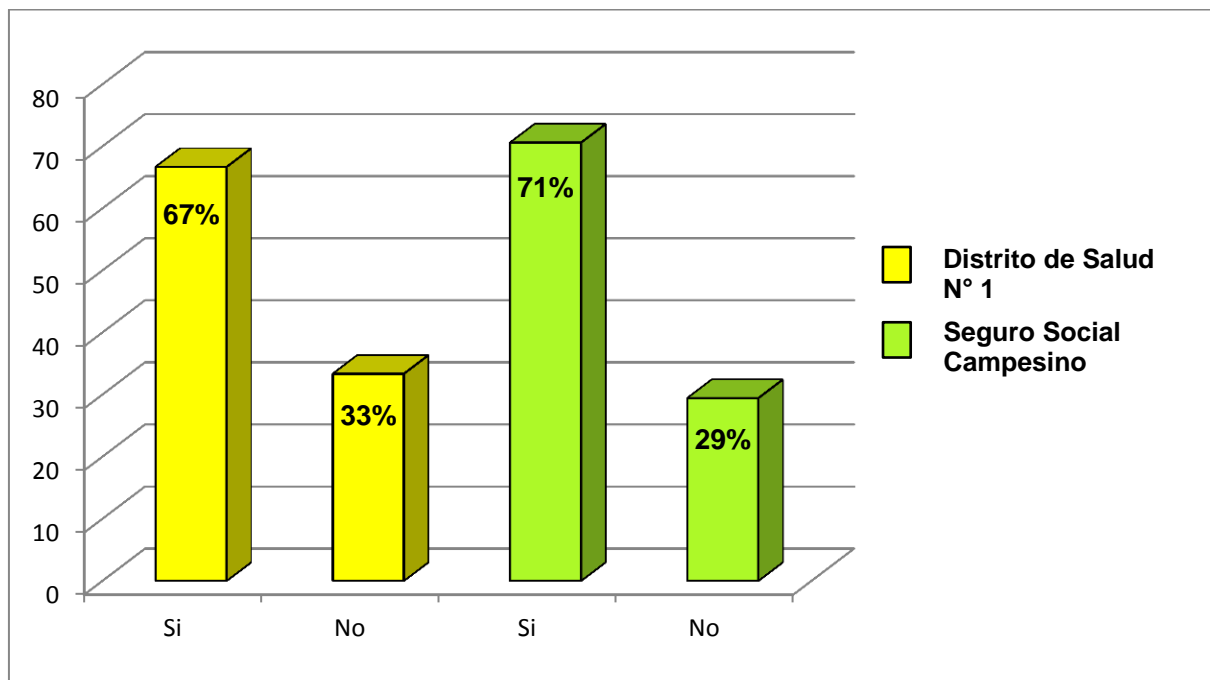
En los resultados, se evidenció que los profesionales de la salud oral de ambas entidades públicas tratan de brindar una mejor atención en sus actividades diarias, dando como resultados un incentivo a la comunidad en general para que se beneficien con este servicio de salud gratuito.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 2

¿Ha realizado un plan de mejoramiento para la atención en su consulta
diaria?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	20	67
No	10	33
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	12	71
No	5	29
TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 2 se pudo verificar en las encuestas realizadas a los odontólogos, el 67% indicó si haber realizado un plan de mejoramiento para la atención en su consulta diaria, en cambio un 33% mencionó lo contrario en lo que compete al del Distrito de Salud N° 1; a diferencia, en el Seguro Social Campesino con un mayor porcentaje del 71% refirió su interés en realizar actividades para mejorar la atención en los usuarios, pero un 29% mencionó que no lo practicaban.

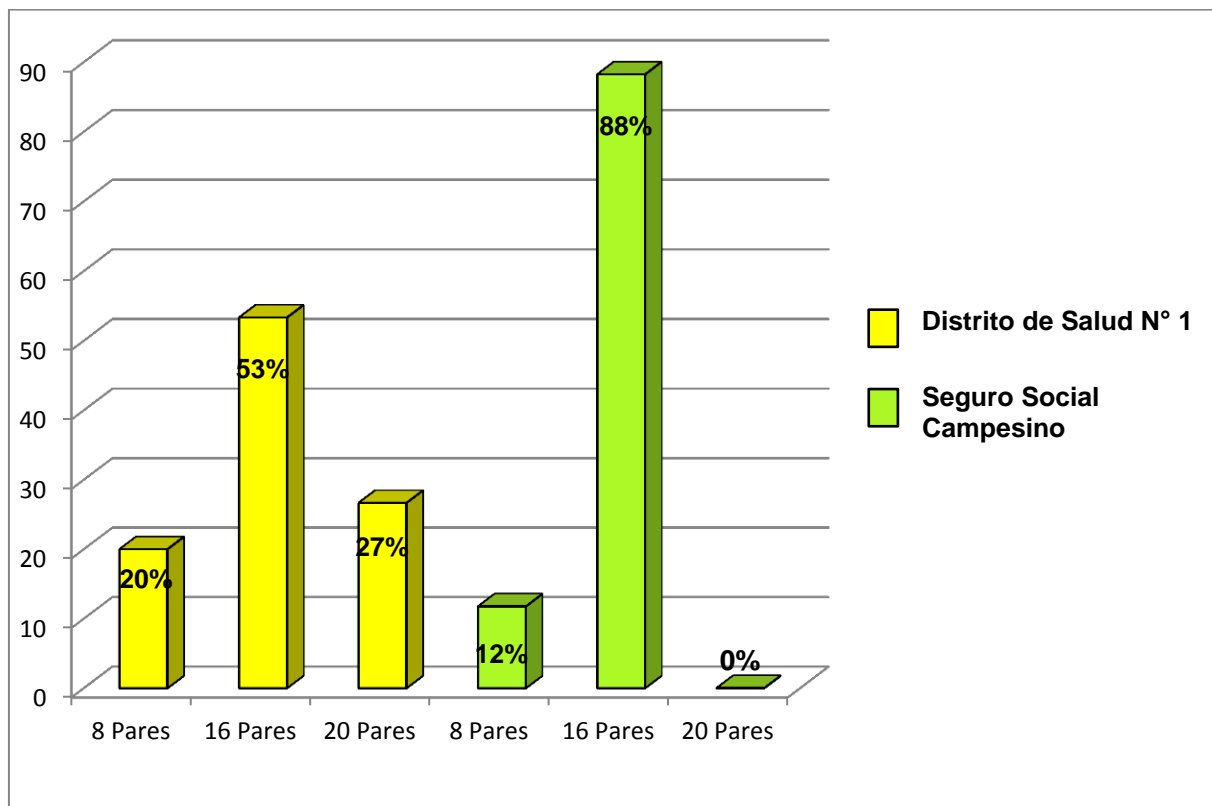
En base al texto “Salud, interculturalidad y derechos” expuesto por Fernández Gerardo, las organizaciones de salud dependen de sus pacientes o usuarios, por lo que deben conocer sus necesidades actuales y futuras, cumplir con sus requerimientos y tratar de superar sus expectativas; logrando servicios más confiables, con una mejor imagen del área de salud. En cuanto a la atención en odontología, cada vez se atiende más a la medición de los resultados como aspectos cruciales de la evaluación de los servicios (Fernández, 2010, pp.27–28-29).

Con los resultados obtenidos, se pudo determinar que gran parte de los expertos de la salud oral representando un porcentaje promedio de 69% en ambas entidades, se encontraba innovando diariamente un plan de mejoramiento en cuanto a la atención que cada uno de ellos brindan a la población en general; sin lugar a dudas, existe un 31% de quienes no poseía el interés suficiente para ejecutar dichos propósitos; sin embargo, con el tiempo este pequeño problema podría ser modificado.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 3

¿Qué cantidad de guantes utiliza Ud. diariamente?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%	Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
8 Pares	6	20	8 Pares	2	12
16 Pares	16	53	16 Pares	15	88
20 Pares	8	27	20 Pares	0	0
TOTAL	30	100	TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 3 se pudo verificar que en las encuestas realizadas en cuanto a la cantidad de guantes que utilizaban diariamente; en el Distrito de Salud N° 1, el 20% requería solo 8 pares de guantes al día, pero el 53% mencionó que empleaban el uso de 16 pares diarios y solo 27% refirió que manipulaban 20 pares en sus actividades cotidianas. Por consiguiente, los profesionales del Seguro Social Campesino determinaron que 12% empleó 8 pares y el 88% aplicó 16 pares.

A propósito Malagón, Galán & Pontón, refieren en su libro de Administración Hospitalaria, en la literatura encontramos: la información que los guantes que se hayan contaminados con sangre, deberá ser obligatoriamente desechados, así como aquellos que se dañen durante los actos operatorios. No se aconseja el uso de un mismo par de guantes para atender a varios pacientes, a pesar de que se laven con desinfectantes (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.34).

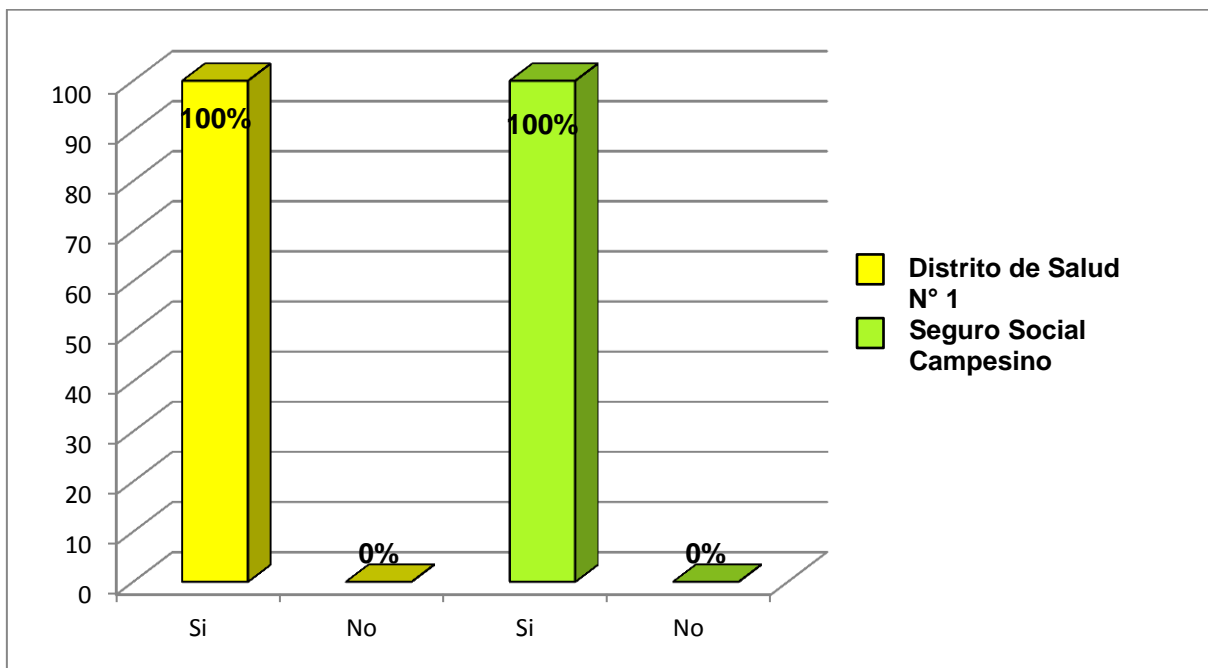
De acuerdo a los datos obtenidos en las encuestas realizadas, se determinó que existe un pequeño porcentaje de riesgo (10 % de ambas unidades operativas) debido a una aplicación deficiente en los métodos de bioseguridad que se brindaba a los usuarios, siendo lo recomendable utilizar un par de guantes para cada paciente sin excepciones. Vale recalcar, que la mayoría de los profesionales de la salud oral si aplicaban dichas precauciones, con el fin de evitar una contaminación cruzada.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 4

¿Ud. Realiza programas educativos de salud oral en la comunidad?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	30	100
No	0	0
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	17	100
No	0	0
TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo

Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 4 se pudo confirmar que en las encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino, el 100% realizó programas educativos de salud oral en la comunidad, con un promedio de dos charlas por mes (ambas instituciones).

Zurro M. & Cano J, en su libro *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*, expresa que los dentistas, en forma individual y la profesión dental, como un todo, están también relacionados con la comunidad como educadores de la salud dental, ya sea con esfuerzos educacionales directos o monitoreando la dependencia y salud dental de los usuarios de dicha población o comunidad que le fue designada (Zurro & Cano, 2011, p.14).

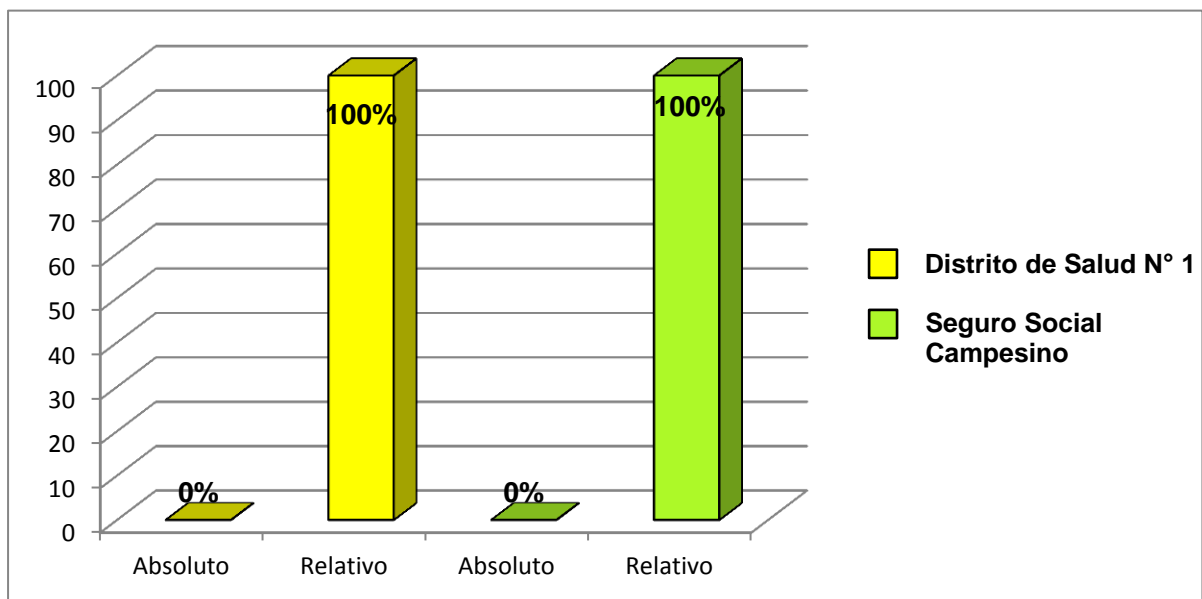
En base a los datos obtenidos, se pudo mencionar que todos los profesionales si cumplían dichas charlas en la comunidad, debido a las planificaciones de trabajo que tienen establecidas en sus jornadas laborales diarias, como medios instructivos a la concurrencia.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 5

¿Qué tipo de aislamiento utiliza en un tratamiento restaurador?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Absoluto	0	0
Relativo	30	100
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Absoluto	0	0
Relativo	17	100
TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 5 se pudo comprobar que en las encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino, el 100% empleó el aislamiento relativo en los tratamientos restauradores que brindan ambas unidades de salud gubernamentales.

Cabe recalcar que Nocchi C, en su texto de Odontología restauradora: Salud y estética menciona lo siguiente, es esencial realizar un apropiado aislamiento del campo operatorio, con el fin de favorecer los mejores resultados durante la etapa de la preparación cavitaria, principalmente en la elaboración de la restauración. Tres factores están directamente involucrados en la realización del aislamiento del campo operatorio: Control de la humedad, acceso al campo operatorio, prevención de accidentes (Nocchi, 2008, p.2).

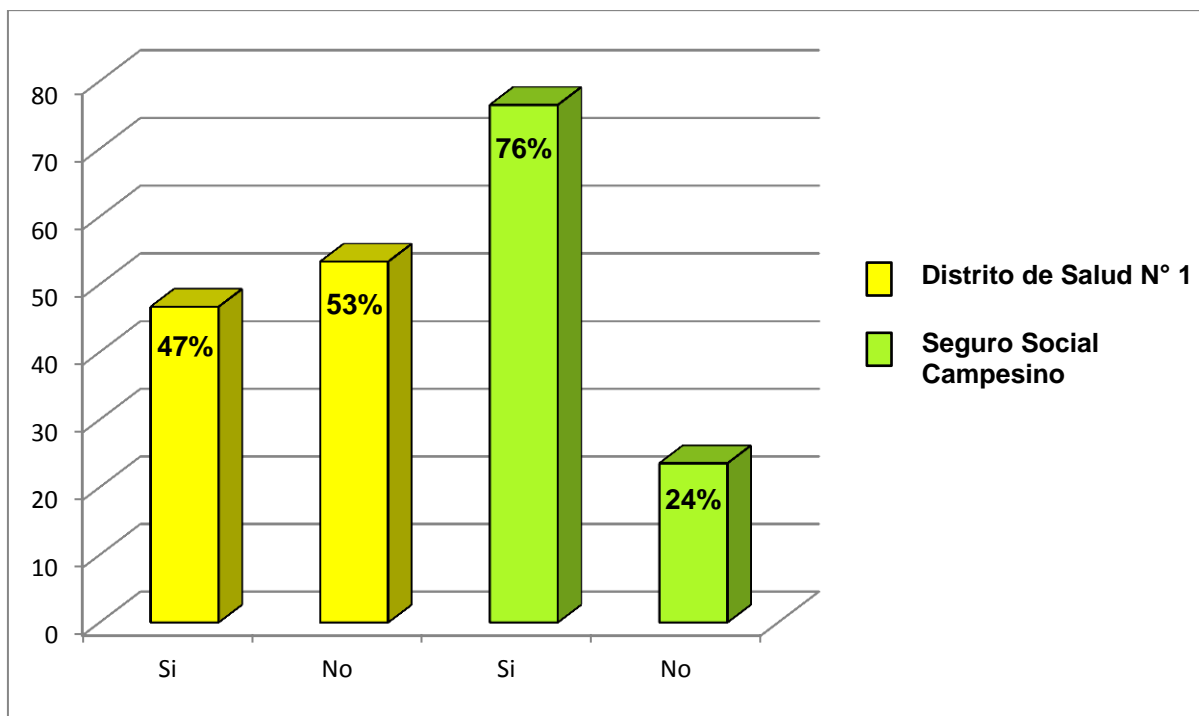
Como se pudo observar en los resultados, los expertos solo aplicaban un aislamiento relativo ante todos los tratamientos restauradores que ofertaban, lo que podría determinar un fracaso en las actividades odontológicas que se realizaban.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 6

¿Posee el instrumental suficiente para la demanda de pacientes?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	14	47
No	16	53
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	13	76
No	4	24
TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 6 se pudo verificar que en las encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1, el 47% poseyó el instrumental necesario para la demanda de pacientes que acuden a la consulta diaria; sin embargo, el 53% refirió que necesitaban mayor implementación de equipamientos para poder abarcar todos los requerimientos de la población. En cambio, los expertos del Seguro Social Campesino, 76% poseyó la instrumentación suficiente, pero el 24% describió lo contrario.

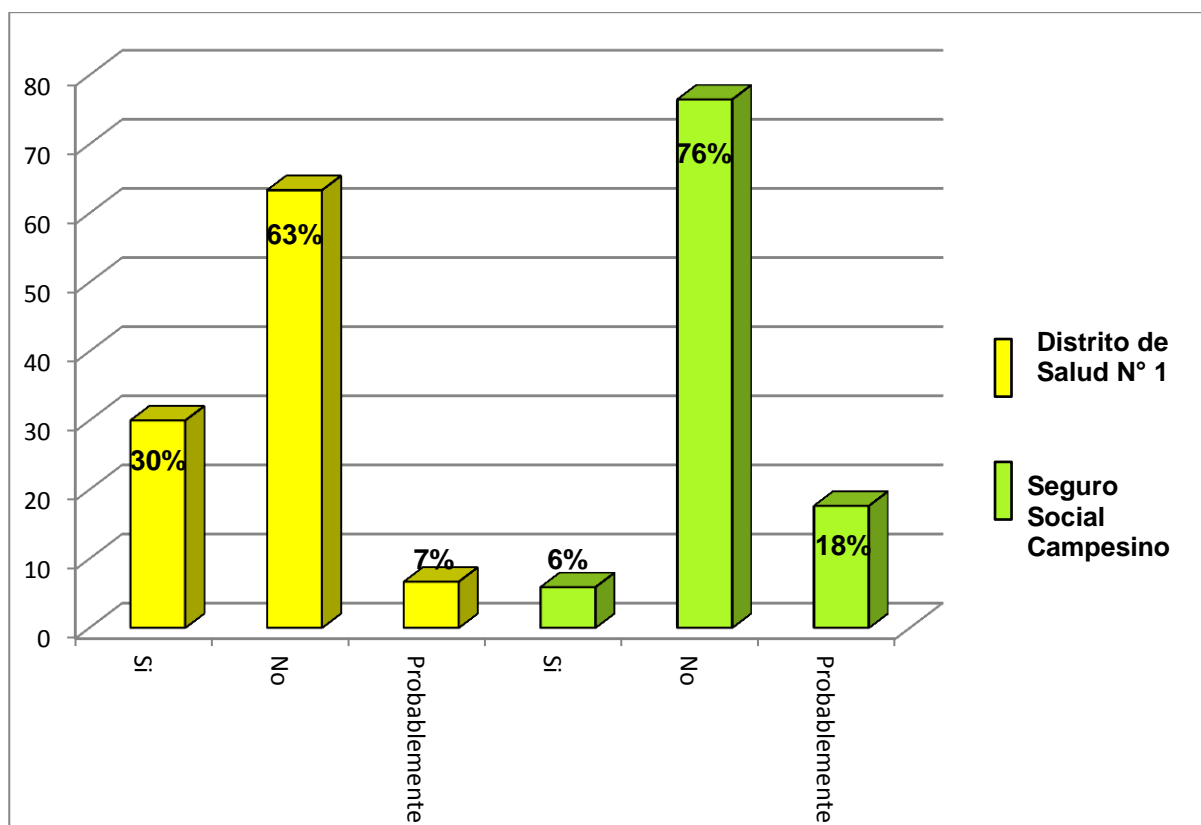
Bartolomucci L, expresa en su texto Instrumental odontológico: Guía práctica, que los instrumentos auxiliares o de diagnóstico nunca deben de faltar en un consultorio dental y en grandes cantidades, son aquellos que desempeñan una función secundaria en la preparación de las cavidades, ayudando así a facilitar un correcto diagnóstico clínico durante el examen del paciente. Este grupo de instrumentos está compuesto por: Explorador, sonda periodontal, pinza algodонера, espejo bucal (Bartolomucci, 2009, p.1-20).

Analizando los datos obtenidos, un promedio general de 62% manifestaron que tenían el instrumental necesario para su demanda diaria, pero aún existía un 39% no poseyó lo suficiente en ambas instituciones gubernamentales, lo que conlleva a que una posible contaminación cruzada de usuario a usuario.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 7

¿Si fuera necesario Ud. Utilizaría por necesidad un material caducado?

Distrito de Salud N°1 ALTERNATIVAS	F	%	Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	9	30	Sí	1	6
No	19	63	No	13	76
Probablemente	2	7	Probablemente	3	18
TOTAL	30	100	TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 7 se pudo verificar que en las encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 mencionaron que, el 30% aplicó un material caducado durante el tratamiento restaurador, mientras que el 63% manifestó lo contrario y el 7% restante relató que probablemente lo efectuarían. En cuanto a los expertos del Seguro Social Campesino, el 6% afirmó que si lo harían, mientras que un 76% aseguró que no; en cambio, el 18% expresó que probablemente los usarían en sus pacientes.

La Federación Ecuatoriana de Odontología, en el “Código de Ética profesional”, Art. 2 expresa:

“En su actividad, el Odontólogo respetará y hará respetar su profesión y procederá en todo momento con la prudencia debida y probidad que exige la Sociedad. Sus conocimientos no podrán emplearlos ilegal o inmoralmente. En ningún caso utilizará procedimientos y materiales que han pasado su fecha de caducidad que menoscaben el estado de completo bienestar físico, mental y social de sus semejantes” (Federación Ecuatoriana de Odontología, Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>).

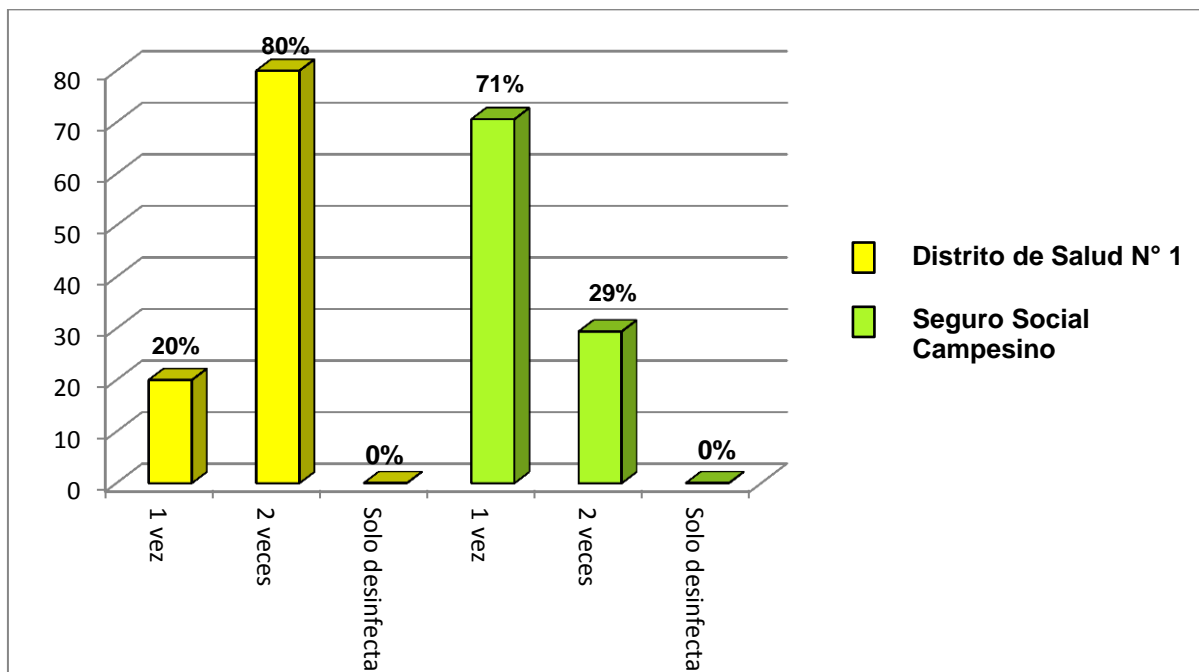
Como se pudo observar en los resultados, según lo expresado un grupo de profesionales (70%) no utilizó materiales con fecha de caducidad vencida por motivos que dentro una de las políticas de la entidad que laboran, debían de reportarlo en la época oportuna previo a su caducidad; en cambio, el porcentaje restante 18% si usó para cubrir sus necesidades y un 12% lo emplearía probablemente.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 8

¿Cuántas veces al día esteriliza el instrumental?

Distrito de Salud N°1 ALTERNATIVAS	F	%
1 vez	6	20
2 veces	24	80
Solo desinfecta	0	0
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
1 vez	12	71
2 veces	5	29
Solo desinfecta	0	0
TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 8 se pudo confirmar que en las encuestas realizadas a los odontólogos, en el Distrito de Salud N° 1 el 20% esterilizó una sola vez el instrumental, un 80% expresó que lo efectuaban dos veces al día. En cambio, en el Seguro Social Campesino, el 71% indicó una sola vez, el 29% esterilizó dos veces, mientras que no hubo referencia alguna en ambas instituciones de solo desinfectar el instrumental, ya que todo lo esterilizaban.

Gutiérrez & Iglesias indican en su texto *Técnica de ayuda odontológica/estomatológicas*:

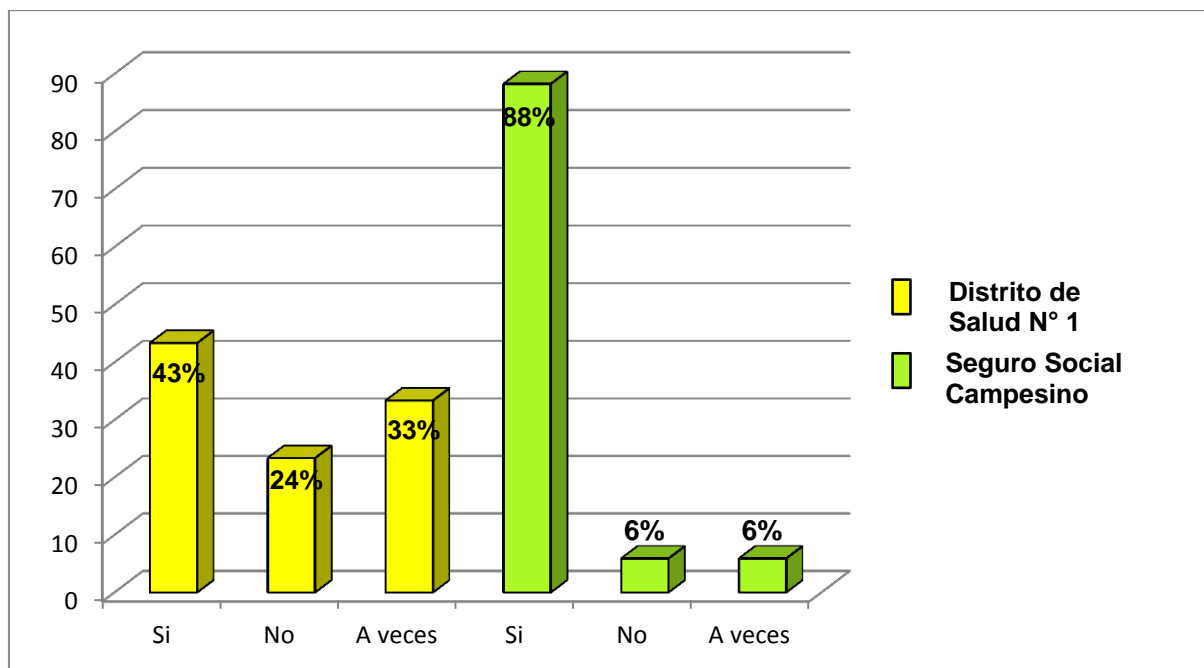
“Los medios de esterilización pueden ser físicos y químicos. En odontología se usan comúnmente el calor (seco o húmedo) como medio de esterilización. Aquellos objetos que no pueden ser esterilizados por el calor, logran eventualmente serlo con el uso de sustancias químicas llamadas esterilizantes” (Gutiérrez & Iglesias, 2009, 40 - 49).

La esterilización es un pilar fundamental para evitar contagio masivo de enfermedades en los pacientes que acuden a dichas instituciones de salud gubernamentales, por lo expresado en los resultados que se obtuvieron en dichas dependencias de salud si cumple con la esterilización del todo el instrumental que se utiliza diariamente.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 9

¿La institución en la que Ud. trabaja le brinda el instrumental y los materiales necesarios para la atención de los pacientes?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%	Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	13	43	Sí	15	88
No	7	24	No	1	6
A veces	10	33	A veces	1	6
TOTAL	30	100	TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 9 se pudo verificar que en las encuestas realizadas a los odontólogos, en el Distrito de Salud N° 1 el 43% contestó que si le brindaban el instrumental y los materiales, sin embargo, el 24% indicó que no eran surtidos de estos insumos y el 33% refirió a veces. En el Seguro Social Campesino, el 8% contestó que sí, el 6% indicó que no y el 6% refirió a veces les daban los materiales que necesitan diariamente.

De tal manera piensa que Zurro M. & Cano J, el Centro de Salud es el ámbito institucional debe asumir la gestión de los recursos sanitarios correspondientes al ámbito de actuación en el que opere la integración operativa y coordinación funcional con los otros niveles del sistema. Hoy en día, tiene mayor grado de tendencia a proporcionar autonomía en la gestión de sus propios recursos, en la que incluye la capacidad de decidir, dentro de ciertos límites, los profesionales que la integran y la de reinvertir localmente los beneficios de un mejor cumplimiento de las metas del equipo (Zurro & Cano, 2011, p.14).

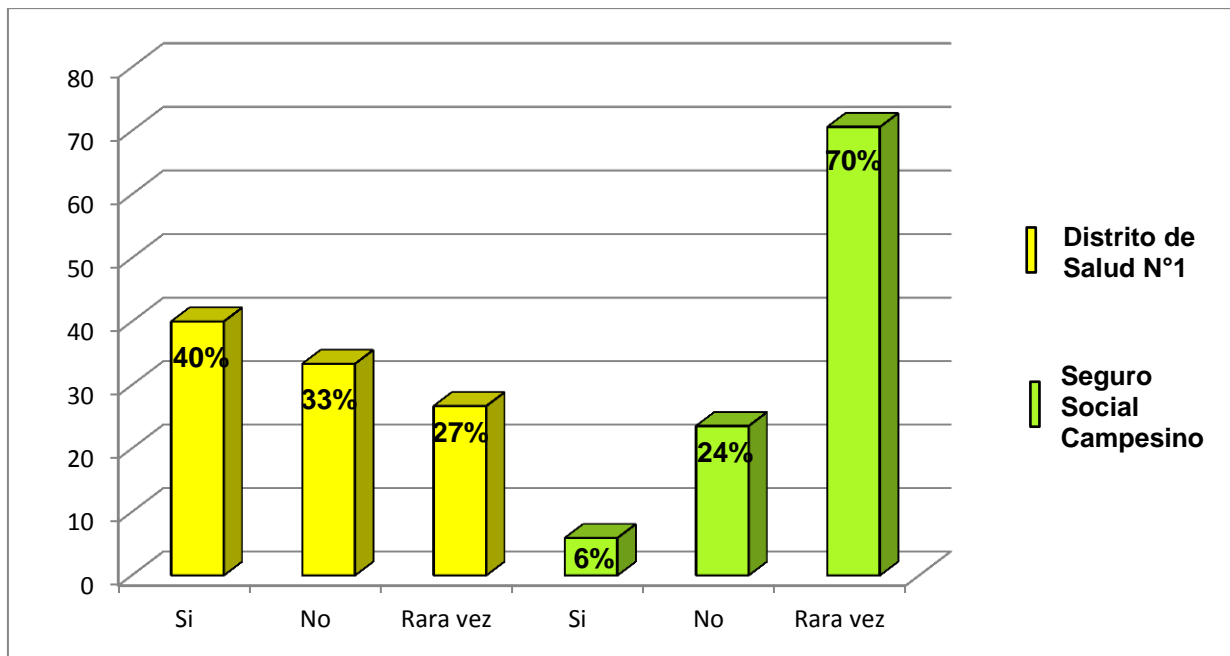
Con la obtención de los resultados, se pudo comprobar que ambos servicios públicos no son suministrados por igual de instrumentales y materiales, ya que aún existe un pequeño porcentaje significativo (35%) donde no disponían de dichos requerimientos básicos, sin poder abarcar la demanda diaria de pacientes y brindar con calidad y calidez la atención a los usuarios que requieren de su asistencia dental.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 10

¿Al momento de realizar algún tratamiento se le ha presentado algún tipo de complicación?

Distrito de Salud N°1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	12	40
No	10	33
Rara vez	8	27
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	1	6
No	4	24
Rara vez	12	70
TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 10 se pudo constatar que en las encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 el 40% refirió que si han tenido ciertos tipo de complicación, mientras que el 33% reveló hasta ese momento que no se les habían presentado complicación alguna, el 27% indicó que rara vez se les han presentado complicaciones. En lo que respecta al Seguro Social Campesino, el 6% afirmó, el 24% expresó que no y el 70% refirió que rara vez les ha sucedido eso.

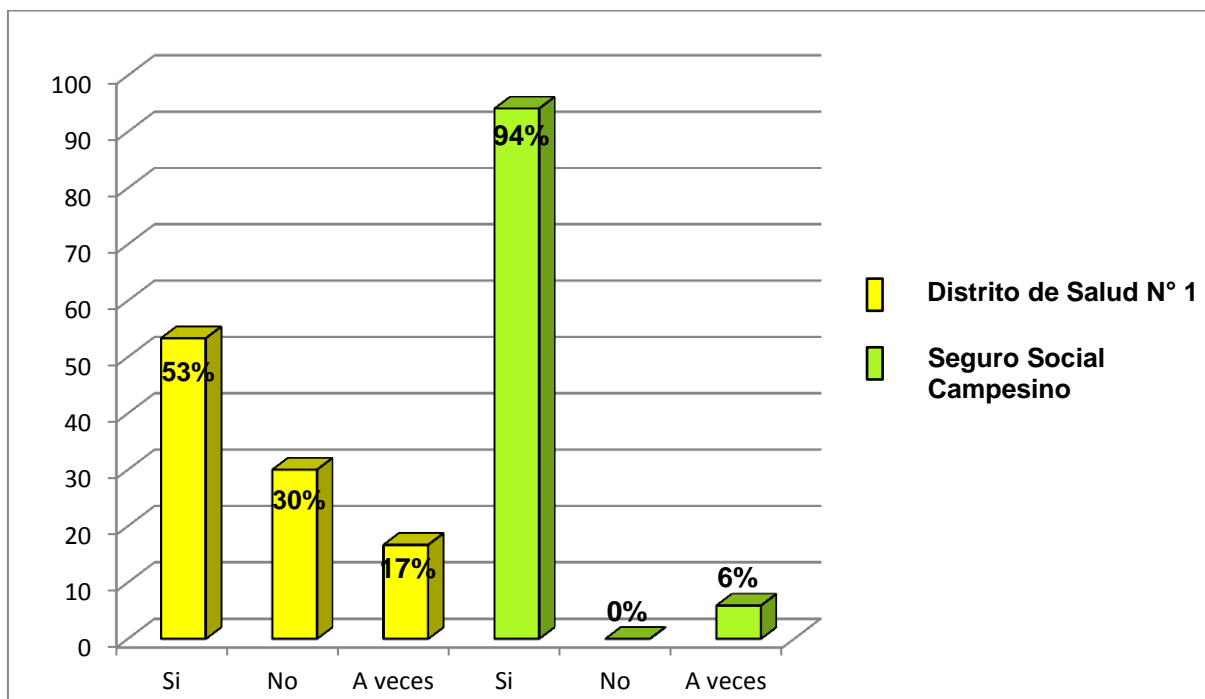
Al respecto, El Equipo Sanidad en su texto Odontopediatría en atención primaria, define una complicación, como un suceso indeseable que ocurre durante o después de la intervención; si éste suceso pasa inadvertido, o no es tratado correctamente y adecuadamente, puede provocar importantes consecuencias al paciente. Afortunadamente en la mayoría de los casos, estas complicaciones son leves o pasan desapercibidas, las cuales no comprometen la vida del paciente (Equipo Sanidad, 2012, p.12).

Como se evidenció en los resultados, en la mayoría de los profesionales se les han presentado una o varias complicaciones en su vida laboral, siendo las de gran incidencia las exodoncias dentarias que en otros tipos de tratamiento, haciendo énfasis que lo han podido solucionar.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 11

¿La institución en la que Ud. labora le proporciona el mantenimiento adecuado a su equipo odontológico?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%	Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	16	53	Sí	16	94
No	9	30	No	0	0
A veces	5	17	A veces	1	6
TOTAL	30	100	TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 11 se pudo constatar que en las encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 el 53% afirmó que les brindan el mantenimiento adecuado y oportuno al equipo odontológico, sin embargo, el 30% indicó que no y el 17% refirió que a veces les dan sustento, pero no siempre. Sin embargo en el Seguro Social Campesino, el 94% indicó que sí y un 6% a veces.

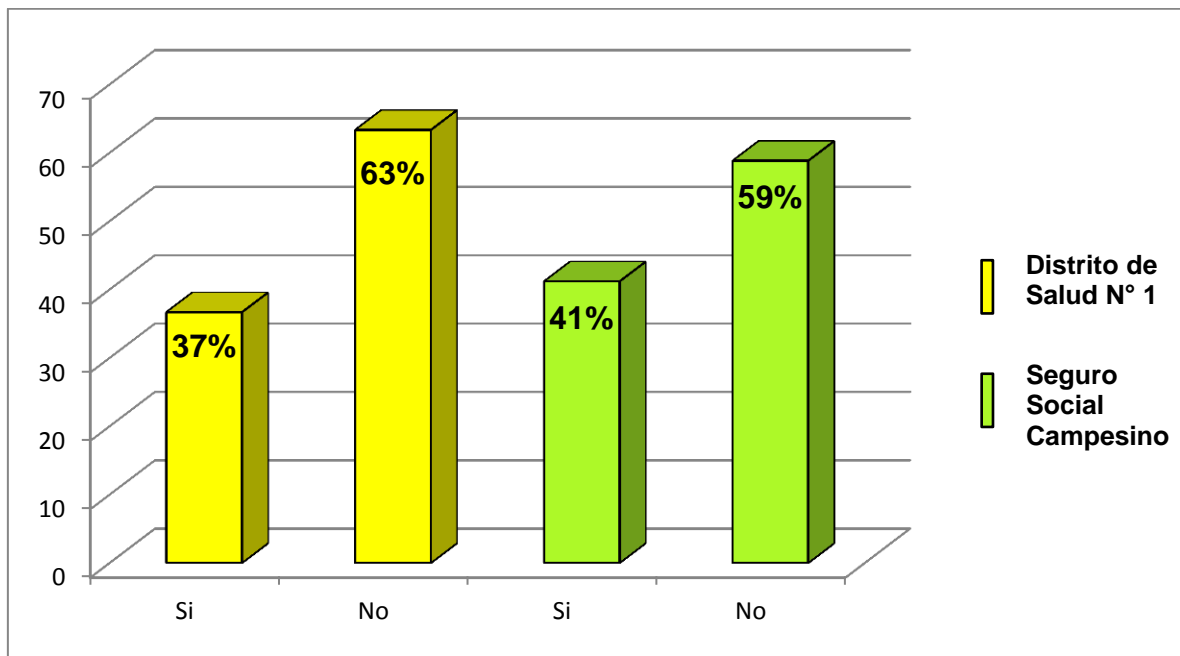
A propósito Gutiérrez & Iglesias, habitualmente el equipamiento odontológico no se debe incurrir en el olvido, por motivo que se debe tomar las siguientes precauciones: El sillón dental precisa su alimentación de una fuente de energía eléctrica y dos elementos naturales (agua y aire) de tal manera que debe ser limpiado con productos que aconseja el fabricante. Tanto la pieza de mano como los instrumentos rotatorios deben ser engrasado y limpiados diariamente al finalizar la jornada previo a su esterilización (vale recalcar que el adaptador ya sea de la turbina y el contraángulo se tiene que limpiar); en cuanto al compresor del sillón dental, tiene que ser purgado a diario para así poder eliminar el aire comprimido. En lo que respecta al sistema de aspirado del sillón, se lava haciendo pasar por el al menos 5 litros de agua con detergente disuelto en ella (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.40 - 49).

De acuerdo a los datos obtenidos en las encuestas realizadas, se pudo determinar que existe un pequeño porcentaje (11.5%) no brindó el mantenimiento permanente al equipo odontológicos de sus unidades de salud en ambas instituciones.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 12

¿Los pacientes que acuden a su consulta son valorados previamente en el departamento de enfermería?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%	Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	11	37	Sí	7	41
No	19	63	No	10	59
TOTAL	30	100	TOTAL	17	100



Fuente: Encuestas realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el de cuadro y gráfico N° 12 se pudo constatar en las encuestas realizadas en el Distrito de Salud N° 1, el 37% indicó que los pacientes si son valorados previamente, sin embargo, el 63% contestó que el usuario no es valorado. En cambio en el Seguro Social Campesino, el 41% afirmó la valoración previa, mientras que el 59% refirió que no.

De acuerdo a lo expuesto por Chimenos & López, el examen inicial es una evaluación rápida del estado general del paciente para identificar cualquier trastorno que ponga en peligro inminente la vida. Es por ello, que los signos vitales son claves que se usan para evaluar el estado del paciente; el primer conjunto de los signos vitales que se obtengan se llaman *signos vitales de base*, los cuales incluyen la medición cuantitativa (numérica) objetiva, donde se siempre se incluirá las respiraciones, pulso y tensión arterial. Un problema o déficit en uno de los demás sistemas o funciones vitales afectará de manera progresiva y se reflejará con alteraciones en el aparato respiratorio, circulatorio y sistema nervioso; por lo tanto, el estado de éstos sistemas sirven de directriz para valorar y medir el estado general del paciente (Chimenos & López, 2010, p.20).

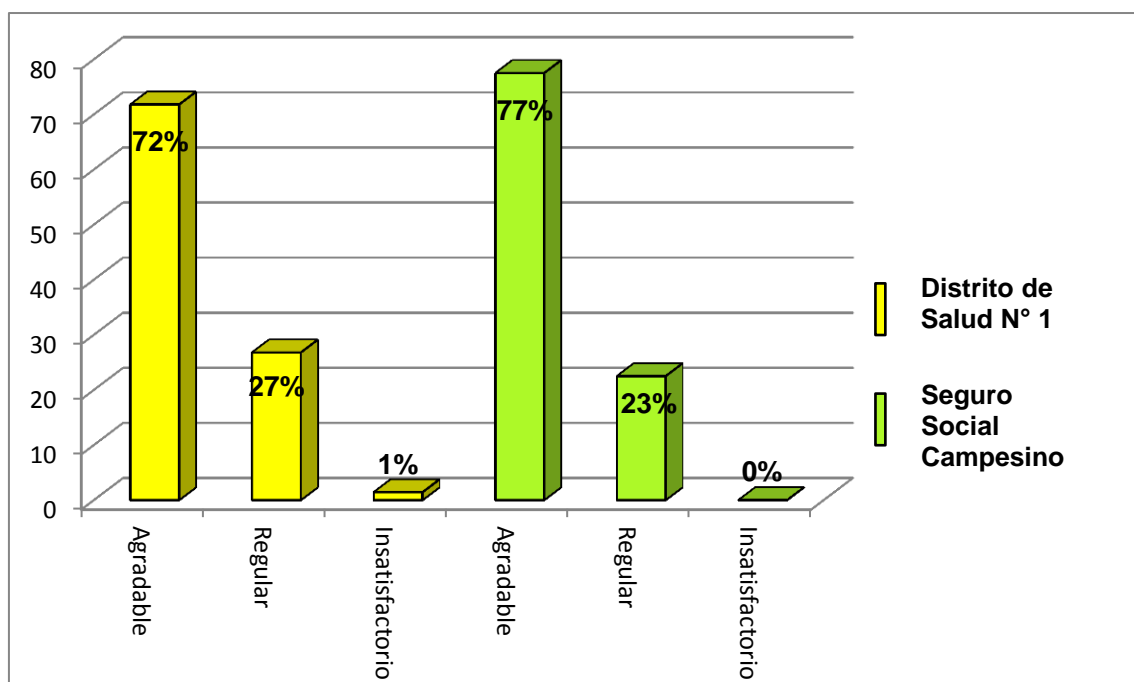
De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que en las unidades de salud de ambas entidades públicas, no valoraban previamente a los pacientes que acudían a consulta odontológica; sin embargo, es de gran importancia realizar dicha actividad, con el fin de tener referencia de las condiciones de salud en que se encuentra el usuario previo a cualquier tratamiento que se ejecute.

4.1.2. Cuadro y gráfico estadístico de encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en el Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 1

La atención odontológica que le brindo el profesional fue:

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%	Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Agradable	201	72	Agradable	93	77
Regular	75	27	Regular	27	23
Insatisfactorio	4	1	Insatisfactorio	0	0
TOTAL	280	100	TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo.
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 1 se pudo constatar que en las encuestas realizadas a los pacientes que acudían a la asistencia odontológica de las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1, los cuales el 72 % refirió que el profesional fue agradable durante la intervención, en cambio el 27% mencionó que la atención fue regular y solo el 1% consideró insatisfactoria. En cuanto al Seguro Social Campesino, el 77% relató que la asistencia fue agradable, luego un 23% expresó que fue regular, mientras que no existió ningún porcentaje (0%) en una atención insatisfactoria.

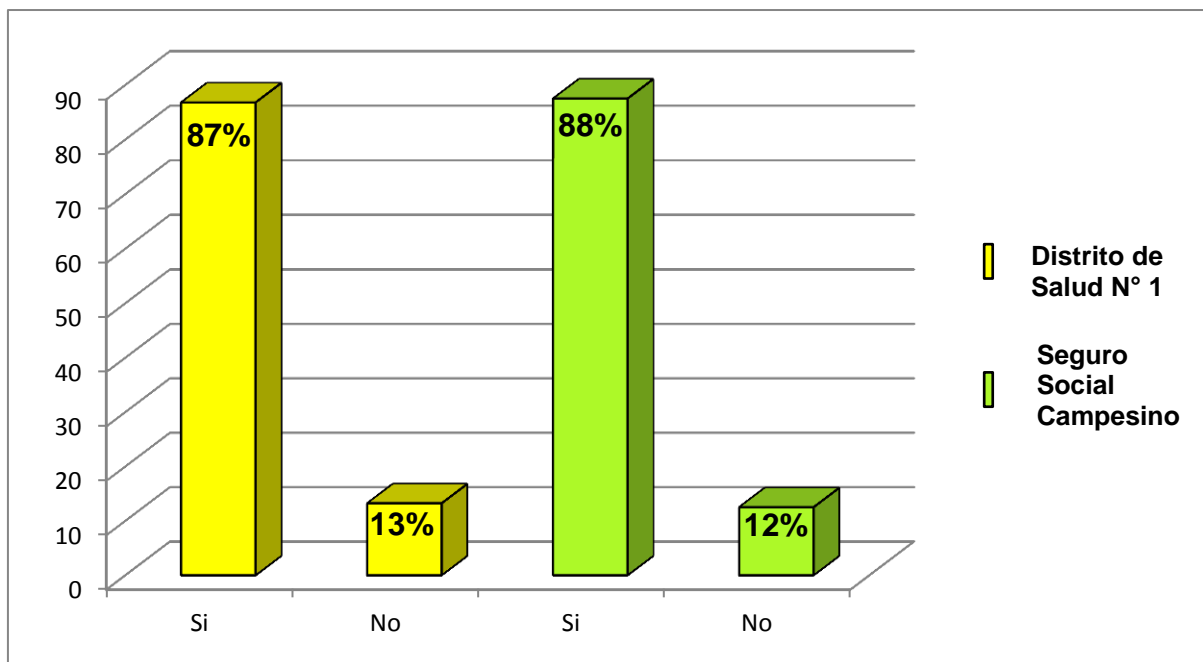
De acuerdo a Fernández, en el texto Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir, los estatutos establecidos por parte del personal que elabora en las unidades de Salud Gubernamentales, se disponen que se cumplan las siguientes variables: Trato cordial, brindar turnos a los usuarios, cumplimiento de los horarios establecidos, instrucciones adecuadas y por escrito, exámenes efectivos y de alto valor diagnóstico, tratamientos eficaces y confidencialidad (Fernández, 2010, p.28).

Referente a los resultados obtenidos, se pudo denotar que la mayor parte de los profesionales ofrecen una atención odontológica con los dos factores primordiales de la ética que son calidad y calidez; pero en un menor porcentaje aún existió un trato regular y no satisfactorio al usuario, para lo cual es necesario evitar que se siga desarrollando esta falencia, mediante capacitaciones para mejorar las relaciones interpersonales.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 2

¿Considera el tiempo que el profesional le dedicó en su consulta fue suficiente para satisfacer su dolencia?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%	Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	243	87	Sí	105	88
No	37	13	No	15	12
TOTAL	280	100	TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N°1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 2 se pudo constatar que en las encuestas realizadas a los pacientes que acudían a la atención odontológica de las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1, el 87% consideró que el tiempo fue suficiente para satisfacer su dolencia, mientras que un 13% determinó que no cumplió. Por lo contrario, en el Seguro Social Campesino, el 88% indicó que fue suficiente, mientras que el 12% no lo expresó así.

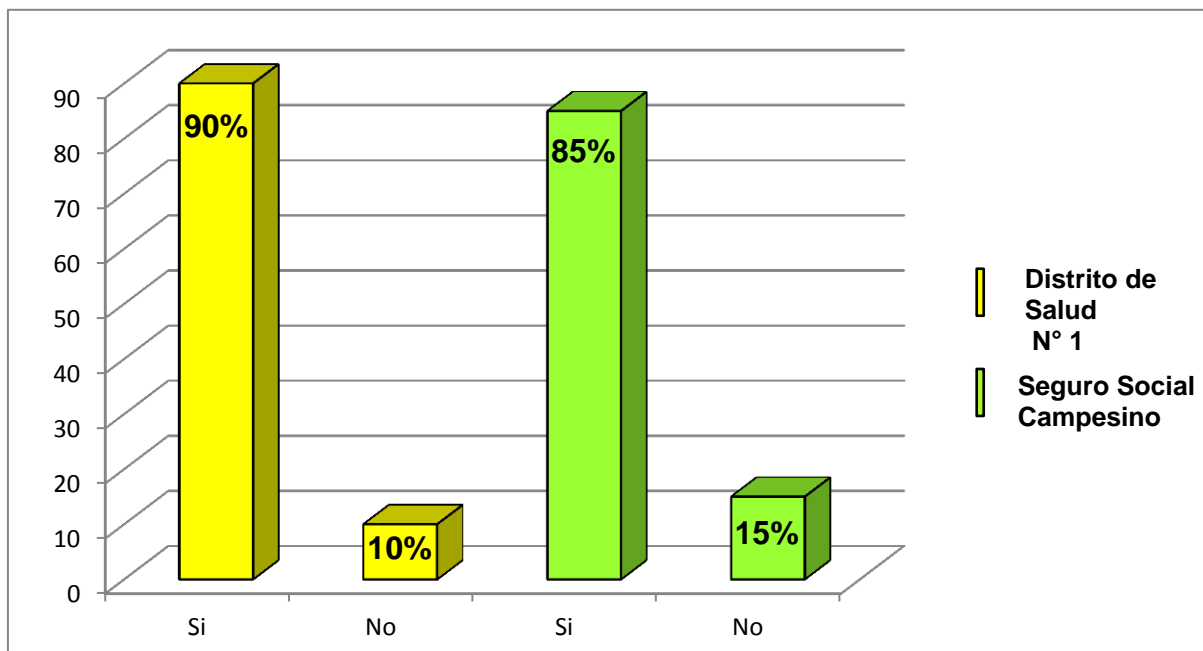
Fernández, en su texto de Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir, indica que entre los principios básicos en una calidad de atención tenemos: Excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el uso (Fernández, 2010, p.29).

En base a los resultados obtenidos, se pudo deducir que la mayor parte de los expertos de la salud oral si cumplen de tiempo establecido para realizar cualquier actividad odontológica; sin embargo, existe un grupo de profesionales que tratan de realizar los procedimientos de manera eficaz; sin embargo, para algunos usuarios no cumplen con sus expectativas.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 3

¿El profesional se mostró atento del relato de su problema bucal?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%	Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	252	90	Sí	102	85
No	28	10	No	18	15
TOTAL	280	100	TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 3 se pudo comprobar que en las encuestas realizadas a los pacientes que acudían a la atención odontológica de las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1, el 90% indicó que el experto se mostró atento mientras relataba su problema bucal; en cambio, el 10% no mostró interés. En el Seguro Social Campesino, un 85% afirmó que se mostraron atentos, mientras que el 15% refirió lo opuesto.

Como lo expone Córdoba en su texto de Valores éticos: La posibilidad de lo imposible, la odontología se la considera como una profesión que presta servicio basada en una responsabilidad tanto social como individual; además se respalda en el desarrollo terapéutico y clínico. De tal manera, los expertos en salud oral deben cumplir un principio ético global con aquellas personas que requieren de ayuda frente a determinadas patologías, donde depositan totalmente su confianza (Córdoba, 2011, p.38).

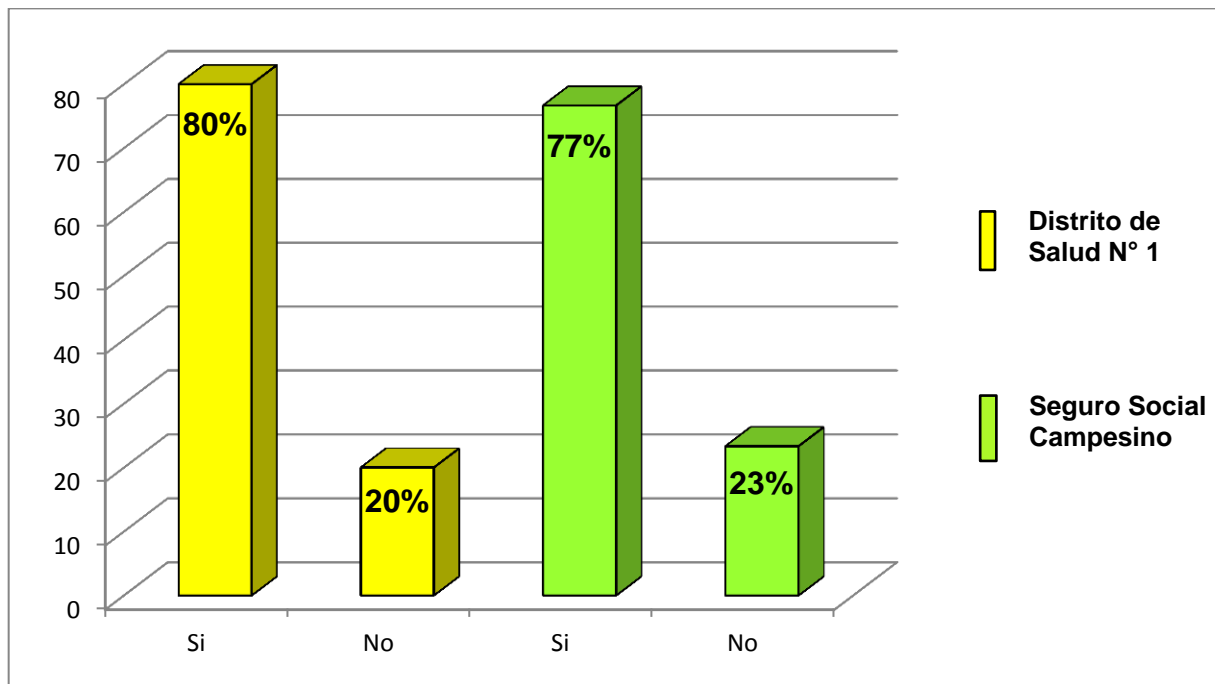
De acuerdo a las estadísticas obtenidas en las encuestas, se pudo referir que gran parte de los odontólogos practicaban los valores éticos en su consulta diaria, ya que son atentos y ofrecen interés ante el bienestar de los pacientes; sin dejar a un lado que no todos los profesionales poseen el mismo carisma hacia ellos.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 4

¿Le brindaron varias alternativas de tratamiento a realizar ante su dolor dental?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	224	80
No	56	20
TOTAL	280	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	92	77
No	28	23
TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 4 se pudo examinar que en las encuestas realizadas a los pacientes que acudían a la atención odontológica de las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1 el 80% brindó varias alternativas de tratamiento a realizar ante su dolor dental, mientras que el 20% restante no lo efectuó. En lo que respecta al Seguro Social Campesino, el 77% aseguró que si ofertan diversas opciones de restauraciones; en cambio, el 23 % aseveró lo opuesto.

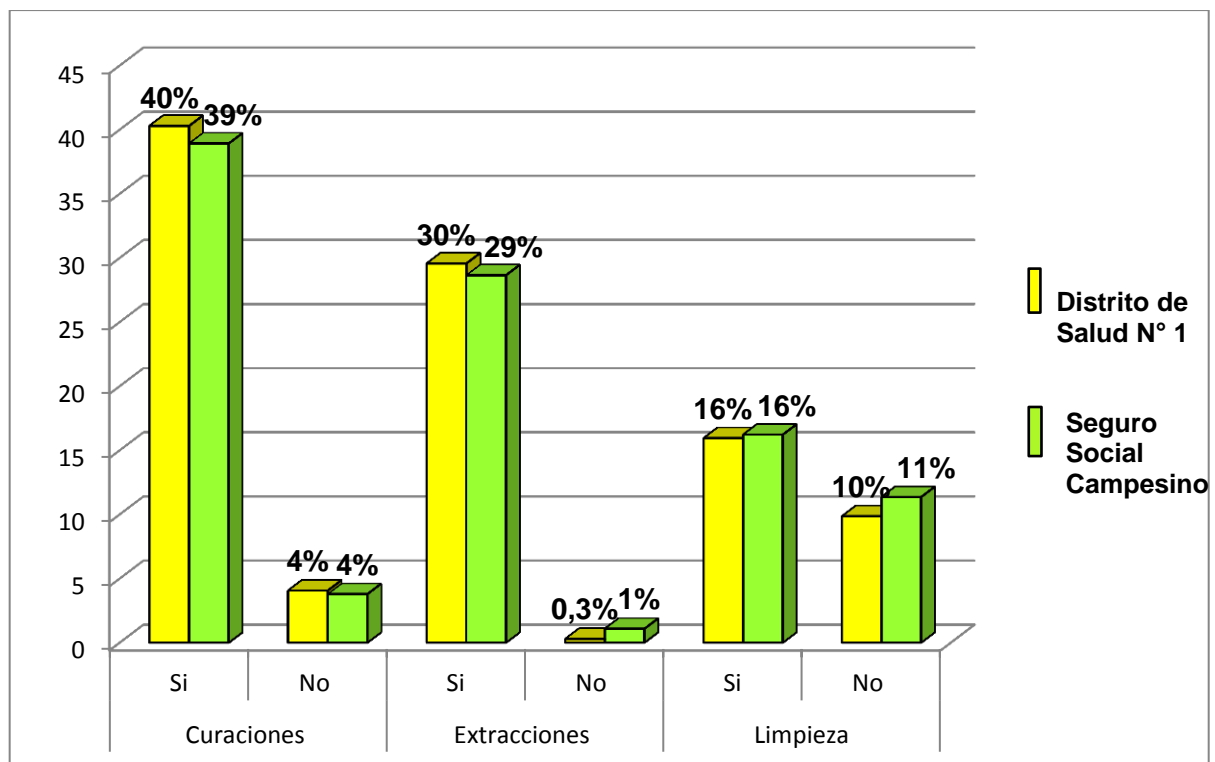
A propósito, Bordoni, Escobar & Castillo, indican en su texto de Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente del mundo actual, gracias a la Bioética, hoy en día el experto tiene el *deber* y la obligación por ley de informar a sus pacientes *la verdad*, es decir, explicarle a su paciente en forma comprensible lo que dice la comunidad odontológica con respecto a su condición y las alternativas de tratamiento para que el paciente *decida* según carta de derechos del paciente (Bordoni, Escobar & Castillo, 2010, p.1094).

Según los datos obtenidos, en las consultas odontológicas si se ofreció alternativas de tratamiento e información a los usuarios, con el fin de preservar y mantener la salud oral en la población en general. Hoy en día, aún existe el poco interés (21,5%) de ofertar varias alternativas a los usuarios, ya que muchas veces solo les interesa ciertos expertos cumplir la producción establecida.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 5

¿El profesional le brinda las indicaciones necesarias después del
tratamiento realizado?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%	Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS		F	%
Curaciones	Sí	139	40	Curaciones	Sí	72	39
	No	14	4		No	7	4
Extracciones	Sí	102	30	Extracciones	Sí	53	29
	No	1	0		No	2	1
Limpieza	Sí	55	16	Limpieza	Sí	30	16
	No	34	10		No	21	11
TOTAL		345	100	TOTAL		185	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 5 se pudo verificar que en las encuestas realizadas a los pacientes que acudían a la atención odontológica de las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1 determinaron un porcentaje de 40% rectificó que el experto si les mencionó las indicaciones postoperatorias después de una curación, el 4% expresó lo contrario; en las extracciones, el 30% enunció que si y el 0% no lo afirmaron; en cuanto a las limpiezas dentales, el 16% refirió haber recibido indicaciones y el 10% confirmó que no. Por lo contrario en el Seguro Social Campesino, el 39% expresó que si habían recibido una guía luego de una curación, mientras que el 4% no; de igual manera en las extracciones, el 29% manifestó que fueron instruidos, mientras que el 1% no lo fue y finalmente en las limpiezas, el 16% dijo que si y el 11% relató que no.

A propósito, la Federación Ecuatoriana de Odontología. Código de ética profesional del Ecuador. Capítulo VII: Relaciones con los pacientes Art. 19. Lo siguiente:

“El Odontólogo será cauteloso al mencionar la calidad de los específicos que prescribe y en ningún momento, deberá indicar al paciente donde debe adquirir su receta, procurando que la prescripción se encuentre al alcance de sus posibilidades económicas” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007, Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>).

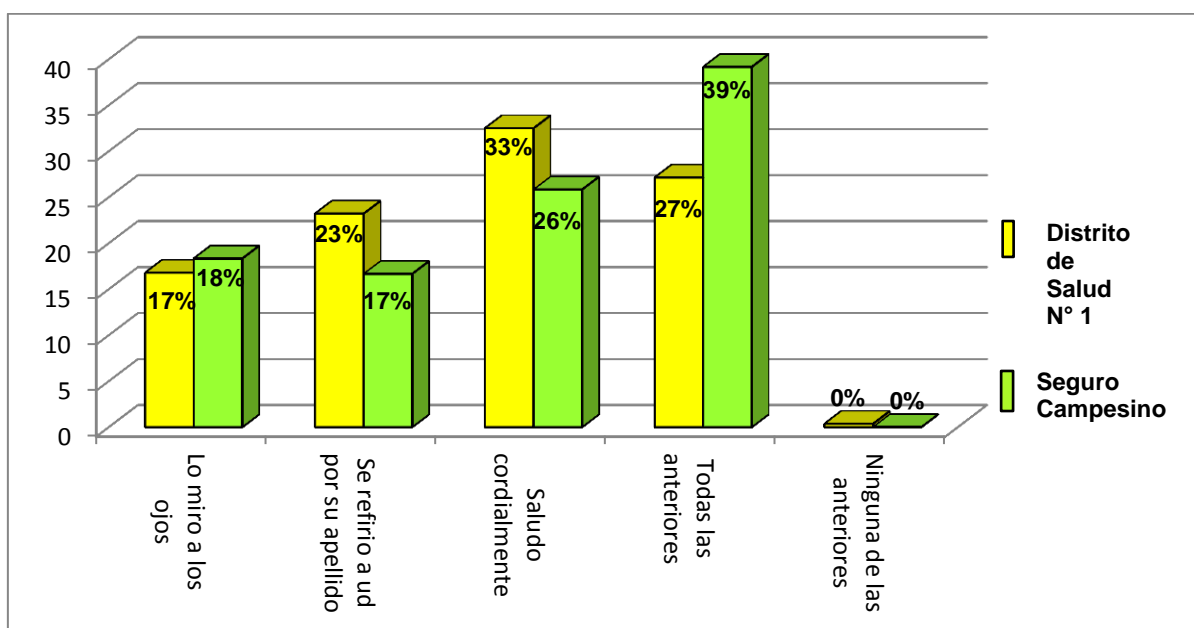
Tomando como referencia el porcentaje general de 15,2% de aquellos pacientes que no recibieron las indicaciones necesarias luego de haber asistido a un tratamiento odontológico; sin embargo, un determinado grupo de usuarios si presentaron complicación postoperatoria sin tener conocimiento alguno de cómo afrontar la situación, lo que se debería evitar, para mejorar la calidad de atención y bienestar del paciente.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 6

Cuál fue el trato que recibió por parte del profesional de odontología:

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Lo miró a los ojos	47	17
Se refirió a ud por su apellido	65	23
Saludó cordialmente	91	33
Todas las anteriores	76	27
Ninguna de las anteriores	1	0
TOTAL	280	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Lo miró a los ojos	22	18
Se refirió a ud por su apellido	20	17
Saludó cordialmente	31	26
Todas las anteriores	47	39
Ninguna de las anteriores	0	0
TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 6 se pudo constatar que en las encuestas realizadas a los pacientes que acudían a la atención odontológica de las unidades operativas del Distrito de Salud N° 1, el 33% mencionó que cuando el odontólogo se dirigió a Ud. para su atención los saludaron cordialmente, 23% nombró su apellido, 17 y 18% los miró a los ojos, seguido por el 27% efectuó las tres alternativas anteriormente mencionadas y el 0% no efectuó ninguna de las opciones respectivamente. En cambio, en el Seguro Social Campesino el 26% expresó que tuvieron un saludo cordial, el 17% solo llamó por su apellido, el 18% miró a los ojos, el 39% desarrolló las tres opciones previamente descritas, mientras que el 0% no realizó ninguna.

En otras palabras, Córdoba menciona en su texto Valores éticos: La posibilidad de lo imposible, las relaciones humanas sin excepción, para ser fructíferas, requieren como punto de partida el debido respeto a la dignidad y autodeterminación de los pacientes. La relación odontólogo – paciente, ante su sensible objetivo de perseverar y reintegrar la salud, dando como resultado el reconocimiento de la acogida, la amistad, la confianza, la humanidad, la intimidad, la capacidad de interpretación, la comunicación, el profesionalismo y el respeto ante los usuarios (Córdoba, 2011, p.38).

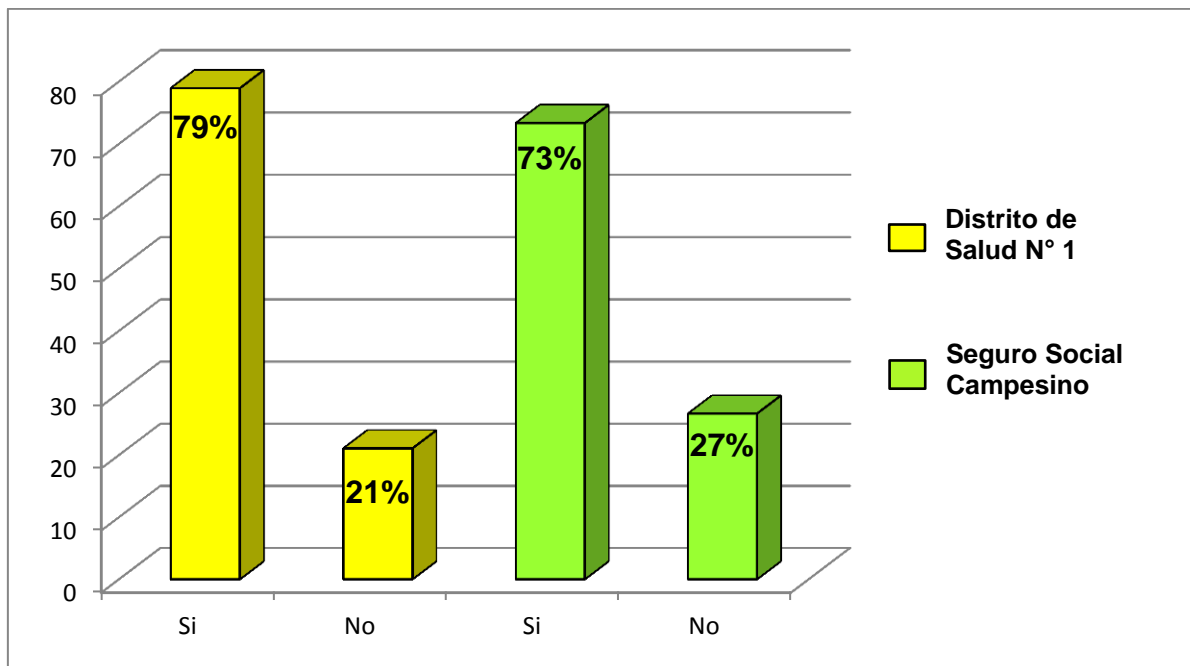
Los resultados obtenidos mostraron porcentajes similares; es decir, existen profesionales que ejecutaban las tres acciones y otros no, para lo cual es importante mantener una buena relación entre odontólogo – usuario, para cubrir con la necesidad de atención con el paciente.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 7

¿Ud. Observó si el profesional, se cambió de guantes?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	221	79
No	59	21
TOTAL	280	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	88	73
No	32	27
TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo

Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 7 se pudo constatar que en las encuestas realizadas a los pacientes del Distrito de Salud N° 1, el 79% observó que el odontólogo se cambió de guantes, con un menor porcentaje 21% no se fijó. En el Seguro Social Campesino, el 73% observó cambiarse de guantes, mientras que el 27% no lo hizo.

Como menciona Malagón, Galán & Pontón, en su texto Administración Hospitalaria, el uso de guantes también será considerado como una barrera sumamente efectiva. Cuando se atiende a pacientes en los que se tenga la posibilidad de que nuestra piel entre en contacto con su sangre, el uso de los mismos es considerado obligatorio, ya que cualquier abrasión de nuestra superficie dérmica, corte o rasurada, constituyen una peligrosa puerta de entrada hacia nuestro organismo, de todas las bacterias y virus del paciente (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.171).

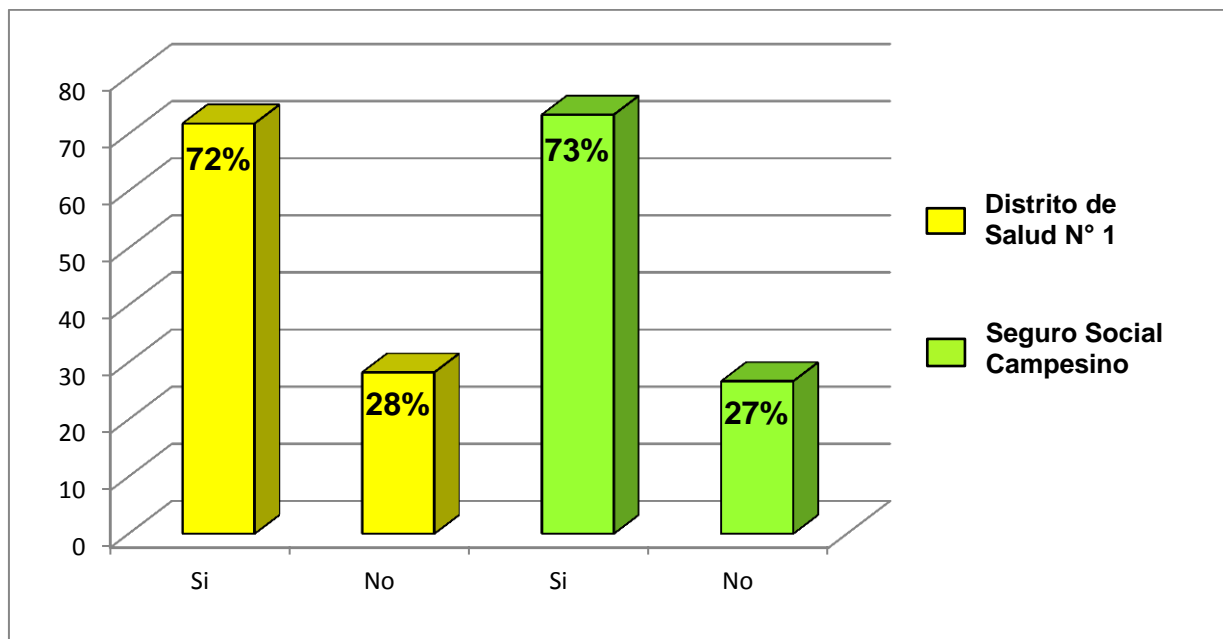
Con la obtención de estos resultados, la mayor parte de los usuarios se percataron si el profesional utilizó los mismos guantes con los que atendió al paciente anterior, para lo cual ellos refirieron que están siendo atentos con el fin evitar que sean contagiados con algún tipo de enfermedad.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 8

¿Cree Ud. si la unidad de salud a la que acude posee el equipamiento
odontológico adecuado?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	201	72
No	79	28
TOTAL	280	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	88	73
No	32	27
TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 8 se pudo comprobar que en las encuestas realizadas a los pacientes del Distrito de Salud N° 1, el 72% contestó que la unidad a la que asisten si posee el equipamiento odontológico necesario, mientras que el 28% respondió no. Por lo contrario en el Seguro Social Campesino, el 73% dió buena referencia, mientras que el 23% expresó que requerían de una mayor implementación.

Fernández en su texto Salud, Interculturalidad Y Derechos. Claves Para La Reconstrucción Del Sumak Kawsay – Buen Vivir, expresa que para establecer que se cumplan los principios básicos en el tipo de calidad de atención, es necesario que se ejecute lo siguiente: Control y garantía de calidad, mejorar el desempeño laboral, visión a largo plazo de sus metas a cumplir, introducción de innovaciones en los tratamientos ofertados, adquisición de nuevas tecnologías (Fernández, 2010, p.30).

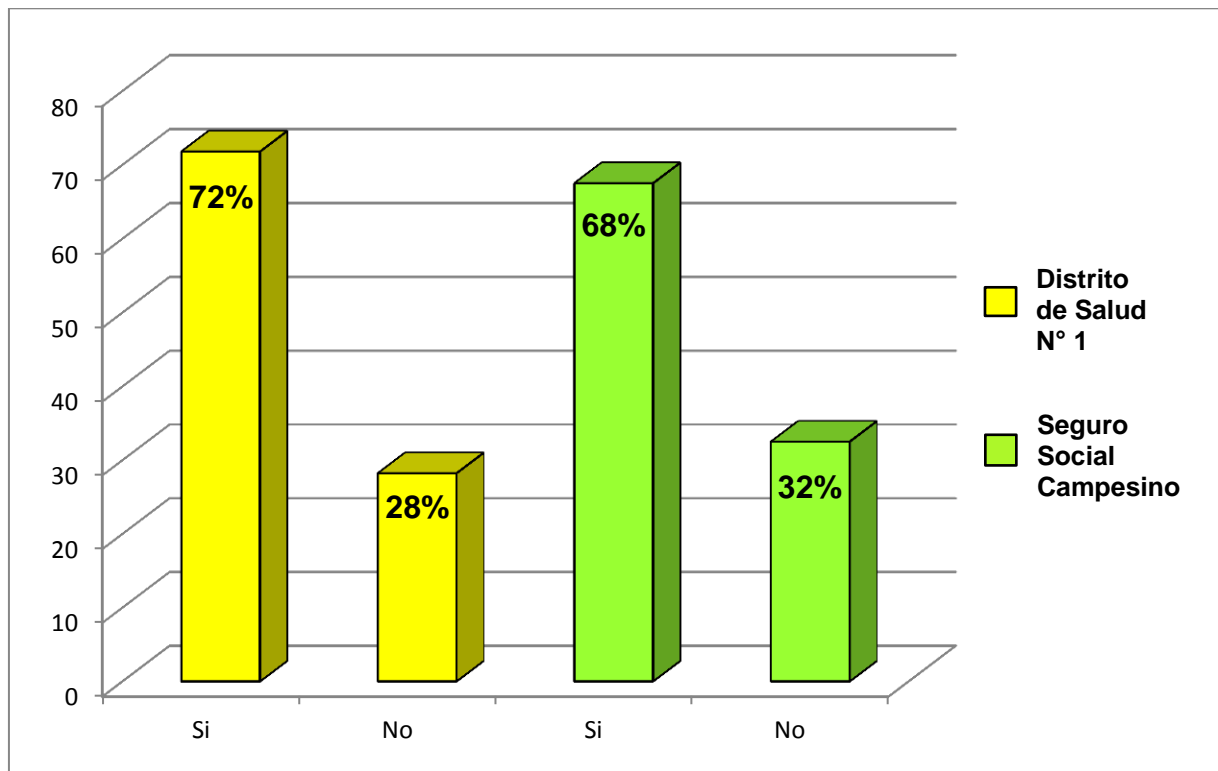
En base con los datos alcanzados, la mayoría de los usuarios creen que las unidades de salud poseen un adecuado equipamiento, aunque en la realidad no todas los centros de atención muestran adecuaciones en lo referente a su estructura física e implementación en sus áreas específicas.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 9

¿Ud. se percató que el profesional cambio de instrumental antes de su atención?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	201	72
No	79	28
TOTAL	280	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	81	68
No	39	32
TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 9 se pudo comprobar en las encuestas realizadas a los pacientes del Distrito de Salud N° 1, que en un 72% si se percató que el profesional cambia de instrumental al momento de atenderlo, mientras que el 28% de ellos no se dió cuenta de esta tipo situación. En cuanto al Seguro Social Campesino, el 68% si se percató, pero el 32% no.

García refiere en su texto *Ética y valores II*, lo siguiente:

“Durante su ejercicio profesional, los dentistas deben afrontar situaciones con un gran contenido ético para evitar desconfianza de los pacientes hacia ellos. En la mayoría de los casos los procedimientos involucran diagnósticos complejos y habilidades técnicas. La mayoría debe aplicar estos criterios, tanto los especialistas como el paciente. Cada recomendación lleva una gran dosis de ética y esto podrá cubrir o no las expectativas del paciente” (García, 2010, p.138).

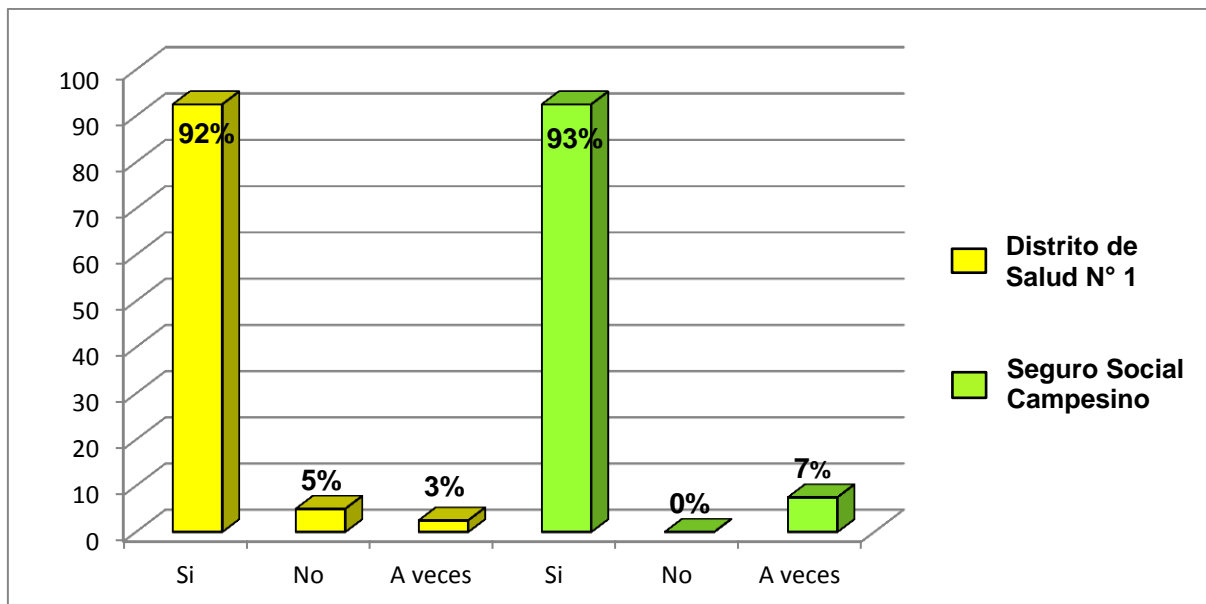
Como se pudo determinar en los resultados, los pacientes observaron si el profesional realizó cambio de instrumental previo a realizar algún tipo de procedimiento en ellos, ya que no desean adquirir algún tipo enfermedad. Es por ellos, que los expertos deben cumplir con los requerimientos éticos para la satisfacción de los usuarios.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 10

¿Cree Ud. que el profesional aplicó sus conocimientos adecuados para diagnosticar su malestar bucal?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	259	92
No	14	5
A veces	7	3
TOTAL	280	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	111	93
No	0	0
A veces	9	7
TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 10 se pudo constatar en las encuestas realizadas a los pacientes del Distrito de Salud N° 1, el 92% consideró al profesional capaz de diagnosticar con agilidad la molestia bucal, mientras que en menores porcentajes 5% pensó que no son capaces y el 3% expresó que a veces, ya que los expertos se mostraban inseguros. En lo que respecta al Seguro Social Campesino, el 93% afirmó su capacidad, mientras que el 7% solo indicó que a veces, no existió referencia alguna en cuanto al no conocimiento.

García refiere en su texto Ética y valores II, lo siguiente:

“Durante su ejercicio profesional, los dentistas deben afrontar situaciones con un gran contenido ético para evitar desconfianza de los pacientes hacia ellos. En la mayoría de los casos los procedimientos involucran diagnósticos complejos y habilidades técnicas. La mayoría debe aplicar estos criterios, tanto los especialistas como el paciente. Cada recomendación lleva una gran dosis de ética y esto podrá cubrir o no las expectativas del paciente” (García, 2010, p.138).

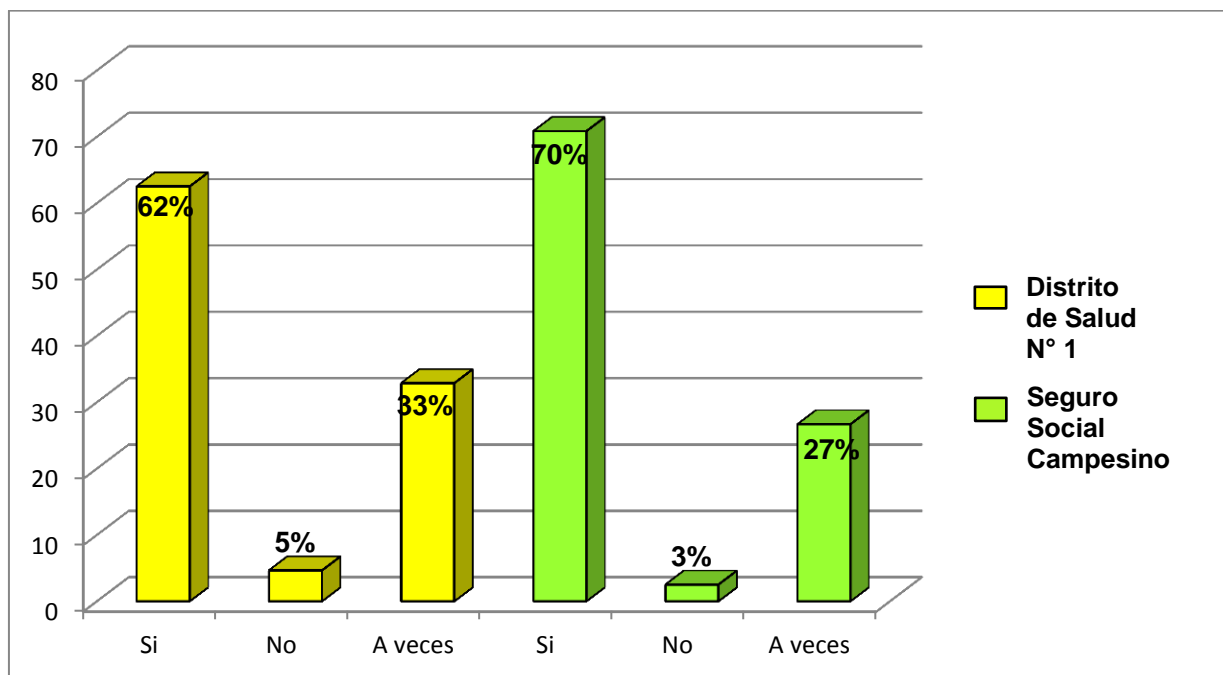
Como se pudo observar en los resultados, los pacientes percibieron que los profesionales si aplicaban sus conocimientos para determinar las patologías bucales, pero existe un pequeño porcentaje de usuarios (4%), quienes creen que no todos se encuentran aptos para brindar una atención odontológica, de esta manera, ambas Institución deben brindar seminarios, capacitaciones para actualización.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 11

¿Considera Ud. si el odontólogo llega puntual a la unidad de salud para atender a los pacientes?

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	175	62
No	13	5
A veces	92	33
TOTAL	280	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	85	70
No	3	3
A veces	32	27
TOTAL	120	100



Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que asisten a la atención odontológica en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 11 se pudo medir en las encuestas realizadas a los pacientes del Distrito de Salud N° 1, el 62% contestó de que los odontólogos son puntuales, que el 5% indicó que no son exactos, mientras el 33% a veces lo fue. En el Seguro Social Campesino, el 70% consideró que llegan a tiempo, el 27% que no lo fue y el 27% solo a veces.

De acuerdo a lo expuesto por Cázeres en su libro *Ética y valores: Un acercamiento práctico*, el valor de la puntualidad es necesario para dotar a nuestra personalidad de carácter, orden y eficiencia, pues al vivir este valor en plenitud estamos en condiciones de realizar más actividades, desempeñar mejor nuestro trabajo, ser merecedores de confianza (Cázeres, 2008, p.97).

Por lo observado en los resultados, la impuntualidad se considera como la nula organización del tiempo, la planeación de actividades. En la actualidad, se ha implementado el sistema de registro de paciente diario; de esta manera, se cumple con el cronograma de actividades establecidas cotidianamente y disminuir los intervalos de espera entre cada paciente.

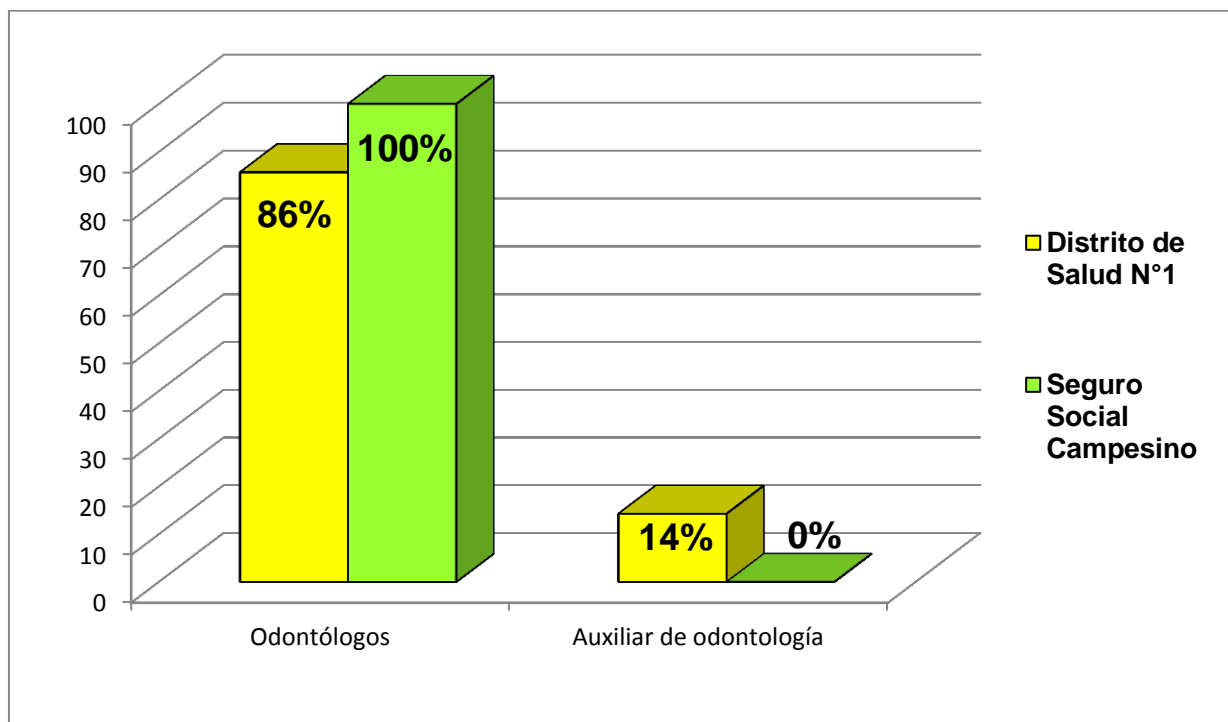
4.1.3. Cuadros y gráficos estadísticos de fichas de observación realizadas a los odontólogos que laboran en el Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 1

Cantidad de personal por unidad de Salud en el Área de Odontología

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Odontólogos	30	86
Auxiliar de odontología	5	14
TOTAL	35	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Odontólogos	17	100
Auxiliar de odontología	0	0
TOTAL	17	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 1 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas en el Distrito de Salud N° 1, del cual laboraban 86% odontólogos y 14% auxiliares. En cambio en el Seguro Social Campesino, solo trabajan 100% profesionales de la salud oral sin auxiliares.

La Federación Ecuatoriana de Odontología en su Código de ética. Capítulo VIII: Relaciones con el personal paraodontológico. Art. 30. lo siguiente:

“El profesional Odontólogo cuidará de su responsabilidad, haciendo que el personal bajo su dependencia respete los principios enunciados y declarados en este Código, utilizando al dirigirse a ellos la denominación apropiada; mecánica para Odontólogo a auxiliar” (Federación Ecuatoriana de Odontología, 2007, Recuperado de: <http://www.foe.org.ec>).

De acuerdo a los datos estadísticos adquiridos, existió una gran diferencia en los porcentajes obtenidos, prevaleciendo la falta de personal auxiliar para los expertos de la salud oral durante su consulta diaria, siendo un factor importante para brindar un servicio satisfactorio para los usuarios, ya que la ausencia del asistente equivalía a un retraso de tiempo para el profesional en los protocolos de atención a cada paciente.

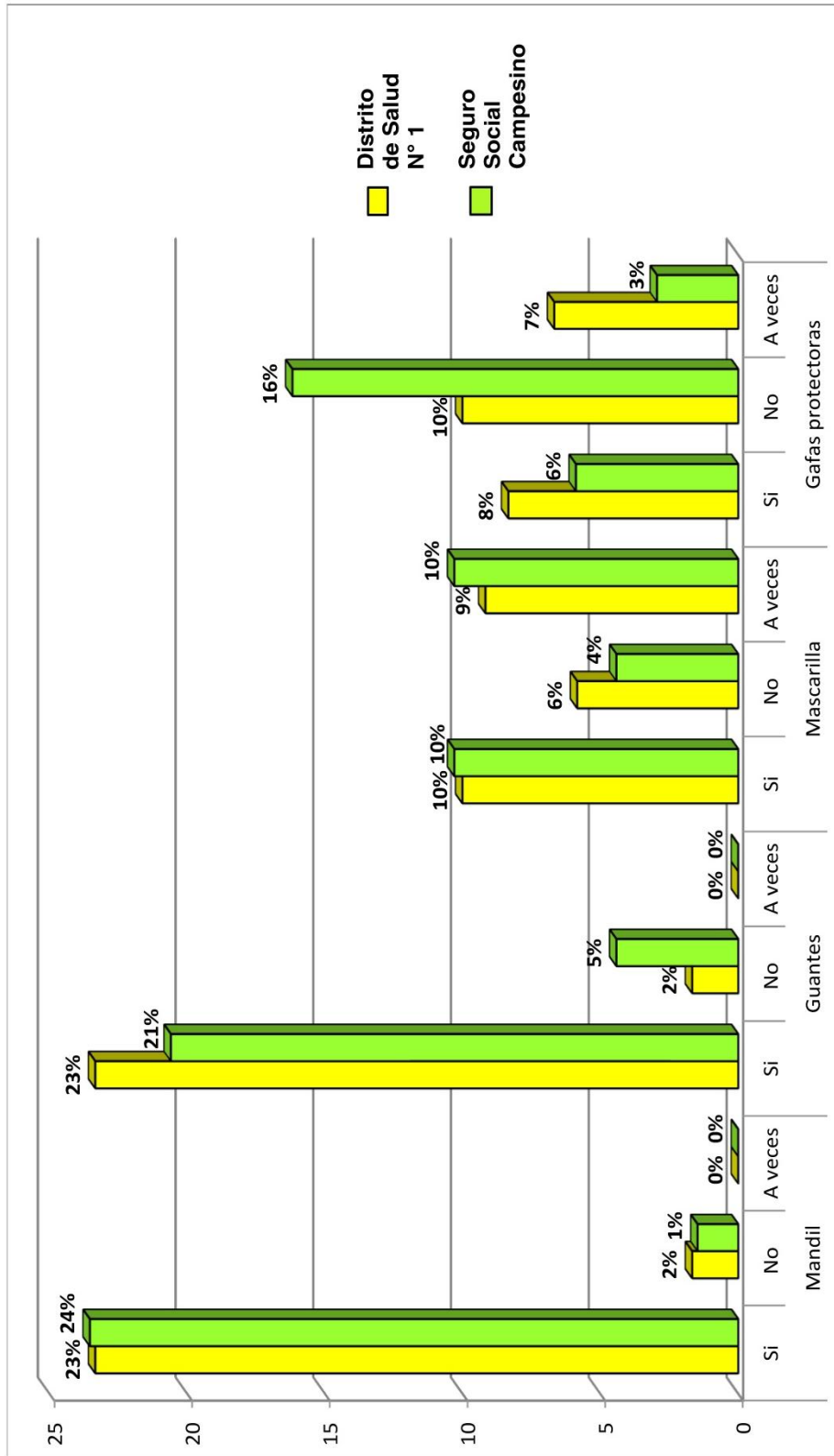
CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 2

Insumos de bioseguridad que utilizan los profesionales de la salud oral en el

Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo.

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%
Mandil	Sí	28	23
	No	2	2
	A veces	0	0
Guantes	Sí	28	23
	No	2	2
	A veces	0	0
Mascarilla	Sí	12	10
	No	7	6
	A veces	11	9
Gafas protectoras	Sí	10	8
	No	12	10
	A veces	8	7
TOTAL		120	100

Distrito de Salud N°1 ALTERNATIVAS		F	%
Mandil	Sí	16	24
	No	1	1
	A veces	0	0
Guantes	Sí	14	21
	No	3	5
	A veces	0	0
Mascarilla	Sí	7	10
	No	3	4
	A veces	7	10
Gafas protectoras	Sí	4	6
	No	11	16
	A veces	2	3
TOTAL		68	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 2 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1, el 23% se colocó mandil y guantes, el 2% no lo hizo, en cuanto a la poca utilización no hubo porcentaje alguno. En el manejo de la mascarilla, el 10% se mostró que si usaban, el 6% no aplicó y el 9% se la colocaban a veces. Finalmente, en lo que respecta a las gafas protectoras, el 8% se protegió los globos oculares; en cambio, el 10% no se cubrió en ningún momento y un 7% a veces. De acuerdo a los datos alcanzados en el Seguro Social Campesino, el 24% se colocó mandil, pero el 1% no lo hizo, en el caso de los guantes, el 21% se aplicó y 5% no lo efectuó; en la utilización de la mascarilla, el 10% lo hizo, el 4% no y el 10% a veces. En base a la aplicación de gafas protectoras, el 6% se colocó, el 16% realizó lo contrario y el 3% solo a veces.

Según lo expresado por Malagón, Galán & Pontón, en su libro *Administración Hospitalaria*. Es recomendado que el profesional y la auxiliar de odontología utilicen mascarillas desechables para la atención de todos los pacientes y particularmente en aquellos de alto riesgo. Con su uso estaremos protegiendo nuestra mucosa nasal contra microorganismos que expelen durante el procedimiento; se deberán cambiar obligatoriamente cuando se hayan ensuciado con alguna secreción del paciente. Así mismo, los profesionales que no portan anteojos por razones de deficiencia de visión, se les recomienda confeccionarse lentes con lunas neutras y usarlos durante los momentos de trabajo, ya que los aerosoles originan la continua penetración de saliva, sangre u otros elementos, dentro del globo ocular. Todas las personas que trabajan en un consultorio odontológico, deben usar mandiles o ropa protectora de manga corta, la cual

deberá ser utilizada manteniéndola siempre limpia, prolija e impecable. Esta ropa deberá usarse dentro de las instalaciones del consultorio y será retirada al salir de él (Malagón, Galán & Pontón, 2008, pp. 171 - 172).

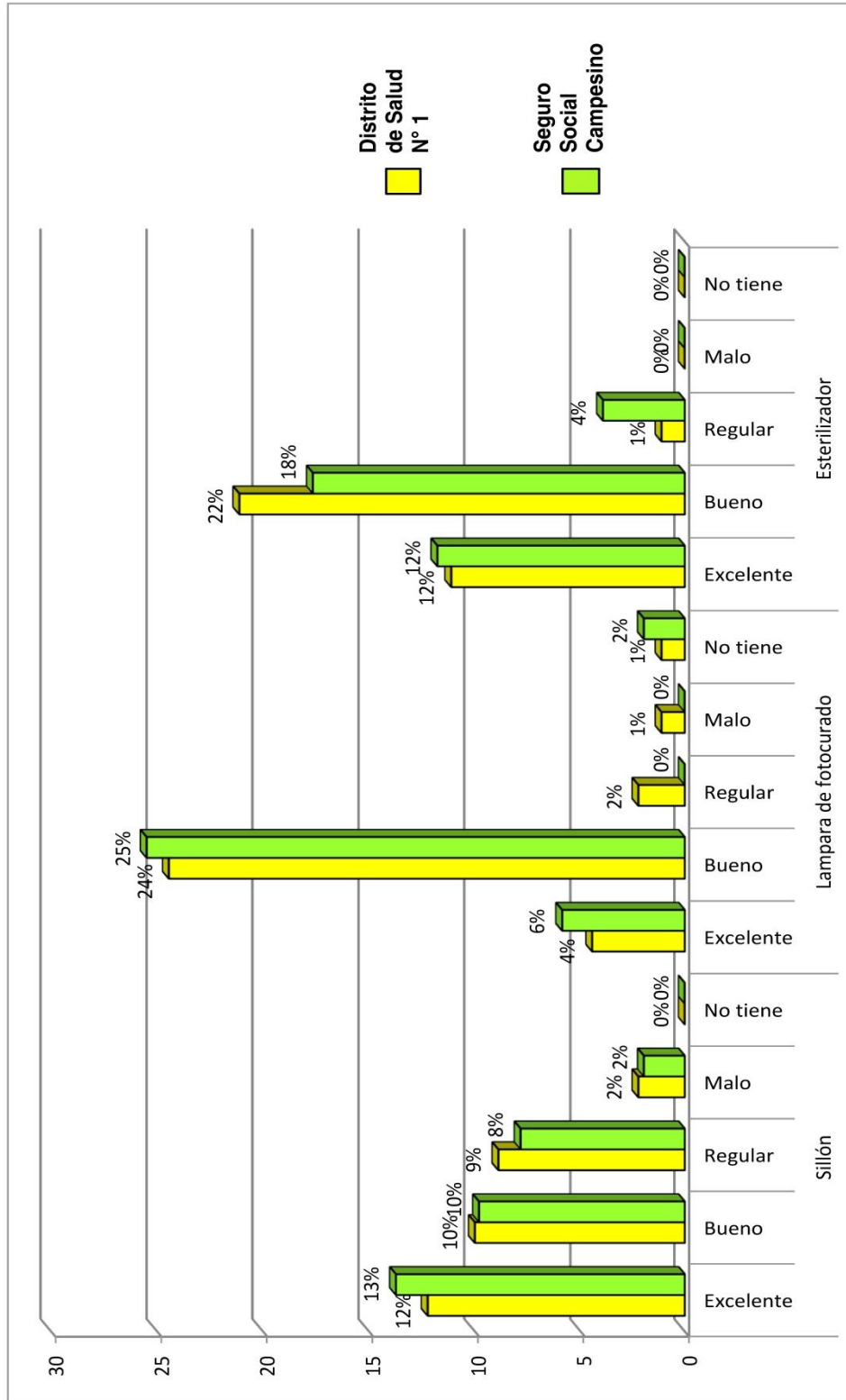
De acuerdo a lo obtenido, se verificó que los profesionales de la salud oral no están cumpliendo con los métodos de barreras de bioseguridad, lo que les puede repercutir que en lo posterior afecte su bienestar, contagiándose de ciertas enfermedades, ya que hay un determinado grupo de pacientes que no son honestos al referirse sobre sus enfermedades personales/familiares, considerando que todo usuario es estimado como un potencial de alto riesgo.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 3

Estado de equipos odontológicos

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%
Sillón	Excelente	11	12
	Bueno	9	10
	Regular	8	9
	Malo	2	2
	No tiene	0	0
Lampara de fotocurado	Excelente	4	4
	Bueno	22	24
	Regular	2	2
	Malo	1	1
	No tiene	1	1
Esterilizador	Excelente	10	11
	Bueno	19	21
	Regular	1	1
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
TOTAL		90	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS		F	%
Sillón	Excelente	7	13
	Bueno	5	10
	Regular	4	8
	Malo	1	2
	No tiene	0	0
Lámpara de fotocurado	Excelente	3	6
	Bueno	13	25
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	1	2
Esterilizador	Excelente	6	12
	Bueno	9	18
	Regular	2	4
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
TOTAL		51	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Monteseoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 3 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1, el equipo odontológico se encuentra el 12% se encontró en excelente estado, mientras que el 10% estuvo bueno. En base al uso del equipo odontológico, el 9% fue regular, en cuanto al mal estado se obtuvo el 2%, no hubo porcentaje alguno si no poseían el mismo. En la lámpara de fotocurado, el 4% se observó en excelente estado, un 24% se los consideró bueno, el 2% regular, el 1% en mal estado y el 1% no tuvo lámpara de fotocurado. Finalmente, en lo que respecta al esterilizador, el 12% estuvo en excelente estado; en cambio, el 22% fue bueno y el 1% fue regular. De acuerdo a los datos alcanzados en el Seguro Social Campesino, el sillón se encontró un 13% excelentes, un 10% en buen estado, el 8% regulares y un 2% se encontró en malas condiciones, respecto a la lámpara de fotocurado en esta institución, el 6% fue excelentes, mientras que el 25% solo fue bueno, un 0% se halló regular y no las tenían. En cuanto al esterilizador, un 11% excelente, el 21% en buen estado, un 4% regular.

A propósito Gutiérrez & Iglesias, definen que habitualmente el equipamiento odontológico no se debe incurrir en el olvido, por motivo que se debe tomar las siguientes precauciones: El sillón dental precisa su alimentación de una fuente de energía eléctrica y dos elementos naturales (agua y aire) de tal manera que debe ser limpiado con productos que aconseja el fabricante. Tanto la pieza de mano como los instrumentos rotatorios deben ser engrasado y limpiados diariamente al finalizar la jornada previo a su esterilización (vale recalcar que el adaptador ya sea de la turbina y el contraángulo se tiene que limpiar); en cuanto al compresor del sillón dental, tiene que ser purgado a diario para así poder eliminar el aire

comprimido. En lo que respecta al sistema de aspirado del sillón, se lava haciendo pasar por el al menos 5 litros de agua con detergente disuelto en ella (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.40 - 49).

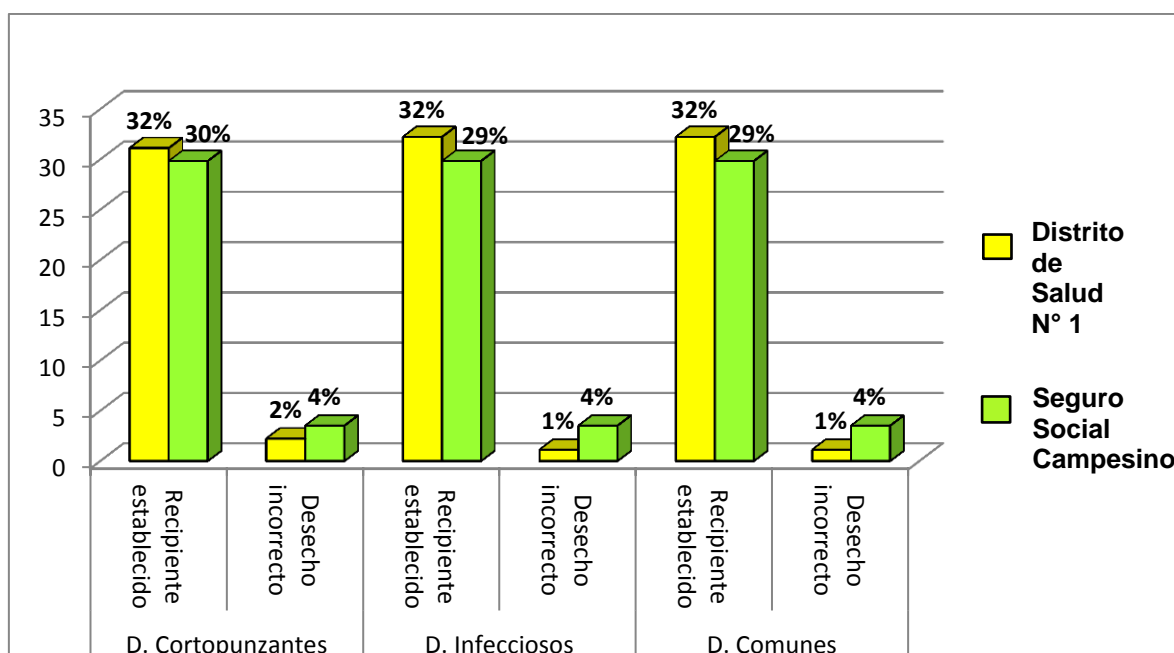
En base a los datos obtenidos, los implementos del área de odontología se encuentran en excelente y buen estado, siendo un mínimo por ciento que debe tener una mejor adecuación. Para así tener una mejor productividad y servicio para los usuarios que acuden a la consulta diaria

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 4

Métodos de eliminación de desechos:

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%
D. Cortopunzantes	Recipiente establecido	28	32
	Desecho incorrecto	2	2
D. Infecciosos	Recipiente establecido	29	32
	Desecho incorrecto	1	1
D. Comunes	Recipiente establecido	29	32
	Desecho incorrecto	1	1
TOTAL		90	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS		F	%
D. Cortopunzantes	Recipiente establecido	17	30
	Desecho incorrecto	2	4
D. Infecciosos	Recipiente establecido	17	29
	Desecho incorrecto	2	4
D. Comunes	Recipiente establecido	17	29
	Desecho incorrecto	2	4
TOTAL		57	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 4 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1, de los cuales el 32% depositó los desechos cortopunzantes en el recipiente establecido, mientras que solo el 2% no lo hizo; seguidamente, los desechos infecciosos fue depositado el 32% de manera adecuada y el 1% no; los desechos comunes, fue depositado en el recipiente establecido el 32%, pero el 1% no. En cuanto a los expertos del Seguro Social Campesino, desecharon de manera correcta los residuos en un 30% cortopunzante, 29% de residuo infeccioso y el 29% desecho común, mientras que el 4% de ellos no depositaron dichos elementos respectivamente de forma correcta.

Malagón, Galán & Pontón, indican en su libro Administración Hospitalaria. Los residuos comunes o no contaminados provenientes de la limpieza en general (polvos, cartones, papeles, plásticos, etc.), deben ser almacenados en recipientes con bolsas de color negro. Los residuos biocontaminados provenientes del área asistencial (algodones, gasas, guantes, inyectores de saliva, elementos punzocortantes, etc.), son residuos sólidos con grandes cantidades de microorganismos provenientes de las secreciones, excreciones, además líquidos orgánicos del paciente, deben ser depositados en bolsas rojas; en caso de la no disponibilidad de bolsa color rojo obliga a colocar rótulos bien legibles indicando “residuos contaminados”. Los residuos especiales lo constituyen los elementos contaminados con sustancias químicas, radioactivas y líquidos tóxicos, tales como sustancia para revelado, mercurio, etc.; para este tipo de residuos se debe utilizar bolsas de color amarillo. Los restos contaminados como los materiales punzocortantes deben ser depositados en los descartadores de envase plásticos,

con destino a su eliminación; éstos no deben bajo ninguna circunstancia ser reutilizados (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.166)

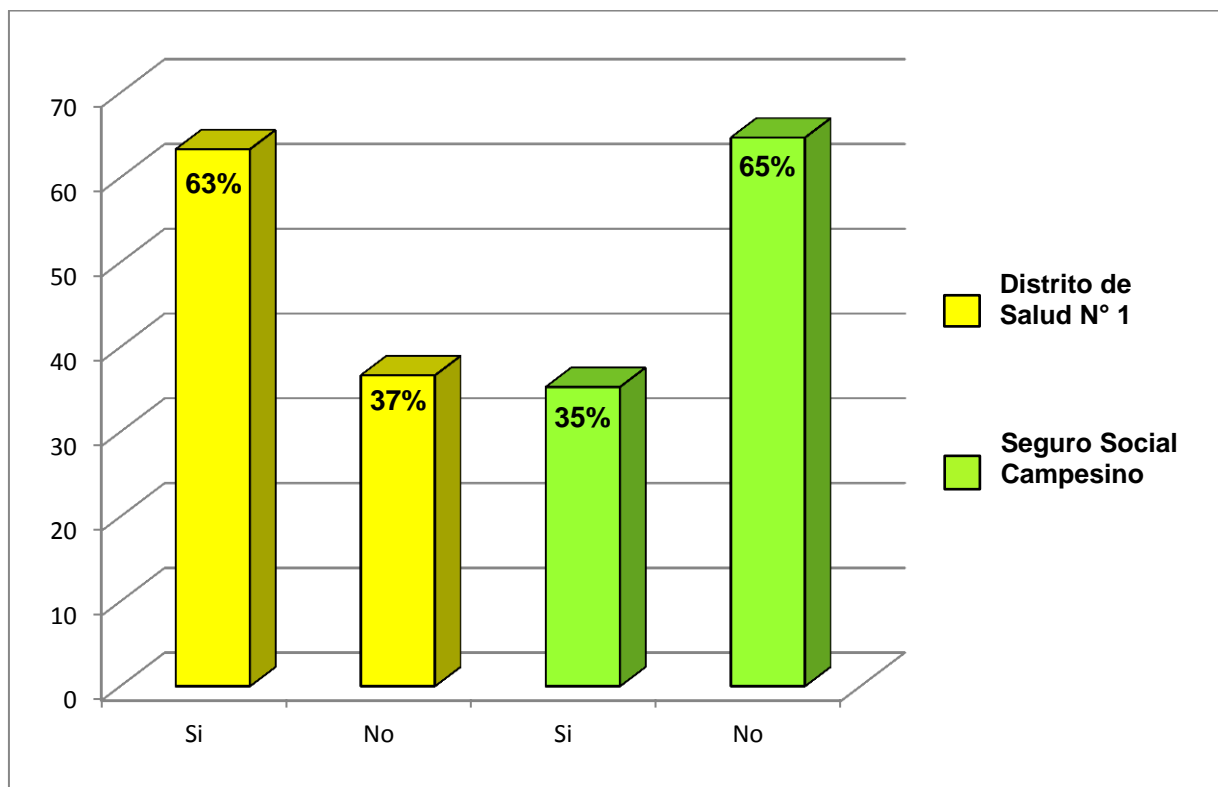
Al respecto, se pudo observar que el mayor porcentaje de los profesionales de la salud oral si realizaban una correcta eliminación de los residuos en los recipientes establecidos; intentando así mantener un medio ambiente limpio y reciclable.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 5

El profesional se lavó las manos después de utilizarlos guantes:

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	19	63
No	11	37
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	6	35
No	11	65
TOTAL	17	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 5 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas en el Distrito de Salud N° 1, el 63% efectuó el lavado de manos luego de utilizar el par de guantes, mientras que un 37% no lo realizó. En lo que respecta al Seguro Social Campesino, el 35 % si lo desarrolló; sin embargo, el 65 % no lo aplicó.

A propósito Malagón, Galán & Pontón, indican en su libro *Administración Hospitalaria*. Antes de realizar una intervenciones, los profesionales deberán lavarse las manos, uñas, antebrazo, por un minuto, con un cepillo de uñas y utilizando un jabón antiséptico con yodopovidona antes y después de colocarse los guantes. Luego de utilizar éstos, durante un periodo largo de tiempo, se aconseja enjuagarse bien y aplicarse jabón antiséptico. Esta operación se hará rigurosamente, sobre todo, antes de colocarse el nuevo guante (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.171).

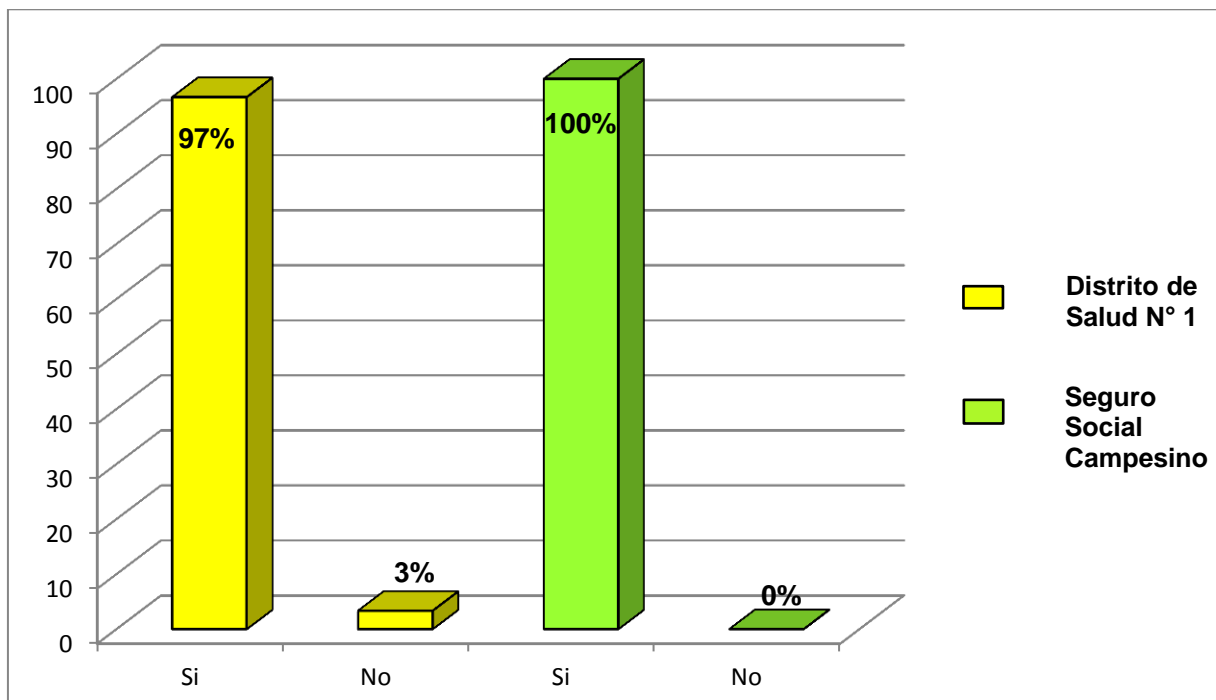
Tomando referencia a los datos obtenidos, se pudo verificar que un grupo determinado de profesionales (63%) si realizaron el lavado de manos, mientras un mayor porcentaje (65%) no efectuaron dicho método de bioseguridad.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 6

Brinda el profesional las opciones de tratamiento al paciente:

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	29	97
No	1	3
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	17	100
No	0	0
TOTAL	17	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo

Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 6 se pudo comprobar que en las fichas de observación realizadas en el Distrito de Salud N° 1, de los cuales el 97 % brindó a los usuarios diversas opciones de tratamiento, mientras que solo un 3 % no lo ofertó. En cuanto a lo que le compete al Seguro Social Campesino, el 100% de ellos si propuso las alternativas de tratamientos.

A propósito, Bordoni, Escobar & Castillo, indican en su texto de Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente del mundo actual”, gracias a la Bioética, hoy *en día* el experto tiene el *deber* y la obligación por ley de informar a sus pacientes *la verdad*, es decir, explicarle a su paciente en forma comprensible lo que dice la comunidad odontológica con respecto a su condición y las alternativas de tratamiento para que el paciente *decida* según carta de derechos del paciente (Bordoni, Escobar & Castillo, 2010, p.1094).

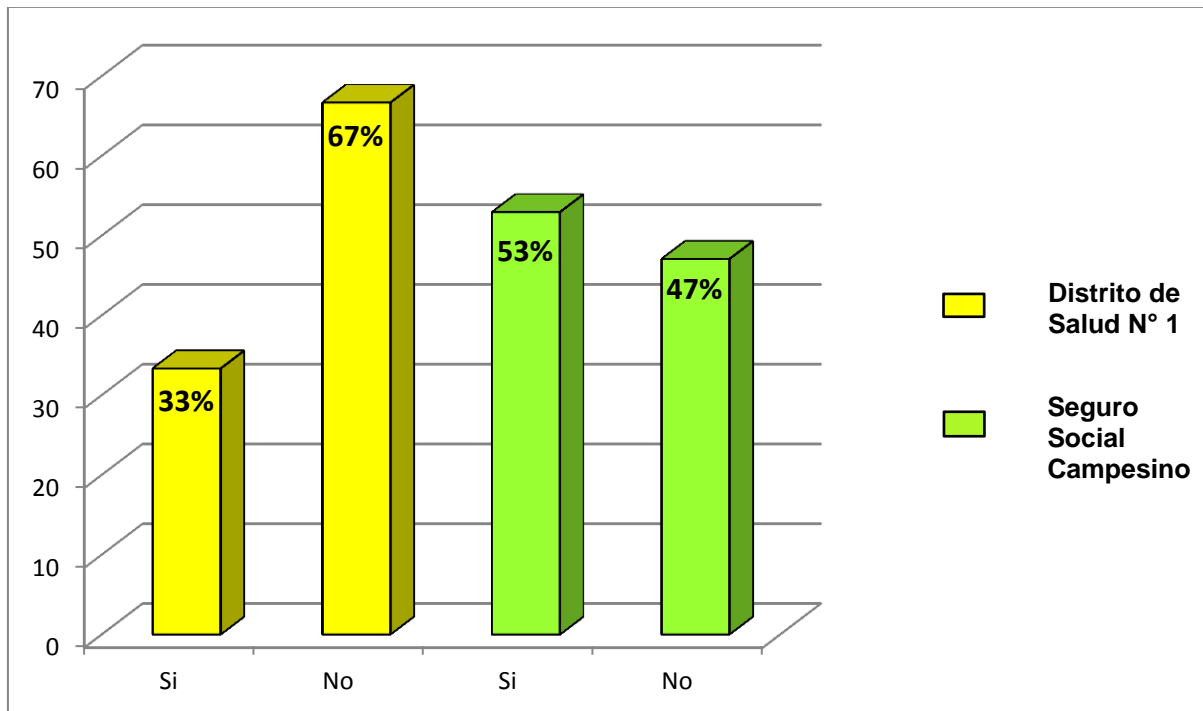
Tomando referencia a los resultados, se pudo determinar que gran parte de los profesionales ofertaban alternativas de tratamiento a la comunidad cuando requerían de su asistencia, con el fin de preservar, mantener y educar a los usuarios para obtener una salud oral ideal.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 7

Valoración previa de los signos vitales al usuario en el departamento de
enfermería:

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Sí	10	33
No	20	67
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Sí	9	53
No	8	47
TOTAL	17	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 7 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas en del Distrito de Salud N° 1, el 33% fue valorado el paciente previamente a la consulta dental, pero el 67% no lo fue. En cambio en el Seguro Social Campesino, el 53% si tomó las referencias de los signos vitales, mientras que el 47% no.

Según lo expuesto por Chimenos & López el examen inicial es una evaluación rápida del estado general del paciente para identificar cualquier trastorno que ponga en peligro inminente la vida. Es por ello, que los signos vitales son claves que se usan para evaluar el estado del paciente; el primer conjunto de los signos vitales que se obtengan se llaman *signos vitales de base*, los cuales incluyen la medición cuantitativa (numérica) objetiva, donde se siempre se incluirá las respiraciones, pulso y tensión arterial. Un problema o déficit en uno de los demás sistemas o funciones vitales afectará de manera progresiva y se reflejará con alteraciones en el aparato respiratorio, circulatorio y sistema nervioso; por lo tanto, el estado de estos sistemas sirven de directriz para valorar y medir el estado general del paciente (Chimenos & López, 2010, p.20)

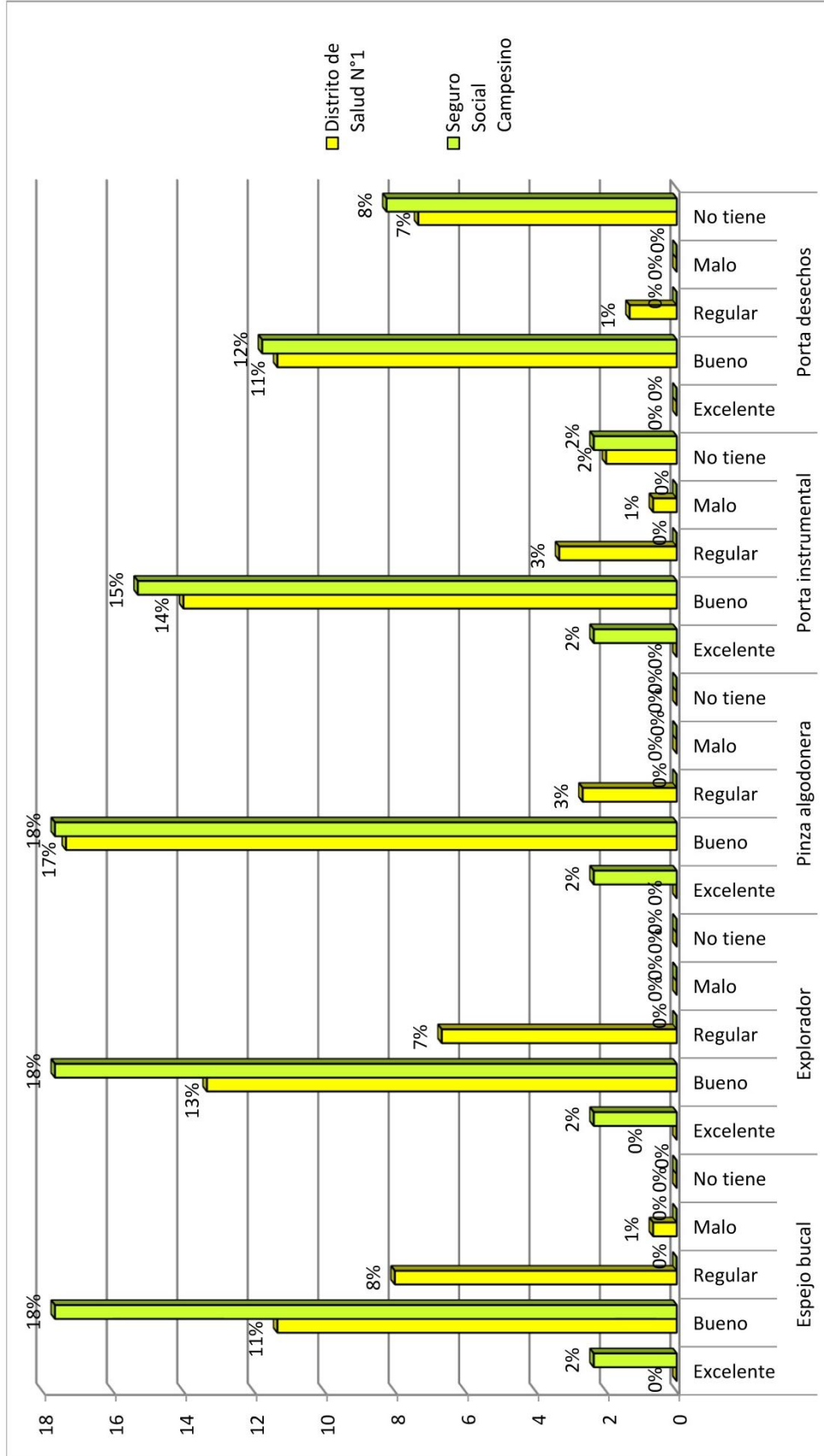
En la actualidad, no realizaban la valoración previa de los signos vitales de los usuarios que asistían al área de odontología, por motivos que la mayoría pasaban directamente a la consulta, teniendo en cuenta que ningún profesional puede estar exento de alguna complicación durante su intervención, ya que debe dársele mayor importancia a una valoración previa de los signos vitales.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 8

Estado del instrumental de diagnóstico odontológico

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%
Espejo bucal	Excelente	0	0
	Bueno	17	11
	Regular	12	8
	Malo	1	1
	No tiene	0	0
Explorador	Excelente	0	0
	Bueno	20	13
	Regular	10	7
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
Pinza algodонера	Excelente	0	0
	Bueno	26	17
	Regular	4	3
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
Porta instrumental	Excelente	0	0
	Bueno	21	14
	Regular	5	3
	Malo	1	1
	No tiene	3	2
Porta desechos	Excelente	0	0
	Bueno	17	11
	Regular	2	1
	Malo	0	0
	No tiene	11	7
TOTAL		150	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS		F	%
Espejo bucal	Excelente	2	2
	Bueno	15	18
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
Explorador	Excelente	2	2
	Bueno	15	18
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
Pinza algodонера	Excelente	2	2
	Bueno	15	18
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
Porta instrumental	Excelente	2	2
	Bueno	13	15
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	2	2
Porta desechos	Excelente	0	0
	Bueno	10	12
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	7	8
TOTAL		85	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 8 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas al área de odontología del Distrito de Salud N° 1, en donde se percató lo siguiente: Espejos bucales, 11% en estado bueno, 8% regular, 1% malo; exploradores, 13% bueno, 7% regular; en cuanto a las pinzas algodoneras, el 17% bueno, 3% regular; los porta instrumentales, 14% bueno, 3% regular, 1% malo y 2% no tenía; porta desechos, 11% bueno, 1% regular, 7% no tenía. En el Seguro Social Campesino se pudo observar: Espejos bucales, 2% en excelente estado, 18% en buen estado; en los exploradores el 18% se encontró en buen estado; las pinzas algodoneras, 2% excelente, 18% bueno; los porta instrumentales se consideraron el 2% excelente, 15% bueno, 2% no tenía; finalmente los porta desechos se encontraron el 12% en buen estado y 8% no tenía.

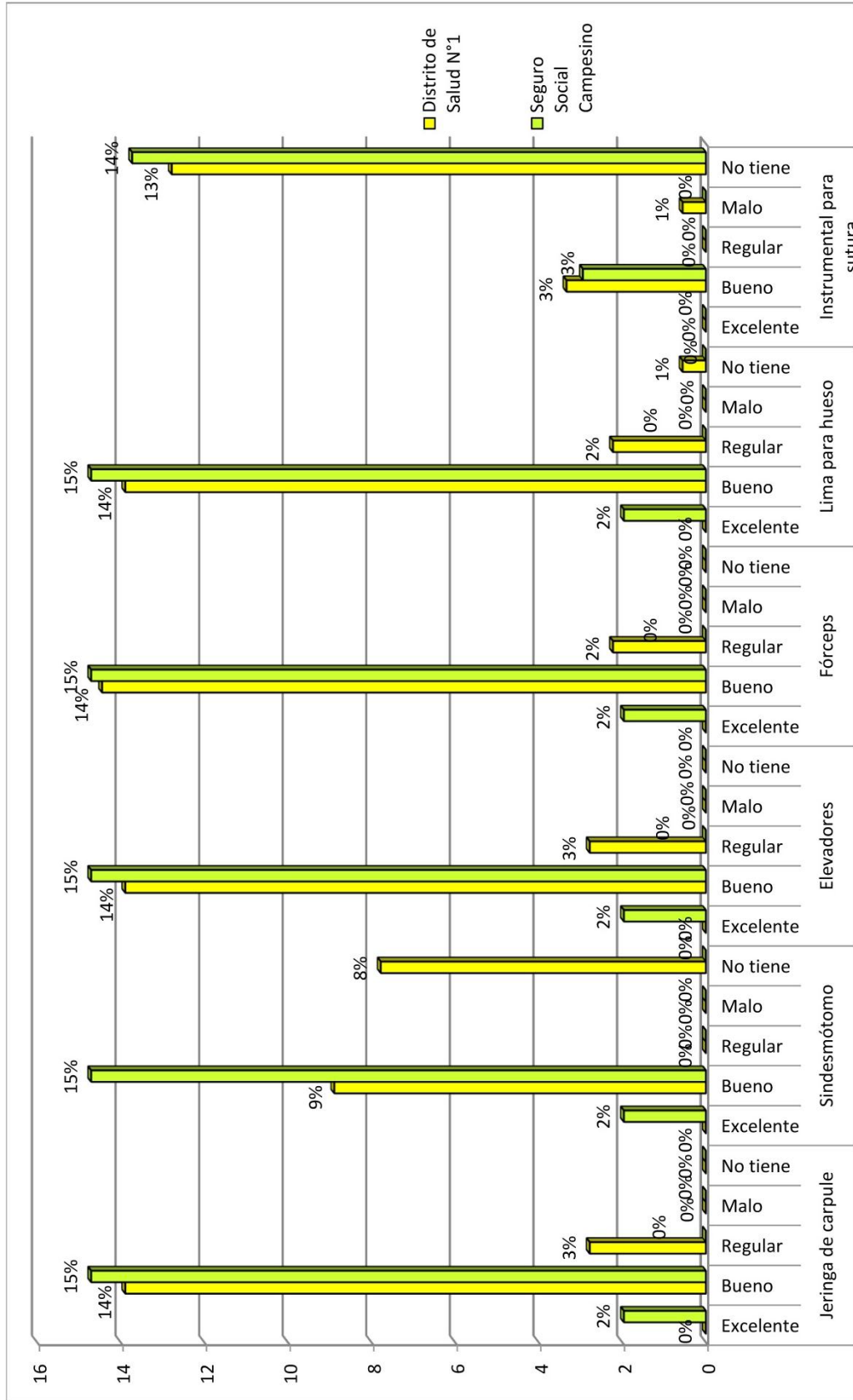
A propósito, Bartolomucci, en su libro de Instrumental Odontológico: Guía Práctica, expresa que los instrumentos auxiliares o de diagnóstico, son aquellos que desempeñan una función secundaria en la preparación de las cavidades, ayudando así a facilitar un correcto diagnóstico clínico durante el examen del paciente. Este grupo de instrumentos está compuesto por: Explorador, sonda periodontal, pinza algodонера, espejo bucal (Bartolomucci, 2009, pp.1 - 20).

Tomando en cuenta los resultados que se analizaron, gran parte del instrumental de diagnóstico en general de ambas Instituciones se encontraban en buen estado; vale recalcar, que existió un porcentaje en aquellos que estaban en regular, malo o incompletos; para lo cual es necesario, que exista un plan de implementación de dichos requerimientos para la atención diaria de los usuarios.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 9

Estado del instrumental de cirugía bucal

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS				Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS			
		F	%			F	%
Jeringa de carpule	Excelente	0	0	Jeringa de carpule	Excelente	2	2
	Bueno	25	14		Bueno	15	15
	Regular	5	3		Regular	0	0
	Malo	0	0		Malo	0	0
	No tiene	0	0		No tiene	0	0
Sindesmótomo	Excelente	0	0	Sindesmótomo	Excelente	2	2
	Bueno	16	9		Bueno	15	15
	Regular	0	0		Regular	0	0
	Malo	0	0		Malo	0	0
	No tiene	14	8		No tiene	0	0
Elevadores	Excelente	0	0	Elevadores	Excelente	2	2
	Bueno	25	14		Bueno	15	15
	Regular	5	3		Regular	0	0
	Malo	0	0		Malo	0	0
	No tiene	0	0		No tiene	0	0
Fórceps	Excelente	0	0	Fórceps	Excelente	2	2
	Bueno	26	14		Bueno	15	15
	Regular	4	2		Regular	0	0
	Malo	0	0		Malo	0	0
	No tiene	0	0		No tiene	0	0
Lima para hueso	Excelente	0	0	Lima para hueso	Excelente	2	2
	Bueno	25	14		Bueno	15	15
	Regular	4	2		Regular	0	0
	Malo	0	0		Malo	0	0
	No tiene	1	1		No tiene	0	0
Instrumental para sutura	Excelente	0	0	Instrumental para sutura	Excelente	0	0
	Bueno	6	3		Bueno	3	3
	Regular	0	0		Regular	0	0
	Malo	1	1		Malo	0	0
	No tiene	23	13		No tiene	14	14
TOTAL		180	100	TOTAL		102	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 9 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas en el área de odontología del Distrito de Salud N° 1, en donde se observó lo siguiente: Jeringas de carpule, 14% bueno, 3% regular; sindesmótomos, 9% bueno, 8% no tenía; elevadores, 14% bueno, 3% regular; fórceps, 14% bueno, 2% regular; lima para hueso, 14% bueno, 2% regular, 1% no tenía; instrumental de sutura, 3% bueno, 1% malo y 13% no tenía. En el Seguro Social Campesino se consideró lo siguiente: Jeringas de carpule, sindesmótomos, elevadores, fórceps, limas para hueso se encontraron 2% excelente, 15% bueno y el instrumental de sutura estaba el 3% bueno, pero el 14% no tenía.

Tomando referencia de González, Gutiérrez, Moya & Calderón, en su texto de Odontobook: Guía práctica de Odontología. Entendemos por instrumental quirúrgico aquellos elementos o útiles diseñados para ejecutar una serie de técnicas y maniobras intraorales. Actúan como prolongaciones de las manos y los dedos del operador, facilitándole el acto quirúrgico. Entre el instrumental utilizado en cirugía bucal, se los divide de acuerdo a su acción: Instrumento quirúrgico para anestesiar, tejidos blandos, tejidos duros, de prensión y fijación, para exodoncias, para sutura, auxiliares (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.197).

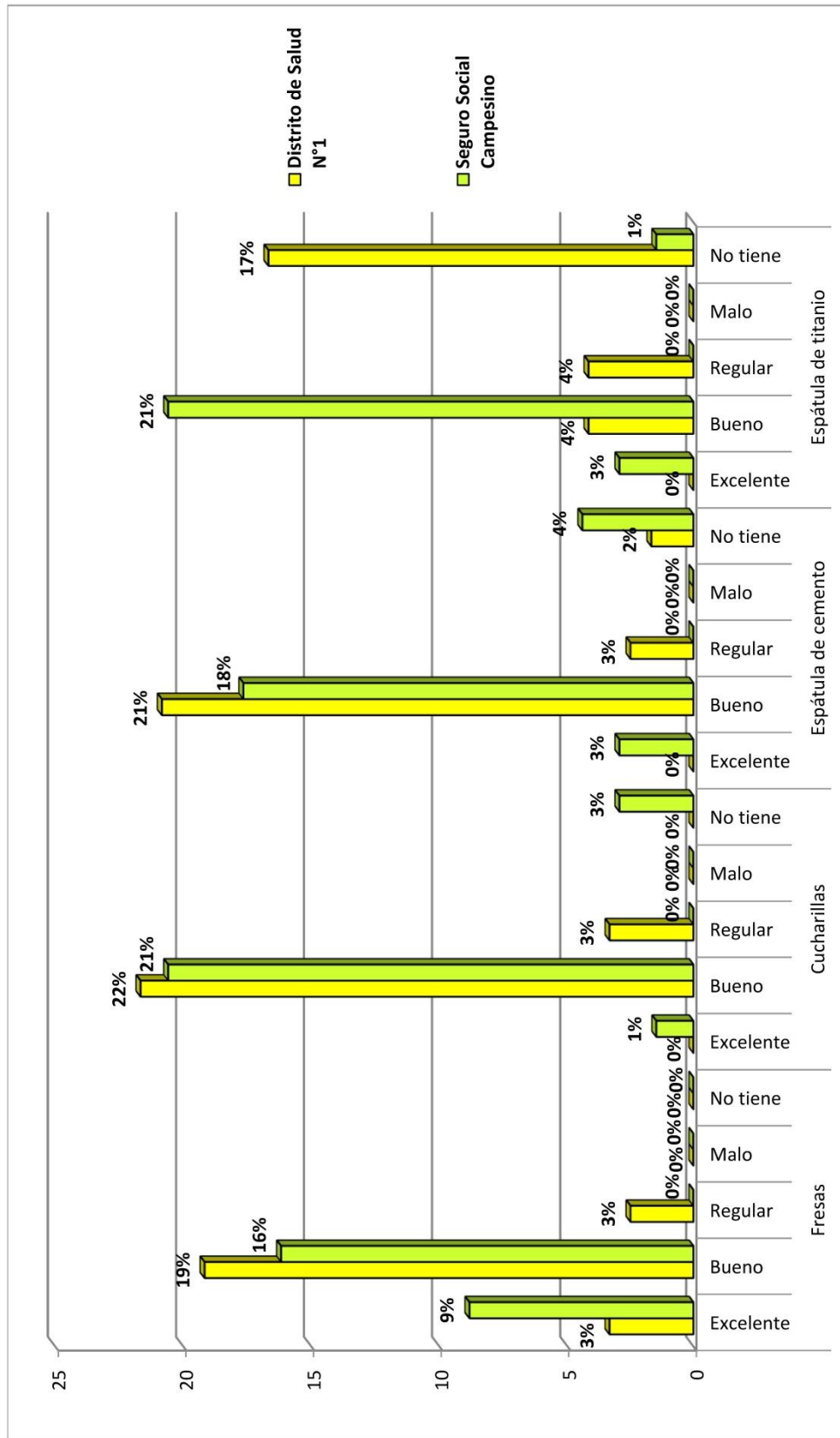
De acuerdo a los resultados alcanzados, gran parte del instrumental de cirugía en general de ambas Instituciones se encontraban en buen estado; sin dejar de mencionar que, constó un porcentaje (7% en general) en aquellos que estaban en regular, malo o no lo poseían completamente.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 10

Estado del instrumental de operatoria

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%
Fresas	Excelente	4	3
	Bueno	23	19
	Regular	3	3
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
Cucharillas	Excelente	0	0
	Bueno	26	22
	Regular	4	3
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
Espátula de cemento	Excelente	0	0
	Bueno	25	21
	Regular	3	3
	Malo	0	0
	No tiene	2	2
Espátula de titanio	Excelente	0	0
	Bueno	5	4
	Regular	5	4
	Malo	0	0
	No tiene	20	17
TOTAL		120	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS		F	%
Fresas	Excelente	6	9
	Bueno	11	16
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
Cucharillas	Excelente	1	1
	Bueno	14	21
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	2	3
Espátula de cemento	Excelente	2	3
	Bueno	12	18
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	3	4
Espátula de titanio	Excelente	2	3
	Bueno	14	21
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	1	1
TOTAL		68	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
 Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Monteseoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 10 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas en el área de odontología del Distrito de Salud N° 1, se observó el estado del instrumental de operatoria, de tal manera que: Fresas, 3% excelente, 19% bueno, 3% regular; cucharillas, 22% bueno, 3% regular; espátula de cemento, 21% bueno, 3% regular, 2% no tiene; espátula de titanio, 4% bueno, 4% regular, 17% no tenía. En el Seguro Social Campesino se pudo observar lo siguiente: Fresas, 9% excelente, 16% bueno; cucharillas, 21% bueno, 3% no tenía, espátula de cemento, 3% excelente, 18% bueno, 4% no tenía; espátula de titanio, 3% excelente estado, 21% buen estado y 1% no tenía.

González, Gutiérrez, Moya & Calderón en su texto denominado Odontobook: Guía práctica de Odontología, expresa que la espátula de titanio es un instrumento manual fabricado de acero inoxidable. Poseen una parte activa con distintas formas no cortantes, un mango largo con rugosidades para poder ejercer presión y un cuello que une ambas partes. En cuanto a la función que cumple, se la utiliza para aplicar el composite sobre la superficie dentaria a restaurar o sobre otras capas previas de composite, con el fin de realizar el modelado de éste y devolverle la morfología pérdida de la pieza dental. Como recomendación, se debe limpiar, desinfectar, secar y embolsar para su posterior esterilización (González, Gutiérrez, Moya & Calderón, 2010, p.110).

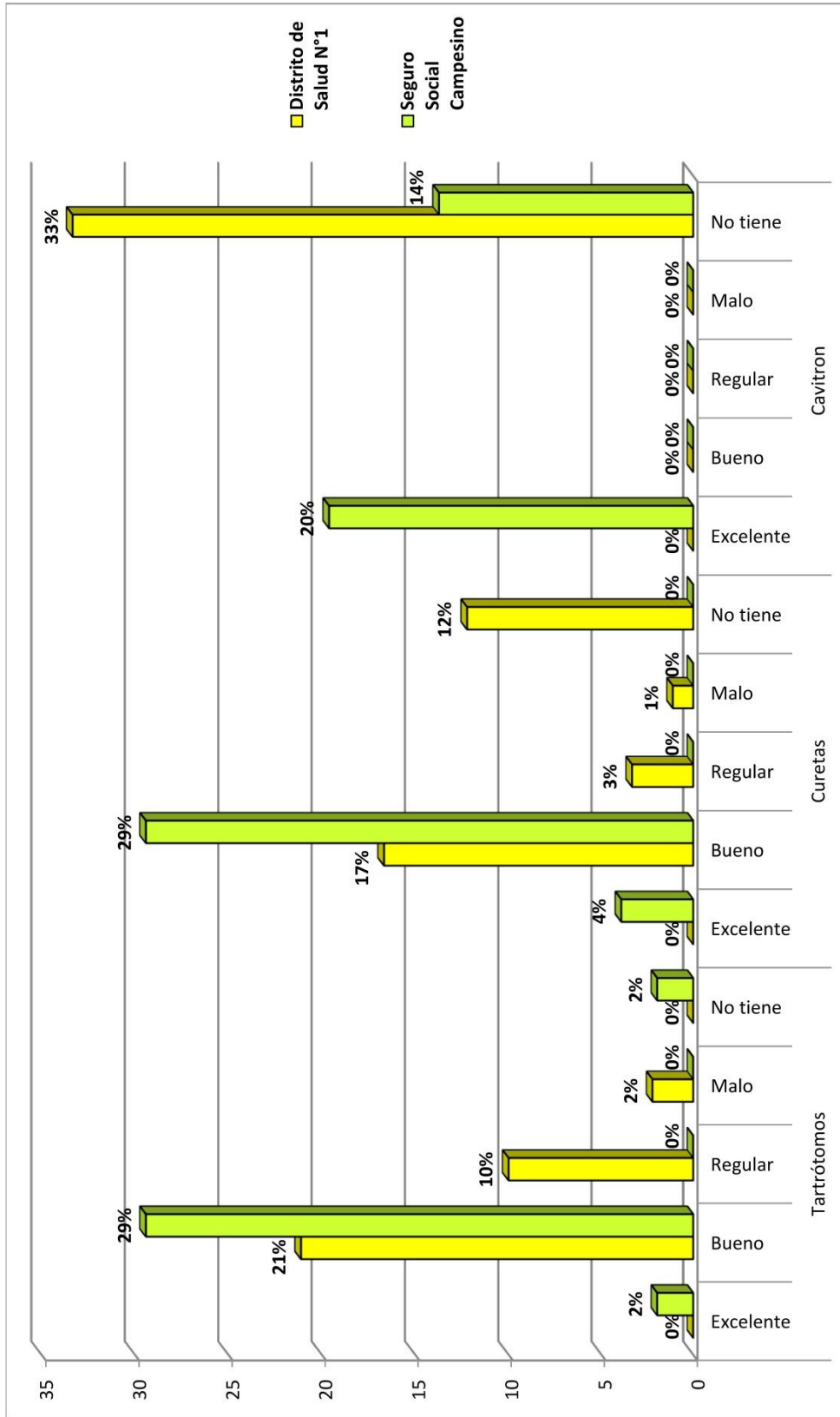
En base a los resultados alcanzados, se pudo establecer que las gran parte de las unidades operativas en el área de odontología, carecen de instrumental operatorio para realizar restauraciones con resina compuesta, ya que la mayoría del equipamiento que poseen se encuentran en regular estado; para lo cual, las autoridades pertinentes deberían realizar implementaciones necesarias.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 11

Estado del instrumental de periodoncia

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%
Tartrótomos	Excelente	0	0
	Bueno	19	21
	Regular	9	10
	Malo	2	2
	No tiene	0	0
Curetas	Excelente	0	0
	Bueno	15	17
	Regular	3	3
	Malo	1	1
	No tiene	11	12
Cavitron	Excelente	0	0
	Bueno	0	0
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	30	33
TOTAL		90	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS		F	%
Tartrótomos	Excelente	1	2
	Bueno	15	29
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	1	2
Curetas	Excelente	2	4
	Bueno	15	29
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	0	0
Cavitron	Excelente	10	20
	Bueno	0	0
	Regular	0	0
	Malo	0	0
	No tiene	7	14
TOTAL		51	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 11 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas en el área de odontología del Distrito de Salud n° 1, se observó el estado instrumental de periodoncia, los cuales se obtuvo los siguientes resultados: Tartrótomos, el 21% bueno, 10% se consideró regular, un 2% malo. Curetas un 17% en buen estado, el 3% en estado regular, 1% en mal estado, 12% no tenía. Cavitron el 33% no tienen. En el Seguro Social Campesino se pudo observar lo siguiente: Tartrótomos en un 2% excelente, 29% bueno, 2% no tenía. Curetas un 4% en excelente estado, 29% en buen estado. Cavitron el 20% excelente, el 14% no tenía.

Haciendo referencia lo manifestado por Schoen & Dean, en su libro "Instrumentación periodontal, el instrumental subsónico (*air-scaler*) o cavitron. Es de apariencia externa similar al aparato de ultrasonidos. Tiene un fundamento diferente. Su eficacia ha sido menos estudiada que la de los ultrasonidos. Sus indicaciones y forma de uso son las mismas que en los ultrasonidos, aunque parece ser menos útil en la remoción de cálculo grueso, y de eficacia aparentemente similar en la remoción de cálculo fino (Schoen & Dean, 2009, p.38).

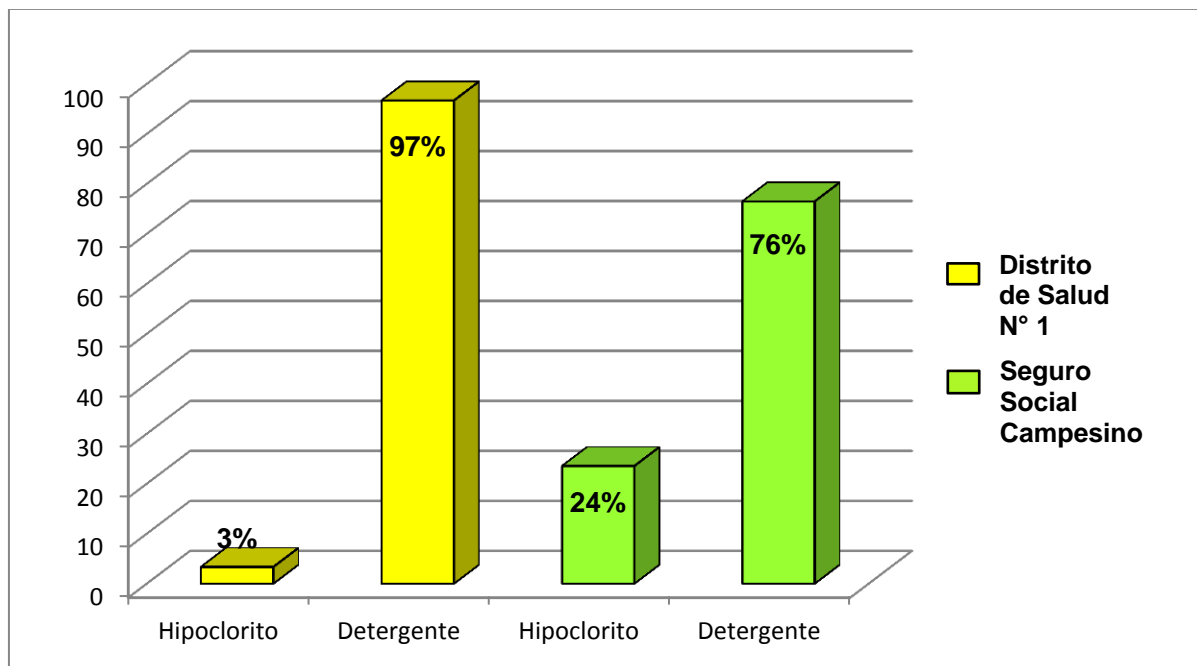
Como se pudo percatar en los resultados, algunas unidades operativas se encontraban con una buena implementación en lo que concierne a instrumental periodontal, ya que constaban con cavitron; así mismo, el resto de los insumos estaban en buenas condiciones, pero se necesitaba mayor número de instrumental para cubrir su demanda diaria.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 12

Tipo de desinfectante de superficies y sillón odontológico

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Hipoclorito	1	3
Detergente	29	97
TOTAL	30	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Hipoclorito	4	24
Detergente	13	76
TOTAL	17	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo

Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 12 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas en el Distrito de Salud N° 1, el 3% utilizó el hipoclorito para desinfectar, mientras el 97 % aplicó detergente. En el Seguro Social Campesino, el 24% desinfectó con hipoclorito y el 76% con detergente.

Malagón, Galán & Pontón, expresan en su libro Administración Hospitalaria. Las principales soluciones desinfectantes de superficies, son las siguientes: Fenoles sintéticos, hipoclorito de sodio, iodóforos con detergentes. Con el fin de mejorar y mayor protección sanitaria a todos los pacientes, diariamente se deberán desinfectar todas las superficies de trabajo del consultorio, así como aquellos lugares en los que depositan las secreciones infectantes y las manos del profesional y la auxiliar dental (Malagón, Galán & Pontón, 2008, p.23).

Como se observó en los resultados alcanzados, gran parte de los profesionales aplicaron detergentes como desinfectante para las superficies y sillón odontológico, teniendo presente que, no era un medio suficiente para la eliminación completa de los microorganismos.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 13

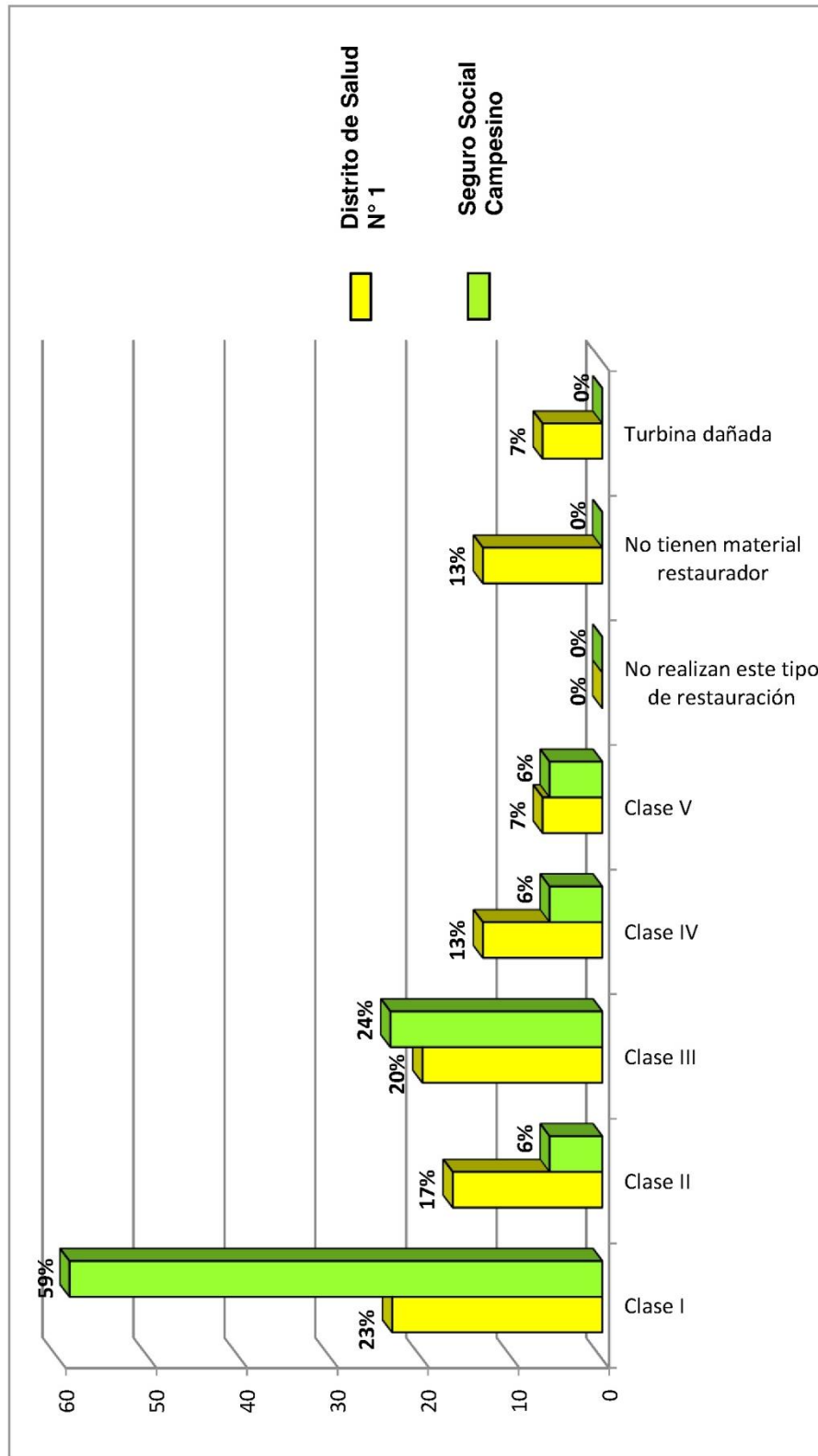
Protocolo para restauraciones con resina

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS	F	%
Clase I	7	23
Clase II	5	17
Clase III	6	20
Clase IV	4	13
Clase V	2	7
No realizan este tipo de restauración	0	0
No tienen material restaurador	4	13
Turbina dañada	2	7
TOTAL	30	100

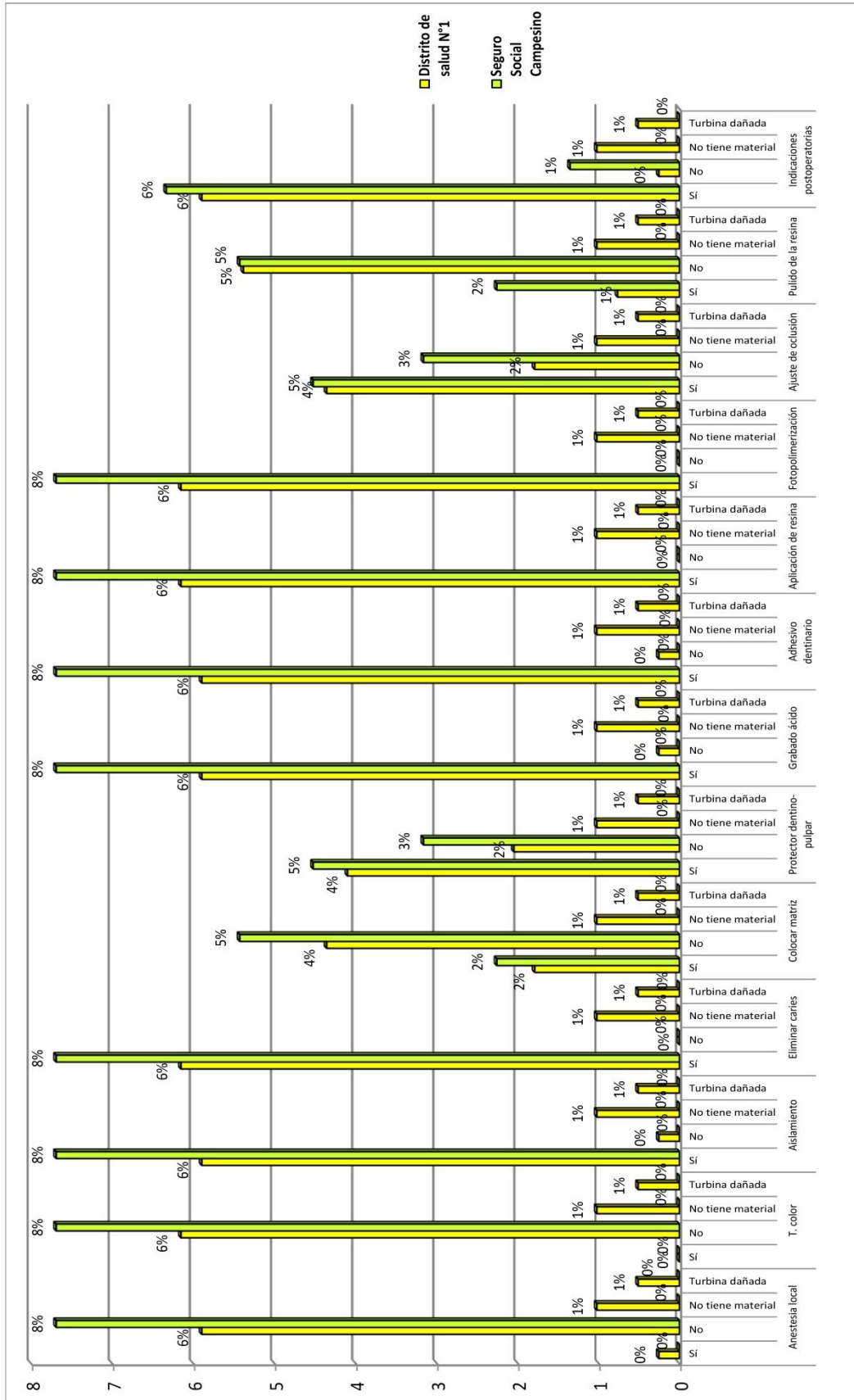
Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS	F	%
Clase I	10	59
Clase II	1	6
Clase III	4	24
Clase IV	1	6
Clase V	1	6
No realizan este tipo de restauración	0	0
No tienen material restaurador	0	0
Turbina dañada	0	0
TOTAL	17	100

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%
Anestesia local	Sí	1	0
	No	23	6
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Toma de color	Sí	0	0
	No	24	6
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Aislamiento del campo operatorio	Sí	23	6
	No	1	0
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Eliminación de caries	Sí	24	6
	No	0	0
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Colocación de matriz	Sí	7	2
	No	17	4
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Colocación de protector dentino-pulpar	Sí	16	4
	No	8	2
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Grabado ácido	Sí	23	6
	No	1	0
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Aplicación de 1dhesive dentinario	Sí	23	6
	No	1	0
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Aplicación de resina compuesta	Sí	24	6
	No	0	0
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Fotopolimerización	Sí	24	6
	No	0	0
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Ajuste de oclusión	Sí	17	4
	No	7	2
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Pulido de la resina compuesta	Sí	3	1
	No	21	5
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
Indicaciones post operatorias	Sí	23	6
	No	1	0
	No tiene material	4	1
	Turbina dañada	2	1
TOTAL		390	100

Seguro Social Campesino	ALTERNATIVAS	F	%
Anestesia local	Sí	0	0
	No	17	8
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Toma de color	Sí	0	0
	No	17	8
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Aislamiento del campo operatorio	Sí	17	8
	No	0	0
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Eliminación de caries	Sí	17	8
	No	0	0
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Colocación de matriz	Sí	5	2
	No	12	5
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Colocación de protector dentino-pulpar	Sí	10	5
	No	7	3
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Grabado ácido	Sí	17	8
	No	0	0
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Aplicación de adhesivo dentinario	Sí	17	8
	No	0	0
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Aplicación de resina compuesta	Sí	17	8
	No	0	0
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Fotopolimerización	Sí	17	8
	No	0	0
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Ajuste de oclusión	Sí	10	5
	No	7	3
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Pulido de la resina compuesta	Sí	5	2
	No	12	5
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
Indicaciones post operatorias	Sí	14	6
	No	3	1
	No tiene material	0	0
	Turbina dañada	0	0
TOTAL		221	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N°1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N°1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 13 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud # 1 y Seguro Campesino que ejecutan los siguientes tratamientos restauradores, tales como, Clase I (siendo el de mayor incidencia), Clase II, III, IV y V. Vale recalcar que existió un pequeño porcentaje en el Distrito de Salud N° 1 de 4% donde no poseían material y un 2% tenían la turbina dañada. En cuanto al protocolo que realizaron los odontólogos del Distrito de Salud N°1, se obtuvieron los siguientes resultados: El 6% no colocó anestesia local, ni tomó color, pero un 6% realizó aislamiento operatorio, como también eliminó caries; el 2% colocó matriz, el 4% no lo hizo; en cuanto a la protección dentino-pulpar, el 4% si lo hizo, el 2% no; el 6% realizó el grabado ácido, colocó el adhesivo dentinario, aplicó la resina compuesta, fotopolimerizó; en el ajuste de la oclusión el 4% si lo efectuó, el 2% no; en el pulido de la resina, el 1% si lo hizo, mientras que el 5% no, a su vez el 6% dio las indicaciones postoperatorias; como observación general el 1% tenía la turbina dañada y no poseía material restaurador. En cuanto al Seguro Social Campesino se percató los siguientes datos: el 8% de los profesionales no colocó anestesia local. ni tomó color, pero un 8% realizó aislamiento operatorio, como también eliminó caries; el 2% colocó matriz, el 5% no lo hizo; en cuanto a la protección dentino-pulpar, el 5% si lo hizo, el 3% no; el 8% realizó el grabado ácido, colocó el adhesivo dentinario, aplicó la resina compuesta, fotopolimerizó; en el ajuste de la oclusión el 5% si lo efectuó, el 3% no; en el pulido de la resina, el 2% si lo hizo, mientras que el 5% no, a su vez el 5% dio las indicaciones postoperatorias, pero el 1%no.

Moreno en su texto denominado Philips: Ciencia de los materiales dentales, especifica a continuación el protocolo a seguir detalladamente: Anestesia local-regional (si el caso lo amerita). Toma de color de la pieza dentaria: Se debe realizar la toma con luz natural, sin maquillaje ni dique de goma. Aislamiento del campo operatorio: Esta puede ser, absoluto con dique de goma o relativo con torundas de algodón. Eliminación de la caries y preparación de la cavidad: Se realiza de acuerdo a los procedimientos estudiados anteriormente. Colocación de la matriz: Se sitúan matrices de celuloide, en cavidades de clase II, III y IV. Colocación de protectores dentino-pulpaes: Si las cavidades son superficiales, no se coloca éste; en tanto, en las cavidades intermedias como profundas, si se coloca el protector dentino-pulpar que de preferencia es el *Hidróxido de Calcio*. Grabado ácido: El grabado ácido es un gel fosfórico al 35 o 40 %, se coloca en la zona que va a ser desmineralizada por 15 a 6 segundos, posteriormente se lava y se seca el esmalte grabado. Colocación de un adhesivo dentinario o resina líquida: Se fotopolimeriza de acuerdo a las indicaciones del fabricante. Aplicación de resina compuesta: Ésta se realiza en capas de dos milímetros de espesor máximo, para facilitarle la entrada de la luz, posteriormente se fotocura la resina. Pulido de la resina compuesta: Se realiza con fresas múltiples filos o de diamantes, discos y mandril inmediatamente después de finalizado la obturación (Moreno, 2008, p.70).

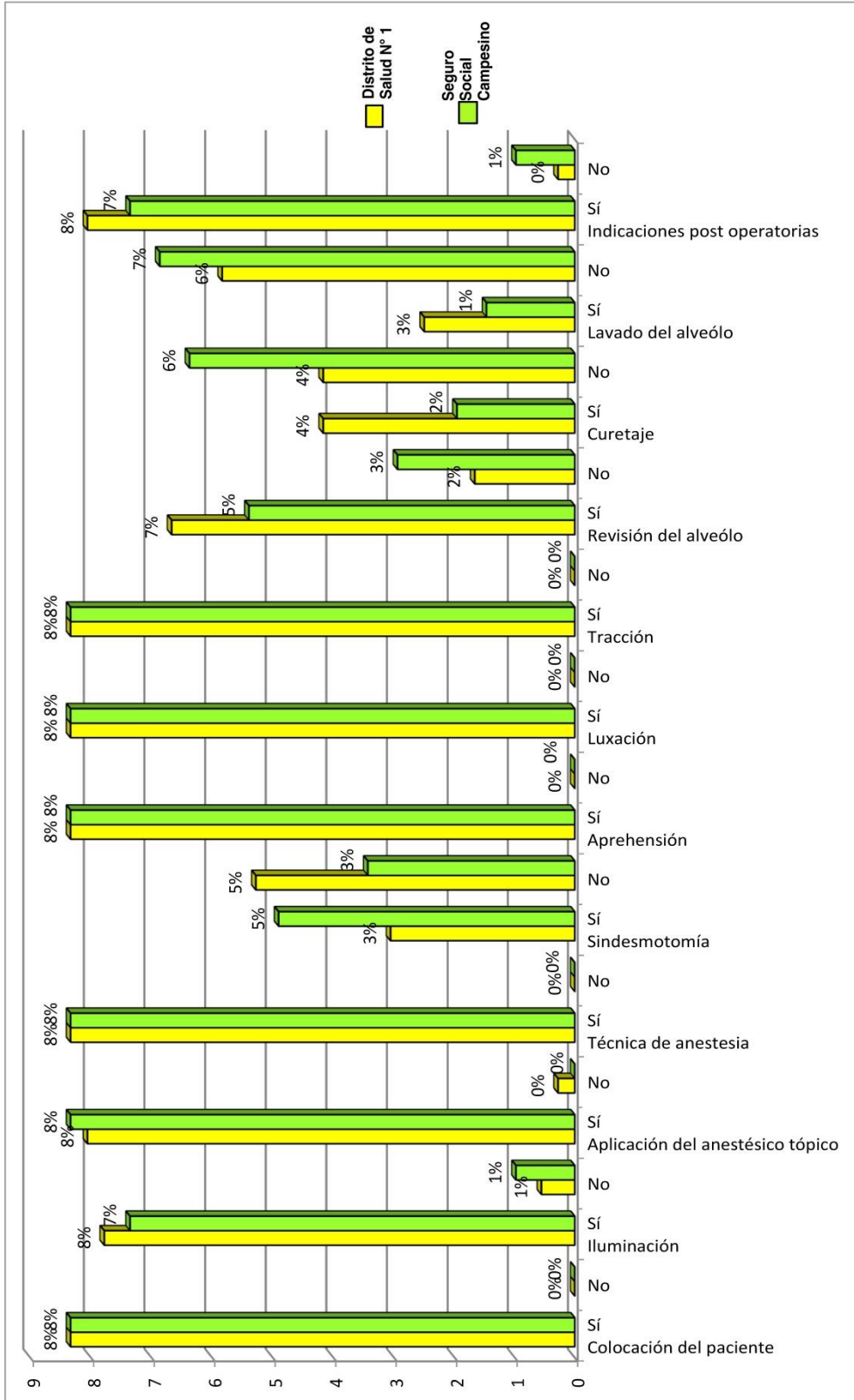
Según los datos obtenidos, en la ficha de observación realizada a los odontólogos se pudo analizar que los profesionales por cumplir con la productividad requerida por ambas instituciones, evitaban cumplir el protocolo completo de un tratamiento restaurador, ya que ponían en práctica la pericia de cada uno.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 14

Protocolo para realizar exodoncias

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%
Colocación del paciente	Sí	30	8
	No	0	0
Iluminación	Sí	28	8
	No	2	1
Aplicación del anestésico tópico	Sí	29	8
	No	1	0
Técnica de anestesia	Sí	30	8
	No	0	0
Sindesmotomía	Sí	11	3
	No	19	5
Aprehensión	Sí	30	8
	No	0	0
Luxación	Sí	30	8
	No	0	0
Tracción	Sí	30	8
	No	0	0
Revisión del alveólo	Sí	24	7
	No	6	2
Curetaje	Sí	15	4
	No	15	4
Lavado del alveólo	Sí	9	3
	No	21	6
Indicaciones post operatorias	Sí	29	8
	No	1	0
TOTAL		360	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS		F	%
Colocación del paciente	Sí	17	8
	No	0	0
Iluminación	Sí	15	7
	No	2	1
Aplicación del anestésico tópico	Sí	17	8
	No	0	0
Técnica de anesthesia	Sí	17	8
	No	0	0
Sindesmotomía	Sí	10	5
	No	7	3
Aprehensión	Sí	17	8
	No	0	0
Luxación	Sí	17	8
	No	0	0
Tracción	Sí	17	8
	No	0	0
Revisión del alveólo	Sí	11	5
	No	6	3
Curetaje	Sí	4	2
	No	13	6
Lavado del alveólo	Sí	3	1
	No	14	7
Indicaciones post operatorias	Sí	15	7
	No	2	1
TOTAL		204	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Monteseoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 14 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1 se observó lo siguiente: Colocación del paciente el 8% sí lo realizó. Iluminación 8% sí, el 1% no. Aplicación de anestésico tópico el 8% sí lo realizó. Técnica de anestesia un 8% sí lo efectuó. Sindesmotomía el 3% sí, el 5% no. Aprehensión 8% sí lo cumplió. Luxación el 8% sí lo ejecutó. Tracción un 8% sí lo realizó. Revisión del alveólo 7% sí, el 2% no. Curetaje 4% sí, el 4% no. Lavado del alveólo 3% sí, el 6% no. Indicaciones postoperatorias el 8% sí brindó. En lo que respecta al Seguro Social Campesino: Colocación del paciente el 8% sí lo realizó. Iluminación 7% sí, el 1% no. Aplicación de anestésico tópico el 8% sí lo realizó. Técnica de anestesia un 8% sí lo efectuó. Sindesmotomía el 5% sí, el 3% no. Aprehensión 8% sí lo cumplió. Luxación el 8% sí lo ejecutó. Tracción un 8% sí lo realizó. Revisión del alveólo 5% sí, el 3% no. Curetaje 2% sí, el 6% no. Lavado del alveólo 1% sí, el 7% no. Indicaciones postoperatorias el 7% sí brindó mientras el 1% no.

Según lo expresado por Hupp, Ellis & Tucker en su libro de Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. Se debe realizar lo siguiente: Colocación del Paciente. Para dientes maxilares: Colocar el sillón dental a la altura tal que la cabeza del paciente quede al nivel del codo del odontólogo. Para dientes mandibulares: Colocar el sillón bajo y con la arcada inferior paralela al piso, en caso de trabajar parado. Iluminación: Es imprescindible buena iluminación del campo quirúrgico con la lámpara de equipo dental. Antisepsia Bucal: Para todos los dientes maxilares se puede realizar anestesia infiltrativa. En los dientes mandibulares anteriores hasta los premolares se puede infiltrar; en los molares,

se debe elegir troncular del nervio alveolar mandibular ó dentario inferior.

Sindesmotomía: Realizarla con sindesmótomos, se hace necesaria para facilitar la colocación de los fórceps y para corroborar los síntomas de la anestesia. La sindesmotomía ideal debería llegar hasta el ápice del diente.

Avulsión dentaria: Consta de 3 tiempos: Aprehensión: colocación del fórceps al diente cuidando no incluir la encía. Luxación: Movimientos de lateralidad ó rotación según la anatomía dentaria, en dirección apical, hasta lograr la dilatación del alvéolo. Tracción: Salida del diente de su alvéolo. Inmediatamente se debe observar la integridad ó no de las raíces y mantener el diente en el paquete del instrumental con que se está trabajando. Revisión del Alvéolo: Después de extraído el diente siempre se debe revisar el alvéolo para buscar granulomas ó esquirlas óseas, para lo cual se lo irriga con solución salina (suero fisiológico) y se verifica con una cureta las paredes (Hupp, Ellis & Tucker, 2010, p.509).

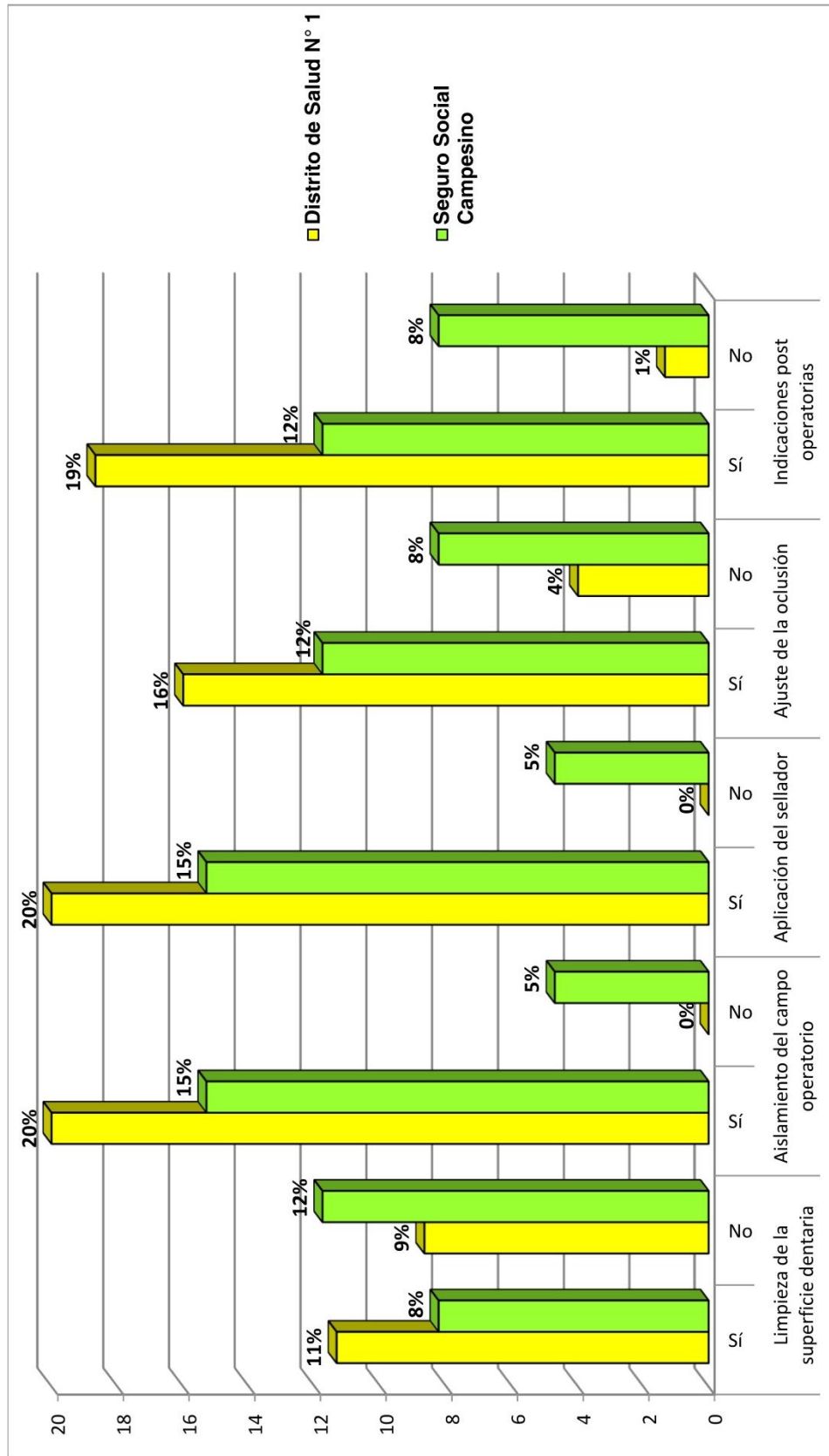
En vista a los resultados que se analizaron, se pudo mencionar que no todos los profesionales de la salud oral cumplen con el debido protocolo de exodoncia, dando como consecuencia el desarrollo de complicaciones tanto operatorias como postoperatorias.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 15

Protocolo para realizar sellantes

Distrito de Salud N° 1 ALTERNATIVAS		F	%
Limpieza de la superficie dentaria	Sí	17	11
	No	13	9
Aislamiento del campo operatorio	Sí	30	20
	No	0	0
Aplicación del sellador	Sí	30	20
	No	0	0
Ajuste de la oclusión	Sí	24	16
	No	6	4
Indicaciones post operatorias	Sí	28	19
	No	2	1
TOTAL		150	100

Seguro Social Campesino ALTERNATIVAS		F	%
Limpieza de la superficie dentaria	Sí	7	8
	No	10	12
Aislamiento del campo operatorio	Sí	13	15
	No	4	5
Aplicación del sellador	Sí	13	15
	No	4	5
Ajuste de la oclusión	Sí	10	12
	No	7	8
Indicaciones post operatorias	Sí	10	12
	No	7	8
TOTAL		85	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos que laboran en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 15 se pudo constatar que en las fichas de observación realizadas a los odontólogos del Distrito de Salud N° 1, el 11% realizó la limpieza de superficie dentaria, pero el 9% no, en cuanto al aislamiento del campo operatorio y la aplicación del sellante el 20% lo efectuó; en cuanto al ajuste de la oclusión el 16% lo realizó por lo contrario el 4% no; en las indicaciones postoperatorias el 19% la mencionó pero el 1% no. En lo que respecta al Seguro Social Campesino, el 8% hizo limpieza de la superficie dentaria y el 12% no, el 15% aisló y colocó el sellante pero el 5% no, el 12% ajustó la oclusión y brindó las indicaciones postoperatorias, sin embargo el 8% no.

Según lo menciona Diéguez E, Pascual F & Vela C. en su libro *Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales, que:*

“En cuanto al momento idóneo para la colocación de un sellador, éste se produce cuando la erupción de las cara oclusal permite una técnica de colocación correcta. Se trataría de una “urgencia”, ya que el riesgo de caries es máximo durante esta etapa de erupción y maduración del esmalte. En el caso de que los dientes no erupcionen totalmente, el aislamiento relativo cuidadoso puede ser más pertinente que el absoluto, con objeto de sellar con la mayor rapidez posible; en el caso de los molares superiores, se puede proceder a sellar primero la fosa central y cuando la erupción lo permita, se lo ejecutará en el surco distopalatino” (Diéguez, Pascual & Vela, 2009, p.25).

Como se pudo observar en los resultados obtenidos no todos los profesionales de la salud oral de ambas instituciones siguen el correcto protocolo de colocación de sellantes en los usuarios y algunos no brindan las indicaciones postoperatorias, ya que muchos de ellos se encontraban ante la poca colaboración de los pacientes, en lo que repercutía muchas veces en el fracaso de dichos tratamiento preventivo.

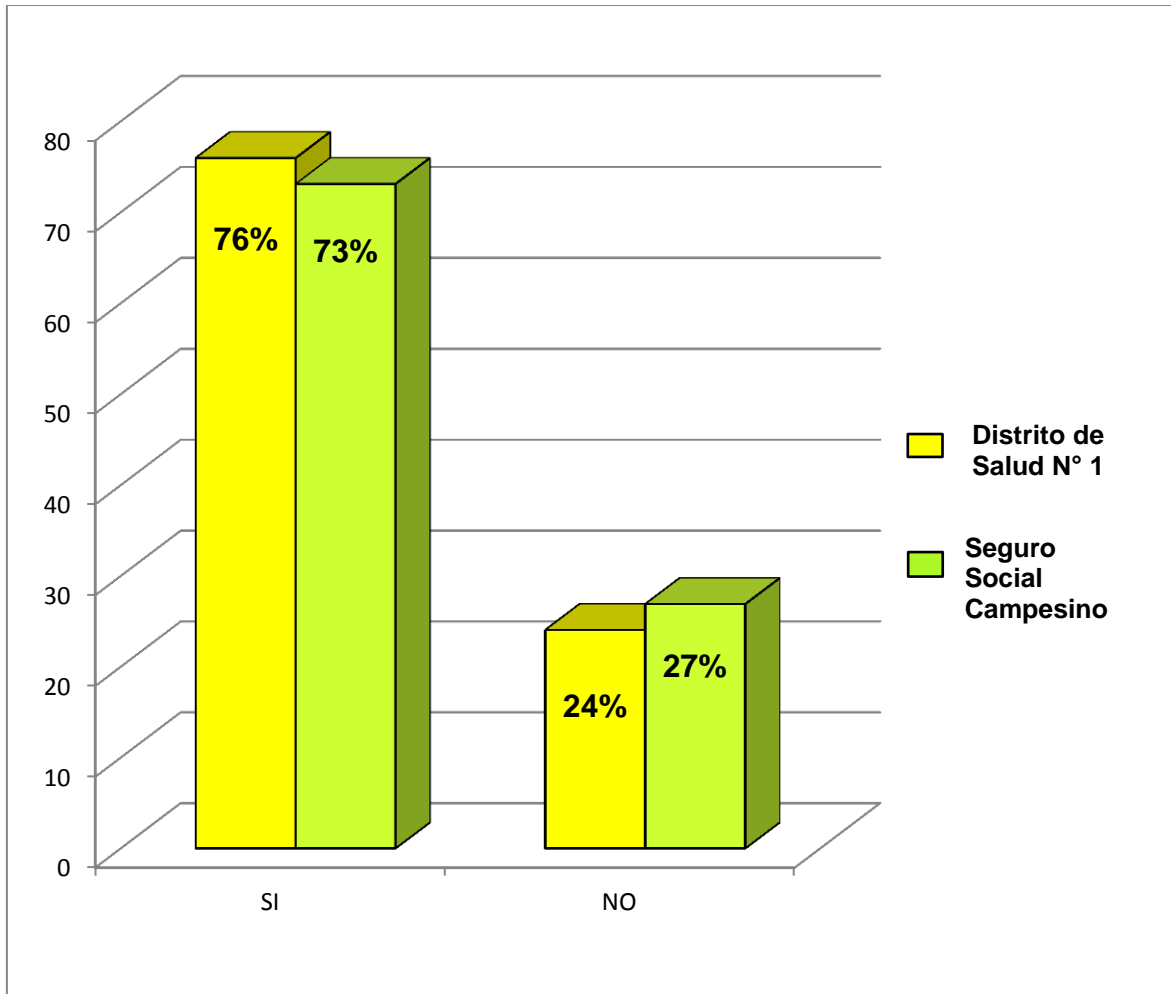
4.1.4. Cruce de información de cuadros estadísticos en relación a los objetivos planteados.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 1

Observar la aplicación de los protocolos de tratamiento para relacionarlo con la eficiencia.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTOS OFERTADOS	TOTAL	PORCENTAJE	76	24	100
		TOTAL		796	252
PREVENCIÓN SELLANTES	SUBTOTAL		129	21	150
	NO TIENEN MATERIAL		0	0	0
	INDICACIONES POSTOPERATORIAS		28	2	30
	AJUSTE DE OCLUSIÓN		24	6	30
	APLICACIÓN DEL SELLADOR		30	0	30
	AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO		30	0	30
	LIMPIEZA DE SUPERFICIE DENTARIA		17	13	30
	SUBTOTAL		235	65	300
	INDICACIONES POSTOPERATORIAS		29	1	30
CIRUGÍA DENTAL	LAVADO DEL ALVEOLO		9	21	30
	CURETAJE		15	15	30
	REVISIÓN DEL ALVEOLO		24	6	30
	APREHENSIÓN, LUXACIÓN Y TRACCIÓN		30	0	30
	SINDESMOTOMÍA		11	19	30
	TÉCNICA DE ANESTESIA		30	0	30
	APLICACIÓN DE ANESTÉSICO TÓPICO		29	1	30
	ILUMINACIÓN		28	2	30
	COLOCACIÓN DEL PACIENTE		30	0	30
	SUBTOTAL		208	110	318
	TURBINA DAÑADA		0	2	2
	NO TIENEN MATERIAL		0	4	4
	OPERATORIA DENTAL	INDICACIONES POSTOPERATORIAS		23	1
PULIDO DE RESINA			3	21	24
AJUSTE DE OCLUSIÓN			17	7	24
FOTOPOLIMERIZACIÓN			24	0	24
APLICACIÓN DE RESINA COMPUESTA			24	0	24
APLICACIÓN DE ADHESIVO DENTINARIO			23	1	24
GRABADO ÁCIDO			23	1	24
COLOCACION DE PROTECTOR DENTINO-PULPAR			16	8	24
COLOCACIÓN DE MATRIZ			7	17	24
ELIMINACION DE CARIES			24	0	24
AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO			23	1	24
TOMA DE COLOR			0	24	24
ANESTESIA			1	23	24
DISTRITO DE SALUD N° 1	ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO	SI	224	56	280
		NO			
		TOTAL			

PROTOCOLO DE TRATAMIENTOS OFERTADOS	TOTAL	PORCENTAJE	73	27	100
		TOTAL	424	156	580
	PREVENCIÓN SELLANTES	SUBTOTAL	53	16	69
		NO TIENEN MATERIAL	0	4	4
		INDICACIONES POSTOPERATORIAS	10	3	13
		AJUSTE DE OCLUSIÓN	10	3	13
		APLICACIÓN DEL SELLADOR	13	0	13
		AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO	13	0	13
		LIMPIEZA DE SUPERFICIE DENTARIA	7	6	13
		SUBTOTAL	126	44	170
	CIRUGÍA DENTAL	INDICACIONES POSTOPERATORIAS	15	2	17
		LAVADO DEL ALVEOLO	3	14	17
		CURETAJE	4	13	17
		REVISIÓN DEL ALVEOLO	11	6	17
		APREHENSIÓN, LUXACIÓN Y TRACCIÓN	17	0	17
		SINDESMOTOMÍA	10	7	17
		TÉCNICA DE ANESTESIA	17	0	17
		APLICACIÓN DE ANESTÉSICO TÓPICO	17	0	17
		ILUMINACIÓN	15	2	17
		COLOCACIÓN DEL PACIENTE	17	0	17
		SUBTOTAL	153	68	221
		OPERATORIA DENTAL	TURBINA DAÑADA	0	0
	NO TIENEN MATERIAL		0	0	0
	INDICACIONES POSTOPERATORIAS		14	3	17
	PULIDO DE RESINA		5	12	17
	AJUSTE DE OCLUSIÓN		10	7	17
	FOTOPOLIMERIZACIÓN		17	0	17
	APLICACIÓN DE RESINA COMPUSTA		17	0	17
	APLICACIÓN DE ADHESIVO DENTINARIO		17	0	17
	GRABADO ÁCIDO		17	0	17
	COLOCACION DE PROTECTOR DENTINO PULPAR		17	0	17
	COLOCACIÓN DE MATRIZ		5	12	17
	ELIMINACION DE CARIES		17	0	17
AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO	17		0	17	
TOMA DE COLOR	0		17	17	
ANESTESIA	0		17	17	
SEGURO SOCIAL CAMPESINO	ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO		92	28	120
			SI	NO	TOTAL



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos y encuesta realizadas a los pacientes que asistían en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro y gráfico N° 1 estuvo basado en el primer objetivo de la investigación, el cual consistió en observar la aplicación de los protocolos de tratamiento para relacionarlo con la eficiencia; de modo que, se pudo determinar que en el Distrito de Salud N° 1, el 76% realizó los procedimientos en un adecuado protocolo de atención (Operatoria, cirugía, actividades preventivas), mientras que un 24% no lo efectuó. En lo que respecta al Seguro Social Campesino, el 73% efectuó ordenadamente los pasos a seguir ante cualquier tratamiento odontológico, pero el 27% no lo empleó.

De acuerdo con lo que muestra González J en su libro *Perspectivas de la bioética*, menciona otras dos características fundamentales:

“El acceso a un *saber hacer*, esto es, una praxis, un modo de acción calificado por un agente responsable e informado por una teoría; es decir, se trata de un saber hacer y cuándo hacer, lo que lleva a la prudencia que es la máxima virtud de las profesiones. Un *saber estar*; la dignidad que requiere el profesar este saber, ya sea respecto a los pares (etiqueta) o respecto de aquellos que piden el servicio (ética)” (González, 20088, p.32).

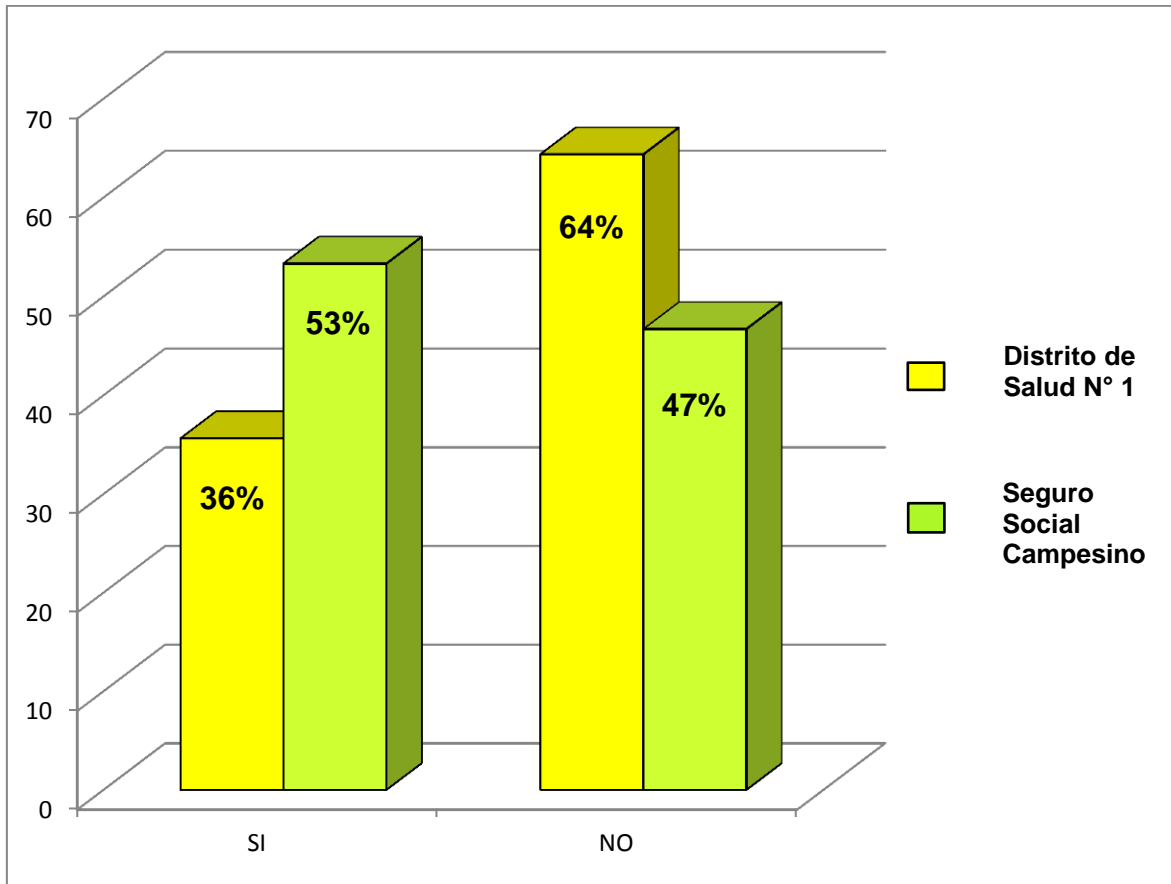
En base a los datos alcanzados, se pudo analizar que existió una mayor incidencia en la ejecución de los procedimientos que suelen emplearse ante un adecuado tratamiento ofertado, siendo el porcentaje general de 74,5%; mientras que un menor porcentaje de 25,5% en ambas instituciones no emplearon los actos operatorios necesarios, lo que implicaría a un posible fracaso de dicha técnica restauradora brindada a los usuarios.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 2

Determinar la tolerancia del profesional ante los requerimientos del paciente para relacionarlo con la calidad de atención.

DISTRITO DE SALUD N° 1							
CALIDAD DE ATENCIÓN		AGRADABLE	REGULAR	INSATISFACTORIO	SUBTOTAL	TOTAL	PORCENTAJE
SI	30	201	75	4	280	310	36
NO	0	79	205	276	560	560	64
TOTAL	30	280	280	280	840	870	100

SEGURO SOCIAL CAMPESINO							
CALIDAD DE ATENCIÓN		AGRADABLE	REGULAR	INSATISFACTORIO	SUBTOTAL	TOTAL	PORCENTAJE
SI	17	93	27	0	120	137	53
NO	0	27	93	0	120	120	47
TOTAL	17	120	120	0	240	257	100



Fuente: Encuestas realizadas a los Odontólogos y pacientes que asistían en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro y gráfico N° 2 estuvo basado en el segundo objetivo de la investigación, el cual consistió en inspeccionar la tolerancia del profesional ante los requerimientos del paciente para relacionarlo con la calidad de atención, de tal manera que, en el Distrito de Salud N° 1 se pudo percatar que el 36% de los mantuvo la paciencia al momento de brindar la asistencia odontológica; en cambio, el 64% no la conservó. En lo que respecta al Seguro Social Campesino, se mantuvo que el 53% de los expertos si expresó pasividad ante los requerimientos de los usuarios, mientras que el otro 47% no.

Fernández G indica en su texto de Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir, cuando una organización decide asumir alguna actividad, primordialmente debe visualizar el proceso de mejoramiento de atención de calidad, el cual establece unos tiempos y un ritmo a los que todo el personal deberá ajustarse a dichas actividades previstas. A partir de este plan, se articula el trabajo de objetivos específicos de cada uno de los especialistas en cada área a tratar. Entre los principios básicos en una calidad de atención tenemos: Excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el uso (Fernández, 2010, p.29).

Mediante los resultados obtenidos, se pudo analizar que el 44,5% de los profesionales en general, mantuvieron la paciencia necesaria ante los requerimientos de los pacientes que acudían a la consulta pública, mientras que

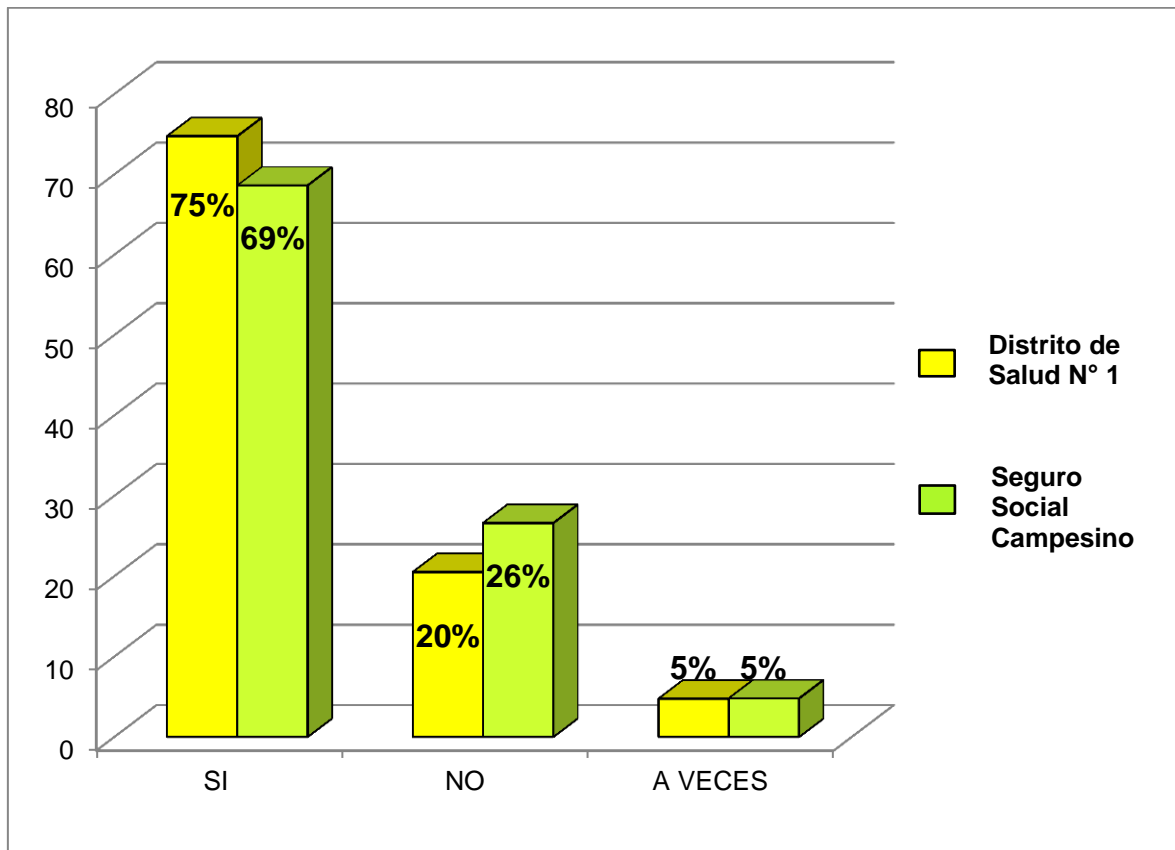
el 55,5% de los expertos no toleraron las necesidades de los pacientes; por lo cual es útil evitar que se siga desarrollando ésta falencia, mediante capacitaciones para mejorar las relaciones interpersonales entre odontólogo - paciente.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 3

Establecer la responsabilidad del profesional en la aplicación de normas de bioseguridad para relacionarlos con la contaminación cruzada.

DISTRITO DE SALUD N° 1								
OBSERVACIÓN DE CAMBIOS DE GUANTES		MANDIL	GUANTES	MASCARILLA	GAFAS PROTECTORAS	SUBTOTAL	TOTAL	PORCENTAJE
SI	221	28	28	12	10	78	299	75
NO	59	2	2	7	12	23	82	20
A VECES	0	0	0	11	8	19	19	5
TOTAL	280	30	156	30	30	120	400	100

SEGURO SOCIAL CAMPESINO								
OBSERVACIÓN DE CAMBIOS DE GUANTES		MANDIL	GUANTES	MASCARILLA	GAFAS PROTECTORAS	SUBTOTAL	TOTAL	PORCENTAJE
SI	88	16	14	7	4	41	129	69
NO	32	1	3	3	11	18	50	26
A VECES	0	0	0	7	2	9	9	5
TOTAL	120	17	17	17	17	68	188	100



Fuente: Ficha de observación realizadas a los Odontólogos y encuesta realizadas a los pacientes que asistían en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro y gráfico N° 3 estuvo basado en el tercer objetivo de la investigación, el cual consistió en establecer la responsabilidad del profesional en la aplicación de normas de bioseguridad para relacionarlos con la contaminación cruzada, de tal manera que, en el Distrito de Salud N° 1 se pudo analizar que el 75% de los profesionales si cumplieron con dichas normas, mientras el 20% de ellos no utilizaron a cabalidad las barreras de bioseguridad, en tanto un 5% a veces utilizaron las mismas. En lo que concierne al Seguro Social Campesino un 69% de los odontólogos si practicaron las barreras de bioseguridad, el 26% no las cumplieron en su totalidad y el 5% a veces las realizaron.

Expresa lo siguiente Negroni en su libro de Microbiología Estomatológica que:

“Cuando se realizan procedimientos odontoestomatológicos de rutina, se pueden causar durante las maniobras pequeños sangrados o incluso no es raro observar sangrados espontáneos. Si tenemos en cuenta además, que la cavidad bucal es portadora de una multiplicidad de agentes microbianos, podemos concluir que el odontólogo puede contaminarse o contaminar accidentalmente. Por esta razón, creemos que el experto en salud oral debe conocer detalladamente las normas de bioseguridad e incorporarlas a su práctica cotidiana” (Negroni, 2009, p.107).

En base a los resultados obtenidos, los odontólogos en su mayoría cumplieron de forma básica con las normas de bioseguridad en su consulta diaria, mientras que un pequeño porcentaje no las efectuaron, por tal motivo que los expertos de la salud oral deberían mejorar la concientización para evitar en todo momento una contaminación cruzada.

CUADRO Y GRÁFICO ESTADÍSTICO N° 4

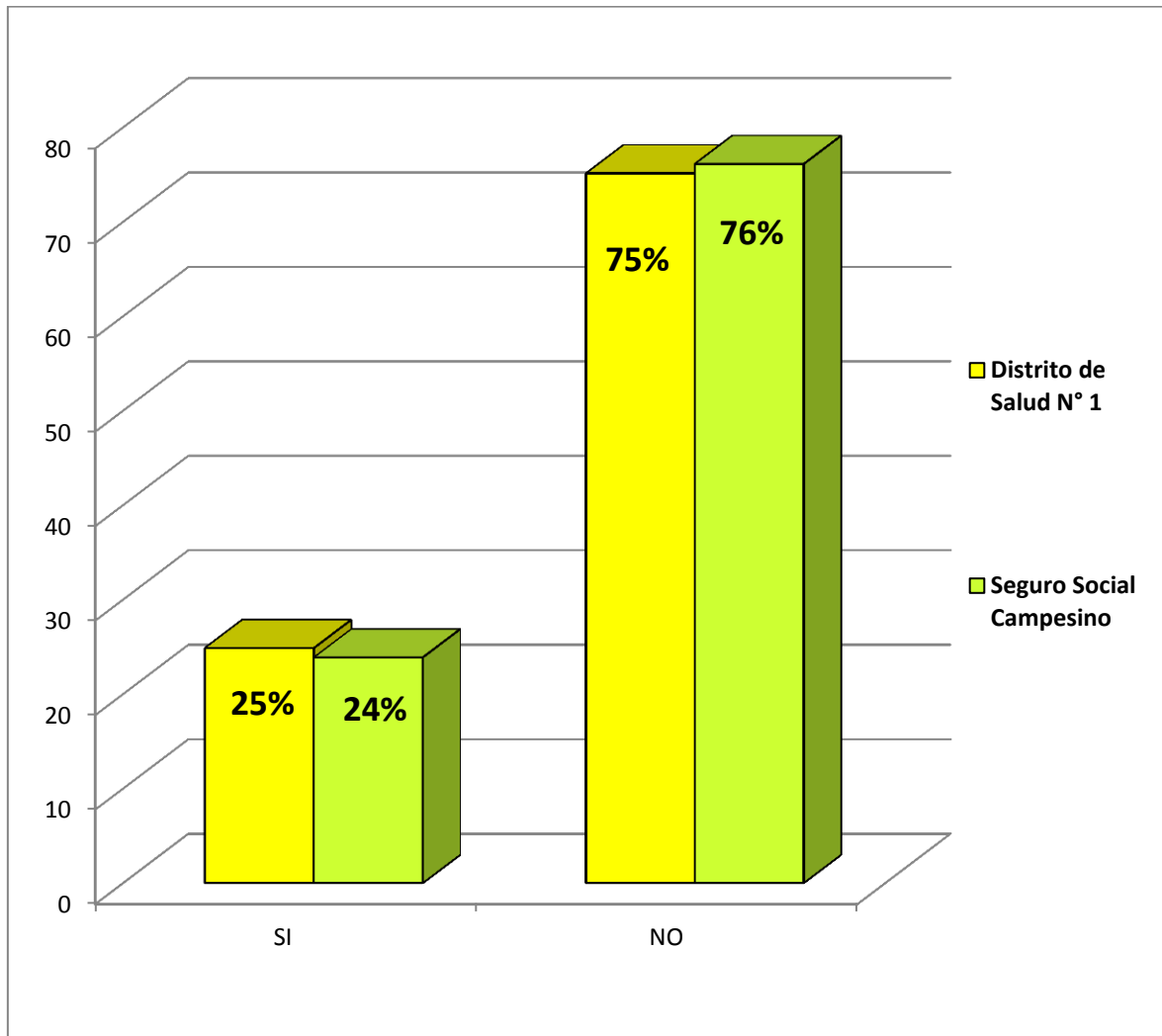
Indagar el interés del profesional en el uso de instrumental en buen estado para relacionarlo con la permanencia del equipamiento obsoleto.

DISTRITO DE SALUD N° 1				
INSTRUMENTAL DE CIRUGÍA DENTAL	SUBTOTAL	180	720	900
	NO TIENE	23	7	30
	MALO	1	29	30
	REGULAR	0	30	30
	BUENO	6	24	30
	EXCELENTE	0	30	30
	NO TIENE	1	29	30
	MALO	0	30	30
	REGULAR	4	26	30
	BUENO	25	5	30
	EXCELENTE	0	30	30
	NO TIENE	0	30	30
	MALO	0	30	30
	REGULAR	4	26	30
	BUENO	26	4	30
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	0	30	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	5	25	30	
BUENO	25	5	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	14	16	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	0	30	30	
BUENO	16	14	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	0	30	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	5	25	30	
BUENO	25	5	30	
EXCELENTE	0	30	30	
SUBTOTAL	150	600	750	
NO TIENE	11	19	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	2	28	30	
BUENO	17	13	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	3	27	30	
MALO	1	29	30	
REGULAR	5	25	30	
BUENO	21	9	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	0	30	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	4	26	30	
BUENO	26	4	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	0	30	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	10	20	30	
BUENO	20	10	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	0	30	30	
MALO	1	29	30	
REGULAR	12	18	30	
BUENO	17	13	30	
EXCELENTE	0	30	30	
EQUIPAMIENTO ADECUADO	201	79	280	
SI		NO	TOTAL	

DISTRITO DE SALUD N° 1				
INSTRUMENTAL DE PERIODONCIA	25	75	100	
TOTAL	741	2239	2980	
SUBTOTAL	90	360	450	
NO TIENE	30	0	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	0	30	30	
BUENO	0	30	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	11	19	30	
MALO	1	29	30	
REGULAR	3	27	30	
BUENO	15	15	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	0	30	30	
MALO	2	28	30	
REGULAR	9	21	30	
BUENO	19	11	30	
EXCELENTE	0	30	30	
SUBTOTAL	120	480	600	
NO TIENE	20	10	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	5	25	30	
BUENO	5	25	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	2	28	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	3	27	30	
BUENO	25	5	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	0	30	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	4	26	30	
BUENO	26	4	30	
EXCELENTE	0	30	30	
NO TIENE	0	30	30	
MALO	0	30	30	
REGULAR	3	27	30	
BUENO	23	7	30	
EXCELENTE	4	26	30	

SEGURO SOCIAL CAMPESINO							
INSTRUMENTAL DE CIRUGÍA DENTAL	SUBTOTAL				102	408	510
	INST. DE SUTURA	NO TIENE	14	3	17		
		MALO	0	17	17		
		REGULAR	0	17	17		
		BUENO	3	14	17		
		EXCELENTE	0	17	17		
	LIMA PARA HUESO	NO TIENE	0	17	17		
		MALO	0	17	17		
		REGULAR	0	17	17		
		BUENO	15	2	17		
EXCELENTE		2	15	17			
FORCEPS	NO TIENE	0	17	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	15	2	17			
	EXCELENTE	2	15	17			
ELEVADORES	NO TIENE	0	17	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	15	2	17			
	EXCELENTE	2	15	17			
SINDESMÓTOMO	NO TIENE	0	17	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	15	2	17			
	EXCELENTE	2	15	17			
J. DE CARPULE	NO TIENE	0	17	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	15	2	17			
	EXCELENTE	2	15	17			
SUBTOTAL				85	340	425	
INSTRUMENTAL DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL				85	340	425
	P. DESECHOS	NO TIENE	7	10	17		
		MALO	0	17	17		
		REGULAR	0	17	17		
		BUENO	10	7	17		
		EXCELENTE	0	17	17		
	P. INSTRUMENTAL	NO TIENE	2	15	17		
		MALO	0	17	17		
		REGULAR	0	17	17		
		BUENO	13	4	17		
EXCELENTE		2	15	17			
P. ALGODONERA	NO TIENE	0	17	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	15	2	17			
	EXCELENTE	2	15	17			
EXPLORADOR	NO TIENE	0	17	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	15	2	17			
	EXCELENTE	2	15	17			
ESPEJO	NO TIENE	0	17	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	15	2	17			
	EXCELENTE	2	15	17			
EQUIPAMIENTO ADECUADO				88	32	120	
				SI	NO	TOTAL	

SEGURO SOCIAL CAMPESINO							
PORCENTAJE		24	76	100			
TOTAL		394	1256	1650			
SUBTOTAL		51	204	255			
INSTRUMENTAL DE PERIODONCIA	SUBTOTAL				51	204	255
	CAVITRON	NO TIENE	7	10	17		
		MALO	0	17	17		
		REGULAR	0	17	17		
		BUENO	0	17	17		
		EXCELENTE	10	7	17		
	CURETAS	NO TIENE	0	17	17		
		MALO	0	17	17		
		REGULAR	0	17	17		
		BUENO	15	2	17		
EXCELENTE		2	15	17			
TARTRÓTOMOS	NO TIENE	1	16	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	15	2	17			
	EXCELENTE	1	16	17			
SUBTOTAL				68	272	340	
INSTRUMENTAL DE OPERATORIA	SUBTOTAL				68	272	340
	ESP. DE TITANIO	NO TIENE	1	16	17		
		MALO	0	17	17		
		REGULAR	0	17	17		
		BUENO	14	3	17		
		EXCELENTE	2	15	17		
	ESP. DE CEMENTO	NO TIENE	3	14	17		
		MALO	0	17	17		
		REGULAR	0	17	17		
		BUENO	12	5	17		
EXCELENTE		2	15	17			
CUCHARILLAS	NO TIENE	2	15	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	14	3	17			
	EXCELENTE	1	16	17			
FRESAS	NO TIENE	0	17	17			
	MALO	0	17	17			
	REGULAR	0	17	17			
	BUENO	11	6	17			
	EXCELENTE	6	11	17			



Fuente: Ficha de observación y encuesta realizadas a los Odontólogos que laboraban en las Unidades Operativas del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino del cantón Portoviejo
Elaboración: Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro y gráfico N°4 estuvo basado en el cuarto objetivo de la investigación, el cual consistió en indagar el interés del profesional en el uso de instrumental en buen estado para relacionarlo con la permanencia del equipamiento obsoleto, de acuerdo a lo planteado, en el Distrito de Salud N° 1 los resultados obtenidos fueron: 25% poseyó el instrumental en buenas condiciones, mientras que el 75% restante no. En el caso del Seguro Social Campesino, el 24% si constó con el equipamiento en buen estado, pero el 76% no.

A propósito Gutiérrez E. & Iglesias P, habitualmente el equipamiento odontológico no se debe incurrir en el olvido, por motivo que se debe tomar las siguientes precauciones: El sillón dental precisa su alimentación de una fuente de energía eléctrica y dos elementos naturales (agua y aire) de tal manera que debe ser limpiado con productos que aconseja el fabricante. Tanto la pieza de mano como los instrumentos rotatorios deben ser engrasado y limpiados diariamente al finalizar la jornada previo a su esterilización (vale recalcar que el adaptador ya sea de la turbina y el contraángulo se tiene que limpiar); en cuanto al compresor del sillón dental, tiene que ser purgado a diario para así poder eliminar el aire comprimido. En lo que respecta al sistema de aspirado del sillón, se lava haciendo pasar por el al menos 5 litros de agua con detergente disuelto en ella (Gutiérrez, 2009, pp.48 - 49).

Haciendo referencia a los datos alcanzados, se pudo analizar que existió mayor porcentaje en la permanencia de equipamiento obsoleto en ambas entidades públicas, lo que conlleva a desencadenar un aspecto deplorable ante la opinión de los usuarios que requieren de una asistencia dental gubernamental.

CONCLUSIONES

En base a los resultados que se obtuvieron en el área del departamento de odontología basados en los protocolos de tratamiento ofertados, tuvo como efecto que los odontólogos del Distrito de Salud N°1 que corresponde el 2% y del Seguro Social Campesino que corresponde el 27% no cumplió con dichos procedimientos a cabalidad; a su vez, los pacientes que acudieron a las unidades operativas de salud no recibieron la valoración de los signos vitales previo a la actividad odontológica en un 67% y 47% respectivamente, lo que vale recalcar que ningún profesional se encontraba exento de una complicación; si esto sucediese, retrasaría la planificación establecida para el día laboral. Por otra parte, los profesionales se esforzaban en cubrir las necesidades que presentaban los usuarios, sin poseer todo el instrumental y materiales básicos para realizar algún tratamiento, lo que muchas veces desencadena un fracaso postoperatorio de la actividad realizada.

En lo referente a la tolerancia que el profesional brindaba diariamente ante los requerimientos de los pacientes, se pudo determinar que gran parte de ellos se mostraron agradables, 36% Distrito de Salud N°1 y el 53% del Seguro Social Campesino ante lo manifestado por el usuario; así mismo, ofrecieron una atención puntual y suficiente para solucionar el problema que presentaban. No obstante, el 64% y 47% de los odontólogos respectivamente, no mantenían la misma paciencia en su sitio de trabajo, por la demanda de usuarios que concurrían a su consulta, repercutiendo en su desempeño cotidiano y relación interpersonal.

Por medio de la ficha de observación y encuestas empleadas para obtener los resultados de éste objetivo, se pudo evidenciar que el 75% y 69% de los odontólogos de ambas instituciones tenían el interés suficiente de brindar una atención segura tanto personal como para el usuario, manteniendo de ésta manera las normas de bioseguridad implantadas ante cualquier tratamiento ofertado; sin embargo, en un porcentaje mínimo de 20% y 26% no desempeñaron los métodos de protección respectivamente, mientras el 5% solo lo aplicaba a veces, siendo un factor desencadenante de adquirir una contaminación cruzada de paciente – odontólogo – paciente.

Previo a la gestión brindada, se pudo conocer e inspeccionar el estado pertinente del instrumental de trabajo; donde se destacó la permanencia de equipamientos obsoletos en uso, siendo un 75% Distrito de Salud N° 1 y 76% Seguro Social Campesino, tomando como referencia por parte de los profesionales que dichos insumos eran utilizados en la consulta diaria por necesidad, con el fin de abarcar la demanda de usuarios y, como medio de solución ante éstos inconvenientes, empleaban la técnica de esterilización mínimo dos veces al día; así mismo, manifestaban que muchas veces se veían en la obligación de utilizar un material caducado.

RECOMENDACIONES

Es importante realizar a todos los usuarios que requieran la atención odontológica, la valoración previa de los signos vitales actuales, para así prevenir cualquier tipo de complicaciones durante o después del tratamiento realizado.

Es trascendental que los profesionales de la salud oral apliquen de manera oportuna el empleo conjunto de los valores éticos en su entorno laboral; a su vez, brindar charlas motivacionales que faciliten una mejor relación interpersonal, con el fin de disminuir los mitos que presentan los pacientes ante la asistencia odontológica, para así mejorar la calidad de atención que se brindan en dichas unidades operativas de salud.

Tanto los odontólogos como auxiliares del departamento de odontología, deberán ser atentos y constantes en la ejecución de las normas de bioseguridad, convirtiéndose en beneficiarios de sí mismo, como de los pacientes, con el propósito de generar un ambiente saludable de trabajo, evitando así una contaminación cruzada.

Se sugiere a los responsables de los departamentos del área de odontología de cada unidad operativa de salud, que traten de ser cautelosos en cuanto al mantenimiento del instrumental y por ende en los insumos de trabajo, ya que tienden a ser esenciales al momento de ofertar un servicio con calidad.

Es de gran importancia, que los responsables del área de salud oral realicen los controles respectivos en cuanto a la ejecución del manual deontológico donado a dichas entidades de salud, para su distribución a los odontólogos que laboran en ambas instituciones gubernamentales.

CAPÍTULO V

PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1. Identificación del proyecto

5.1.1. Título

Manual deontológico: Guía práctica

5.1.2. Entidad ejecutora

Unidades operativas de Salud del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino.

5.1.3. Clasificación del proyecto

Tipo Educativo: Promoción y prevención en Salud.

5.1.4. Localización y límites

Unidades operativas de salud del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino, que se encuentran ubicadas en el cantón Portoviejo, el cual limita al

norte con los cantones Rocafuerte y Junín; al sur con el cantón Santa Ana; al este con el cantón Bolívar; al oeste con el Océano Pacífico.

5.2. Justificación

Los profesionales de la salud están expuestos a una gran variedad de microorganismos (esporas, bacterias, hongos, virus y protozoarios) que pueden estar presentes tanto en la sangre como en la saliva de los pacientes. Por ende, cualquiera de los agentes patógenos previamente mencionados, pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas, tales como: Neumonía, hepatitis B, tuberculosis, herpes y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entre otros. Por lo general, tanto el paciente como el personal que trabaja conjuntamente con el odontólogo, desconocen las características de la flora bucal, los mecanismos de transmisión de las enfermedades susceptibles de ser contraídas durante la atención oral y las consecuencias de éstas enfermedades; por lo tanto, es responsabilidad del dentista velar por la seguridad de todo su entorno (Negroni, 2009, p.106).

Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de dichos microorganismos patógenos; es decir, se busca disminuir los posibles accidentes durante la atención de cada paciente y, en caso que sucediera, es necesario disminuir sus consecuencias. Es por ello, que se las considera como un conjunto de medidas preventivas que realiza el experto, con el fin de proteger la salud y seguridad tanto de sí mismo como de sus pacientes frente a los distintos

riesgos producidos por agentes biológicos, químicos y mecánicos. Se trata de una serie de actitudes, estrategias, conductas que tienen como acción disminuir el peligro del trabajador de la salud y del paciente en adquirir infecciones en el medio laboral (Negroni, 2009, p.106).

En base al trabajo investigativo de ética profesional y su influencia en los tratamientos odontológicos que se realizó en las unidades operativas de salud gubernamental, en las cuales se pudo observar que aún existe cierto porcentaje referente de profesionales que realizan inadecuadas normas de bioseguridad en la consulta diaria; de tal manera que, este proyecto tiene como finalidad, reforzar y actualizar los principales métodos preventivos de riesgos laborales y contaminación cruzada, para así brindar una atención con calidad y seguridad tanto personal como al usuario que requiere de la asistencia dental.

La presente propuesta es factible ya que involucra a las autoridades, profesionales, auxiliares de odontología tanto del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino, como también a los estudiantes de la carrera odontología quienes continuamente están en el proceso de interaprendizaje.

Este trabajo será de trascendental importancia ya que los favorecerá a quienes serán los beneficiarios directos con una información apropiada y básica del protocolo a seguir en cuanto a las normas de bioseguridad que se requieren ejecutar durante el acto operatorio de atención; a su vez, brindar una asistencia dental segura de acuerdo al trimestre de gestación en las embarazadas. De esta

manera, se torna un proyecto viable, ya que se constará con el apoyo permanente de las autoridades y su personal, con el fin de poner en práctica el manual deontológico propuesto.

5.3. Marco institucional

La presente investigación se la desarrolló en dos instituciones gubernamentales del cantón Portoviejo: Distrito de Salud № 1 y Seguro Social Campesino.

Ministerio de Salud Pública - Distrito de Salud № 1 – Portoviejo

“A partir del año de 1964 las acciones de salud en la provincia de Manabí se encontraban bajo la responsabilidad de la Jefatura Provincial de Sanidad, la cual cumplía funciones de prevención, fomento, saneamiento y visitas domiciliarias, esta entidad a su vez dependía de la Dirección General de Sanidad con sede en Guayaquil, la misma que a su vez dependía del Ministerio de Prevención Social y Sanidad con sede en Quito.

En el mes de marzo de 1963 se firmó un “Plan Tripartito Operacional” para un Programa de Desarrollo integral de los servicios de salud en el Ecuador entre el Gobierno Nacional, la OMS y la UNICEF y se crea en la provincia de Manabí el Programa Integral de Salud (PISMA), como una primera etapa de integración de los servicios de salubridad, dentro del Plan Decenal de Salud Pública, como parte de un proyecto de desarrollo económico social del país. Los propósitos fundamentales de este Plan de Salud fueron los de mejorar la situación de la salud de los habitantes de la provincia y que la misma sirva como área demostrativa nacional, con la intención de utilizar la experiencia adquirida para extender los beneficios de este programa al resto del país.

Las actividades del PISMA (Programa Integral de Salud) se inician en Junio de 1964 y el 30 de Abril de 1965 se designaron un Director y Subdirector; a partir de ésta fecha, se abren las puertas del Centro de Salud Portoviejo que se convierte en la cabecera del Área No.1, la cual estaba conformada en ese entonces por los cantones de Portoviejo, Santa Ana, Pichincha y 24 de Mayo con sus cabeceras cantónales.

Los Programas que se brindaban a las comunidades eran: Vacunación, Saneamiento Ambiental, Materno Infantil, que eran programas de Fomento y Protección, buscando la parte preventiva.

A partir del 2012 rige el Nuevo Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos en donde dejamos de ser área y pasamos a ser Distrito de Salud N°1 - Portoviejo, el que fue publicado mediante el acuerdo Ministerial N° 00001034 publicado en el registro oficial N° 279 del día viernes 30 de marzo del 2012”⁷⁹.

Las siguientes unidades operativas de salud perteneciente a dicho Distrito:

Centro de Salud Andrés de Vera (2 odontólogos)

Centro de Salud Calderón (1 odontólogo 1 auxiliar)

Centro de Salud Crucita (1 odontólogo)

Centro de Salud Portoviejo (2 odontólogos 1 auxiliar)

Subcentro Alajuela (1 odontólogo)

⁷⁹ Distrito de Salud N° 1. (2012). Reseña histórica. Portoviejo, Manabí, Ecuador.

Subcentro Chirijo (1 odontólogo)

Subcentro Colón (1 odontólogo)

Subcentro El Limón (1 odontólogo)

Subcentro El Naranjo (1 odontólogo)

Subcentro Estancia vieja (1 odontólogo)

Subcentro Fátima (1 odontólogo)

Subcentro Florón (1 odontólogo)

Subcentro La California (1 odontólogo)

Subcentro Los Ángeles de Colón (1 odontólogo)

Subcentro Los Arenales (1 odontólogo)

Subcentro Mejía (1 odontólogo)

Subcentro Nuevo Portoviejo (1 odontólogo)

Subcentro Pacheco (1 odontólogo)

Subcentro Picoaza (1 odontólogo)

Subcentro Pimpiguasi (1 odontólogo)

Subcentro Piñonada (1 odontólogo)

Subcentro Primero de Mayo (1 odontólogo)

Subcentro Pueblo Nuevo (1 odontólogo)

Subcentro Riochico (1 odontólogo y 1 auxiliar)

Subcentro San Alejo (1 odontólogo)

Subcentro San Cristóbal (1 odontólogo 1 auxiliar)

Subcentro San Pablo (1 odontólogo y 1 auxiliar)

Subcentro San Plácido (1 odontólogo)

Seguro Social Campesino

“El 28 de agosto de 1968, el Instituto Nacional de Previsión pone a prueba la capacidad de la Caja Nacional del Seguro Social (IESS) para extender significativamente su cobertura, con la puesta en marcha del Plan Piloto del Seguro Social Campesino, que se inició en cuatro comunidades campesinas tales como: Guabug, en la provincia de Chimborazo; Yanayacu, en la provincia de Imbabura; Palmar, en la provincia del Guayas (hoy Santa Elena); y, La Pila, en la provincia de Manabí.

Incorporando a 614 familias rurales, a los beneficios de la Seguridad Social prescindiendo de la relación laboral trabajador-empleador y dejando atrás la histórica etapa del Seguro Individual a través de un innovador sistema que protegió desde su inicio a las familias, sentando así las bases para un posterior período de crecimiento explosivo de la población derecho habiente, intensificado desde la década de los años 80, como consecuencia de la expedición de la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino”⁸⁰.

Hoy en día, los dispensarios de salud pertenecientes al cantón Portoviejo son los siguientes:

Dispensario Bijahual (1 odontólogo)

Dispensario Cruz Alta de Miguelillo (1 odontólogo)

Dispensario El Cady (2 odontólogos)

⁸⁰ Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2012). Reseña histórica del Seguro Social Campesino. Recuperado de <http://www.iesgob.ec/es/web/guest/quienes-somos>

Dispensario El Jobo (1 odontólogo)

Dispensario el Progreso 1 (2 odontólogos)

Dispensario la Cantera (1 odontólogo)

Dispensario Las Gilces (2 odontólogos)

Dispensario Limón de Fátima (1 odontólogo)

Dispensario Milagro 1 (2 odontólogos)

Dispensario Pachinche (1 odontólogo)

Dispensario Playa Prieta (2 odontólogos)

Dispensario Tabladas de Alajuela (1 odontólogo)

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivo general

Mejorar la aplicación de las normas de bioseguridad en los profesionales del área odontológica.

5.4.2. Objetivos específicos

Motivar al personal de salud oral en el uso y aplicación de barreras de protección personal al momento de desempeñar sus actividades diarias.

Concienciar a los profesionales odontólogos para que realicen el adecuado procedimiento en los tratamientos odontológicos ofertados.

Incentivar la correcta eliminación de los residuos biológicos, en recipientes establecidos, evitando la contaminación del medio ambiente.

Solicitar la colaboración de los coordinadores de ambas entidades públicas con el fin de socializar el proyecto ante sus dirigidos.

5.5. Descripción de la propuesta

Mediante la investigación realizada en las unidades operativas de salud gubernamentales del cantón Portoviejo, se pudo observar que existieron pequeñas debilidades en cuanto a las normas de bioseguridad empleadas, por lo que se estableció en esta propuesta difundir un *manual deontológico*, el cual se describió las normas básicas de bioseguridad, tales como: En el capítulo de *barreras de protección*, se detalló la colocación y retiro de guantes, manejo de mascarilla nasal, protectores oculares y el uso de mandil, como también el manejo de barreras ambientales durante la asistencia dental. El apartado de *limpieza y desinfección*, se basó en el aseo diario de las superficies de trabajo, lavado de manos. En la sección de *cuidado del instrumental odontológico*, se hizo referencia a las precauciones en el mantenimiento del equipamiento dental. En el capítulo de *eliminación de residuos*, se indicó la eliminación de elementos sólidos, comunes, cortopunzantes y biológicos en sus respectivos recipientes. Finalmente, en el apartado de la *posición del sillón dental en mujeres embarazadas*, se determinó la adecuada posición de trabajo en los diversos estadios de las gestantes.

El manual deontológico donado a los profesionales de la salud oral, constó de un sustento bibliográfico recopilado en distintos libros, artículos, web, entre otros, con la finalidad de que se convierta en una guía práctica cotidiana.

5.6. Beneficiarios

Los beneficiarios del proyecto son los siguientes:

Beneficiarios directos:

47 profesionales de odontología

5 auxiliares de odontología

Usuarios que acuden a la asistencia dental diariamente.

Beneficiarios indirectos:

Habitantes de las comunidades pertenecientes al cantón Portoviejo

Unidades operativas del Distrito de Salud N°1

Dispensarios de Seguro Social Campesino

Facultad de Odontología

5.7. Diseño metodológico

Para el cumplimiento de los objetivos se realizan las siguientes actividades:

5.7.1. Cronograma

ACTIVIDADES	E	N	E	R	O
	16	17	18	21	23
Reunión con las autoridades	X				
Elaboración del plan de cada temática	X				
Socialización de la propuesta		X			
Elaboración de manual			X	X	
Entrega del manual a los coordinadores de las Unidades Operativas de Salud del Distrito de Salud N° 1 y Seguro Social Campesino					X

5.8. Presupuesto

El costo aproximado es de \$ 140,80

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Papel	4	Resma	4,5	18
Tinta color	10	Tóner	6	60
Viáticos	20	Dólar	20	20
Anillados	60	Unidad	0,50	30
Subtotal				128,00
Imprevistos	10%			12,80
TOTAL				140,80

5.9. Sostenibilidad

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con la colaboración de las autoridades, profesionales y auxiliares de odontología que laboran tanto del Distrito de salud N°1 como del Seguro Social Campesino en el cantón Portoviejo.

Además la aplicación de manera constante y activa del *manual deontológico*, que servirá para mantener actualizados e informados a los odontólogos, auxiliares y estudiantes de la carrera de odontología, donde se les proporcionará información básica y veraz de un protocolo de bioseguridad en una asistencia dental.

5.10. Sustentabilidad

La propuesta fue financiada por las autoras de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA PASIVA

Bartolomucci, L. (2009). *Instrumental odontológico: Guía práctica*. Barcelona, España: Elsevier. pp. 1 – 24.

Bordoni, N. Escobar, A & Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente del mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana. p.1094 – 1095.

Cantú, P. (2010). *Bioética e investigación en salud*. Ciudad de México, México: Trillas. p.14.

Cázeres, Y. (2008). *Ética y valores: Un acercamiento práctico*. Ciudad de México, México: Cengage Learning. p 97.

Chimenos, E. & López, J. (2010). *Esquemas de medicina bucal*. Barcelona, España, Edicions Universitat Barcelona. p.20.

Córdoba, A. (2011). *Valores éticos: La posibilidad de lo imposible*. Madrid, España: Esic, p.38.

Cuniberti, N. & Rossi, G. (2009). *Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro*. Buenos Aires, Argentina, Medica Panamericana. pp.159 – 160.

Díaz, C. (2012). *Profesional ético y responsable*. Puerto rico: EDIC COLLEGE. pp.9 - 10.

Diéguez, E. Codeso, F & Vela, C. (2009). *Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales*. España: Vigo. p.25.

Eley, B. Soory, M & Manson J.D. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, España: Elsevier. p.36.

Equipo sanidad. (2012). *Odontopediatría en atención primaria*. Málaga, España: Vértice. p.11 - 12.

Fernández, G. (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir*. Quito, Ecuador: Abya – Yala. pp.27 - 28 – 29 - 30.

Fernández, O & Chávez, M. (2010). *Investigación materno infantil*. México D.F: Medigraphic. pp.81 – 82.

García, A. (2010). *Ética y valores II*. Ciudad de México, México: Cengage Learning. p.138.

González, A. Gutiérrez, D. Moya, L & Calderón, C. (2010). *Odontobook: Guía práctica de Odontología*. España: SYL. Creaciones Gráficas y publicitarias S.A. pp.23 - 24 - 110 – 195 – 196 - 197 – 198 - 199 – 203 – 204 – 205.

González J. (2008). *Perspectivas de la bioética*. Ciudad de México, México: Fondo de cultura económica. p.32 – 33 - 34.

Gutiérrez, E & Iglesias, P. (2009). *Técnica de ayuda odontológica/estomatológicas*. Madrid, España: Editex. pp.40 - 49.

Herreros, B. (2010). *Educar en bioética al profesional de ciencias de la salud. Una perspectiva internacional*. Madrid, España: ADEMÁS Comunicación Gráfica S.L. pp.47-48 – 49 - 50.

Hupp J, Ellis E., Tucker M. (2010). *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona - España: Elsevier Mosby. p.509 - 520.

León, F. (2011). *Bioética*. Madrid, España: Palabra, S.A. p.18 - 19.

Lindhe, J. Lang, N & Karring, T. (2009). *Periodontología clínica e Implantología odontológica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.154 - 155.

López, M. (2009). *Ensayos sobre la bioética*. Salamanca, España: Aquilafuente. p.44 - 45.

López, P. (2007). *Los dos problemas fundamentales de la ética*. Madrid, España: Siglo. p.145 – 146 - 147.

Malagon, G. Galán, R & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. pp.166 - 167 - 168 - 169 – 170 - 171 – 172 – 173 - 175.

Moreno, L. (2008). *Phillips. Ciencia de los materiales dentales*. Madrid, España: Elsevier. 2008, p. 70.

Mosby. (2009). *Diccionario de odontología*. Barcelona, España: Elsevier. p.16.

Negróni, M. (2009). *Microbiología Estomatológica: Fundamentos y guía práctica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana, S.A. p.106 - 107.

Nocchi, C. (2008). *Odontología restauradora: Salud y estética*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana. p.2 – 88 – 89 – 91.

Pardo, A. (2010). *Cuestiones básicas de la bioética*. Madrid, España: Rialp, S.A. pp.113 - 114 – 115.

Romero A & Fernández I. (2011). *Manual de cirugía menor en atención primaria*. España: Editorial Club Universitario. pp.160 - 162.

Schoen, D & Dean, M. (2009). *Instrumentación periodontal*. Barcelona, España: Masson S.A. pp.82 - 83 – 84 – 85.

Zurro, M & Cano, J. (2011). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona, España: Elsevier. pp.12 – 13 - 14 - 16.

BIBLIOGRAFÍA EN LA WEB

Federación Ecuatoriana de Odontología. Código de ética profesional del Ecuador (en línea) <http://www.foe.org.ec>. (Citado el Miércoles, 12 Diciembre 2007 04:31).

GAY, C & BERINI, L. *Tratado de cirugía bucal*. Recuperado de: http://190.186.18.100/biblioteca/datos/libros/ODONTOLOGIA/CIRUGIA/Tratado_de_Cirugia_Bucal/Tratado_de_Cirugia_Bucal00205.html.

González, G. (2009). *Deontología*. Recuperado de: <http://www.deontologia.net/>.

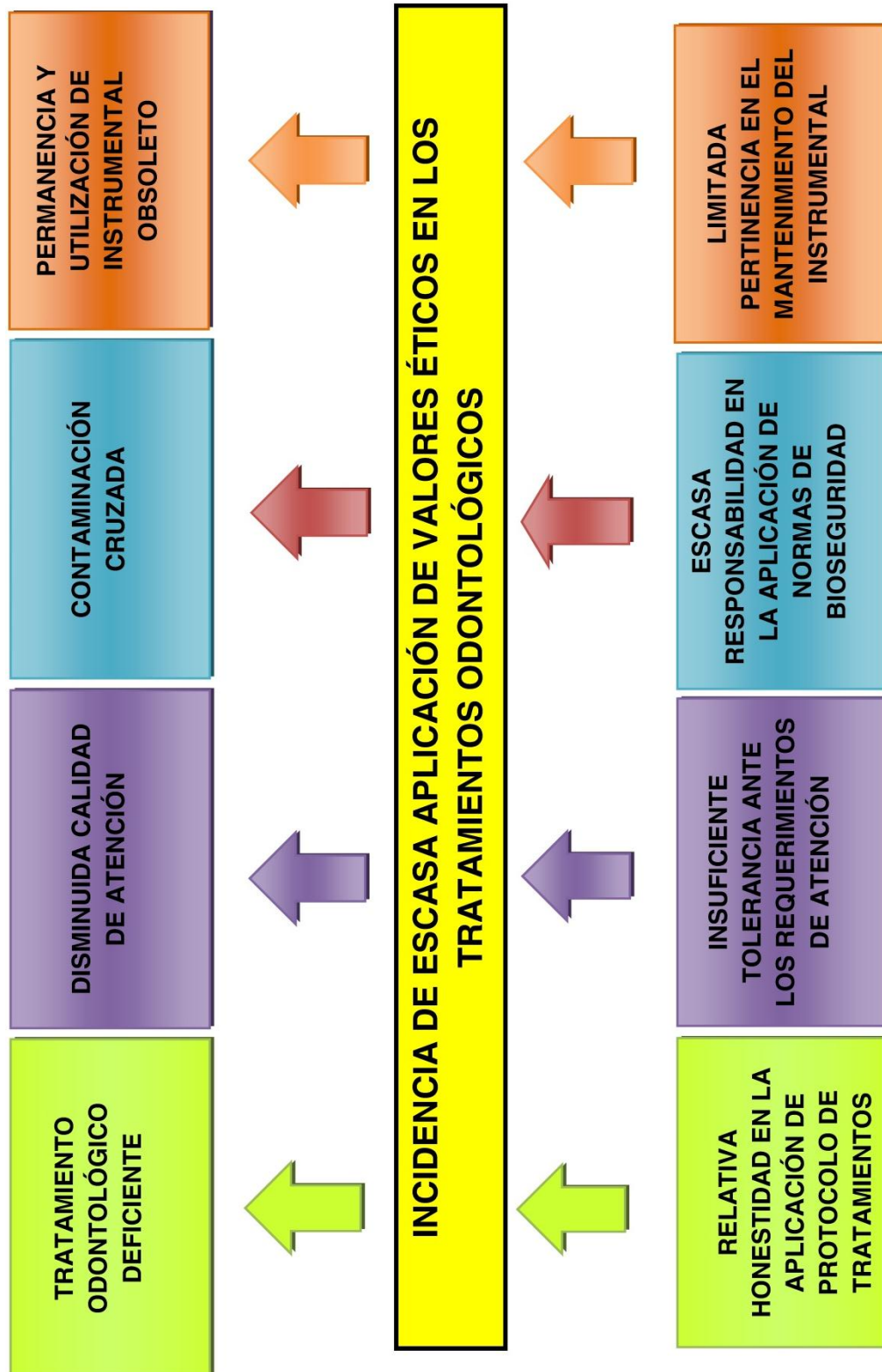
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2012). Reseña histórica del Seguro Social Campesino. Recuperado de <http://www.iess.gob.ec/es/web/guest/quienes-somos>

Universidad de Panamá. & Asociación Odontológica Panameña. Recuperado de:
http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/programas/salud_bucal/NORMAS%20TECNICAS%20Y%20PROTOCOLOS%20%28MANUAL%29.pdf

ANEXOS

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS

1.1. ÁRBOL DEL PROBLEMA



1.2. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	APORTE EXTRA
Fotocopias	450	Unidad	0.03	13.50	Autogestión	-
Papel	16	Remas	3,50	56	Autogestión	-
Internet	6	Meses	20	120	Autogestión	-
Tinta de impresión	6	Cartuchos	20	120	Autogestión	-
Anillado	8	Unidad	1.5	12	Autogestión	-
Empastado	5	Unidad	5	25	Autogestión	-
Bolígrafos	4	Unidad	0.50	2	Autogestión	-
Carpeta	4	Unidad	0.50	2	Autogestión	-
Computadora	2	Unidad	1000	2000	Autogestión	-
Cámara	1	Unidad	300	300	Autogestión	-
Transporte	80	Galones	2.10	168	Autogestión	-
SUBTOTAL				2818.5		-
Gastos imprevistos 10 %				281.85	Autogestión	-
TOTAL				3100.35		

FORMULARIOS DE ENCUESTAS Y FICHAS DE OBSERVACIÓN

2.1 FORMULARIO DE ENCUESTA DIRIGIDO A LOS ODONTÓLOGOS DEL DISTRITO DE SALUD N° 1 Y SEGURO SOCIAL CAMPESINO



FORMULARIO DE ENCUESTA DIRIGIDO A LOS ODONTÓLOGOS RESPONSABLES PERTENECIENTES AL DISTRITO DE SALUD N° 1 Y SEGURO SOCIAL CAMPESINO DEL CANTÓN PORTOVIEJO.

Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca, estudiantes de la Universidad Particular "San Gregorio" de Portoviejo, necesitamos recolectar datos para nuestra investigación, como requisito para la Obtención del Título de Odontólogas.

Instrucciones:

Esta encuesta es confidencial. Sírvase responder marcando una X en uno de los literales de cada una de las preguntas, al responder hágalo con sinceridad y veracidad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos proponemos realizar.

CENTRO DE SALUD: _____

FECHA: _____

1. ¿APLICA USTED EN SU CONSULTA DIARIA LA CALIDAD DE ATENCIÓN?

Si No

7. ¿SI FUERA NECESARIO, UD. UTILIZARÍA POR NECESIDAD UN MATERIAL CADUCADO?

Si No Probablemente

2. ¿HA REALIZADO UN PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN SU CONSULTA DIARIA?

Si No

8. ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA ESTERILIZA EL INSTRUMENTAL?

1 vez 2 veces Solo lo desinfecta

3. ¿QUÉ CANTIDAD DE GUANTES UTILIZA UD. DIARIAMENTE?

8 16 20

9. ¿LA INSTITUCIÓN EN LA QUE UD. TRABAJA LE BRINDA EL INSTRUMENTAL Y LOS MATERIALES NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES?

Si No A veces

4. ¿UD. REALIZA PROGRAMAS EDUCATIVOS DE SALUD ORAL EN LA COMUNIDAD?

Si No

10. ¿AL MOMENTO DE REALIZAR ALGÚN TRATAMIENTO SE LE HA PRESENTADO ALGÚN TIPO DE COMPLICACIÓN?

Si No Rara vez

5. ¿QUÉ TIPO DE AISLAMIENTO UTILIZA EN UN TRATAMIENTO RESTAURADOR?

Absoluto Relativo

11. ¿LA INSTITUCIÓN EN LA QUE UD. LABORA LE PROPORCIONA EL MANTENIMIENTO ADECUADO A SU EQUIPO ODONTOLÓGICO?

Si No

6. ¿POSEE EL INSTRUMENTAL SUFICIENTE PARA LA DEMANDA DE PACIENTES?

Si No

12. ¿LOS PACIENTES QUE ACUDEN A SU CONSULTA SON VALORADOS PREVIAMENTE EN EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA?

Si No

2.2. FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS ODONTÓLOGOS DEL DISTRITO DE SALUD N° 1 Y SEGURO SOCIAL CAMPESINO



FICHA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDO A LOS ODONTÓLOGOS RESPONSABLES PERTENECIENTES AL DISTRITO
DE SALUD N° 1 Y SEGURO CAMPESINO DEL CANTÓN PORTOVIJEJO.

NOMBRE DE UNIDAD DE SALUD: _____

FECHA: _____

UNIDAD DE SALUD	
Ministerio de Salud Pública <input type="checkbox"/>	Seguro Campesino <input type="checkbox"/>

CANTIDAD POR UNIDAD DE SALUD	
Odontólogos	
Auxiliar de odontología	

	USA		
	SI	NO	A VECES
Mandil			
Guantes			
Mascarillas			
Gafas protectoras			

	ESTADO				
	E	B	R	M	NO TIENE
Sillón odontológico					
Lámpara de fotocurado					
Esterilizador					

BIOSEGURIDAD		
	RECIPIENTE ESTABLECIDO	DESECHO INCORRECTO
Desechos cortopunzantes		
Desechos infecciosos		
Desechos comunes		

	Área odontológica	Unidad de salud
El esterilizador es del:		

	SI	NO
Brinda el profesional las opciones de tratamiento al paciente		

	SI	NO
Valoración previa de los signos vitales en el departamento de enfermería		

INSTRUMENTAL	ESTADO				CANTIDAD
	E	B	R	M	
Espejo bucal					
Exploradores					
Pinza Algodonera					
Porta Instrumental					
Porta Desechos					
Jeringa Carpúle					
Sindesmótomo					
Elevadores					
Fórceps					
Lima para hueso					
Instrumental de sutura					
Fresas					
Cucharilla					
Espátula de cemento					
Espátulas de Titanio					
Curetas					
Tartrótomos					
Cavitron					

	SI	NO
Lavado de mano después de utilizar los guantes		

TIPO DE DESINFECTANTE DE SUPERFICIES Y DEL SILLÓN	
Hipoclorito de sodio	
Detergentes	

PROTOCOLO PARA EXODONCIAS	
Pieza a extraer #	
Colocación del paciente	
Iluminación	
Aplicación de anestésico tópico	
Técnica de anestesia	
Sindesmotomía	
Aprehensión	
Luxación	
Tracción	
Revisión del alvéolo	
Curetaje	
Lavado del alvéolo	
Indicaciones postoperatorias	

PROTOCOLO PARA RESTAURACIÓN CON COMPOSITE	
Tipo de restauración	
Anestesia local	
Toma de color	
Aislamiento del campo operatorio	
Eliminación de caries	
Colocación de matriz	
Colocación de protector dentino-pulpar	
Grabado ácido	
Aplicación de adhesivo dentinario	
Aplicación de resina compuesta	
Fotopolimerización	
Ajuste de la oclusión	
Pulido de la resina	
Indicaciones postoperatorias	

PROTOCOLO PARA APLICACIÓN DE SELLANTES	
Limpieza de la superficie dentaria	
Aislamiento del campo operatorio	
Aplicación del sellador	
Ajuste de la oclusión	
Indicaciones postoperatorias	

2.3. FORMULARIO DE ENCUESTA DIRIGIDO A LOS PACIENTES QUE ASISTÍAN AL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA DEL DISTRITO DE SALUD N° 1 Y SEGURO SOCIAL CAMPESINO



FORMULARIO DE ENCUESTA DIRIGIDO A LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA ATENCION ODONTOLOGICA EN EL DISTRITO DE SALUD N° 1 Y SEGURO CAMPESINO DEL CANTÓN PORTOVIEJO.

Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca, estudiantes de la Universidad Particular “San Gregorio” de Portoviejo, necesitamos recolectar datos para nuestra investigación, como requisito para la Obtención del Título de Odontólogas.

Instrucciones:

Esta encuesta es confidencial. Sírvase responder marcando una X en uno de los literales de cada una de las preguntas, al responder hágalos con sinceridad y veracidad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos proponemos realizar.

CENTRO DE SALUD: _____

FECHA: _____

1. LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA QUE LE BRINDO EL PROFESIONAL FUE:

Agradable Insatisfactoria
Regular

Saludo cordialmente
Se refirió a Ud. por su apellido
Todas las anteriores
Ninguna de las anteriores apellido

2. ¿CONSIDERA EL TIEMPO QUE EL PROFESIONAL LE DEDICÓ EN SU CONSULTA FUE SUFICIENTE PARA SATISFACER SU DOLENCIA?

Si No

7. ¿UD. OBSERVÓ SI EL PROFESIONAL, SE CAMBIÓ DE GUANTES Y SE LAVÓ LAS MANOS?

Si No

3. ¿EL PROFESIONAL SE MOSTRÓ ATENTO DEL RELATO DE SU PROBLEMA BUCAL?

Si No

8. ¿CREE UD. SI LA UNIDAD DE SALUD A LA QUE ACUDE POSEE EL EQUIPAMIENTO ODONTOLÓGICO ADECUADO?

Si No

4. ¿LE BRINDARON VARIAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO A REALIZAR ANTE SU DOLOR DENTAL?

Si No

9. ¿UD. SE PERCATÓ QUE EL PROFESIONAL CAMBIO DE INSTRUMENTAL ANTES DE SU ATENCION?

Si No

5. ¿EL PROFESIONAL LE BRINDA LAS INDICACIONES NECESARIAS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO REALIZADO?

Curación Extracción Limpieza

10. ¿CREE UD. QUE EL PROFESIONAL APLICÓ SUS CONOCIMIENTOS ADECUADOS PARA DIAGNOSTICAR SU MALESTAR BUCAL?

Si No Tal vez

6. CUÁL FUE EL TRATO QUE RECIBIÓ POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA:

Lo miro a los ojos

11. ¿CONSIDERA UD. SI EL ODONTÓLOGO LLEGA PUNTUAL A LA UNIDAD DE SALUD PARA ATENDER A LOS PACIENTES?

Si No A veces

3.1 ANEXOS DEL MARCO TEÓRICO

Figura N° 1: Valores relacionados con la ética profesional.



Figura N° 2: Métodos de bioseguridad.



Uso del hipoclorito de sodio como desinfectante de superficies



Limpieza de la superficie de la escupidera



Desinfección de la jeringa triple

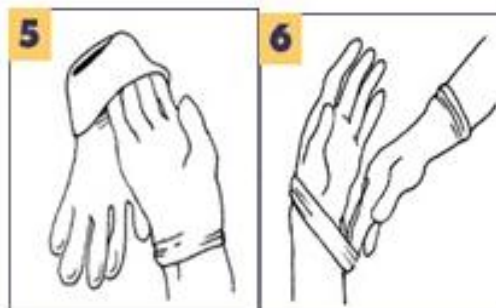
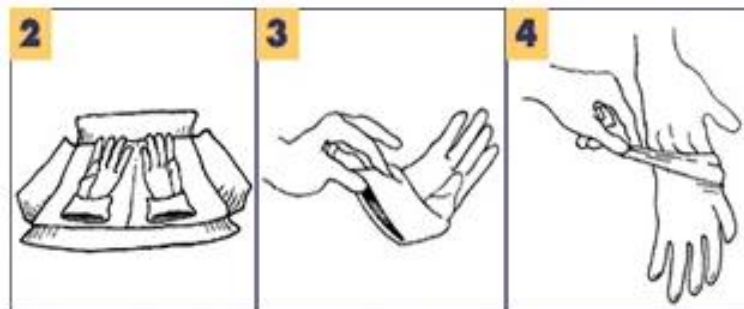
Figura N° 3: Barreras de protección personal



Colocación de la mascarilla



Gafas de protección ocular



Colocación de guantes

Figura N° 4: Técnica de lavado de manos previo a la atención odontológica



Procedimiento adecuado del lavado de manos

Figura N° 5: Eliminación de desechos sólidos infecciosos

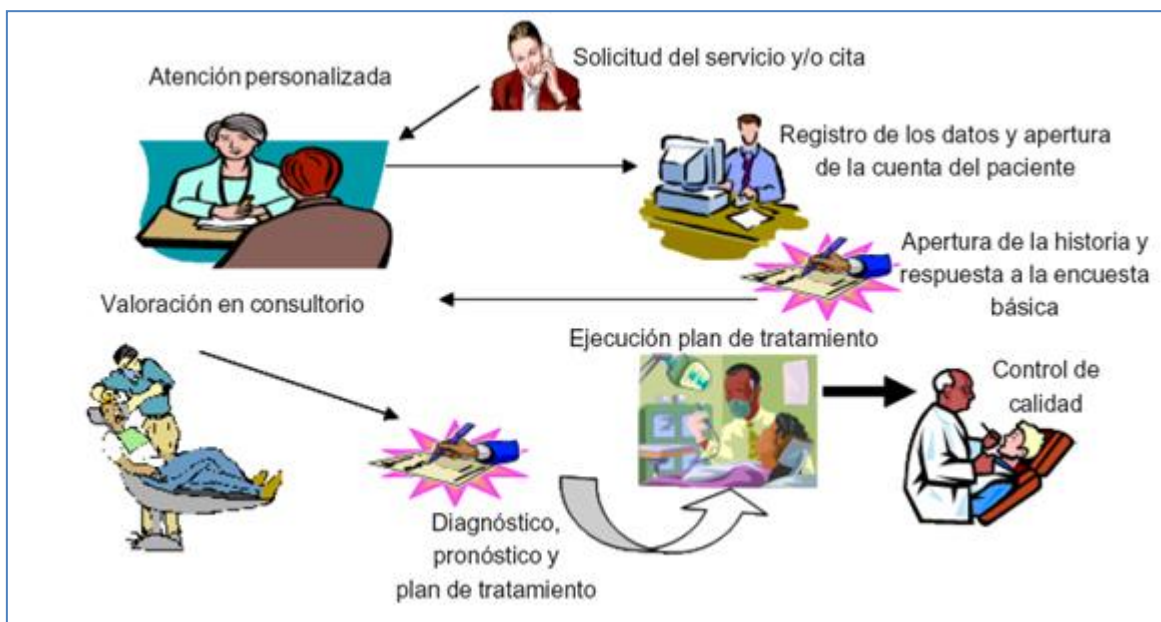
GRIS	Naranja	VERDE	AMARILLO	AZUL	Rojo	
Desechos en general	Orgánica	Envases de vidrio	Plástico y envases metálicos	Papel	Hospitalarios Infecciosos	
1	2	3	4	5	6	
 www.desechos.cl	 www.desechos.cl	 www.desechos.cl	 www.desechos.cl	 www.desechos.cl	 www.desechos.cl	
www.desechos.cl	www.desechos.cl	www.desechos.cl	www.desechos.cl	www.desechos.cl	www.desechos.cl	

Clasificación de recipientes para el desecho de residuos.



Recipiente rígido y de plástico para la eliminación de material cortopunzante.

Figura N° 6: Métodos de mejoramiento de la calidad de atención

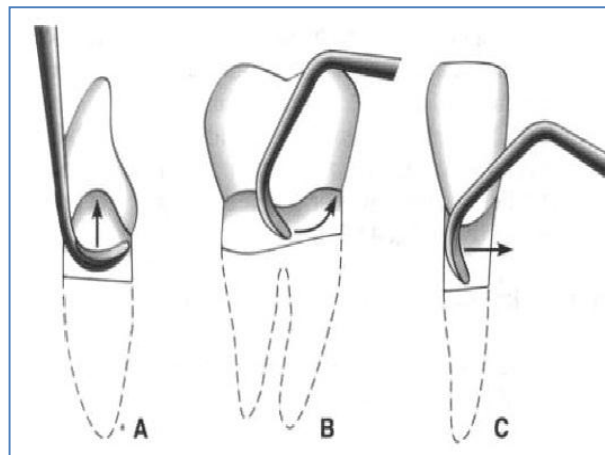


Forma gráfica de representar un diagrama de flujo que ilustra los procesos involucrados en la atención y prestación de un servicio a los usuarios de la consulta dental

Figura N° 7: Técnicas periodontales para la profilaxis dental

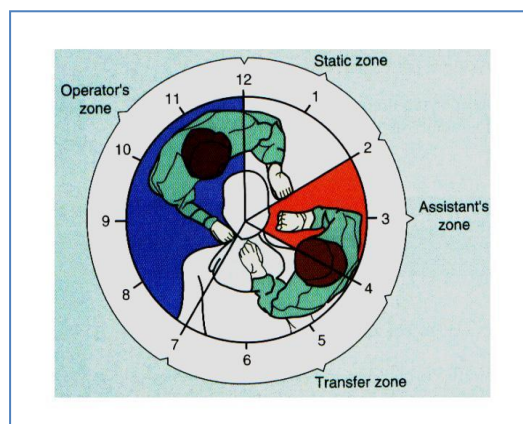


Técnica para el agarre del instrumental de periodoncia (Curetas y tartrótomos)



Movimientos básicos en un detartraje: a. Vertical, b. Oblicuo, c. Horizontal

Figura N° 8: Indicadores para una correcta posición de trabajo



Posición del operador y auxiliar durante una intervención quirúrgica

Figura N° 9: Método de prevención más utilizado



Técnica de cepillado y uso de hilo dental

Figura N° 10: Atención a mujeres gestantes



Posición del sillón odontológico para embarazadas.

4.1. INFRAESTRUCTURA DEL DISTRITO DE SALUD N° 1



Foto N° 1. Subcentro de salud Nuevo Portoviejo.

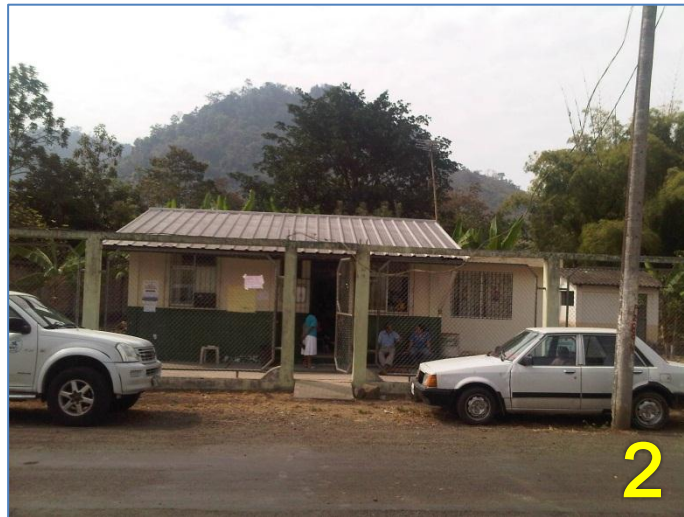


Foto N° 2. Subcentro de salud Chirijo.



Foto N° 3. Subcentro de salud Los arenales.

4.2 INFRAESTRUCTURA DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO



Foto N° 4. Dispensario comunal El progreso uno.



Foto N° 5. Dispensario comunal La cantera.



Foto N° 6. Dispensario comunal Limón de Fátima.

4.3. ADECUACIÓN DE LOS MATERIALES ODONTOLÓGICOS



Foto N° 7. Inadecuado almacenamiento de los insumos odontológicos



Foto N° 8 - 9. A la izquierda almacenamiento regular de los suministros, a la derecha correcta adecuación y ordenamiento de los materiales

4.4. ESTADO DE LAS ESCUPIDERAS



Foto N° 10. Escupidera en estado obsoleto



Foto N° 11 - 12. Contraste de una escupidera en estado deficiente se encuentra oxidada (izquierda), con una en excelentes condiciones (derecha).

4.5. ENCUESTA A LOS ODONTÓLOGOS



Foto N ° 13. La odontóloga del Seguro social campesino la cantera contestando la encuesta



Foto N° 14 - 15. Realizando la encuesta a los odontólogos del Subcentro de salud Pueblo nuevo (izquierda) y Seguro social campesino Playa prieta (derecha).

4.6. ESTADO DEL INSTRUMENTAL



Foto N° 16 - 17. En el fresero a la izquierda se puede observar un completo desorden de las fresas, porta matriz, llave de la pieza de mano, mientras que el del lado derecho las fresas estan colocadas en orden pero en su mayoría tienen que deben ser cambiadas.



Foto N° 18 – 19. En el fresero ubicado a la izquierda se puede contemplar cepillos profilácticos reutilizados y fresas en desorden. Mientras que en la foto situada a la derecha se puede ver un esterilizador en estado deplorable con el instrumental en completa desorganización.



Foto N° 20. Forma adecuada de guardar o almacenar el instrumental de trabajo cotidiano.

4.7. MATERIALES CADUCADOS



Foto N° 21 – 22. Alvogyl expirado el 20 de septiembre del 2012. Revelador de placa bacteriana con fecha de caducidad 20 de julio del 2012.



Foto N° 23 – 24 Pasta profiláctica caducada en junio del 2008. Ketac molar con fecha de expiración mayo del 2008.

4.8. BARRERAS DE PROTECCIÓN



Foto N° 25. Correcta utilización de las barreras de protección



Foto N° 26. No utiliza correctamente la mascarilla, además no emplea el gorro ni gafas protectoras.



Foto N° 27. No usa correctamente la mascarilla pero si las gafas protectoras el gorro y los guantes.



Foto N° 28. Este odontólogo no utiliza mandil, ni protectores oculares ni gorro protector.



Foto N° 29. Esta profesional no usa el gorro



Foto N° 30. Esta odontóloga no utiliza gorro, mandil, ni gafas protectoras

4.9. ELIMINACIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS



Foto N° 31 – 32. Eliminación de los desechos sólidos cortopunzantes, en envases de plástico rígido si es aceptable dentro de las normas de bioseguridad.



Foto N° 33. Correcta eliminación de los desechos sólidos infecciosos en su respectiva funda de color rojo.

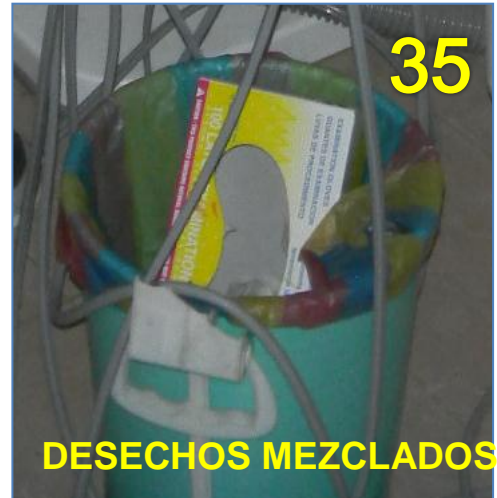


Foto N° 34 - 35. Inadecuada eliminación de los desechos sólidos infecciosos al mezclarlos con los desechos comunes. Unidad operativa del distrito de salud n°1 (izquierda), seguro social campesino (derecha).

4.10. VALORACIÓN PREVIA DE SIGNOS VITALES



Foto N° 36 - 37. En el centro de salud Portoviejo, a la izquierda se puede ver que a esta usuaria se le está viendo cuál es su peso actual, a la derecha se observa la toma de la presión arterial.



Foto N° 38. En el Seguro Social Campesino El progreso 1, se puede contemplar la valoración de la presión arterial.

4.11. INSTRUMENTAL EN MAL ESTADO



Foto N° 39 - 40. Espejo bucal rayado (izquierda), tartrótomos en su parte activa se encuentra dañada y el mango del mismo oxidado (derecha).



Foto N° 41. Elevador curvo, con el mago oxidado



Foto N° 42. Se puede observar el mango de dos espejos, elevadores curvos derecho e izquierdo respectivamente, oxidados por un inadecuado manejo secado y esterilización del instrumental

4.12 ENCUESTA A LOS PACIENTES



Foto N° 43 – 44. En ambas fotografías las madres d familia contestaron a nuestra ya que sus hijos poseían capacidades especiales. En el subcentro de salud Arenales (izquierda), en el centro de salud Portoviejo (derecha) pertenecientes al Distrito de Salud N° 1.



Foto N° 45. Encuesta realizada a una usuaria del Seguro Social Campesino Limón de Fátima.

4.13. MÉTODOS DE BIOSEGURIDAD



Foto N° 46 – 47. En la gráfica de la izquierda se puede contemplar instrumental esterilizados envueltos en campos operatorios y a la derecha una odontóloga coloca plástico en el sillón odontológico.



Foto N° 48 – 49. Se puede observar en la imagen de la izquierda como uno odontólogo lava un fórceps con un cepillo de dientes. En la fotografía de la derecha se puede contemplar en una riñonera instrumental ya utilizado sumergidos en sablón



Foto N° 50 – 51. Tanto en la imagen de la izquierda como derecha se observa a ambos profesionales lavándose las manos después de haber atendido a sus respectivos pacientes.

4.14. CHARLAS DE EDUCACIÓN ORAL



Foto N° 52. En esta fotografía la odontóloga se encuentra dando una charla a los niños del programa escolar.



Foto N° 53. En esta imagen se observa al odontólogo dando las medidas de prevención bucal que debe tener una mujer gestante durante su embarazo.

4.15. TRATAMIENTOS OFERTADOS



Foto N° 54 – 55. Entre los tratamientos ofertados por ambas instituciones se puede observar en el lado izquierdo la colocación de un sellante a un infante (Seguro Social Campesino), mientras que en el lado derecho se puede ver el depósito de la anestesia antes de la extracción (Distrito de Salud N° 1).

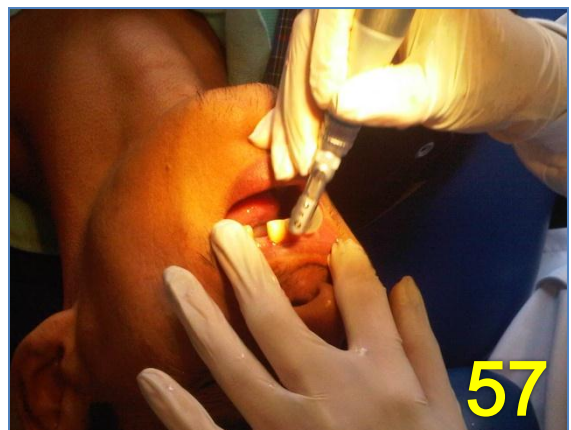


Foto N° 56 – 57. En esta gráfica se puede observar la eliminación del cálculo dental a través del cavitron (izquierda), en la imagen del lado derecho se contempla el pulido de una restauración con resina.



Foto N° 58 – 59. Se puede observar en ambas fotografías la colocación de

4.16. ENTREGA DE MANUAL DEONTOLÓGICO EN EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO



Foto N° 60 - 61. En ambas fotos se puede evidenciar la entrega del manual deontológico en la oficina del Seguro Social Campesino.



Foto N° 62. Firma del acta de compromiso por parte del Dr. Víctor Junco.



Foto N° 62 - 63. Firma del acta de compromiso por parte de las egresadas Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca.

4.17. ENTREGA DE MANUAL DEONTOLÓGICO EN EL DISTRITO DE SALUD N° 1



Foto N° 65 – 66. Lectura del acta de compromiso y entrega del manual deontológico.

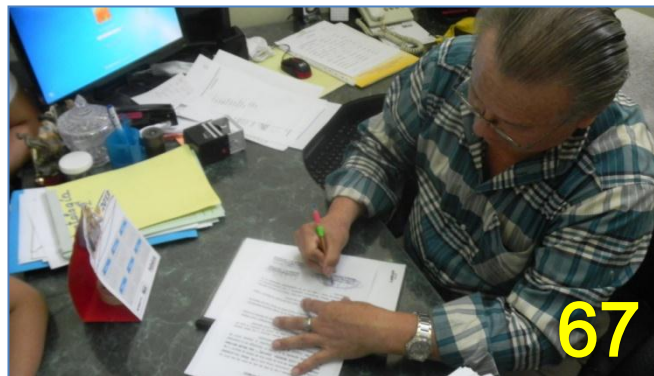


Foto N° 67. Firma del acta de compromiso por parte del Dr. Ángel Villacreses, responsable del departamento de odontología

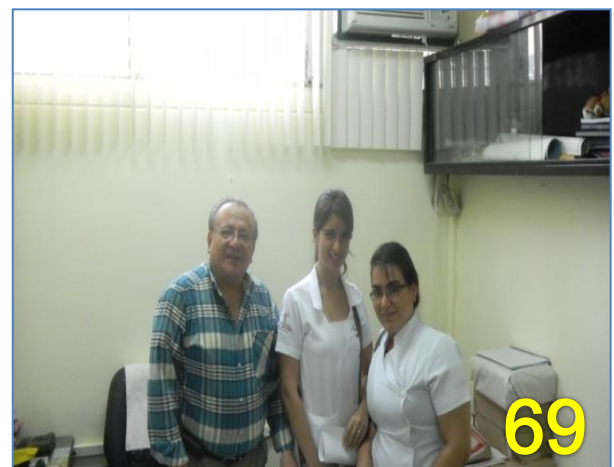


Foto N° 68 - 69. Platica sobre los resultados obtenidos en la encuesta y foto oficial.

4.18. DISTRIBUCIÓN DEL MANUAL DEONTOLÓGICO EN EL DISTRITO DE SALUD N° 1



Foto N° 70. Socialización del contenido del manual deontológico por parte del Dr. Ángel Villacreses.



Foto N° 71. Repartición del manual deontológico a los odontólogos



Foto N° 72. Recepción del manual deontológico por parte de una odontóloga

5. ACTAS



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA ODONTOLOGIA

Portoviejo, 22 de Noviembre de 2012
ODO - OF. -948 - 2012

Doctor
Brucker García
Director del Distrito de Salud No.1 de Portoviejo
Dr. Angel Villacreses
Responsable del área de Salud Bucal
Ciudad.-

Señor Director:

Una vez que ha sido aceptado el Proyecto de Tesis de las Egresadas: TERESA LUCIA MOREIRA SANCHEZ y ANA BELEN WITTONG MONTESDEOCA, y atendiendo a su pedido, le solicito les permita realizar: FICHAS DE OBSERVACION AL PROFESIONAL, y ENCUESTAS, a los pacientes del Distrito que usted dirige.

Actividad necesaria para cumplir la investigación de campo, previo a la obtención del Título de ODONTOLOGA.

De usted muy atentamente,



Dra. Ximena Guillén Vivas, Mg. Gs.
COORDINADORA CARRERA ODONTOLOGIA

cc. archivo



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA ODONTOLOGIA

Portoviejo, 22 de Noviembre de 2012
ODO - OF. -948 - 2012

Doctor
Brucker García
Director del Distrito de Salud No.1 de Portoviejo
Dr. Angel Villacreses
Responsable del área de Salud Bucal
Ciudad.-

Señor Director:

Una vez que ha sido aceptado el Proyecto de Tesis de las Egresadas: TERESA LUCIA MOREIRA SANCHEZ y ANA BELEN WITTONG MONTESDEOCA, y atendiendo a su pedido, le solicito les permita realizar: FICHAS DE OBSERVACION AL PROFESIONAL, y ENCUESTAS, a los pacientes del Distrito que usted dirige.

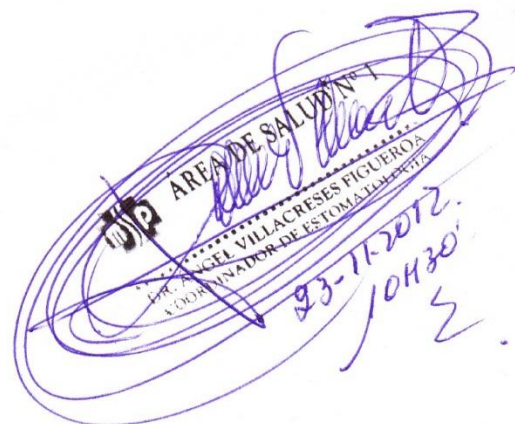
Actividad necesaria para cumplir la investigación de campo, previo a la obtención del Título de ODONTOLOGA.

De usted muy atentamente,

Dra. Ximena Guillén Vivas

Dra. Ximena Guillén Vivas, Mg. Gs.
COORDINADORA CARRERA ODONTOLOGIA

cc. archivo



Ministerio de Salud Pública
DISTRITO DE SALUD N° 1 - PORTOVIEJO
Secretaría General
Documentación Recibida
Fecha: 23/11/12
Hora: 08:11:00
Responsable: J. J. J. J.



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA ODONTOLOGIA

Portoviejo, 22 de Noviembre de 2012
ODO - OF. -949 - 2012

TR 225781

Doctor
Luis Andrade Solórzano
Jefe del Departamento Provincial del Seguro Campesino de Manabí
Ciudad.-

-Receives Hermenegildo
(22)

Dr. Víctor H. Junco Ochoa
JEFE DPTO. PROVINCIAL (E)
SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Señor Director:

Una vez que ha sido aceptado el Proyecto de Tesis de las Egresadas: TERESA LUCIA MOREIRA SANCHEZ y ANA BELEN WITTONG MONTESDEOCA, y atendiendo a su pedido, le solicito les permita realizar: FICHAS DE OBSERVACION AL PROFESIONAL, y ENCUESTAS, a los pacientes del Departamento que usted dirige.

Actividad necesaria para cumplir la investigación de campo, previo a la obtención del Título de ODONTOLOGA.

De usted muy atentamente,

Dra. Ximena Guillén

Dra. Ximena Guillén Vivas, Mg. Gs.
COORDINADORA CARRERA ODONTOLOGIA

Ing. Mauricio
(25)
2012-11-26

cc. archivo

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
DPTO. PROV. S.S.C.
Dra. Margarita Macías Suárez
OFICINISTA
2012/11/23



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
Jefatura Provincial del Seguro Social Campesino – Manabí
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
RUC 1360052430001

Portoviejo, 26 de Noviembre de 2012
24011300-RH-521-2012

Señores
DISPENSARIO EL PROGRESO 1
DISPENSARIO LA CANTERA
DISPENSARIO TABLADAS DE ALAJUELA
DISPENSARIO LIMON DE FATIMA
DISPENSARIO CRUZ ALTA DE MIGUELILLO
DISPENSARIO BIJAHUAL
DISPENSARIO PLAYA PRIETA
DISPENSARIO MILAGRO 1
DISPENSARIO PACHINCHE
DISPENSARIO EL CADY
DISPENSARIO LAS GILCES
DISPENSARIO EL JOBO
Ciudad.-

Por medio de la presente se solicita la debida colaboración para realizar FICHAS DE OBSERVACION Y ENCUESTAS AL PROFESIONAL del SSC MANABI, con el propósito de realizar trabajos relacionados al tema de tesis de las egresadas de la facultad de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo:

- MOREIRA SANCHEZ TERESA LUCIA
- WITTONG MONTESDEOCA ANA BELEN

Atentamente,

Dr. Victor Junco Onofre
Jefe Dpto. SSC Manabí

C.c. Archivo

Elaborado por:	Ing. Mónica Montes	
Revisado por:	Dr. Victor Junco Onofre	
Fecha:	2012-11-26	

ACTA DE COMPROMISO

En la ciudad de Portoviejo a los 23 días del mes de enero del año 2013, se procede a celebrar el compromiso formal entre el **DR. ÁNGEL VILLACRESES FIGUEROA**, responsable del área de Salud Oral del Distrito de Salud # 1 y las **SRTAS. TERESA LUCÍA MOREIRA SÁNCHEZ Y ANA BELÉN WITTONG MONTESDEOCA**, egresadas de la Carrera de Odontología de la Universidad Particular "San Gregorio" de Portoviejo, suscriben la presente ACTA DE COMPROMISO al tenor de los siguientes considerandos:

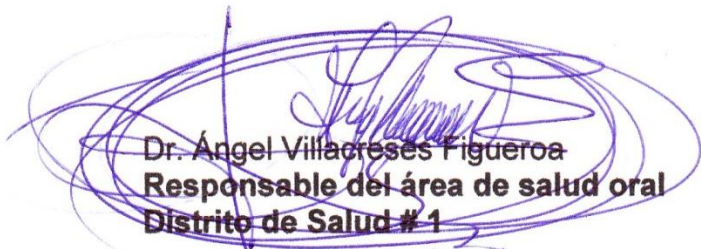
PRIMERO: Las Srtas. Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca, se comprometen a dejar en calidad de donación al área de odontología del Distrito de Salud # 1 los materiales y obras siguientes:

- Treinta y uno (31) folletos denominados "Manual Deontológico: Guía Práctica", los mismos que serán distribuidos a los profesionales que laboran en la dicha entidad pública para ampliar sus conocimientos.

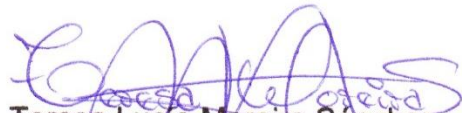
SEGUNDA: Todos y cada uno de los folletos de los cuales hacemos referencia en la presente acta, serán entregados al Responsable de Salud Oral del Distrito de Salud # 1.

TERCERA: El responsable del área de Salud Oral del Distrito de Salud # 1 recibe en buenas condiciones cada uno de estos ejemplares.

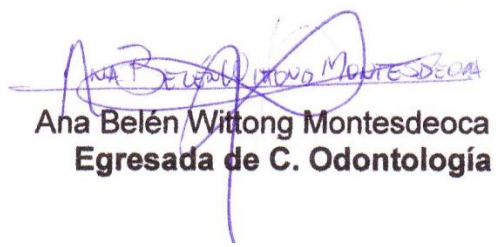
Tanto el Dr. Ángel Villacreses Figueroa y las Srtas. Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca aceptamos y nos comprometemos al cumplimiento de todos y cada uno de los considerandos estipulados en la presente acta.



Dr. Ángel Villacreses Figueroa
Responsable del área de salud oral
Distrito de Salud # 1



Teresa Lucía Moreira Sánchez
Egresada de C. Odontología



Ana Belén Wittong Montesdeoca
Egresada de C. Odontología

ACTA DE COMPROMISO

En la ciudad de Portoviejo a los 23 días del mes de enero del año 2013, se procede a celebrar el compromiso formal entre el **DR. VÍCTOR JUNCO ONOFRE**, Jefe del Departamento Provincial del Seguro Campesino de Manabí y las **SRTAS. TERESA LUCÍA MOREIRA SÁNCHEZ Y ANA BELÉN WITTONG MONTESDEOCA**, egresadas de la Carrera de Odontología de la Universidad Particular "San Gregorio" de Portoviejo, suscriben la presente ACTA DE COMPROMISO al tenor de los siguientes considerandos:

PRIMERO: Las Srtas. Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca, se comprometen a dejar en calidad de donación al área de odontología del Seguro Campesino los materiales y obras siguientes:

- Dieciocho (18) folletos denominados "Manual Deontológico: Guía Práctica", los mismos que serán distribuidos a los profesionales que laboran en la dicha entidad pública para ampliar sus conocimientos.

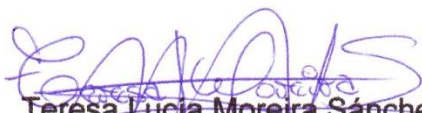
SEGUNDA: Todos y cada uno de los folletos de los cuales hacemos referencia en la presente acta, serán entregados al Jefe del Departamento Provincial del Seguro Campesino de Manabí.

TERCERA: El responsable del área de Salud Oral del Seguro Campesino recibe en buenas condiciones cada uno de estos ejemplares.


Tanto el Dr. Víctor Junco Onofre y las Srtas. Teresa Lucía Moreira Sánchez y Ana Belén Wittong Montesdeoca aceptamos y nos comprometemos al cumplimiento de todos y cada uno de los considerandos estipulados en la presente acta.



Dr. Víctor Junco Onofre
Jefe del Departamento Provincial
Seguro Campesino de Manabí



Teresa Lucía Moreira Sánchez
Egresada de C. Odontología



Ana Belén Wittong Montesdeoca
Egresada de C. Odontología

5.1. PERSONAL QUE LABORA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL DISTRITO DE SALUD N° 1

Las siguientes unidades operativas de salud perteneciente a dicho Distrito:

Centro de Salud Andrés de Vera (2 odontólogos)

Centro de Salud Calderón (1 odontólogo, 1 auxiliar)

Centro de Salud Crucita (1 odontólogo)

Centro de Salud Portoviejo (2 odontólogos, 1 auxiliar)

Subcentro Alajuela (1 odontólogo)

Subcentro Chirijo (1 odontólogo)

Subcentro Colón (1 odontólogo)

Subcentro El Limón (1 odontólogo)

Subcentro El Naranjo (1 odontólogo)

Subcentro Estancia vieja (1 odontólogo)

Subcentro Fátima (1 odontólogo)

Subcentro Florón (1 odontólogo)

Subcentro La California (1 odontólogo)

Subcentro Los Ángeles de Colón (1 odontólogo)

Subcentro Los Arenales (1 odontólogo)

Subcentro Mejía (1 odontólogo)

Subcentro Nuevo Portoviejo (1 odontólogo)

Subcentro Pacheco (1 odontólogo)

Subcentro Picoaza (1 odontólogo)

Subcentro Pimpiguasi (1 odontólogo)

Subcentro Piñonada (1 odontólogo)

Subcentro Primero de Mayo (1 odontólogo)

Subcentro Pueblo Nuevo (1 odontólogo)

Subcentro Riochico (1 odontólogo, 1 auxiliar)

Subcentro San Alejo (1 odontólogo)

Subcentro San Cristóbal (1 odontólogo, 1 auxiliar)

Subcentro San Pablo (1 odontólogo, 1 auxiliar)

Subcentro San Plácido (1 odontólogo)

TOTAL: 30 ODONTÓLOGOS

5 AUXILIARES DE ODONTOLOGÍA

NOTA: El listado previamente descrito fueron las unidades operativas
a las cuales se les distribuyó el *manual deontológico*.

5.2. PERSONAL QUE LABORA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Hoy en día, los dispensarios de salud pertenecientes al cantón Portoviejo son los siguientes:

Dispensario Bijahual (1 odontólogo)

Dispensario Cruz Alta de Miguelillo (1 odontólogo)

Dispensario El Cady (2 odontólogos)

Dispensario El Jobo (1 odontólogo)

Dispensario el Progreso 1 (2 odontólogos)

Dispensario la Cantera (1 odontólogo)

Dispensario Las Gilces (2 odontólogos)

Dispensario Limón de Fátima (1 odontólogo)

Dispensario Milagro 1 (2 odontólogos)

Dispensario Pachinche (1 odontólogo)

Dispensario Playa Prieta (2 odontólogos)

Dispensario Tabladas de Alajuela (1 odontólogo)

TOTAL: **17 ODONTÓLOGOS**

NOTA: El listado previamente descrito fueron las unidades operativas a las cuales se les distribuyó el *manual deontológico*.