



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA

“CULTURA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES BUCALES EN LOS NIÑOS
DE 8 Y 9 AÑOS DE LA ESCUELA ENA ALÍ GUILLEN”.

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORES

LOPERA RODRÍGUEZ TATIANA VERÍNICA.
SANTANA MENDOZA MARÍA AGUSTINA.

DIRECTORA DE TESIS

DR. KATIUSKA MONTAÑO GUERRERO.

PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

2010-2011

CERTIFICACIÓN

La Doctora Katuska Montaña, certifica que la tesis de investigación titulada **“CULTURA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES BUCALES EN LOS NIÑOS DE 8 Y 9 AÑOS DE LA ESCUELA ENA ALÍ GUILLEN”**; es original De Tatiana Verónica Lopera Rodríguez Y María Agustina Santana Mendoza, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Katuska Montaña
DIRECTORA DE TESIS

DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas, resultados, conclusiones y recomendaciones, del presente trabajo investigativo de **“CULTURA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES BUCALES EN LOS NIÑOS DE 8 Y 9 AÑOS DE LA ESCUELA EAN ALÍ GUILLEN”**; pertenece exclusivamente a las autoras.

TATIANA VERÓNICA LOPERA

MARÍA AGUSTINA SANTANA.



UNIVERSIDAD PARTICULAR
SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“CULTURA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES BUCALES EN LOS NIÑOS DE 8 Y
9 AÑOS DE LA ESCUELA ENA ALÍ GUILLEN”.

PROPUESTA ALTERNATIVA

TESIS

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

Dra. Gladys Vaca.
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Katiuska Montaña.
DIRECTORA DE TESIS

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Ramiro Molina
SECRETARIO ACADEMICO
DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos principalmente a Dios dador de la vida y la sabiduría, que ha permitido superarnos para el servicio al prójimo.

A la universidad San Gregorio de Portoviejo, que nos abrió las puertas, brindándonos a una excelente educación y habernos inculcado valores, base fundamental para alcanzar el éxito.

A las autoridades, directivos y personal en general de este prestigioso plantel educativo, por su predisposición para ayudarnos a resolver los obstáculos, que se presentaron a lo largo de este proceso investigativo.

Tatiana Verónica Lopera R.

María Agustina Santana M.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con mucho cariño:

A Dios quien me dio la fortaleza de seguir adelante en mis estudios y me guio por el buen camino

A mis padres, Lic. Manuel Lopera Campos (+) y Lic. Cira Rodríguez Mejía, por sus sabios consejos, por haber sido el pilar fundamental para superarme día a día, brindándome su amor, su apoyo moral y económico, y saber encaminarme hacia metas positivas para ser un profesional exitoso, y ser así un ente útil a Dios y a la sociedad.

A mi esposo, Rodrigo Castillo, por su amor, su paciencia, su comprensión, por apoyarme e incentivar me a seguir con mis estudios en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis hermanas, por haberme alentado a culminar mis estudios, ya que en el trajinar de la vida, me han servido de apoyo y ejemplo para llegar a cumplir mis metas profesionales.

A mis hermanos, por su paciencia, y apoyo brindándome ayuda y tiempo en todo momento de mi carrera e incentivándome a seguir adelante.

A todos mis familiares y amigos, que de una u otra manera siempre estuvieron presentes desde el inicio de mis estudios incentivándome a alcanzar el objetivo que me propuse.

A la memoria de mi padre, Lic. Manuel Lopera Campos ya que sin su apoyo moral y económico no hubiese podido culminar mis estudios, es por esto que todo este trabajo se lo dedico especialmente a mi “papa” que tan solo por un año no alcanzo a ver a su hija menor convertida en odontóloga.

Tatiana Verónica Lopera R.

DEDICATORIA

El presente trabajo, lo dedico a Dios por darme la luz del entendimiento.

A mis padres, Janeth y George, ejemplo de virtud, abnegación y lucha.

A mis hermanos, por su apoyo incondicional.

A mis catedráticos, quienes han sabido enriquecer mis conocimientos.

A todas las personas que de una u otra forma me ayudaron, para que yo culminara esta meta.

María Agustina Santana M.

INTRODUCCIÓN

Una buena higiene bucal y la prevención se consideran hoy unos de los principales factores responsables de evitar caries, enfermedad periodontal y de fomentar el desarrollo de una buena salud bucal en los niños.

Las prácticas de higiene bucal dependen de cada individuo, pero es necesario educar a las personas desde su niñez, para desarrollar los hábitos que les permitan mantener una higiene bucal adecuada. La educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima.

Los hábitos alimenticios juegan también un papel importante en el desarrollo de las enfermedades bucales, por lo cual se recomienda una ingesta equilibrada de alimentos, con menos hidratos de carbono y azúcares, porque estos elementos aumentan la flora bacteriana que forma la placa, el sarro y las caries.

La prevención no solamente se debe aplicar en pacientes enfermos o con problemas graves, tales como periodontitis, caries, etc., por el contrario la prevención se debe aplicar tanto en pacientes sanos, enfermos o con problemas mínimos.

ANTECEDENTES

Las enfermedades bucales tales como las caries, periodontopatías, halitosis, entre otros, son los principales problemas que se presentan en las poblaciones de recursos económicos limitados, afectando a la calidad de vida en general del individuo, siendo un poco más propensos los niños, debido a que estos suelen ser más susceptibles al ataque bacteriano.

Estas enfermedades se agravan debido a que la mayor parte de la población tiene una alimentación deficiente, además se une a ello las inadecuadas prácticas de higiene y la educación limitada sobre temas de prevención e importancia del cuidado de las piezas dentarias, por lo que es necesario aplicar medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas continuos de educación, para disminuir las enfermedades bucales.

Anteriormente se realizó una investigación sobre la prevención y su relación con la salud oral en los niños de la escuela “Ena Ali Guillen”, pero cabe recalcar que es necesario la motivación tanto de los niños como de los padres de familia sobre las importancia de la salud oral y las medidas preventivas sobre las enfermedades bucales, ya que con una sola sesión o una sola charla no se podrá eliminar los inadecuados hábitos de higiene oral que presentan los mismos.

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades bucales son trastornos que se presentan tanto en la dentición decidua como en la permanente, siendo especialmente vulnerables los niños, y es la principal causa de la pérdida dentaria a temprana edad debido a que los padres no prestan mayor importancia con relación a otro tipo de enfermedades.

Millones de niños en el mundo sufren de todo tipo de enfermedades orales, según las OMS las más comunes son la caries dental y las periodontopatías ya que del 60% al 90% de los escolares de todo el mundo tiene caries dental, y el 50% evidencian problemas inflamatorios de encías, siendo más frecuente los menores cuyos padres presentan escaso interés sobre la salud oral de los mismos, debido a la falta de conocimiento de los daños que puede causar este problema en la dentición de sus hijos, sobre todo en los países de América del sur donde la presencia de estas dolencias son más elevadas.

En el Ecuador la cifra de enfermedades dentales en niños escolares aumenta cada año a pesar de los métodos de prevención que existen en la actualidad, Según estadísticas de la escuela de Odontología de la Universidad Católica de Guayaquil, nueve de cada 10 niños tienen problemas dentales. De ellas, el 75% sufre de caries y desórdenes en las encías, lo que permite ver la verdadera magnitud del problema, además la falta de cultura en ciertos lugares del país han contribuido a la mala higiene bucal dando lugar a la aparición de dichas enfermedades.

Es preocupante como en la escuela “Ena Alí Guillen” de la ciudadela San Cristóbal de Portoviejo se observan grandes porcentajes de niños con diferentes enfermedades bucales a pesar de los servicios gratuitos brindados por el sub-centro de la localidad.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿A qué se debe la presencia de enfermedades bucales en los estudiantes de 8 y 9 años de la escuela “Ena Alí Guillen”?

CAPITULO II

2 JUSTIFICACIÓN

Considerando el estado de salud bucal, las condiciones económicas sociales y culturales en que se encuentra la población “San Cristóbal” de la ciudad de Portoviejo, es necesario realizar un estudio sobre las enfermedades bucales en los niños de 8 a 9 años de la Escuela “Ena Alí Guillén”, para así valorar hábitos, características personales y conocimientos de higiene bucal.

Esta investigación es de suma importancia ya que los dientes son parte fundamental para mantener en buenas condiciones nuestro organismo, debido a que su principal función es la trituración de los alimentos para asegurar la buena digestión de los mismos.

Durante muchos años, el objetivo principal de la salud bucal es prevenir las enfermedades bucales en los niños, por lo cual esta investigación está destinada a asesorar y concienciar a la población sobre la importancia de un correcto cuidado de sus piezas dentarias, mediante la aplicación de técnicas de prevención, tales como, el cepillado correcto después de levantarse y de cada comida, el uso de colutorios bucales principalmente después de ingerir alimentos, la correcta utilización de la seda dental a partir de los 8 años de edad y La visita al odontólogo por lo menos una vez al año, esto permitirá detectar a tiempo cualquier problema y así evitar complicaciones y gastos innecesarios.

Estas estrategias dirigidas a la comunidad permitió despertar el interés por la salud individual y colectiva, fomentando la importancia de educar a los estudiantes sobre los efectos que conlleva una mala higiene bucodental y lo fácil que se puede controlar mediante rutinas diarias simples y hábitos alimentarios saludables.

Mediante el trabajo en equipo y la coordinación entre los investigadores así como de la comunidad, se pudo llevar a cabo actividades relacionadas con la salud bucodental y la alimentación en los diferentes ámbitos permitiéndonos conocer las

necesidades educativas de los estudiantes con el que se trabajó, haciendo llegar los mensajes de salud a las familias y a toda la comunidad educativa.

La metodología con los estudiantes fue activa intentando, en todo momento, motivar a los estudiantes para que participe e intervenga en las distintas actividades fortaleciendo su autoestima.

CAPITULO III

3 FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de la Cultura preventiva en las enfermedades bucales de los niños de 8 a 9 años de la escuela “Ena Alí Guillen”.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar los conocimientos que tienen los niños de la escuela “Ena Alí Guillen”, sobre la salud bucal.
- Indagar el grado de cultura preventiva en salud oral de los padres y su aplicación en los cuidados de sus hijos.
- Establecer índices ceo y CPO en los niños.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema de la escasa cultura preventiva de los padres de familia de la escuela “Ena Alí Guillen”.

CAPITULO IV

4 HIPÓTESIS GENERAL

La cultura preventiva incide en el desarrollo de las enfermedades bucales de los niños de 8 y 9 años de la escuela “Ena Alí Guillen”.

CAPITULO V

5 MARCO TEÓRICO

5.1 MARCO INSTITUCIONAL

Esta tesis se realizo en la escuela Ena Alí Guillen ubicada en la calle Atenacio Santos de la ciudadela San Cristóbal de la ciudad de Portoviejo; fue fundada el 22 de mayo de 1962 con esfuerzo de los moradores del lugar. Su primera directora fue la Sra. Teresa Intriago y contaba con 18 estudiantes.

En el año 2002 dotaron a la escuela con equipos de cocina, para así favorecer el funcionamiento del programa de almuerzo escolar.

En el 2008 la escuela ya contaba con instalaciones de teléfono, internet, y aulas confortables para un mejor empeño de los estudiantes.

De esa fecha hasta la actualidad la escuela ha crecido tanto en infraestructura como en estudiantes y cuenta con los servicios del Subcentro “San Cristóbal” ubicado frente a la misma.

Gracias a este y a la colaboración de su directora Lic. Brenda Santos de Navia la escuela cuenta con atención médica y odontológica gratuita para sus 422 estudiantes desde septiembre del 2008.

5.2 CULTURA PREVENTIVA

La Cultura preventiva es un concepto que se usa en el contexto de la seguridad y salud en la población, para referirse al conjunto de usos, costumbres y conocimientos, que tiene y adquiere el ser humano, destinados a prevenir los accidentes y enfermedades.

“Hay factores coadyuvantes, distintos de los biológicos, que predisponen a ciertos individuos a la falta de cultura preventiva. Por ejemplo, el nivel socioeconómico,

el estilo de vida y el grado de instrucción son factores que, en mayor o en menor grado, pueden influir en la aparición y en la progresión de las enfermedades”¹

5.2.1 PREVENCIÓN

“La palabra prevención significa tomar una serie de medidas, recaudos con la finalidad de evitar problemas futuros”².

“En salud, prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. En odontología “Trata de los diferentes métodos para prevenir enfermedades orales, y se define como la suma total de esfuerzos para promover, mantener o restaurar la salud dental del individuo a través de la promoción de salud y la prevención de enfermedades”³.

Naturalmente esta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural, es decir, la evolución o curso que sigue toda la enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento”⁴.

“La prevención moderna exige un diagnóstico, exacto de la situación ya que la magnitud del daño es diferente en ciertas edades en algunos individuos en diversos grupos sociales dependiendo su forma de vida de sus costumbres de higiene de su alimentación”⁵

¹ biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1298.pdf

² blogsonrisa.blogspot.com/2009_04_01_archive.html

³ María Amelia Jiménez Romera. Odontopediatria en atención primaria. 4ta edición 2008 pag. 228

⁴ Emili Cuenca Sala. Odontología preventiva y comunitaria, 3ª edición 2005 pag. 1

⁵ Darío Cárdenas Jaramillo. Odontología pediátrica, 3º edición 2005 pág. 53

5.2.2 CULTURA PREVENTIVA Y SALUD

“La cultura preventiva en salud comprende todo el conjunto de actuaciones que tiene el ser humano que permite evitar la ocurrencia de la enfermedad”⁶.

“La salud está vinculada a factores políticos y económicos que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva”⁷.

En odontología, “salud buco dental es el equilibrio biológico, ecológico que se da en la cavidad bucal y en el individuo que, junto a mecanismos de adaptación y reacción frente a estímulos interiores y exteriores, proporciona al individuo una sensación de bienestar físico psíquico y social”⁸

5.2.2.1 EL ESCASO INTERÉS DE LOS PADRES

El escaso interés de los padres es uno de los principales factores de que sus hijos no gocen de una buena salud oral.

“Es muy importante que los dientes temporales se conserven hasta su época normal de exfoliación. Los padres, muchas veces, no se dan cuenta de que estos dientes temporales van a resultar muy importantes a la futura salud dental de sus hijos. Las investigaciones han demostrado que si los dientes temporales son olvidados y padecen caries, podemos tener problemas, que posteriormente van a afectar a la dentición permanente”⁹.

“Hay evidencia que indica que la enfermedad bucal puede aumentar durante la adolescencia por la falta de motivación en practicar la higiene oral. Los niños que mantienen buenos hábitos de higiene oral hasta los 13 años tienen más

⁶ Emili Cuenca Sala. *Odontología preventiva y comunitaria*, 3ª edición 2005 pág. 2

⁷ www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/199

⁸ *María Amelia Jiménez Romera. Odontopediatría en atención primaria. 4ta edición 2008 pág.227*

⁹ www.solohijos.com/html/articulo.php?idart=263

probabilidades de continuar cepillándose y usando el hilo dental ante los niños que no se les enseñó el cuidado oral apropiado”¹⁰.

5.2.2.2 FALTA DE TIEMPO DE LOS PADRES

“Aunque parezca algo poco relacionado, una investigación, señala que los hijos de padres más estresados tienen una mayor probabilidad de sufrir caries”¹¹.

“Los problemas dentales de los niños deben considerarse también en íntima interdependencia con los problemas dentales del adulto, que por una parte influyen sobre el niño como los hábitos higiénicos y alimenticios de los padres”¹²

“La falta de tiempo de los padres juega un papel fundamental en la higiene bucal del niño, ya que el mismo tiende a hacer aquello que ve, aunque en la escuela se hable sobre higiene y se tenga establecida una serie de hábitos, difícilmente llegarán a formar parte de su estilo de vida si sus padres con su actitud y comportamiento no contribuyen a ello”¹³.

“Los estudios nos muestran que detrás de las caries dentales, existen muchos factores influyentes, siendo la mayoría, relacionados al estilo de vida y la cultura familiar, ya que quienes tienen más educación también estarán más informados acerca de cómo prevenir las caries y cómo alimentarse correctamente para evitar esta infección que puede destruir los dientes”¹⁴.

En fin, las caries no quedan afuera del estilo de vida actual, y por ello, mejorar nuestros hábitos puede ser la mejor manera de alejarnos de ésta y otras tantas enfermedades.

¹⁰ www.perio.org/consumer/children.sp.htm

¹¹ blognutricion.com/tag/estres/page/3

¹² J.R. BOJ. Odontopediatria, 2ª edición editorial Masson 2005 pág 1

¹³ www.terra.es/personal/duenas/15.htm

¹⁴ blognutricion.com/.../padres-con-estres-e-hijos-con-caries

5.2.2.3 MOTIVACIÓN

“La palabra motivación deriva del latín motus, que significa «movido», o de motio, que significa «movimiento». La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo. Creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerlo, hasta alcanzar la meta u objetivo deseado”¹⁵.

“Podríamos decir que la motivación es un impulso que nos permite mantener una cierta continuidad en la acción que nos acerca a la consecución de un objetivo y que una vez logrado, saciará una necesidad”¹⁶.

5.2.2.3.1 MOTIVACIÓN ODONTOLÓGICA

“Motivar es combinar la entrega de información con la exhortación a hacer lo correcto. Motivar es reconocer un deseo o una necesidad que hace al individuo actuar. El éxito de los programas preventivos en odontología está relacionado en gran parte con la motivación de las personas para buscar cuidados permanentes para su salud bucal. La persona debe saber que es posible prevenir las enfermedades bucales, por lo que el odontólogo debe entregarle la información necesaria y adecuada”¹⁷.

“La motivación del paciente es necesaria para que su tome conciencia de su participación en el proceso de promoción de salud. Y este trabajo de motivación y educación debe realizarse con entusiasmo, pues lo que se hace con creencia y placer tiene el poder de contagiar a las personas. Sin embargo, este proceso debe ser continuo, pues en una única sesión de enseñanza, no se lograría alterar un viejo hábito del paciente.

¹⁵ <http://www.educared.pe/aulashospitalarias/gruposdetrabajo/la-motivacion/2008/>

¹⁶ <http://www.monografias.com/trabajos11/moti/moti.shtml>

¹⁷ www.monografias.com › Psicología

Estudios comprueban que un paciente bien motivado puede alcanzar excelentes resultados en términos de la mejoría de salud bucal, principalmente si comparados a los pacientes que no pasaron por un proceso de orientación y motivación”

5.2.2.3.2 FORMAS DE MOTIVACIÓN

“Entre los diversos métodos de motivación en relación a la salud oral bucal hay que recordar que nuestros pacientes enfocan su atención sólo en aquello que les interesa o que les llama la atención. Por lo tanto, nuestra información debe contar con ciertas características para atraer su atención: ser simple, clara, tales como películas, diapositivas y folletos educativos, el método de orientación directa, asociada a la proyección de filmes es el más aceptado, resaltando que la orientación directa asociada a los recursos audio visuales auxilia en la mudanza de comportamiento de los individuos”.¹⁸

“Para obtener mayor participación de los niños y para captar su atención es necesaria que las informaciones sean transmitidas de una forma divertida y entretenida, usando macro modelos y dibujos. Entre los recursos utilizados en la motivación, todos tiene su efectividad, sin embargo, la comunicación verbal es el medio más sencillo y directo para alcanzar el efecto esperado”¹⁹.

5.2.3 HÁBITOS ALIMENTICIOS

“La nutrición, considerada en su amplio sentido actual, ocupa un lugar de primer orden, tanto en la fisiología como en la patología infantil”²⁰; ya que “es el conjunto de procesos fisiológicos mediante el cual los alimentos ingeridos se transforman y se asimilan, es decir, se incorporan al organismo de los seres vivos”²¹.

“No es causa principal de la enfermedad, pero se puede considerar un factor contribuyente.

¹⁸ www.actaodontologica.com/.../cepillado_supervisado_habitos_higiene.asp

¹⁹ <http://www.scielo.org.ve/scielo>

²⁰ J.R. BOJ. Odontopediatria, 2^a edición editorial Masson 2005 pág 1

²¹ es.wikipedia.org/wiki/Alimentación

La acción sistémica de la nutrición está relacionada con el desarrollo de estructuras de los dientes, composición de la saliva y metabolismo fosfocálcico.

Así pues la deficiencia de la vitamina A, afecta a la estructura del esmalte y la falta de la vitamina D y calcio producen manchas en el esmalte, los niños subalimentados presentan retraso en el crecimiento craneal responsable de la maloclusión dental”²².

“La alimentación es uno de los factores que más pesan en la aparición de la caries, sobre todo la alimentación rica en azúcar o hidratos de carbono, ya que las bacterias de la placa convierten el azúcar en ácidos que atacan el esmalte dental y lo disuelven poco a poco. Cada "ataque de ácido" puede durar hasta 20 minutos tras cada comida o aperitivo. Incluso un pequeño mordisco de comida puede originar ácidos de placa. Por ese motivo, es recomendable limpiar los dientes luego de cada comida con una pasta fluorada que los remineralice”²³.

5.2.3.1 NUTRICIÓN

“La nutrición es el proceso a través del cual el organismo absorbe y asimila las sustancias necesarias para el funcionamiento del cuerpo. Este proceso biológico es uno de los determinantes para el óptimo funcionamiento y salud del organismo, ya que se ocupa de solventar las necesidades energéticas del cuerpo aportándole los hidratos de carbono necesarios, grasas, vitaminas, proteínas y todas aquellas sustancias que el mismo requiere para poder desarrollar las actividades cotidianas”²⁴.

²² *María Amelia Jiménez Romera . Odontopediatria en atención primaria. 4ta edición 2008 pág. 348*

²³ www.ceacmf.cl/Prevencion.html

²⁴ <http://www.dietafitness.com>

5.2.3.2 VITAMINAS

“Las vitaminas son sustancias naturales que se hallan en los alimentos enteros. Poseen muchas ventajas en comparación con los fármacos, y funcionan conjuntamente con el organismo para mejorar la salud”²⁵. (Grafico # 1, anexo II)

“La vitamina A ayuda a la formación y mantenimiento de dientes sanos, así como de los tejidos, membranas mucosas y de la piel.

Se la conoce también como retinol ya que produce los pigmentos de la retina del ojo, promoviendo la buena visión. Esta vitamina la encontramos en la leche, en los hígados de animales y algunos alimentos fortificados.

La deficiencia de la misma, provoca ensanchamiento del ligamento periodontal en la zona de los molares y de los incisivos, degeneración de las fibras principales del ligamento periodontal, engrosamiento del cemento radicular y retardo en la erupción dentaria”²⁶.

“La vitamina B se encuentra presente en una gran variedad de alimentos, especialmente en los granos integrales e hígados. Su deficiencia provoca trastornos de hipersensibilidad de la mucosa bucal, pequeñas vesículas bajo la lengua o en el paladar, e inflamación gingival”²⁷.

“La vitamina D tiene una importante función en el mantenimiento de la salud ósea y dental, ya que facilita la absorción de calcio y fósforo, los cuales son necesarios para tener huesos y dientes sanos, así como para mantener en buen estado nuestro sistema nervioso. Además, mantiene los niveles adecuados de calcio en sangre.

Esta vitamina D la encontramos en el pescado azul, aceite de hígado de pescado, margarina, huevos, leche y productos lácteos. Una parte de esta, se forma en la piel por acción de los rayos solares, de ahí la importancia de exponernos al sol moderado, sobre todo los niños (están en época de formación dental y ósea) y los

²⁵ Liz Brown, Jack Challem. *Vitaminas y minerales esenciales para la salud*. Edición 2007. Pág. 13

²⁶ <http://www.ciandco.com>

²⁷ E Gutiérrez. P. Iglesias. *Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica*. Edición 2009. Página 104

ancianos (disminuye la capacidad de absorción digestiva de la vitamina D aportada por los alimentos)”²⁸.

“La vitamina C se requiere para el crecimiento y reparación de tejidos en todas las partes del cuerpo. Es necesaria para formar el colágeno, una proteína importante utilizada para formar la piel, el tejido cicatricial, los tendones, los ligamentos y los vasos sanguíneos. Además es esencial para la reparación y mantenimiento de cartílago, huesos y dientes. Todas las frutas y verduras contienen alguna cantidad de vitamina C. Los alimentos que tienden a ser las mayores fuentes de vitamina C son, entre otros: el pimentón verde, las frutas y jugos de cítricos, las fresas, los tomates, el brócoli, entre otros”²⁹.

“La carencia de esta vitamina, aumenta la susceptibilidad a la infección y retrasa la cicatrización de las heridas, además se produce una gran tendencia a la enfermedad periodontal, producción de edemas, hemorragias y movilidad dentaria”³⁰.

5.2.3.3 MINERALES

“Los minerales son componentes estructurales del organismo, los cuales contribuyen a la protección, desarrollo y mantenimiento de los tejidos.

Estos tienen cierta importancia fisiológica, especialmente el hierro ya que contribuye en la formación de la sangre, el calcio y el fósforo en el desarrollo de los huesos y por último el yodo el cual permite una adecuada función de la tiroides.

5.2.3.4 IMPORTANCIA DE LA DIETA ALIMENTICIA EN RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL DEL NIÑO

La dieta y la nutrición son importantes en todas las fases de desarrollo, erupción y conservación de piezas dentales. Una vez que las piezas han

²⁸ <http://www.ciandco.com>

²⁹ <http://www.nlm.nih.gov>

³⁰ E Gutiérrez. P. Iglesias. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. Edición 2009. Página 104

aparecido, la dieta y la ingesta de nutrientes siguen influyendo en el desarrollo y mineralización de los dientes, dan potencia y fortaleza al esmalte y también afectan los patrones de erupción de las piezas restantes

Durante toda la vida la dieta y la nutrición siguen afectando los dientes, huesos e integridad de la mucosa oral, así como la resistencia a las infecciones y longevidad de las piezas dentales.”³¹

5.2.3.4.1 CARBOHIDRATOS FERMENTABLES

“Actualmente sabemos que cualquier alimento que contiene carbohidratos fermentables (que estos sean azúcar o fécula) puede contribuir a la aparición de caries. Esto significa que, al igual que los dulces y golosinas, la pasta, el arroz, las patatas fritas, las frutas e incluso el pan pueden iniciar el proceso de desmineralización.

Para lo cual sugiere que se practique una higiene bucal adecuada, es decir realizando el cepillado regular usando pasta de dientes con flúor, esto permite disminuir el efecto del azúcar en la formación de caries.

5.2.3.4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ALIMENTOS

“Las características físicas de un alimento, especialmente cuánto se pega a los dientes, aumentan el riesgo de caries, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente. Por ejemplo las patatas fritas y las galletas se pegan a los dientes durante más tiempo que otros alimentos, como los caramelos y las golosinas.

Esto se puede deber a que los caramelos y las golosinas contienen azúcares solubles que desaparecen más rápidamente gracias a la saliva. Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de

³¹ Félix de Carlos Villafranca. Manual del técnico superior en higiene bucodental. Edición 2005. Pág.136

desmineralización, por lo cual es recomendable cepillarse los dientes después de cada comida.”³².

5.2.3.4.3 FRECUENCIA EN EL CONSUMO

“El potencial cariogénico de los alimentos depende de la ingesta que se realice, es decir, de su contenido de azúcar, la adhesividad a los tejidos dentales y el tiempo que se encuentren retenidos entre los dientes y en sus fisuras.

La frecuencia de comidas, es uno de los factores que rige en la producción de ácidos orgánicos por parte de bacterias de la boca, favoreciendo a la evolución de las caries.

Lo más recomendable es limitar el número de ingestas (consumo de comida y/o bebidas) con carbohidratos a no más de 6 veces al día y asegurarse de que los dientes se cepillen usando una pasta de dientes con flúor dos veces al día”³³.

5.2.3.4.4 ALIMENTOS ANTICARIOGÉNICOS

“Algunos estudios han demostrado que la leche, si se ingiere con alimentos cariogénicos como los azúcares, brinda alguna protección contra estos últimos.

Los quesos, y en particular el cheddar, tienen propiedades anticariógenas y estimulan la aparición de saliva alcalina que aminora el espesor de la placa dentobacteriana y acelera la eliminación del alimento desde la superficie de los dientes. La grasa puede también tener un efecto sellante al disminuir la susceptibilidad de los dientes a la caries, formando un "recubrimiento" en la superficie dental.

Las nueces, por su contenido en grasa y fibra, son consideradas como alimentos con poco potencial cariogénico”³⁴.

³² www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental

³³ Vicente Laserna Santos. Higiene dental personal diaria. Edición 2008. pág. 76

³⁴ <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/nutricion.htm>

5.2.4 LA HIGIENE BUCAL Y SU IMPORTANCIA

“La higiene bucal nos permitirá mantener una boca saludable previniendo las enfermedades en las encías y evitando en gran medida la caries.

La higiene dental se debe realizar con las herramientas adecuadas, tales como cepillo, seda dental y enjuague bucal. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.

5.2.4.1 HIGIENE BUCAL EN EL NIÑO

La higiene bucal en el individuo empieza desde sus primeros años de vida, con el control y la guía rutinaria de los miembros del hogar, y en conjunto con el odontólogo.

Antes de la erupción dentaria, los padres deberán realizar la limpieza de las zonas de los rebordes superiores e inferiores y lengua, con una gasa o un paño de tela limpia humedecida en agua estéril o hervida.

Cuando empieza aparecer su primer diente en la cavidad oral del niño, este deberá ser llevado a su primera consulta odontológica, donde se le aplicaran todas las normas y medidas de prevención”³⁵.

“A partir de que erupciona el primer diente se deberá introducir el hábito de higiene, pero durante su infancia, el cepillado debe ser completado por los padres o adultos responsables, porque no tienen la capacidad motora suficiente para realizar una correcta eliminación de los microorganismos adheridos a los dientes.

Hay que evitar que el niño consuma demasiados alimentos que contengan alto porcentaje de hidratos de carbono, ya que se adhieren a los dientes y son de disolución lenta, promoviendo al desarrollo de caries”³⁶.

³⁵ Escobar Fernando. Odontología pediátrica. Edit. Caracas- Venezuela 2005 pags: 147-148

³⁶ <http://www.salud.com/salud-dental/higiene-bucal-desde-chiquitos.asp>

5.2.4.2 CEPILLADO DENTAL

“El cepillado dental es la práctica de higiene oral más común, se debe realizar 3 veces al día, siendo considerada como una de las higienes más imprescindibles, esta tiene como objetivos:

- Eliminar los restos alimenticios y las tinciones de los dientes.
- Interferir en la formación de la placa dentogingival, para así evitar que sea patogénica para las encías y los dientes.
- Estimular los tejidos gingivales.
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

Hay que señalar que en una dentición normal, no todas las superficies de los dientes son igualmente accesibles al cepillado, debido a que los filamentos o cerdas del cepillo, son más gruesas que las entradas de los hoyos y fisuras, por lo cuales estas no se limpian adecuadamente con el cepillado. Otras zonas de difícil acceso son el surco gingival y los espacios interproximales.

Se recomienda el uso de un cepillo de dientes de cerda artificial de nilón con puntas redondeadas, para minimizar las lesiones gingivales, de dureza media o suave, y con un cabezal de tamaño adaptado según el tamaño de la dentición, resultando más adecuado siempre un cabezal relativamente pequeño, para facilitar el acceso a las distintas superficies de los dientes, y un mango de longitud y anchuras suficiente para manejarlo con seguridad³⁷.

“Para que el cepillado dental sea eficaz, el cepillo se debe estar seco antes de utilizarse, además es necesario reemplazarlo cada tres meses.”³⁸.

³⁷ José Javier Echeverría García, Josep Pumarola Suñé. Manual de Odontología. Edición 2005.

pág. 64

³⁸ www.sumedico.com

5.2.4.2.1 TÉCNICAS DE CEPILLADO

“Las técnicas se clasifican según la posición y el movimiento del cepillo, entre las cuales tenemos:

- *Técnica de Fones (rotación)*: Es la técnica más conocida. Con los dientes cerrados, se coloca el cepillo dentro del carrillo y se ejerce un movimiento circular rápido que se extiende desde la encía superior hasta la inferior con presión leve. En las superficies linguales y palatinas se hacen movimientos hacia atrás y adelante”³⁹.
- *“Técnica de Bass*: esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. En esta técnica el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios durante 10-15 segundos por área, a continuación se mueve el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales”⁴⁰ (Grafico#2, anexo II)
- *“Técnica de Stillman*: la técnica de Stillman fue diseñada para masajear y estimular la encía, así como para limpiar las zonas cervicales de los dientes. El cabezal del cepillo se lo coloca en sentido oblicuo hacia el ápice, con los filamentos colocados en parte sobre el margen gingival y en parte sobre la superficie dentaria, realizando una presión leve junto con un movimiento vibratorio levemente circular, mientras se mantienen las puntas de los filamentos sobre la superficie dentaria.
- *Técnica de Charters*: El cepillado con esta técnica es de mucha utilidad, ya que se creó para mejorar la eficacia de la limpieza y la estimulación gingival en las zonas interproximales. El cabezal del cepillo se coloca en

³⁹ Jan Lindhe, Niklaus P. Periodontología Clínica E Implantología Odontológica, 5ta edición. Volumen 2. Editorial panamericana, año 2009- Pág. 708

⁴⁰ Vicente Laserna Santos. Higiene dental personal diaria. Edición 2008. Edit.. Trafford-Canadá. Pág. 72

sentido oblicuo, con las puntas dirigidas hacia las superficies oclusales e incisales. Se ejerce una presión leve para flexionar los filamentos e introducir con suavidad las puntas en los espacios interproximales. Después se ejerce un movimiento vibratorio levemente circular con el mango mientras se mantienen las puntas de los filamentos sobre la superficie dentaria”⁴¹.

5.2.4.2.1.1 CEPILLADO DE LA LENGUA

“El cepillado de la lengua se considera muy importante, ya que es uno de los lugares donde se acumulan la mayor parte de microorganismos

Esta técnica permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana y el número de microorganismos. La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado, tan atrás como sea posible sin inducir la náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe, luego se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, este movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área. El uso de dentífrico lleva a obtener mejores resultados”⁴². (Grafico#3, anexo II)

5.2.4.2.2 FRECUENCIA DEL CEPILLADO

“La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama. En los niños hay que insistir mucho en la higiene, ya que es el periodo durante el cual se forma la dentición, además hay que dar mucha importancia en el cepillado en los niños portadores de aparatología ortodóncica.

Para una buena salud oral, no sólo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta dental, sino una buena técnica y frecuencia del cepillado, asegurándonos bien que eliminamos la placa bacteriana que es la causante de la

⁴¹Jan Lindhe, Niklaus P. Periodontología Clínica E Implantología Odontológica, 5ta ed. Vol. 2. Edit. panamericana, año 2009- Pág. 709

⁴² <http://html.rincondelvago.com/higiene-bucodental.html>

caries y de las enfermedades periodontales. Por ello hay que instruir a los niños desde pequeños a cepillarse los dientes después de cada comida y antes de irse a dormir, creándoles un hábito de higiene bucal diario”⁴³.

5.2.4.2.3 TIPOS DE CEPILLO

- **Cepillo sulcular:** “este tipo de cepillo presenta dos hileras de fibras y por lo general se aconseja a personas sometidas a tratamientos de periodóncia.
- **Los cepillos interproximales** Los cepillos interdetales son eficaces para la eliminación de la placa bacteriana de las caras proximales de los dientes, estos están compuestos por filamentos de nailon suaves, enroscados en un fino alambre de acero inoxidable.

Se utilizan cuando existe espacio entre los dientes, bien porque se haya perdido alguna pieza o bien por pérdidas de la alineación o por rotaciones dentarias.

El cepillo se inserta en sentido oblicuo en el espacio interdental desde una dirección apical, realizando un movimiento de vaivén para asegurar la limpieza del surco”⁴⁴.

- **Cepillos dentales eléctricos:** “Están formados por un mango y una cabeza con cerdas unidas en penachos, que constituyen la parte activa del cepillo, realizando la limpieza mecánica de los dientes.

Estos cepillos fueron creados con el objeto de aumentar la eficacia de la higiene dental, eliminando en su mayoría la placa bacteriana presente en las superficies dentarias.”⁴⁵

⁴³ <http://www.saludalia.com>

⁴⁴ Jan Lindhe, Niklaus P. Periodontología Clínica E Implantología Odontológica, 5ta edición. Volumen 2. Editorial panamericana, año 2009- Pág. 716

⁴⁵ Francisco de Rojas, Vicente Fuenmayor Fernández. Manual De Higiene Bucal. edición 2009. Editorial panamericana, Buenos Aires –Madrid. Pág. 84

5.2.4.3 DENTÍFRICO O PASTA DENTAL

“El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes.

El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tensoactivas, espumígenas, bactericidas y abrasivas.

“Las pastas dentales de uso pediátrico deben presentar la mitad de concentraciones de sus componentes en especial el flúor, a diferencia de la de los adultos”⁴⁶.

Utilizar una pasta dental con flúor para cepillar los dientes de un niño de 12 meses provoca un mayor riesgo de desarrollar fluorosis leve, por lo cual es recomendable utilizar dentífricos fluorados a partir de los 6 años, ya que es la edad en que los dientes se encuentran desarrollados. Además se aconseja depositar en el cepillo una mínima cantidad de dentífrico para evitar, que el niño lo ingiera”⁴⁷.

El dentífrico, brinda la sensación de limpieza a través de las sustancias saporíferas, como la menta, al grado de que muchas personas no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental. Algunos contienen sustancias desensibilizantes, las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema, así como otras que contienen triclosán, el cual es un antibacteriano de amplio espectro eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras”⁴⁸.

“Por estos motivos los dentífricos se los considera como sustancias cosméticas, preventivas y terapéuticas, ya que ejercen una labor de limpieza evitando la formación de placa bacteriana y patologías bucodentales, como por ejemplo caries dental y periodontopatías, además contienen sustancias que favorecen a la curación de los tejidos orales.

⁴⁶ Escobar Fernando. Odontología pediátrica. Edit. Caracas- Venezuela 2005. Págs.: 147-148

⁴⁷ <http://www.tnrelaciones.com/caries/index.html>

⁴⁸ www.dentagora.com

Están indicados en todas las personas, desde los dos años en adelante como complemento importante de su higiene bucodental”⁴⁹.

“Las pastas dentales de uso pediátrico deben presentar la mitad de concentraciones de sus componentes en especial el flúor, a diferencia de la de los adultos.”⁵⁰

5.2.4.4 SEDA DENTAL

“Es un hilo especial de ceda formado por varios filamentos, las cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente.

Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con sabor a menta y con flúor. La seda dental que contiene fluoruro de amino, se caracteriza por que libera este componente en la superficie del esmalte dental durante la limpieza.

Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo "floss"”⁵¹.

“El uso inadecuado puede ser dañino para los tejidos duros y blandos; esto obliga al clínico a seleccionar los pacientes, instruir al niño y a sus padres, para así verificar que son capaces de realizar la técnica correctamente.”⁵²

“Para lograr la limpieza interproximal, el paciente debe recortar un mínimo de 30-50 cm de longitud de seda dental. El paciente procede a enrollarla en los dedos medios disminuyendo su longitud, luego se desliza a través del punto de contacto de los dientes; presionando la seda contra la superficie distal o mesial, limpiando con movimientos controlados de cervical a oclusal o incisal. Los dedos pulgares sirven para controlar el movimiento a través del punto de contacto de los dientes

⁴⁹ Benjamín Herazo Acuña. Clínica del sano en Odontología. 2da Edición 2005. Pág. 194

⁵⁰ Escobar Fernando. Odontología pediátrica. II edición. Edit. Caracas- Venezuela 2005. Págs.: 147-148

⁵¹ www.monografias.com

⁵² Escobar Fernando. Odontología pediátrica. Edit. Caracas- Venezuela 2005 págs.: 147-148

del maxilar superior, mientras que el índice facilita su paso en los dientes del maxilar inferior”⁵³. (Grafico #4, anexo II)

5.2.4.5 ENJUAGUES BUCALES

“El enjuague bucal o colutorio son formulaciones que permiten controlar o reducir la halitosis por desoxidación tópica, este actúa como un agente antibacteriano el cual permite:

- Reducir y prevenir la gingivitis
- Interaccionar con la saliva y las proteínas de la mucosa
- Eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries”⁵⁴.

“Además poseen una combinación de aceites esenciales como el timol, mentol o eucaliptol, que penetran por las paredes celulares de las bacterias de la boca e inhibe la acción de las enzimas. De esta forma la placa bacteriana se ve reducida, y como su uso es posterior al cepillado, complementa la acción de éste, penetrando el líquido por sitios donde las cerdas del cepillo no pueden llegar.

El enjuague entra en los espacios interdentes, actúa por debajo de la línea de las encías, en el paladar, en las mejillas y demás tejidos blandos de la lengua y debajo de la misma.

Con el uso de enjuagues nos aseguramos que la totalidad de la cavidad oral este protegida frente al ataque de las bacterias. Un simple gesto de enjuagarse con unos 20ml de producto durante unos 30 segundos hace que estemos protegidos”⁵⁵.

“Cabe recalcar que su uso en niños debe ser bajo prescripción odontológica, ya que existen enjuagues bucales que pueden ser letales, porque su composición presenta elementos muy tóxicos que causan lesiones en los tejidos bucodentales.

⁵³ María Beatriz Ferro Camargo, Mauricio Gómez Guzmán. Fundamentos de la Odontología. 2da Edición 2007. Pág. 281

⁵⁴ Joaquín Felipe Llinas, Germán Pareja. *Terapéutica dental*. 3ra edición 2005. Pág.224

⁵⁵ <http://es.wikipedia.org>

Por lo tanto están indicados en niños a partir de los seis años en adelante, con un alto índice de caries, enfermedad periodontal, y en pacientes con ortodondia”⁵⁶.

En los enjuagues bucales uno de los componentes principales es “la clorhexidina la cual es una sustancia antiséptica que pertenece al grupo de las bisguanidas y se utiliza ampliamente en odontología a concentraciones de 0.2%,0.12% y 0.10 % en presentaciones para el uso como colutorio o enjuague bucal, geles, sprays y dentífricos.

La clorhexidina en enjuagues a concentraciones de 0,10% o superiores, utilizada dos veces al día, se lo considera como un agente anti placa, es decir es efectiva para disminuir y prevenir la formación de depósitos bacterianos y la gingivitis”⁵⁷.

“A esas concentraciones tiene una baja actividad como fungicida (eliminación de hongos) ya que se requieren concentraciones más altas para poder tener una eficiente actividad contra estos microorganismos.

Esta recomendado como adyuvante en el tratamiento de la gingivitis, enfermedades periodontales necrosantes, en pacientes que no pueden efectuar correctamente la higiene bucal, pacientes con aparatología ortodóntica, y previo y posterior a una cirugía periodontal”⁵⁸.

“Por una prolongada exposición o uso excesivo del antiséptico, ocasiona pigmentación de tejidos duros y tejidos blandos. Esta pigmentación no es permanente y puede ser removida con una profilaxis sencilla o limpieza profesional. Un efecto adicional a su uso prolongado, es una ligera disminución en el gusto.

La clorhexidina tiene "sustantividad" que es una propiedad que le permite unirse a la hidroxiapatita del esmalte, a la película adquirida, y a las proteínas salivales y

⁵⁶ Escobar Fernando. Odontología pediátrica. Edit. Caracas- Venezuela 2005 págs.: 149

⁵⁷ Emili Cuenca Sala, Pilar Baca García. Odontología preventiva y comunitaria. 3ra edición 2005.

Página 187

⁵⁸ Marta Negroni. Microbiología Estomatológica. 2da edición 2009. Pág. 300

se va liberando gradualmente durante 12 a 24 hs impidiendo la colonización bacteriana.”⁵⁹

5.2.4.6 IRRIGADORES BUCALES

“Se basan en la propulsión de un chorro de agua o líquido antiséptico a presión sobre las superficies dentales, con el objetivo de remover las bacterias no adherentes y restos alimenticios en zonas inaccesibles, como por ejemplo alrededor de los aparatos ortodónticos, o en los dientes con mala posición. Además su empleo debe acompañarse de una correcta higiene bucal.”⁶⁰

5.2.5 OTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS

“Una buena higiene bucal con los implementos necesarios, así como las medidas de prevención se considera hoy los principales factores responsables de evitar caries, enfermedad periodontal y de fomentar el desarrollo de una buena salud bucal en los niños”⁶¹.

5.2.5.1 SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

“Las fosas y fisuras presentan zonas en las que se favorecen la retención de la placa y donde la acción del flúor es menos efectiva, por la dificultad de que la saliva bañe el fondo de estas. Para prevenir las caries en esta zona se han desarrollado los selladores de fosas y fisuras”⁶².

“Los selladores de fosas y fisuras crean una barrera altamente eficaz contra las caries, debido a que son finas capas de resina que se aplican en las superficies oclusales de los dientes posteriores permanentes del niño, con el fin de evitar la acumulación de placa bacteriana y por ende la aparición de las caries”⁶³

⁵⁹ <http://odontologiasalud.blogspot.com>

⁶⁰ José Javier Echeverría García. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Edición 2005. Página 34

⁶¹ www.ceacmf.cl/Prevencion.html

⁶² J.R. BOJ. Odontopediatría, 2ª edición editorial Masson 2005 pág 138

⁶³ <http://laodontologia.blogspot.com/2008/07/sellador-de-fosas-y-fisuras.html>

5.2.5.1.1 FUNCIONES DE LOS SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

“Los selladores representan una barrera física que aísla estas superficies del medio bucal, impidiendo la acumulación de bacterias y restos orgánicos, a la vez que se produce un bloqueo de la aportación de nutrientes a los microorganismos ya existentes.”⁶⁴

“Los sellantes tienen 3 efectos preventivos fundamentales:

- Obturan mecánicamente las fosas y fisuras con una resina resistente a los ácidos
- Al obturar las fosas y fisuras evitan la penetración de bacterias causantes de la caries.
- Facilita la limpieza de las fosas y fisuras mediante el cepillado dental y la masticación”⁶⁵

5.2.5.1.2 APLICACIÓN DEL SELLANTES

“El aplicar los sellantes es un procedimiento rápido e indoloro, que se puede llevar a cabo durante una visita al dentista, no se necesita anestesia, sin embargo, es muy importante que el niño se mantenga quieto mientras se realiza el tratamiento y hasta que los dientes se sequen”⁶⁶.

“Primero, se realiza la limpieza de la superficie del diente mediante un cepillo rotatorio o copa de goma, se puede emplear piedra pómez o pastas abrasivas, el aislamiento es importante para evitar la contaminación por humedad, puesto que las resinas de los selladores son hidrófobas y no fluirán bien por una superficie del diente húmedo; para el grabado de la superficie se suele emplear el ácido ortofosfórico 37%”⁶⁷.

⁶⁴ J.R. BOJ. Odontopediatria, 2ª edición editorial Masson 2005 pág 138

⁶⁵ sellantesdentales.blogspot.com

⁶⁶ <http://laodontologia.blogspot.com/2008/07/sellador-de-fosas-y-fisuras.html>

⁶⁷ J.R. BOJ. Odontopediatria, 2ª edición editorial Masson 2005 pág 138

“La aplicación del sellador puede realizarse con los aplicadores de fabrica o con sondas, en cualquiera de los casos la aplicación debe ser cuidadosa y debe abarcar todas las fosas y fisuras del diente, sin llevar el material zonas no grabadas para así evitar fractura y o desprendimiento del material,”⁶⁸ el sellador endurece entre 20 y 60 segundos. (Grafico #5, anexo II)

5.2.5.2 FLÚOR

“El flúor es un mineral que forma parte del compuesto fluoruro de sodio, está presente, en muy pequeñas cantidades en ciertos alimentos como el pescado azul, en algunas verduras como la col y las espinacas; en cereales como el trigo y el arroz; en frutas como las uvas y en el té; También lo podemos encontrar en la mayoría de los dentífricos y en el agua potable de muchas ciudades”⁶⁹

5.2.5.2.1 FUNCIONES DEL FLÚOR

“Cumple funciones tan importantes como el fortalecimiento de los dientes y de los huesos entre sus beneficios o funciones más conocidas destaca el de evitar la caries dental y el crecimiento de las bacterias que desarrollan el sarro y es por eso que hemos comentado que se añade a las aguas de uso público. Los dentífricos o pasta de dientes también suelen llevar el flúor dentro de sus componentes”⁷⁰.

5.2.5.2.2 EL FLÚOR Y LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

“Sin lugar a dudas el flúor es el componente más importante en cualquier programa exitoso de prevención”⁷¹

⁶⁸ Emili Cuenca Sala. Odontología preventiva y comunitaria, 3ª edición 2005 pág. 168

⁶⁹ <http://www.guiainfantil.com/salud/dientes/fluor.htm>

⁷⁰ <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=211>

⁷¹ Darío Cárdenas Jaramillo. Odontología pediátrica, 3ª edición 2005 pág. 55

5.2.5.2.3 VÍAS DE APLICACIÓN

- **Vía Sistémica**

“En la que los fluoruros son ingeridos y vehiculados a través del torrente circulatorio depositándose fundamentalmente a nivel óseo y en menor medida en los dientes; el máximo beneficio de esta aportación se obtiene en el periodo pre-eruptivo tanto en la fase de mineralización como en la de post mineralización.

La vía sistémica se basa en ingerir cierta cantidad de flúor, y que por vía plasmática llegue al diente y transforme la hidroxiapatita del esmalte en fluorapatita.

Esto ocurre durante el periodo de formación de las piezas dentarias, en las fases pre eruptivas y post eruptivas.

Para ello debemos ingerir flúor, debemos tener en cuenta los diferentes aportes que recibimos para no sobrepasar el límite que nos podría llevar a una fluorosis”⁷².

- **Vía tópica:**

“La aplicación directa del fluoruro sobre la superficie dentaria, por lo que su uso es post eruptivo, pudiendo iniciarse a los 6 meses de edad y continuarse durante toda la vida.”⁷³.

“El flúor tópico tiene los siguientes mecanismos de acción

- a.- favorecer la maduración posteruptiva del esmalte
- b.- mayor resistencia a la desmineralización del esmalte
- c.- refuerzo del proceso de remineralización
- d.- Disminución del potencial cariogénico de la placa”⁷⁴

⁷² <http://www.tnrelaciones.com/caries/index.html>

⁷³ <http://www.slideshare.net/danak288/fluor-en-odontologia-presentation>

Flúor tópico: se administra de otras maneras:

Geles y barnices: “es el sistema más utilizado en las clínicas dentales para aplicar flúor tópico, se usan geles de flúor fosfato ácido al 1,23%, y más actual es el uso de geles de fluoruro sódico al 2%; La ventaja de estos es que tienen menos acidez y alteran menos las restauraciones de composites y cerámicas que puede llevar un paciente.

Se aplican en cubetas desechables, las dos arcadas a la vez y un tiempo máximo de 4 minutos.

Hay que evitar enjuagarse, pero hay que escupir y eliminar el gel sobrante para evitar que sea tragado”⁷⁵.

Colutorios: “se usa fluoruro Na en dos 0.5 % diario o al 0.2 % semanal, en niños mayores (no menores de 5 y 6 años)”⁷⁶.

Pastas dentífricas:”Se ha demostrado que las pastas dentífricas reducen la incidencia de caries tanto en niños como en jóvenes, por lo menos entre un 20 a 30 %”⁷⁷

5.2.5.3 BARNICES FLUORADOS

“El barniz fluorado que es normalmente aplicado con cepillos pequeños o jeringas, ha demostrado ser eficaz en la prevención de caries. Se recomienda aplicar el barniz a intervalos de 3 y 6 meses, sobre todo en pacientes de alto riesgo de caries, luego de ser aplicado se aconseja no ingerir nada por mínimo 30 minutos e incluso no realizarse el cepillado por 24 horas para no eliminarlo, los beneficios de los barnices fluorados son comparables a otras formas tópicas de fluoruro y su uso debe recomendarse ampliamente.

⁷⁴ J.R. BOJ. Odontopediatria, 2ª edición editorial Masson 2005 pág 134.

⁷⁵ <http://www.slideshare.net/danak288/fluor-en-odontologia-presentation>

⁷⁶ <http://www.elergonomista.com/saludpublica/caries.htm>

⁷⁷ Cesar Diez Cubas. Flúor y caries, 2ª edición editorial visión net 2005 pág. 44

Los barnices se usan en las clínicas dentales, tienen la ventaja que el flúor aplicado, se mantienen más tiempo en contacto con el diente, y por tanto más posibilidad de formación de fluorapatita”⁷⁸

”Estos están indicados también en pacientes con reflejo nauseosos que no soportan las cubetas de los geles, en pacientes con problema mental y en adultos para disminuir la sensibilidad dentaria, están indicados en niños menores de 6 años, ya que estos se tragan los geles, y así evitamos este problema”⁷⁹

5.3 ENFERMEDADES BUCALES

5.3.1 INTRODUCCIÓN

El estado de salud y de enfermedad es la consecuencia de un proceso que parte por los aspectos sociales, económicos, políticos, históricos y culturales de los individuos. Las enfermedades bucales son lesiones que se presentan tanto en los dientes como en los tejidos que rodean los mismos desde hace muchos años y en la actualidad la caries dental, la enfermedad periodontal, halitosis, son las patologías bucales que se consideran como un serio problema médico-social, debido a sus altos índices de prevalencia e incidencia en el ser humano, dichos trastornos suelen aparecer mayormente en los niños ya que ellos son los seres más vulnerables al ataque de bacteriano.

“Existen dos tipos de factores que predisponen al individuo a sufrir afecciones bucales:

- De origen endógeno (microbiano).
- De origen exógeno (por nuestra dieta)”⁸⁰.

⁷⁸ <http://www.sdpt.net/CAR/fluoruros.htm>

⁷⁹ <http://www.tnrelaciones.com/caries/index.html>

⁸⁰ http://www.odontocat.com/laboratoris_phb_cat.htm

5.3.2 PROBLEMAS PERIODONTALES

“Las enfermedades periodontales comprenden un conjunto de circunstancias que afectan a cualquier órgano del periodonto, es decir, es un proceso inflamatorio de las encías que ocasiona daños en los tejidos de los dientes. En los niños el principal problema que se suele encontrar es la gingivitis, la cual, es una enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes.

Esta enfermedad se puede desarrollar después de tres días de no realizar la higiene oral, cuando esta evoluciona a un estado crónico, provoca bolsas periodontales, movilidad dentaria, sangrado excesivo y espontáneo, y pérdida del hueso alveolar que sostiene a los dientes, con la gran posibilidad de perder piezas dentales

En lo niños encontramos la llamada periodontitis Prepuberal, es una entidad que ocurre después de la erupción de los dientes temporales, por lo que corresponde al grupo de Periodontitis de Aparición Temprana (PAT). En este tipo de Periodontitis, provoca una gran destrucción de los tejidos de soporte del diente, asociada a una flora microbiana distinta a la de la Periodontitis del adulto. Puede presentarse de forma: localizada, generalizada, o incidental.

5.3.2.1 CAUSAS

- Factores locales: placa, sarro y materia alba
- Factores funcionales: traumatismo oclusal, hábitos, respiración oral, deglución infantil.
- Factores mecánicos: inserción de alimentos en espacios interdentes, mala higiene oral.
- Factores anatómicos: malposición y formas dentarias, proyecciones del esmalte, surcos de desarrollo, anatomía desfavorable de los elementos dentarios, escasez de encía adherida, entre otros.

5.3.2.2. ETIOPATOGENIA

El proceso inflamatorio que caracteriza la enfermedad periodontal, consta de varias fases, entre las cuales tenemos:

- A los 2 días de la acumulación de placa se produce la destrucción de las primeras células epiteliales del surco gingival.
- A los 4-7 días de la acumulación de placa, además del síntoma clínico más evidente que es el sangrado, se puede observar ulceración del surco gingival.
- A partir del 8vo día se registran cambios en la forma y color de la encía, acompañado de un proceso exudativo.

Cabe recalcar que estas lesiones, son completamente reversibles si se elimina el agente etiológico. En el caso de que el proceso inflamatorio no se detenga, se manifiesta una lesión grave caracterizada por la migración apical del epitelio de unión, con reabsorción del hueso alveolar y transformación de parte de la médula ósea del tejido conectivo fibroso”⁸¹.

5.3.2.3 SIGNOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

“Hay cuatro signos básicos que indican enfermedad periodontal en un niño:

1. Sangrado de las encías al cepillarse, al usar el hilo dental o en cualquier otro momento
2. Inflamación y enrojecimiento de encías.
3. Recesión, se refiere a encías que han retrocedido de los dientes, exponiendo a veces las raíces
4. Mal aliento constante que no desaparece al cepillarse ni al usar el hilo dental.

⁸¹ V. Cortesi Ardizzone. Manual práctico para el auxiliar de Odontología. Edición 2008. Págs. 399-403

El diagnóstico temprano es fundamental para obtener un tratamiento exitoso de las enfermedades bucales, por lo que es importante que los niños reciban un examen clínico minucioso, como parte de las visitas de rutina al dentista”⁸².

“Además se debe tener presente que la gingivitis se puede revertir, para lo cual se deben tomar ciertas medidas de prevención como, una rutina habitual del cepillado, uso del hilo dental y cuidado dental profesional. Por el contrario, sin un tratamiento adecuado se puede derivar a enfermedades periodontales más serias.

Existen tres medidas preventivas básicas que ayudarán a los niños a mantener una buena salud oral:

- Instruir tempranamente buenos hábitos de salud oral. Cuando el niño tenga 12 meses, puede empezar a usar pasta dental al cepillarle los dientes, y cuando los espacios entre los dientes se le cierran, es importante empezar a usar el hilo dental.
- El padre deberá dar un buen ejemplo, practicando buenos hábitos de salud oral.
- Establecer visitas regulares al odontólogo, para prevenir problemas futuros, o si existen realizar el tratamiento adecuado.
- Examinar la boca de los niños y verificar signos de enfermedad periodontal, incluyendo sangrado de las encías, hinchazón, enrojecimiento, recesión de encías y mal aliento.”⁸³

5.3.2.4 CÁLCULO O SARRO DENTAL

“El sarro es uno de los problemas que con mayor frecuencia atacan la dentadura. Más que ser un problema estético puede llegar a convertirse en un serio problema de salud que daña los dientes, pues si no se elimina produce inflamación de las encías, sangrado de las mismas, mal aliento y hasta pérdida de la pieza dental.

⁸² www.salud.com

⁸³ www.nectar.es/es/index.asp

Al sarro también se lo denomina cálculo dental o tártaro y no es más que una capa que se forma por la mezcla de restos alimenticios, sales minerales, desechos celulares y millones de bacterias que gradualmente se va adhiriendo a los dientes por falta de una higiene inadecuada”⁸⁴. (Grafico # 6, anexo II)

“Las acumulaciones del cálculo ocurren en ausencia del cuidado oral adecuado. Una vez que esté formado, se adhiere firmemente a los dientes, suele acumularse mayormente en las caras linguales de los dientes. Se reconoce por ser de consistencia dura, superficie irregular, color café, y sensación de tener la boca amarga.

La razón por q se adhiere con firmeza a la superficie dentaria, es q la película que está por debajo de la placa bacteriana también se calcifica, esto a su vez produce un intimo contacto con el esmalte, lo que hace muy difícil su eliminación”⁸⁵.

“La función del sarro es proporcionarle a la placa bacteriana una superficie más extensa y pegajosa donde aferrarse y reproducirse, pudiendo derivar en problemas más graves como caries o enfermedades de las encías.

Al ser el sarro una superficie porosa, absorbe las manchas con mayor facilidad que si los dientes estuvieran libres de él”⁸⁶.

5.3.2.4.1 FASES DEL CÁLCULO DENTAL

“Existen dos tipos de fases:

Sarro dental primario: es una capa de consistencia blanda, la cual está compuesta de materia orgánica y bacterias. Esta se produce por la insuficiente higiene bucal, la cual se acumula alrededor de los dientes y en las zonas retentivas de la superficie dental. Este sarro primario se puede limpiar fácilmente con una correcta higiene dental diaria.

⁸⁴ <http://www.salud.com/salud-dental/el-sarro-y-sus-implicaciones.asp>

⁸⁵ Jan Lindhe, Niklaus P. Periodontología Clínica E Implantología Odontológica, 5ta edición. Volumen 2. Editorial panamericana, año 2009- Pág. 203

⁸⁶ <http://losdientes.info/sarro-dental>

Sarro dental secundario: es una capa de consistencia dura y coloración blanquecina. Está compuesta por materia orgánica y bacterias, y se forma cuando el sarro blando ha pasado demasiado tiempo sobre la superficie dental, de tal manera que se endurece, haciendo imposible su eliminación mediante la limpieza dental personal.

Este cálculo endurecido avanza hacia el interior del surco gingival, lesionando los ligamentos periodontales e incidiendo patogénicamente contra estos tejidos.”⁸⁷

5.3.2.4.2 SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

“La acumulación de la placa bacteriana, hace que la gingiva se irrite y se inflame, dando lugar a la gingivitis.

Cuando la gingiva se irrita hay una pérdida de las fibras del tejido que rodea el diente, esto se conoce como Periodontitis. La placa dental es la única causa de la periodontitis, ya que permanece en la cavidad bucal bastante tiempo calcificándose y convirtiéndose en cálculo.

La formación del cálculo puede dar lugar a un número de manifestaciones clínicas, incluyendo mala respiración e inflamación crónica gingival”⁸⁸.

5.3.2.4.3 TRATAMIENTO

“Es imprescindible la atención profesional de un odontólogo, quien generalmente efectuará una limpieza minuciosa de los dientes (destartage), para retirar el sarro y pulir el esmalte. Esto debe acompañarse de un tratamiento antibacteriano, además de la educación del paciente, para que éste realice limpiezas dentales periódicas, a fin de evitar recaídas”⁸⁹.

“Es importante prevenir la formación de sarro en los dientes porque una vez que éste se ha depositado sobre las piezas dentales, solamente el dentista podrá retirarlo mediante un proceso denominado “raspado radicular”. Para minimizar las

⁸⁷ Vicente Laserna Santos. Higiene dental personal diaria. Edición 2008. pág. 44-45

⁸⁸ <http://www.encyclopediaspana.com>

⁸⁹ <http://infodent.galeon.com>

posibilidades de la formación de placa y sarro, lo ideal es cepillarse regularmente los dientes, utilizar hilo dental en cada limpieza bucal y pueden potenciarse los cuidados utilizando una pasta dental para el control del sarro”⁹⁰.

5.3.2.5 GINGIVITIS

“La gingivitis es una respuesta inflamatoria de origen infeccioso, debido a las bacterias que se encuentran presentes en la placa bacteriana”⁹¹.

5.3.2.5.1 CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

“Esta enfermedad bacteriana se produce debido a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, el cual es un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente, favoreciendo a la inflamación y sangrado de las encías.

Se puede desarrollar después de tres días de no realizar la higiene oral. Cuando esta evoluciona a un estado crónico, provoca bolsas periodontales, movilidad dentaria, sangrado excesivo y espontáneo, y pérdida del hueso alveolar que sostiene a los dientes, con la gran posibilidad de perder piezas dentales. (Grafico # 7, anexo II)

La gingivitis es más frecuente en la infancia y adolescencia; en las mujeres, debido a las variaciones hormonales que se suceden, sobre todo durante el período menstrual y el embarazo”⁹².

5.3.2.5.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- “Presencia de placa bacteriana.
- Agrandamiento del contorno gingival debido a edema o fibrosis.
- Cambio de Coloración de la encía ya sea rojo o rojo- azulado.
- Aumento de temperatura sulcular

⁹⁰ Losdientes.info/sarro-dental

⁹¹ Cawson. Fundamentos de Medicina y Patología Oral 8va edición, editorial Elsevier- España 2009. Pag 79

⁹² www.ferato.com/wiki/index.php/Gingivitis

- Hemorragia de las encías, principalmente durante el cepillado dental.
- Reversibilidad de la lesión tras la remoción de la etiología.
- Posible pérdida de inserción dentaria”93.

5.3.2.5.3 TIPOS DE GINGIVITIS

5.3.2.5.3.1 GINGIVITIS PROVOCADA POR PLACA BACTERIANA

“La gingivitis provocada por placa bacteriana, es la más prevalente de todas las enfermedades que afectan al periodonto. Se produce por la acumulación de bacterias en el surco gingival provocando inflamación en la encía con eritema, tumefacción y hemorragia”94

“La placa dental (biofilm dental) puede definirse como un ecosistema microbiano compuesto de estructuras agrupadas densamente, glucoproteínas salivales insolubles, productos microbianos extracelulares y en menor proporción detritus alimenticios y epiteliales, firmemente adheridos a la superficie dentaria”95.

“La placa es visible directamente sobre la superficie dentaria solo si es muy gruesa, por lo que en condiciones normales debemos recurrir a los colorantes o reveladores de placa, las cuales son sustancias que presentan la capacidad de teñirla, permitiendo su visualización. Uno de los más empleados es la eritrosina.

Su consistencia es blanda, de color blanco-amarillo. Se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión, varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica.

Si la placa dental se calcifica, puede dar lugar a la aparición de cálculos o sarro tártaro”96.

⁹³ Francisco de Rojas, Vicente Fuenmayor Fernández. Manual De Higiene Bucal - Edición 2009. Pág. 14

⁹⁴ Antonio F. López Sánchez, Elena A. González Romero. Conceptos básicos de odontoestomatología para el médico de atención primaria. Edición 2005. pág. 74

⁹⁵ www.tuodontologo.com

⁹⁶ Antonio F. López Sánchez, Elena A. González Romero. Conceptos básicos de odontoestomatología para el médico. Edición 2005. Pág. 31

- **Formación:**

“Desde las 4-8 primeras horas hay un depósito de la película adquirida exógena y una baja concentración de bacterias, cocos y cocobacilos.

De la 8-12 horas la película adquirida exógena aumenta de grosor.

De 12-24 horas hay un crecimiento bacteriano en la superficie, se forman colonias incrustadas en la matriz y aparecen cocos, cocobacilos y filamentos.

Entre el segundo día y segunda semana hay un crecimiento en grosor de las colonias”⁹⁷.

“La placa bacteriana se clasifica en: Placa supragingival y subgingival.

La placa bacteriana supragingival, es aquella que se encuentra por encima de la encía, es visible, y se localiza en la región coronal del margen gingival. En esta predominan los estreptococos y los bacilos grampositivos.

Presenta un color amarillento y es de consistencia dura. Se relaciona con la caries dental.

La placa bacteriana subgingival es de color marrón, tiene una consistencia firme y esta adherida a la superficie del diente, se localiza principalmente en el surco gingival entre el diente y la encía, predominando los bacilos Gramnegativos aerobios o facultativos, bacilos Gramnegativos anaerobios y algunas espiroquetas que favorecen a la reacción inflamatoria”⁹⁸.

5.3.2.5.3.2 GINGIVITIS NO PROVOCADA POR PLACA

“Este tipo de gingivitis se produce, por infecciones de origen específicamente bacteriano, viral o micótico, sin una reacción inflamatoria gingival asociada por placa, como por ejemplo la gingivitis asociadas con enfermedades como el pénfigo.

⁹⁷ www.renuevadental.com

⁹⁸ Antonio F. López Sánchez, Elena A. González Romero. Conceptos básicos de odontoestomatología para el médico. Edición 2005. Pág. 32-33

Esta se caracteriza, por no resolverse con el control mecánico o químico de la placa bacteriana.

No se encuentra siempre en el margen gingival, pudiendo no iniciarse en esta zona, de tal manera que la inflamación progresa en sentido apicoronal”⁹⁹.

5.3.2.5.4 TRATAMIENTO

“El objetivo del tratamiento es reducir la inflamación, para lo cual es necesaria una higiene oral cuidadosa después de una limpieza dental profesional”¹⁰⁰.

“El odontólogo le deberá mostrar al paciente la forma correcta de cepillarse y utilizar la seda dental, además ciertas recomendaciones como la visitar al odontólogo dos veces al año, y el uso de enjuagues bucales antibacterianos.

Si la gingivitis se trata adecuadamente, la destrucción del tejido conectivo gingival provocado por la inflamación es reversible, es decir, la encía vuelve a ser normal”¹⁰¹.

5.3.3 CARIES DENTAL

“La cavidad bucal constituye un sistema ecológico complejo, algunos microorganismos son retenidos por mecanismos específicos de adherencia en las superficies de mucosas y particularmente en las piezas dentarias, en contacto con determinados nutrientes estos microorganismos se relacionan con la película adquirida a través de una matriz de polisacáridos y conforman un sistema donde crecen, maduran, se multiplican y generan ácidos como producto del metabolismo de los hidratos de carbono formándose la caries”¹⁰²

“La caries dental se define como una enfermedad infecciosa, compleja, trasmisible y multifactorial, en la que un amplio grupo de factores biológicos,

⁹⁹ Amando Martín-Zurro. Atención primaria. Edición 2008. Pág. 1533

¹⁰⁰ www.ferato.com/wiki/index.php/Gingivitis

¹⁰¹ Félix de Carlos Villafranca, Noelia Alfonso Hernández. Higienistas Dentales. Edición 2006. Pág. 40

¹⁰² Julio Barrancos Money. Operatoria dental. 4ta edición editorial 2006 pag. 297

socio económicos y culturales interactúan directa o indirectamente en el establecimiento y desarrollo de los microorganismos cariogénicos”¹⁰³

Es una enfermedad de los dientes la cual es el resultado de la interacción de tres factores fundamentales, microbiota cariogénica, hospedador susceptible y sustrato, que necesitan ejercer su influencia a lo largo del tiempo para que se desarrolle;”¹⁰⁴; “esta lesión en los dientes se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados debido a la acción de los microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta, como resultado se produce la desmineralización de la porción mineral y la disgregación de su parte orgánica”¹⁰⁵. (Grafico # 8, anexo II)

5.3.3.1 ETIOLOGÍA

“La caries obedece a la interacción simultanea de tres elementos o factores principales:

- Huésped
- Sustrato
- Microorganismos

Si estos condicionantes confluyeran solo durante un periodo muy breve la enfermedad cariosa no se produciría, por lo tanto se ha agrado el tiempo de interacción de estos.”¹⁰⁶

5.3.3.1.1 HUÉSPED: SALIVA Y DIENTES

“Son las condiciones específicas de cada individuo que explican el hecho de que unos padezcan más caries que otros, teniendo iguales hábitos higiénicos y

¹⁰³ Marta Negroni. Microbiología Estomatológica, 2 edición. Editorial panamericana 2009. Pag 249

¹⁰⁴ Emili Cuenca Sala, Pilar Baca García. Odontología preventiva y comunitaria. 3ra edición 2005 pag. 19

¹⁰⁵ Gilberto Henostroza Haro. Diagnostico de caires edición 2005. Pag. 13

¹⁰⁶ Marta Negroni. Microbiología Estomatológica, 2 edición. Editorial panamericana 2009. Pag. 242

alimenticios. Algunas personas tienen mayor predisposición a padecer caries por factores hereditarios, endocrinos o inmunológicos; además influyen de forma importante la mayor o menor mineralización del esmalte, la descolocación de los dientes, pues al ser más difíciles de limpiar se acumula mayor cantidad de placa y existe mayor riesgo de padecer caries”¹⁰⁷.

“Otros factores propios del huésped y del medio influyen en la transmisión y el desarrollo de la caries, estos incluyen las situaciones que interfieren con el desarrollo de los mecanismos de defensa inespecífico y específicos presentes en el medio bucal particularmente en la saliva,”¹⁰⁸ “cuando el individuo sufre una disminución o carencia de la secreción salival con frecuencia experimenta un alto índice de caries dental y una rápida destrucción de los dientes”¹⁰⁹.

5.3.3.1.2 CARBOHIDRATOS EN LA DIETA

“El aporte de la dieta en el desarrollo de las caries constituye un aspecto de mucha importancia, puesto que los nutrientes indispensables para el metabolismo de los microorganismos provienen de los alimentos. Entre ellos los carbohidratos fermentables se consideran los principales responsables de su aparición y desarrollo”¹¹⁰

“Los carbohidratos (azúcares y almidones) aumentan el riesgo de caries dentales; sobre todo, los alimentos pegajosos son más dañinos que los no pegajosos, ya que permanecen en la superficie de los dientes.

Los refrigerios frecuentes aumentan el tiempo en que los ácidos están en contacto con la superficie del diente”,¹¹¹ “estos quedan atrapados en las cavidades y fisuras, así como por debajo de las áreas de contacto de los dientes con los límites cervicales, y bordes sobresalientes; con los alimentos retenidos, las bacterias proliferan y liberan productos metabólicos, algunos de los cuales son ácidos, estos

¹⁰⁷ <http://www.apdent.com/salud03.html>

¹⁰⁸ Marta Negroni. Microbiología Estomatológica, 2 edición. Editorial panamericana 2009. Pag. 249

¹⁰⁹ <http://www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml>

¹¹⁰ Gilberto Henostroza Haro. Diagnostico de caires edición 2005 pag. 16

¹¹¹ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>

desmineralizan al diente y, si las circunstancias son adecuadas, la estructura dura empieza a desintegrarse¹¹². ”

5.3.3.1.3 MICROORGANISMOS Y BACTERIAS

“Las bacterias suelen estar presentes en la boca y convierten todos los alimentos, especialmente los azúcares y almidones, en ácidos, luego de esto las bacterias, el ácido, los residuos de comida y la saliva se combinan en la boca para formar una sustancia pegajosa llamada placa que se adhiere a los dientes; la placa comienza a acumularse en los dientes a los 20 minutos de la ingestión de alimentos, que es el tiempo en el que se presenta la mayor actividad bacteriana. Si la placa no se remueve por completo y en forma rutinaria, las caries no sólo comienzan sino que prosperan. Los ácidos de la placa disuelven la superficie del esmalte del diente y crean orificios en el diente (caries)”¹¹³ “Los estreptococos son esenciales para el desarrollo de las caries, sobre todo en las superficies lisas. Se trata de un grupo heterogéneo de estrptococos viridans del que forman parte los estreptococos mutans, S. sobrinus, S. salivarius, S. mitior y sanguis”¹¹⁴.

5.3.3.2 CLASIFICACIÓN

Clasificación de la caries por su extensión:

5.3.3.2.1 CARIES DE PRIMER GRADO

“Esta caries es asintomática, por lo general es extensa y poco profunda, se denomina caries de esmalte y no presenta dolor, esta se localiza al hacer una inspección y exploración, y se observa manchas blanquecinas granuladas”¹¹⁵.

“La caries de esmalte suele localizarse con mayor frecuencia en las superficies distal y mesial en el punto de contacto con el diente adyacente

¹¹² <http://www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml>

¹¹³ <http://www.ferato.com/wiki/index.php/Caries>

¹¹⁴ Cawson. Fundamentos de Medicina y Patología Oral 8va edición, editorial Elsevier- España 2009. Pag 40.

¹¹⁵ www.ferato.com/wiki/index.php/Caries

5.3.3.2.2 CARIES DE SEGUNDO GRADO

“Por lo general, la caries dentinaria evoluciona a una velocidad mucha más rápida que la caries del esmalte ya que la dentina es mas porosa por que contiene túbulos y su mineralización es menos densa”¹¹⁶

“Cuando las bacterias se penetran en el esmalte, se diseminan a lo largo de la unión amelodentinaria y atacan a la dentina en una amplia zona, la lesión es cónica con el vértice dirigido hacia la pulpa, los túbulos dentinarios facilitan la infección de la lesión ya que forman una vía abierta hacia las bacterias los estreptococos tienen una intervención importante en el ataque al esmalte pero en la dentina los Lactobacillus pueden ser tan importantes como aquellos”¹¹⁷.

5.3.3.2.3 CARIES DE TERCER GRADO

“Es la que afecta a la pulpa dentaria. El proceso ha ido avanzando en profundidad hasta llegar a la pulpa. En este momento ya es muy dolorosa, presenta dolor espontáneo y provocado: Espontáneo porque no es producido por una causa externa directa sino por la congestión del órgano pulpar que hace presión sobre los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar. El dolor provocado se debe agentes físicos, químicos o mecánicos, también es característico de esta caries, que al quitar alguno de estos estímulos el dolor persista”¹¹⁸.

5.3.3.2.4 CARIES DE CUARTO GRADO.

“Aquí la pulpa ha sido destruida totalmente, por lo tanto no hay dolor, ni dolor espontáneo.

¹¹⁶ Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. II edición, editorial Elsevier- España 2005 pág 74-75

¹¹⁷ Cawson. Fundamentos de Medicina y Patología Oral 8va edición, editorial Elsevier- España 2009. Pag. 53

¹¹⁸ www.ferato.com/wiki/index.php/Caries

5.3.4 ENFERMEDADES PULPARES

“Es la respuesta de la pulpa en presencia de un irritante, a la que se adapta primero, organizándose para resolver favorablemente la leve lesión o disfunción ocurrida por la agresión, si ésta es grave como herida pulpar o caries muy profunda la reacción pulpar es más violenta al no poder adaptarse a la nueva situación, intenta al menos una resistencia larga y pasiva hacia la cronicidad; si no lo consigue, se produce una rápida necrosis. La enfermedad pulpar si no es atendida a tiempo o en forma adecuada se extiende a lo largo del conducto y llega a los tejidos periapicales a través del foramen; este proceso puede ser de forma violenta, aguda, lenta y generalmente asintomática, constituyendo entonces un proceso crónico”¹¹⁹

Las más comunes en los niños son pulpitis necrosis y abscesos periapicales

“Las causas de la inflamación, necrosis y otras enfermedades pulpares son:

- Infecciosas
- Físicas
- Químicas

Las causas infecciosas son las más frecuentes ya que las bacterias pueden llegar a la pulpa a través de una caries, de una fisura o fractura dentaria, de una bolsa periodontal por los conductos dentinarios o por el ápice o también por vía hemática”¹²⁰.

“Las causas físicas, este aspecto se divide en dos grupos, causas traumáticas agudas y crónicas: En cuanto a las causas traumáticas agudas, considera la fractura coronaria y radicular, estasis vascular, la luxación, avulsión dentaria y

¹¹⁹ http://endodonciaycirugiaapical.blogspot.com/2009_07_01_archive.html

¹²⁰ <http://www.odontocat.com/altpatpulpa.htm>

causas iatrogenias; Dentro de las causas traumáticas crónicas se encuentran el bruxismo adolescente femenino, la atrición, abrasión y erosión dentaria”¹²¹.

“Las causas químicas son: Entre las situaciones químicas que pueden irritar la pulpa cabe destacar distintos productos para limpiar, esterilizar y desensibilizar la dentina y algunas sustancias que contienen los materiales para restauraciones provisionales y permanentes”¹²².

5.3.4.1 PULPITIS

“Pulpitis es la inflamación de la pulpa dentaria provocada por estímulos nocivos de variada índole; dentro de los cuales están:

Los agentes bacterianos que pueden tener una vía de acceso coronario como caries, anomalías dentarias: como dens in dente, evaginación e invaginación y una vía de acceso radicular como lesiones endoperiodontales, caries radicular. (Grafico # 9, anexo II)

Traumáticos como el trauma agudo entre los cuales consta la luxación, la fractura coronaria y radicular, y crónico como la atrición, abstracción, erosión

Químicos a través del uso de materiales de obturación”¹²³

La pulpitis es el motivo más frecuente de dolor dental y de pérdida de dientes en las personas jóvenes. La causa habitual son las caries que penetran en la dentina, pero existen otras posibilidades, si no se trata, la pulpitis evoluciona a la muerte de la pulpa y a la propagación de infección a través de los agujeros apicales hacia los espacios periapicales”¹²⁴.

Estas pueden ser:

¹²¹ www.med.ufro.cl/odontologia/IMXTANTE.docx

¹²² Torabinejad y Walton. Endodoncia IV edición. Editorial Elsevier- España 2009 pág. 52

¹²³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Pulpitis>

¹²⁴ Cawson. Fundamentos de Medicina y Patología Oral 8va edición, editorial Elsevier- España 2009. Pag. 60

5.3.4.1.1. PULPITIS REVERSIBLE:

“Es un estado inflamatorio de la pulpa caracterizado por fenómenos vasculares que aún se mantienen dentro del margen fisiológico. Presentan dilatación de los vasos sanguíneos, disminución del flujo sanguíneo y la formación de poco o ningún exudado. Este estado conocido histopatológicamente como hiperemia pulpar rara vez progresa permitiendo la recuperación del tejido”¹²⁵

“Con el paso de las caries del esmalte a la dentina se producen las primeras reacciones inflamatorias de la pulpa

“La caries detenida de tamaño mediano se caracteriza por la formación de dentina reactiva, la reducción de la capa de odontoblastos y la infiltración celular, en caries activas junto con la destrucción de odontoblastos, encontramos una infiltración masiva de células inflamatorias

En la zona más profundas se produce la destrucción de la capa de odontoblastos, el plexo capilar es poco denso y a menudo solo se observan pocos fragmentos vasculares. Las enzimas liberadas de los granulocitos y los macrófagos destruidos provocan la necrosis de las células del endotelio, lo que da lugar a una elevada permeabilidad vascular y a un edema extracelular

En este estadio de la caries, las fibras nerviosas parecen estar todavía poco alterada, la inflamación se va extendiendo paulatinamente; no obstante se localiza siempre en pequeñas zonas dentro de la pulpa coronal sin que haya afectación del resto del tejido pulpar”¹²⁶.

5.3.4.1.1.1 PATOGENIA

“La pulpitis reversible puede deberse a estímulos leves o de corta duración como las caries incipientes, la erosión cervical o la atrición oclusal, a la mayoría de los

¹²⁵ Hernán Villena M. Terapia pulpar edición 2005 pág. 27

¹²⁶ Rudolf Beer y Baumann Atlas de Endodoncia edición nueva editorial Masson S.A 2008 pág 8-9

tratamientos operatorios al raspado periodontal profundo, y a las fracturas del esmalte con exposición de los túbulos dentinarios”¹²⁷.

5.3.4.1.1.2 SÍNTOMAS Y SIGNOS

“El síntoma distintivo es el dolor, el cual es causado por estímulos específicos, especialmente frío, también calor y alimentos dulces o ácidos; el dolor no ocurre espontáneamente si no que los cambios de temperatura producen dolor, especialmente el frío, también puede ser causado por dulces o ácidos; por consiguiente el dolor es de naturaleza aguda, punzante y desaparece con el retiro de estímulo”¹²⁸

Aquí la pulpa reacciona normalmente a percusión, palpación, movilidad, los tejidos periapicales son normales al examen radiográfico.

5.3.4.1.1.3 DIAGNÓSTICO

“Se realiza considerando los síntomas, inspección oral y pruebas clínicas auxiliares. La causa generalmente es obvia ejemplo: una caries o un diente recientemente obturado, pero no siempre es así, por lo que debemos ser más acuciosos en nuestro examen, incluyendo los dientes de vecindad.”¹²⁹

“Durante las pruebas de vitalidad la pulpa reacciona más al frío que los dientes normales, y con mayor rapidez que al calor y cede al eliminar el estímulo. La percusión suele ser negativa.

Radiográficamente el espacio del ligamento periodontal y la lámina dura son normales”¹³⁰.

¹²⁷ Torabinejad y Walton. Endodoncia IV edición. Editorial Elsevier- España 2009 pág. 54

¹²⁸ Gilberto Henostroza Haro. Diagnostico de caires, edición 2005 pág. 106

¹²⁹ Hernán Villena M . Terapia pulpar edición 2005 pág. 27

¹³⁰ http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=85&Itemid=1

5.3.4.1.1.4 TRATAMIENTOS

“Remover la causa y colocar una cura provisional como hidróxido de calcio, eugenato de zinc, ionomero vitrio, según el caso, dejar por unos días hasta que la pulpa esta asintomática, luego obturar el diente.

Si se elimina irritante y se evitan nuevas agresiones mediante el sellado de los túbulos de la dentina que comunican con la pulpa inflamada”¹³¹.

5.3.4.1.2 PULPITIS IRREVERSIBLE

“Es una enfermedad inflamatoria persistente de la pulpa, la cual se encuentra vital, pero sin capacidad de recuperación, aún cuando se hayan eliminado los estímulos externos que provocan el estado inflamatorio”¹³².

Las caries profundas en dentina en ciertos casos afectan a la pulpa de forma irreversible por la llegada de bacterias al interior del diente, siendo necesario realizar un tratamiento de endodoncia, puede ser de carácter parcial o total y acompañarse de infección o ser estéril. “Desde el punto de vista clínico la pulpa con inflamación aguda suele ser sintomática, mientras que la pulpa con inflamación crónica es asintomática”¹³³.

5.3.4.1.2.1 CAUSAS:

La causa más común es la invasión bacteriana de la pulpa por caries, a pesar de que las otras causas tales como químicas, térmicas o mecánicas también pueden dar esta consecuencia. Una pulpitis reversible puede deteriorarse en irreversible¹³⁴.

5.3.4.1.2.2 SÍNTOMAS:

La pulpitis irreversible suele ser asintomática, no obstante los pacientes pueden manifestar síntomas leves, esta puede acompañarse también de episodios

¹³¹ Hernán Villena M . Terapia pulpar edición 2005 pág. 27

¹³² <http://es.wikipedia.org/wiki/Pulpitis>

¹³³ Stephen Cohen, Vías de la Pulpa edición 9na, editorial Elsevier- España 2007 pág. 26

¹³⁴ <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas7Patpulpar/irrepuletologia.html>

intermitentes o continuos de dolor espontáneos, el dolor causado por la inflamación irreversible de la pulpa puede ser intenso sordo localizado o difuso y puede durar desde unos pocos minutos hasta varias horas”¹³⁵

- **Pulpitis aguda**

“Es la respuesta aguda de la pulpa frente a la persistencia, crecimiento y progresión de las bacterias en la cavidad pulpar. La caries y el traumatismo son las causas más comunes de esta situación, que se puede identificar por la información recogida de la historia dental del paciente y con radiografías correctamente expuestas.”¹³⁶

- **Síntomas**

“Dolor es espontaneo causado al inicio por cambios de temperatura o por dulces o alimentos ácidos, el dolor es generalmente agudo, punzante o pulsátil y permanece después del retiro de la causa, se incrementa al inclinar la cabeza por incremento de la congestión sanguínea; se aumenta por el calor y a veces cede con el frío, aunque el frío constante lo suele aumentar.

- **Tratamiento**

“La pulpa debe ser removida o el diente extraído, el de elección es una biopulpectomía total en dientes adultos y la apicoformación en dientes con rizogénesis incompleta es decir con el ápice abierto o inmaduro.

- **Pulpitis irreversible crónica**

“Muestran las características de toda inflamación crónica tales como síntomas de larga duración, si los hubieran, hay poco o ningún exudado inflamatorio o dilatación de vasos sanguíneos, los endoblastos se degeneran o mueren al tener menos resistencia a la irritación”¹³⁷.

¹³⁵ Torabinejad y Walton. Endodoncia IV edición. Editorial Elsevier- España 2009 pág. 54

¹³⁶ Stephen Cohen, Vías de la Pulpa edición 9na, editorial Elsevier- España 2007 pág. 26

¹³⁷ Hernán Villena M. Terapia pulpar edición 2005 pág 28

“Dolor más o menos intenso, localizado, principalmente aparece al contactar con el diente afectado en la masticación, aunque también responde de forma intensa al frío o al calor”¹³⁸.

- **Síntomas**

“Si los hubieran los síntomas son de larga duración el dolor es tolerable intermitente espontaneo controlable por el propio paciente; sin embargo si las condiciones cambian, el estado pulpar crónico puede agudizarse estableciéndose lo que se denomina una pulpitis crónica reagudizada”¹³⁹.

- **Tratamiento**

“Pulpotomía total o pulpotomía de emergencia en el caso de molares para posteriormente terminar la remoción total de la pulpa.

La pulpotomía, es una acción quirúrgica preventiva que tiende a mantener la vitalidad pulpar, que puede y debe ser ejecutada por el odontólogo de práctica general y se define como la eliminación total de la pulpa coronaria seguida de la aplicación de un material en cada orificio de las cámaras pulpares. Este material servirá para:

- favorecer la cicatrización y así conservar la vitalidad pulpar radicular.
- fijar los tejidos circundantes”¹⁴⁰.

La pulpotomía, “es la eliminación total de la pulpa de la cámara coronaria así como la pulpa radicular para luego rellenar los conductos con óxido de zinc eugenol. Es importante que el relleno, en este caso el óxido de zinc eugenol, sea reabsorbible para que no haya problemas cuando el diente permanente empiece la erupción.”¹⁴¹.

¹³⁸ es.wikipedia.org/wiki/Pulpitis

¹³⁹ Gilberto Henostroza Haro. Diagnostico de caires, edición 2005 pág. 107

¹⁴⁰ <http://odontobo.blogspot.com>

¹⁴¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Odontopediatr%C3%ADa>

5.3.4.2 NECROSIS

“Es la muerte pulpar resultado de una pulpitis crónica no tratada, de una lesión traumática o cualquier suceso que cause una interrupción prolongada del aporte sanguíneo a la pulpa, si los remanentes de pulpa se licuan o se coagulan se evidencia una pulpa necrótica la cual puede ser parcial o total”¹⁴²

“Las causas de la necrosis son principalmente las infecciones bacteriana, con lo cual la dimensión de la necrosis esta correlacionada con la extensión de la invasión bacteriana.

Si las cavidades están expuestas a una contaminación salival permanente, en solo seis días presentan abscesos y necrosis extensos, incluso antes de poder demostrar la penetración de bacterias en el tejido pulpar.

Clínicamente no se puede determinar el momento de la infiltración cariogénica del tejido pulpar. La causa de la destrucción pulpar intensa y precoz son las toxinas bacterianas”¹⁴³.

Podemos encontrar: necrosis aséptica y necrosis séptica

5.3.4.2.1 NECROSIS ASÉPTICA

“Es la muerte pulpar sin participación de microorganismos, generalmente se originan por traumas que provocan la ruptura del paquete vascular nervioso a nivel del foramen apical, conllevando a la muerte pulpar por falta de irrigación y nutrición”¹⁴⁴.

“Si es inmediato al accidente el diente puede encontrarse móvil y aun extraído por la avulsión, la corona puede presentar una coloración rojiza producto de una hemorragia interna. En esta la pulpa está en estado de shock

¹⁴² Stephen Cohen, Vías de la Pulpa edición 9na, editorial Elsevier- España 2007 pág. 27

¹⁴³ Rudolf Beer y Baumann Atlas de Endodoncia edición nueva editorial Masson S.A 2008 pág. 16-17

¹⁴⁴ Gilberto Henostroza Haro. Diagnostico de caires. Edición 2005 pág. 108

5.3.4.2.2 NECROSIS SÉPTICA

“Es la muerte pupar por invasión bacteriana, generalmente deriva de una lesión cariosa, también es causada por una pulpitis crónica no tratada, el proceso es continuo y progresivo hasta comprometer íntegramente la pulpa dentaria, no solo el conducto radicular directamente relacionado también los conductos radiculares más distantes”¹⁴⁵.

“La infección puede extenderse con rapidez hacia las zonas apicales del diente y al hueso vecino. Estos procesos el diente puede estar asintomático en otros producen mucho dolor y otras reacciones sistémicas”¹⁴⁶.

5.3.4.2.3 DIAGNÓSTICO DE LA NECROSIS

“Una buena anamnesis, un buen examen visual, pruebas radiográficas y examen de percusión el cual Consiste en dar toques suaves sobre varios dientes del área con un instrumento romo, en los dientes que han experimentado necrosis pulpar, la presión de los golpes producirá un dolor intenso”¹⁴⁷.

5.3.4.2.4 TRATAMIENTO

“El tratamiento es pulpotomía no vital y obturación de los conductos radiculares.

No hay ningún preparado que disuelva con seguridad el tejido necrótico, pero, los agentes oxidantes han demostrado ser eficaces y seguros como auxiliares de la instrumentación. El hipoclorito de sodio, el peróxido de hidrogeno, urea al 30%, glioxido y urea en 50-50, han demostrado resultados clínicos excelentes”¹⁴⁸.

5.3.4.3 ABSCESO PERIAPICAL

“Se caracteriza por la formación de una colección purulenta y dolor espontaneo. Dependiendo de la magnitud de la reacción los pacientes con absceso suelen

¹⁴⁵ Hernán Villena M. Terapia pulpar, edición 2005 pág. 29-31

¹⁴⁶ Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. II edición, editorial Elsevier- España 2005 pág. 78

¹⁴⁷ Hernán Villena M. Terapia pulpar, edición 2005 pág. 29

¹⁴⁸ <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas7Patpulpar/revetiologia.html>

manifestar molestias moderadas o intensas e hinchazón aunque en ciertos casos no hay hinchazón si el absceso se limita la hueso, además, en ocasiones se producen manifestaciones sistémicas de un proceso infeccioso, como, hipertermia, malestar y leucocitosis”¹⁴⁹. (Grafico # 10, anexo II)

5.3.4.3.1 SÍNTOMAS

“El síntoma principal es un dolor de muelas intenso y continuo que se puede describir como terrible, agudo, pulsátil o punzante; Otros síntomas pueden abarcar, Sabor amargo en la boca, Mal aliento, Malestar, inquietud, sensación general de enfermedad, Fiebre, Dolor al masticar, Sensibilidad de los dientes al calor o al frío, Ganglios inflamados en el cuello, Área mandibular superior o inferior inflamada. Además El paciente siente dolor cuando el odontólogo golpea ligeramente el diente. El dolor se incrementa al cerrar la boca o al morder con fuerza. Las encías pueden estar inflamadas y enrojecidas, y pueden drenar un material espeso

5.3.4.3.2 TRATAMIENTO:

“Los objetivos del tratamiento son eliminar la infección, preservar el diente y prevenir complicaciones.

Si el paciente presenta fiebre o perturbaciones tóxicas, se debe administrar antibióticos apropiados para atingir un nivel sanguíneo alto y rápido.

El drenaje debe ser procurado para que se pueda resolver el proceso lo más rápidamente posible. Este drenaje puede ser hecho vía canal, vía ligamento periodontal, trepanación apical e incisión.

El tratamiento de conductos se puede recomendar en un intento por salvar el diente.

¹⁴⁹ Torabinejad y Walton. Endodoncia IV edición. Editorial Elsevier- España 2009 pág 69

En caso de presentarse una infección severa, se puede extraer el diente o se puede necesitar una cirugía para drenar el absceso. Es posible que algunas personas deban ser hospitalizadas”¹⁵⁰

5.3.5 HALITOSIS

“La halitosis es un síntoma o un signo caracterizado por mal aliento u olor desagradable de la cavidad oral, siendo las bacterias anaerobias Gram negativas, las principales protagonistas en la producción de elementos volátiles generadores del mal olor. (Grafico # 11, anexo II)

Tiene una gran prevalencia en la población general, puesto que se estima que más del 50% de las personas la padecen.

5.3.5.1 CAUSAS

BUCAL: Puede ser, en general, provocada por la descomposición bacteriana de partículas de alimentos, células, sangre y algunos componentes de la saliva. De este modo, 90% de las causas de halitosis se originan en la boca.

Además no utilizar hilo dental ni cepillarse diariamente facilita el alojamiento de partículas de alimentos entre los dientes, la lengua y alrededor de las encías, los cuales al descomponerse pueden causar mal aliento.

Otros nichos orales causantes de malos olores son: las piezas dentarias en mal estado o las restauraciones inapropiadas, la placa sobre los dientes, las dentaduras postizas y las prótesis removibles a las que no se les hace una higiene adecuada.

Igualmente las infecciones pulpares, la pericoronaritis y hasta las dentaduras apiñadas, pueden dar origen al mal aliento”¹⁵¹.

“Otras posibles causas de halitosis son:

- Heridas en cicatrización

¹⁵⁰ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001060.htm>

¹⁵¹ www.geosalud.com/saluddental/halitosis2.htm

- Ulceraciones mucosas
- Herpes
- Candidiasis
- Problemas periodontales
- Restauraciones mal adaptadas
- Factores causantes del flujo salival disminuido.”¹⁵²

“Sistémica: Otras causas de halitosis se relacionan con la excreción en la saliva de metabolitos normales (o anormales) de procesos y funciones corporales no orales.

En esta relación entre halitosis y enfermedad sistémica encontramos los siguientes olores:

- Daño hepático: azufre-huevo podrido
- Cirrosis :a ratón
- Uremia: amoníaco
- Dializados: pescado
- Diabetes: manzana podrida-acetona
- Disfunción intestinal: rancio fuerte
- Comida grasa: agrio-heces
- GUNA: hierva podrida
- Enfermedad periodontal: fétido-cadavérico
- Anoréxicos-dieta: acetona

¹⁵² Francisco de Rojas, Vicente Fuenmayor Fernández. Manual De Higiene Bucal - Edición 2009. Pág. 54

Las causas respiratorias de la halitosis incluyen la sinusitis, tuberculosis, los carcinomas bronquiales, los microorganismos extraños alojados en la cavidad del seno y hasta una faringitis simple.

Las discrasias sanguíneas como la leucemia y el cáncer de pulmón producen igualmente mal olor.

La xerostomía, o boca seca crónica, que a menudo es consecuencia del avance de los años, de la irradiación de la cabeza y la nuca, que se emplea para el tratamiento de muchos cánceres, de algunos medicamentos, etc., es causa también de mal aliento.

La función salival de los pacientes con xerostomía se debilita, lo que puede agravar o precipitar la periodontitis¹⁵³.

5.3.5.2 CLASIFICACIÓN

“Idiopática: No se conoce la causa por la cual se produce dicha sintomatología.

Según el tiempo:

- Exentual: El paciente está exento de halitosis.
- Intermitente: Se caracteriza por intervalos alternados de presencia y ausencia de halitosis.
- Continua: No existe interrupción en la existencia de halitosis en el paciente.

Según el olor emitido:

Específico: El aroma emitido pertenece a un tipo de olor específico, por ejemplo: Alcohol, orina, acetona, etc.

Inespecífico: No puede determinarse que el aroma emitido por el paciente pertenezca a un tipo particular de olor, por ejemplo: Materiales orgánicos en descomposición.

¹⁵³ www.blanqueamientodental.com/HALITOSIS,MAL%20ALIENTO.html

Según el origen del mal olor:

Primario: En la halitosis de origen primario el aire ya viene cargado de los pulmones con elementos de olor desagradable, provenientes de medicamentos o alimentos (cebolla, ajo, etc.), y puede clasificarse a su vez en:

Por alteraciones fisiológicas:

Se producen principalmente del proceso de putrefacción de los elementos proteicos de la saliva, de células descamadas del epitelio oral, leucocitos y microorganismos de la flora bucal.

Aliento matutino:

Durante el sueño el flujo de saliva disminuye,

Edad:

La calidad del aliento cambia con la edad.

Desde la adolescencia a la media edad se hace progresivamente más áspero. En los ancianos los cambios regresivos de las glándulas salivares, afectan a la calidad y cantidad de saliva, incluso con buena higiene dental.

Prótesis dentarias:

Dentaduras, puentes u ortodoncias pueden acumular restos de comida. Estas prótesis deben extraerse y ser limpiadas una vez al día.

Tabaco:

Crea un aliento característico, que incluso puede durar más de un día después de fumar

Comida:

En estos casos el mal aliento es pasajero y responde bien a los métodos de higiene oral habitual.¹⁵⁴

Secundario:

Es aquella en que el aire sale de los pulmones sin olor, pero, antes de ser eliminado del organismo se vuelve desagradable.

Esto se debe a problemas Nasales, en la cual el aire que proviene de los pulmones no presenta olores característicos, se pueden decir que el mismo se encuentra limpio, pero al arribar a las vías superiores, este aire es contaminado por las bacterias o condiciones existentes generándose el mal aliento.

Síntomas más frecuentes son:

- presencia de una capa blanca o amarillenta en la lengua
- boca seca, saliva espesa, lengua ardiente
- sabor desagradable por la mañana
- sabor ácido, amargo o metálico persistente.

5.3.5.3 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Para tratar los olores bucales se requiere una corrección profiláctica de los posibles factores contribuyentes. Esto incluye la eliminación de sacos periodontales, corregir las áreas de impactación de alimentos y realizar el tratamiento de los tejidos duros o blandos.

Una terapia odontológica adecuada puede tener como resultado una mejoría en la calidad del aliento del paciente.

Las enfermedades de la pulpa deben recibir el tratamiento correspondiente. Cualquier diente con pulpitis irreversible, pulpa necrótica, periodontitis apical o

¹⁵⁴ www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001...sci

con abscesos peri-apicales se debe tratar endodónticamente o ser extraído, si el caso así lo requiere.

Aunque la caries no parece ser una causa significativa de mal aliento, es necesario remover las lesiones cariosas presentes y restaurar la anatomía de los dientes. Las restauraciones con defectos de contorno, se deben reemplazar, al igual que las prótesis fijas y removibles defectuosas.

La reducción de la carga microbiana en la cavidad bucal es importante para controlar el mal aliento.

El enjuague de la boca con colutorios que contienen clorhexidina y otros antisépticos para el control químico de la placa, como el triclosán y los aceites esenciales, son un método eficaz para reducir el mal olor bucal¹⁵⁵.

“Los agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno (H₂O₂), pueden interferir con la producción del mal aliento gracias a su acción bactericida y a la alteración de las condiciones de reducción necesarias para el metabolismo de los aminoácidos que contienen sulfuros hasta transformarse en compuestos sulfúricos volátiles¹⁵⁶”.

¹⁵⁵ Jan Lindhe, Niklaus P. Periodontología Clínica E Implantología Odontológica, 5ta edición. Volumen 2. Editorial panamericana, año 2009- Pág. 1335

¹⁵⁶ www.odontologia-online.com

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 MÉTODOS

Para desarrollar la investigación se utilizaron los siguientes métodos.

6.2 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACION

- Bibliográfica.- la investigación se basó en información bibliográfica encontrada en libros, tesis, páginas web las cuales nos aportaron para la elaboración del mismo
- De campo.-en esta investigación se recopilaron datos personales y familiares por medio de encuestas para conocer el grado de educación oral los padres y niños de la escuela en estudio, así mismo se realizo la inspección de la cavidad bucal de los niños investigados.

6.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACION

- Exploratorio.- al explorar la boca de los niños de la escuela Ena Alí Guillen se observó un el alto grado de enfermedades bucales.
- Descriptiva.- la descripción se realizó mediante el árbol del problema por medio del cual se establecieron causas y efectos de las enfermedades bucales.
- Analítica.- en esta parte de la investigación se analizo la incidencia de la cultura, las técnicas de cepillado, el estado emocional, así como los hábitos alimenticios de los niños, y su influencia en las enfermedades bucales.

- Sintética.- La información recopilada tanto bibliográfica como encuesta la cual midió el alcance de objetivos, fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.
- Propositiva.- Al final de la investigación se diseñará una propuesta de solución al problema.

6.4 TECNICAS

- Encuestas dirigidas a niños y a padres de la escuela Ena Alí Guillen.
- Observación de la cavidad oral.

6.5 INSTRUMENTOS

- Cuestionarios de preguntas
- Historia clínica.

6.6 POBLACION

121 estudiantes de la escuela Ena Alí Guillen

6.7 MARCO ADMINISTRATIVO

6.7.1 RECURSOS HUMANOS

- Equipo de investigadoras
- Tutor de tesis
- Estudiantes de la escuela “Ena Alí Guillen”
- Padres de familia

6.7.2 RECURSOS MATERIALES

- Textos relacionados a la investigación

- Fotocopias
- Encuadernación
- Materiales de oficina
- Suministro de impresión
- Internet

6.7.3 RECURSOS ECONOMICOS

La investigación tuvo un costo aproximadamente de \$ 203 dólares.

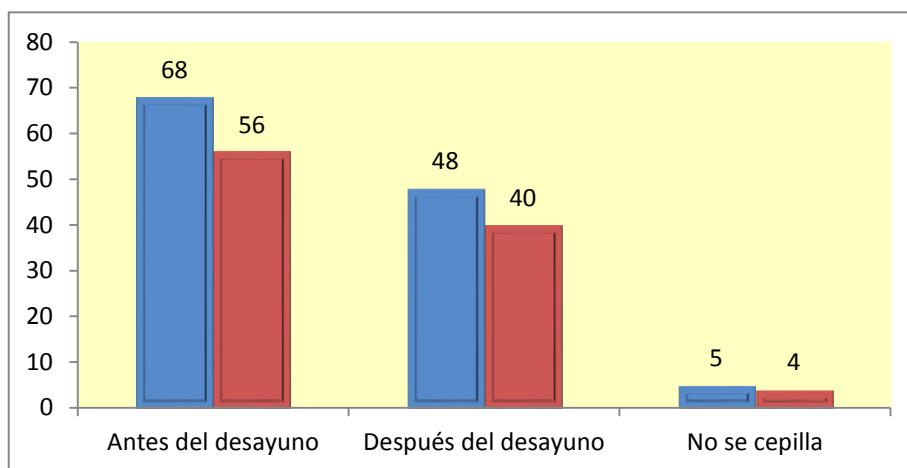
CAPITULO VII

7.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “ENA ALI GUILLEM”

CUADRO N° 1

¿EN LAS MAÑANAS TE CEPILLAS LOS DIENTES?

ALTERNATIVAS	F	%
Antes del desayuno	68	56%
Después del desayuno	48	40%
No se cepilla	5	4%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a niños de la escuela “ENA ALÍ GUILLEN”

Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En este gráfico, se puede observar que de 121 niños, 68 de ellos, que corresponden al 56%, respondieron que se cepillan los dientes antes del desayuno, 48 niños con un 40% respondieron que se cepillan después del desayuno, y 5 de ellos con un 4 % no se cepillan los dientes en las mañanas.

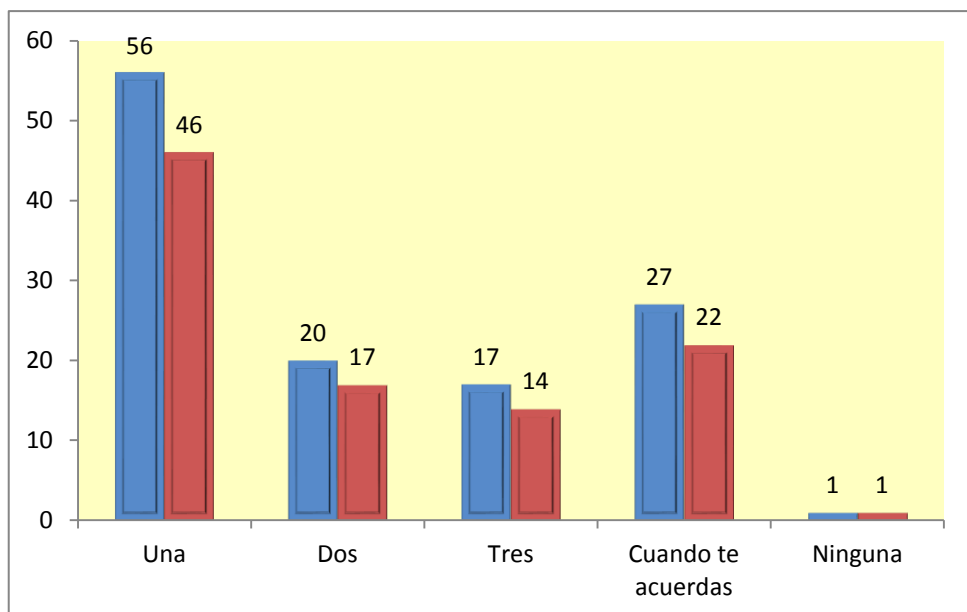
www.eufic.com dice que: **“Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de desmineralización, por lo cual es recomendable cepillarse los dientes después de cada comida.”**

La mayoría de los niños no tienen una buena higiene oral, puesto que estos se cepillan los dientes antes del desayuno por lo tanto los alimentos que consumen permanecen en la boca durante algunas horas favoreciendo la desmineralización del esmalte.

CUADRO N° 2

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA TE CEPILLAS LOS DIENTES?

ALTERNATIVAS	F	%
Una	56	46%
Dos	20	17%
Tres	17	14%
Cuando te acuerdas	27	22%
Ninguna	1	1%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"

Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico, se puede observar que de 121 niños, 56 de ellos, que corresponden al 46%, manifestaron que se cepillan los dientes una vez al día, 22 niños con un 22% respondieron que se cepillan los dientes solamente cuando se acuerdan, 20 niños con un 17% respondieron que se cepillan los dientes dos veces al día, 17 de ellos con un 14 % se cepillan los dientes tres veces al día ,1 de ellos que representa el 1% respondió que ninguna vez al día.

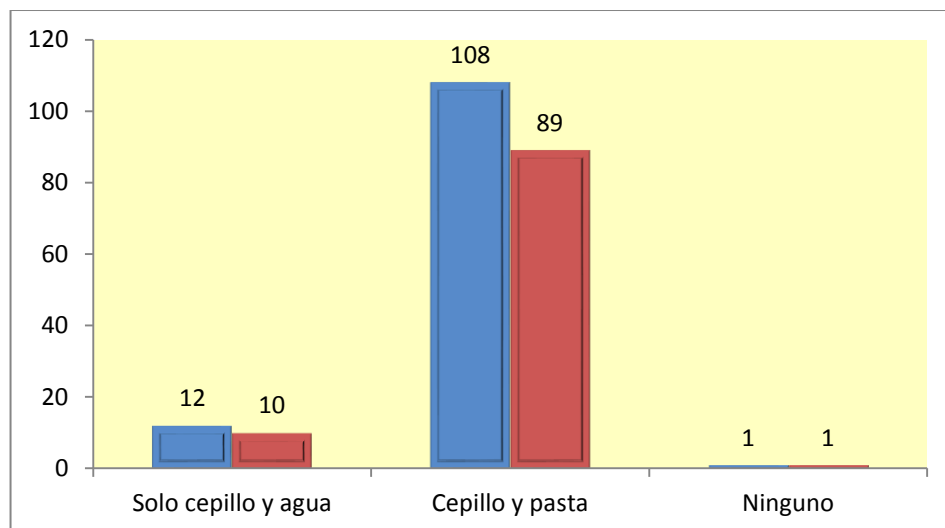
José Javier Echeverría García y Josep Pumarola Suñé. Dicen que: **“El cepillado dental es la práctica de higiene oral más común, se debe realizar 3 veces al día, siendo considerada como una de las higienes más imprescindibles.**

La mayoría de los niños no cumplen con la frecuencia ideal de cepillado que les permita tener una boca sana pues realizan el cepillado de sus dientes una vez al día.

CUADRO N° 3

¿QUÉ UTILIZAS PARA LIMPIAR TUS DIENTES?

ALTERNATIVAS	F	%
Solo cepillo y agua	12	10%
Cepillo y pasta	108	89%
Ninguno	1	1%
TOTAL	121	100 %



Fuente: Encuestas a niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En este grafico, se puede observar que de 121 niños, 108 de ellos, que corresponden al 89%, respondieron utilizan para limpiar sus dientes cepillo y pasta dental, 12 niños con un 10% utilizan solo cepillo y agua, mientras que 1 de ellos con un 1 % no utiliza ningún implemento para su higiene bucal.

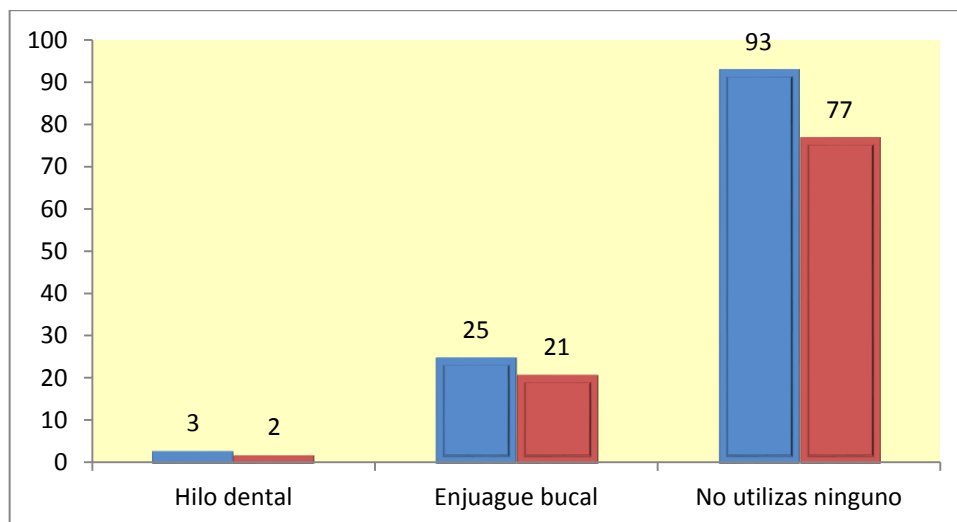
La pagina web www.eufic.org/ dice que **“Realizando el cepillado regular utilizando pasta de dientes con flúor, permite disminuir el efecto del azúcar en la formación de caries.”**

La mayoría de los niños utilizan para limpiar sus dientes cepillo y pasta dental cumpliendo con lo estipulado en la cita bibliográfica lo que de alguna manera ayuda a disminuir la incidencia de enfermedades bucales.

CUADRO N° 4

COMPLETAS TU LIMPIEZA BUCAL CON EL USO DE:

ALTERNATIVAS	F	%
Hilo dental	3	2%
Enjuague bucal	25	21%
No utilizas ninguno	93	77%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico, se puede observar que de 121 niños, 93 de ellos, que corresponden al 77%, manifestaron que no utilizan ningún implemento para completar su limpieza bucal, 25 niños con un 21% respondieron que utilizan enjuague bucal, y 3 niños con un 2% utilizan hilo dental en su higiene oral.

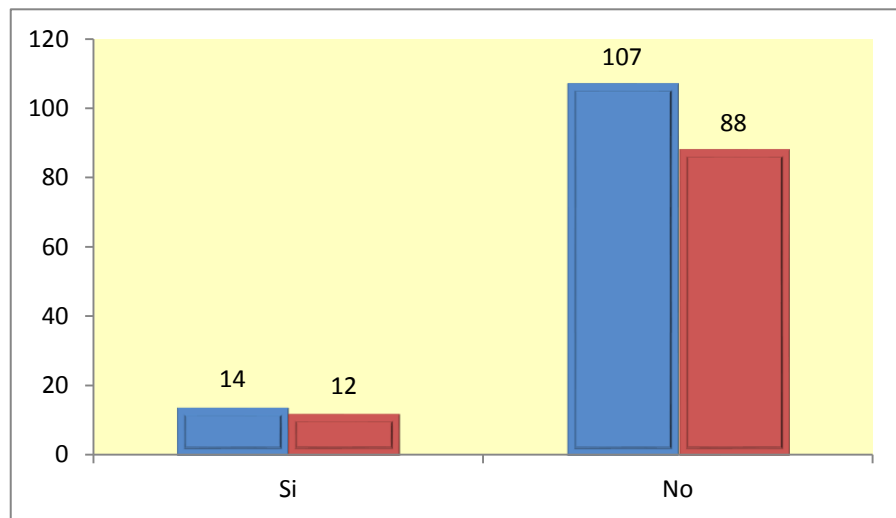
La página web www.ceacmf.cl/Prevencion.html dice que **“Una buena higiene bucal con los implementos necesarios, así como las medidas prevención se considera hoy los principales factores responsables de evitar caries, enfermedad periodontal y de fomentar el desarrollo de una buena salud bucal en los niños”**

La mayoría de los niños no utilizan los implementos necesarios para una correcta higiene bucal favoreciendo el desarrollo de enfermedades bucodentales.

CUADRO N° 5

¿TUS PAPÁS TE AYUDAN A CEPILLAR TUS DIENTES?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	14	12%
No	107	88%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En este grafico, se puede observar que de 121 niños, 107 de ellos, que corresponden al 88%, manifestaron que sus padres no los ayudan a cepillarse los dientes, mientras que 14 niños con un 12% si reciben la ayuda de sus padres al momento de cepillarse los dientes.

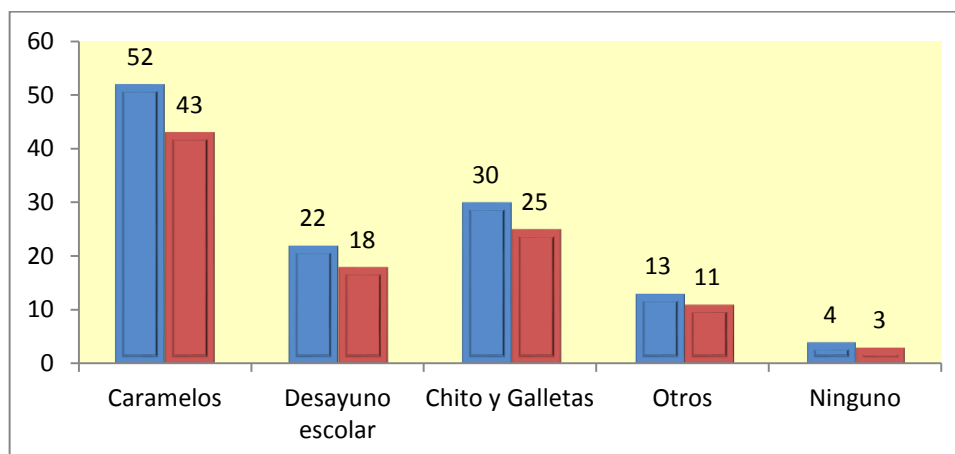
La pagina web www.salud.com dice **“durante su infancia, el cepillado debe ser completado por los padres o adultos responsables, porque no tienen la capacidad motora suficiente para realizar una correcta eliminación de los microorganismos adheridos a los dientes”**.

La mayoría de los padres no ayudan a realizar el cepillado dental a sus hijos, impidiendo una correcta eliminación de los restos alimenticios presentes en la cavidad oral, favoreciendo así al desarrollo de las enfermedades.

CUADRO N° 6

¿QUÉ ACOSTUMBRAS A COMER EN EL RECREO?

ALTERNATIVAS	F	%
Caramelos	52	43%
Desayuno escolar	22	18%
Chito y Galletas	30	25%
Otros	13	11%
Ninguno	4	3%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico, se puede observar que de 121 niños, 52 de ellos, que corresponden al 43%, respondieron que acostumbran a consumir en el recreo caramelos, 30 niños con un 25% acostumbrar a comer chitos y galletas, 22 niños con un 18% respondieron que comen el desayuno escolar, 13 niños con un 11% consumen otros alimentos, y 4 de ellos con un 3 % no consumen ningún tipo de alimento durante el recreo.

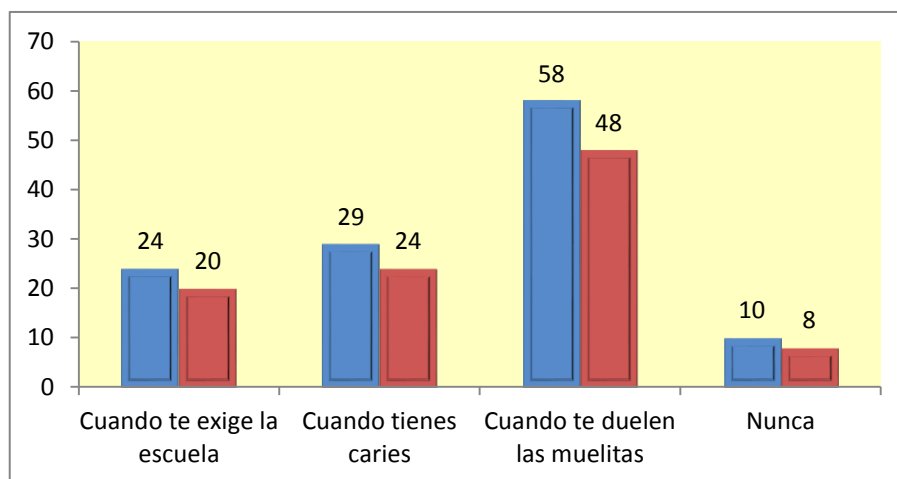
La pagina web www.salud.com dice que: **“Hay que evitar que el niño consuma demasiados alimentos que contengan alto porcentaje de hidratos de carbono, ya que se adhieren a los dientes y son de disolución lenta, promoviendo al desarrollo de caries.”**

La mayoría de los niños consumen en el recreo alimentos que contienen hidratos de carbonos, favoreciendo al desarrollo de las caries.

CUADRO N° 7

¿CUÁNDO TUS PAPÁS TE LLEVAN AL ODONTÓLOGO?

ALTERNATIVAS	F	%
Cuando te exige la escuela	24	20%
Cuando tienes caries	29	24%
Cuando te duelen las muelitas	58	48%
Nunca	10	8%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a niños de la escuela “ENA ALÍ GUILLEN”
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico, se puede observar que de 121 niños, 58 de ellos, que corresponden al 48%, manifestaron que sus padres los llevan al odontólogo solamente cuando les duelen las muelas, 29 niños con un 24% respondieron que solo los llevan al odontólogo cuando tienen caries, 24 niños con un 20% respondieron que solamente asisten cuando les exige la escuela, y 11 niños con un 8% respondieron que sus padres nunca los llevan al odontólogo.

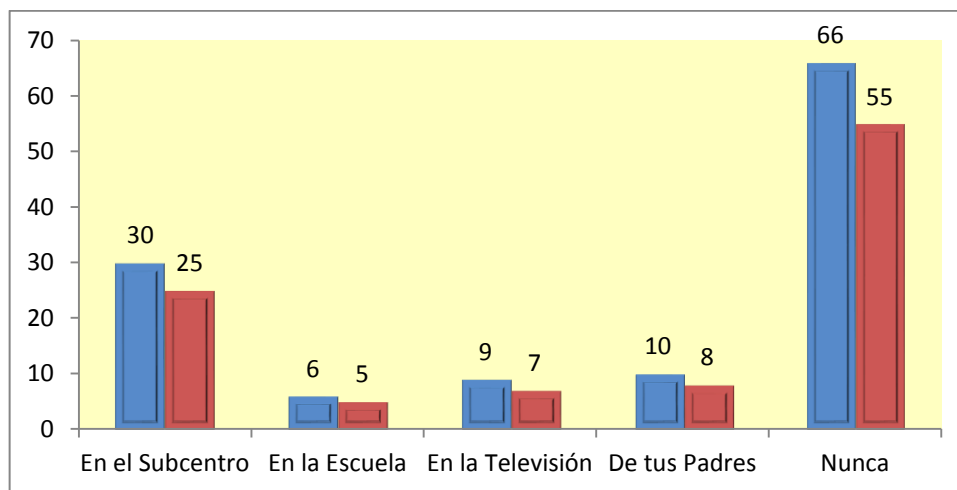
Escobar Fernando en su libro dice que: **“La higiene bucal, así como la asistencia oportuna al odontólogo, nos permitirá mantener una boca saludable previniendo las enfermedades en las encías y evitando en gran medida la caries”**.

La mayoría de los niños contestaron que sus padres los llevan al odontólogo, cuando presentan algún problema bucal o cuando se los exige la escuela, favoreciendo al desarrollo de las enfermedades bucales, debido a la falta de prevención.

CUADRO N° 8

HAS RECIBIDO CHARLAS SOBRE CEPILLADO DENTAL CORRECTO:

ALTERNATIVAS	F	%
En el Subcentro	30	25%
En la Escuela	6	5%
En la Televisión	9	7%
De tus Padres	10	8%
Nunca	66	55%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico, se puede observar que de 121 niños, 66 de ellos, que corresponden al 55%, respondieron que no han recibido charlas sobre un correcto cepillado dental, 30 niños con un 25% han recibido charlas en el subcentro, 10 niños con un 8% respondieron que sus padres les han dado charlas sobre como cepillarse los dientes correctamente, 9 de ellos con un 7 % respondieron que han recibido charlas en la televisión y 6 niños con un 5% respondieron que han recibido charlas en la escuela.

En la página web www.actaodontologica.com dice que **“La motivación del paciente es necesaria para que su tome conciencia de su participación en el proceso de promoción de salud. Sin embargo, este proceso debe ser continuo, pues en una única sesión de enseñanza, no se lograría alterar un viejo hábito del paciente.**

Estudios comprueban que un paciente bien motivado puede alcanzar excelentes resultados en términos de la mejoría de salud bucal, principalmente si comparados a los pacientes que no pasaron por un proceso de orientación y motivación”

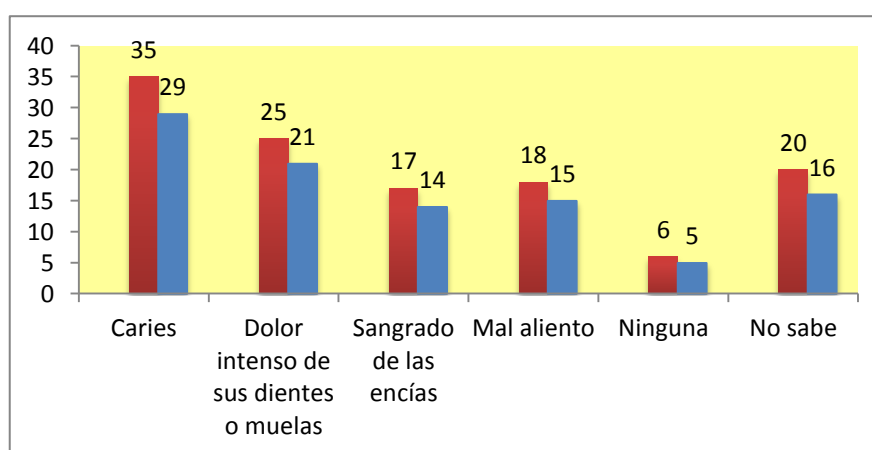
La mayoría de los niños no han recibido charlas sobre prevención odontológica, por lo que no toman conciencia sobre la importancia del cuidado de las piezas dentarias.

7.2.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA “ENA ALI GUILLEM”

CUADRO N° 1

¿SU HIJO HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS BUCALES?

ALTERNATIVAS	F	%
Caries	35	29%
Dolor intenso de sus dientes o muelas	25	21%
Sangrado de las encías	17	14%
Mal aliento	18	5%
Ninguna	6	15%
No sabe	20	16%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela “ENA ALÍ GUILLEM”
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En este grafico, se puedo observar que de 121 padres de familia, 35 de ellos, que corresponden al 29%, manifestaron que uno de los problemas bucales que ha presentado su hijo es caries dental, 25 padres de familia con un 21% respondieron q sus hijos han presentado dolor intenso en sus dientes o muelas, 20 de ellos con un 16 % no saben los problemas bucales que han presentado sus hijos, 18 de ellos que representan el 15% manifestaron que sus hijos han presentado mal aliento, 17 de ellos que representan el 14% respondieron que sus hijos han presentado sangrado en las encías, 6 de ellos que representan el 5% dicen que sus hijos no han presentado ningún problema bucal.

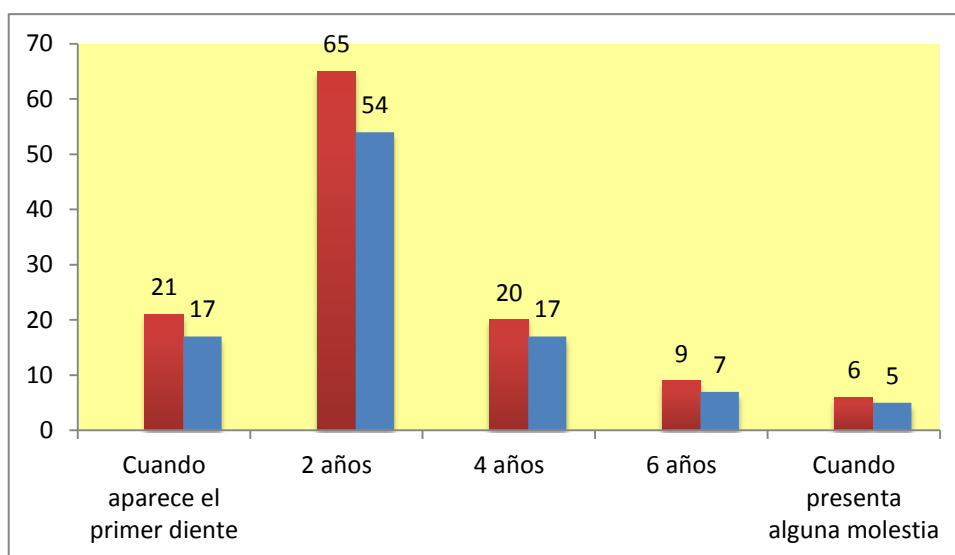
La pagina web www.odontocat.com dice **“Desde hace muchos años y en la actualidad la caries dental, la enfermedad periodontal, y la halitosis son las patologías bucales de mayor prevalencia en la dentición, dichos trastornos suelen aparecer mayormente en los niños ya que ellos son los seres más vulnerables al ataque de bacteriano.”**

La mayoría de los niños han presentado enfermedades bucales, lo cual se relaciona con la referencia de la cita consultada.

CUADRO N° 2

**¿CUÁL CREE USTED QUE ES LA EDAD CORRECTA PARA
COMENZAR CON EL CUIDADO DE LOS DIENTE DE SUS HIJOS?**

ALTERNATIVAS	F	%
Cuando aparece el primer diente	21	17%
2 años	65	54%
4 años	20	17%
6 años	9	7%
Cuando presenta alguna molestia	6	5%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

En este grafico, se puede observar que de 121 padres de familia, 65 de ellos, que corresponden al 54%, manifestaron que la edad correcta para comenzar el cuidado de los dientes de sus hijos es a los 2 años, 21 padres de familia con un 17% opinan que es cuando aparece el primer diente, 20 de ellos con un 17% opinan que a los 4 años, 9 de ellos que representan el 7% creen que a los seis años, y 6 de ellos que representan el 5% creen que cuando se presenta alguna molestia.

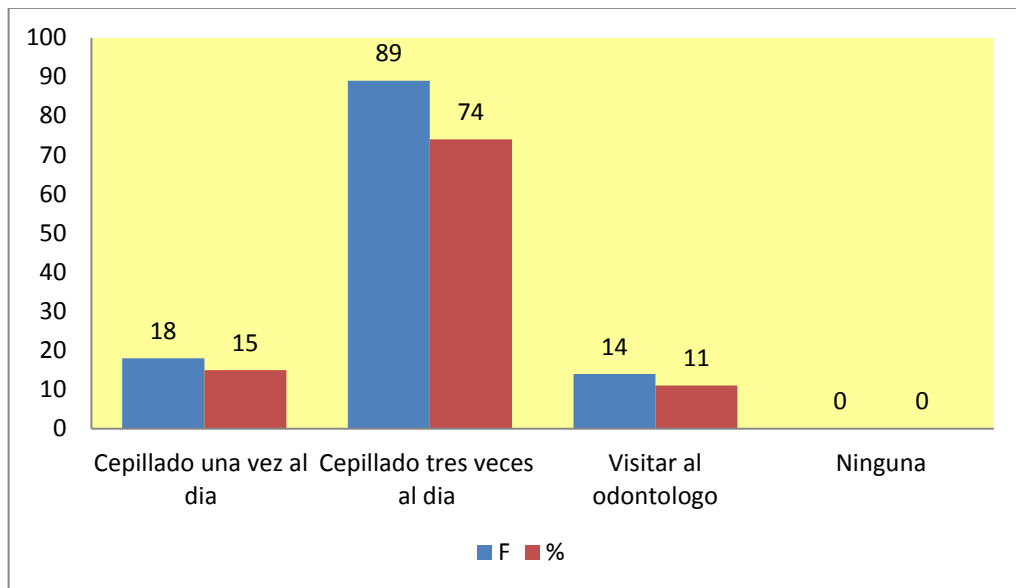
Escobar Fernando dice que: “Cuando empieza aparecer el primer diente en la cavidad oral del niño, este deberá ser llevado a su primera consulta odontológica, donde se le aplicaran todas las normas y medidas de prevención.”

La mayoría de los padres de familia creen que la edad correcta para comenzar el cuidado de los dientes es a partir de los dos años en adelante.

CUADRO N° 3

¿CUÁL DE ESTOS MÉTODOS EMPLEA USTED PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES BUCALES?

ALTERNATIVAS	F	%
El cepillado dental una vez al día	18	15%
El cepillado dental 3 veces al día	89	74%
Visitar al odontólogo	14	11%
Ninguna	0	0%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela “ENA ALÍ GUILLEN”

Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En este grafico, se pudo observar que de 121 padres de familia, 89 de ellos, que corresponden al 74%, manifestaron que los métodos que emplean para prevenir las enfermedades bucales, es el cepillado dental 3 veces al día, 18 padres de familia con un 15 % aplican el cepillado dental 1 vez al día, y 14 de ellos con un 11% visitan al odontólogo.

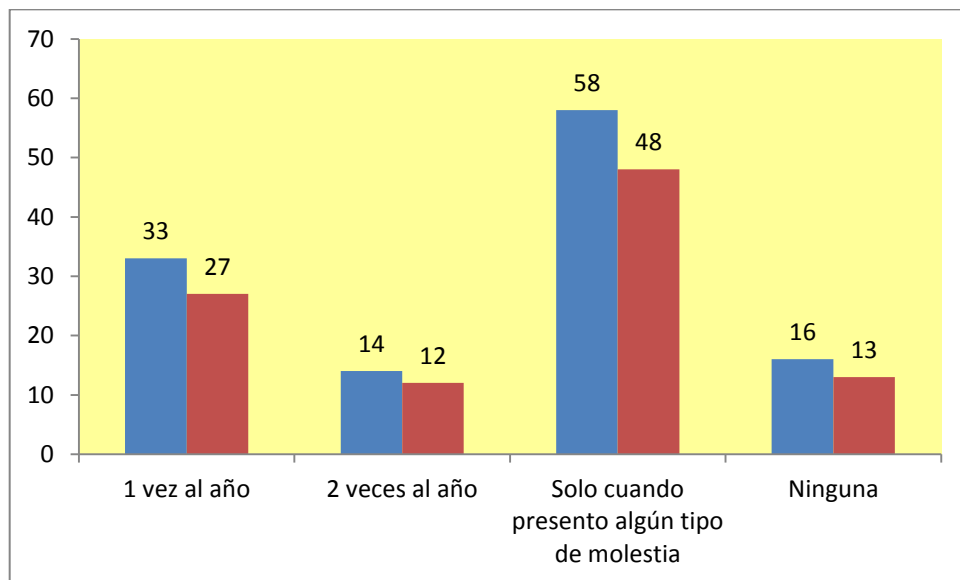
La pagina web www.saludalia.com dice que: **“Para una buena salud oral, no sólo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta dental, sino una buena técnica y frecuencia del cepillado, asegurándonos bien que eliminamos la placa bacteriana que es la causante de la caries y de las enfermedades periodontales.”**

Mediante esta encuesta pudimos comprobar que la mayoría de los padres utilizan como método para prevenir las enfermedades bucales el cepillado dental 3 veces al día.

CUADRO N° 4

¿EN ESTE AÑO CUANTAS VECES HA LLEVADO A SU HIJO AL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO?

ALTERNATIVAS	F	%
1 vez al año	33	27%
2 veces al año	14	12%
Solo cuando presentó algún tipo de molestia	58	48%
Ninguna	16	13%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela “ENA ALÍ GUILLEN”
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

En el presente grafico, se pudo observar que de 121 padres de familia, 58 de ellos, que corresponden al 48%, han llevado a su hijo al consultorio odontológico solo cuando se les presento algún tipo de molestia en la cavidad bucal, 33 padres de familia con un 27% los llevan 1 vez al año, 16 de ellos que representan el 13 %, manifestaron que ninguna vez los han llevado a la atención odontológica, y 14 de ellos con un 12% contestaron que llevan a sus hijos 2 veces al año.

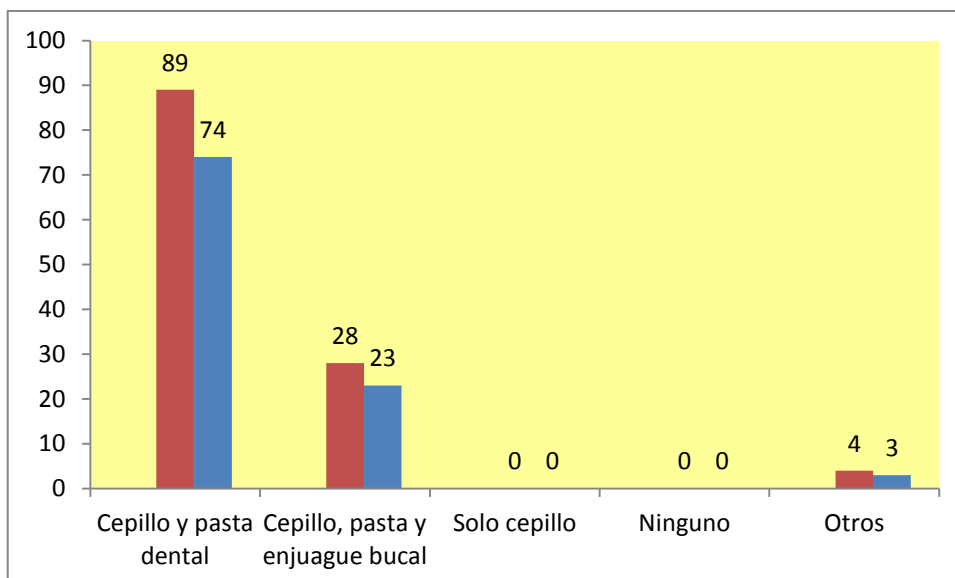
Félix de Carlos Villafranca, Noelia Alfonso Hernández dice que “**es recomendable visitar al odontólogo dos veces al año**”

Se pudo comprobar que la mayoría de los padres no lleva un buen control odontológico de sus hijos, lo que impide detectar las enfermedades bucales a tiempo, favoreciendo su desarrollo.

CUADRO N° 5

¿CUÁL DE ESTOS IMPLEMENTOS UTILIZA PARA EL ASEO ORAL DE SU HIJO?

ALTERNATIVAS	F	%
Cepillo y pasta dental	89	74%
Cepillo, pasta y enjuague bucal	28	23%
Solo cepillo	0	0%
Ninguno	0	0%
Otros	4	3%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En presente grafico, se puede observar que de 121 padres de familia, 89 de ellos, que corresponden al 74%, utiliza para el aseo oral de su hijo cepillo y pasta dental, 28 padres de familia con un 23%, usan cepillo pasta y enjuague bucal, y 4 de ellos con un 3% contestaron que utilizan otros implementos para su higiene oral.

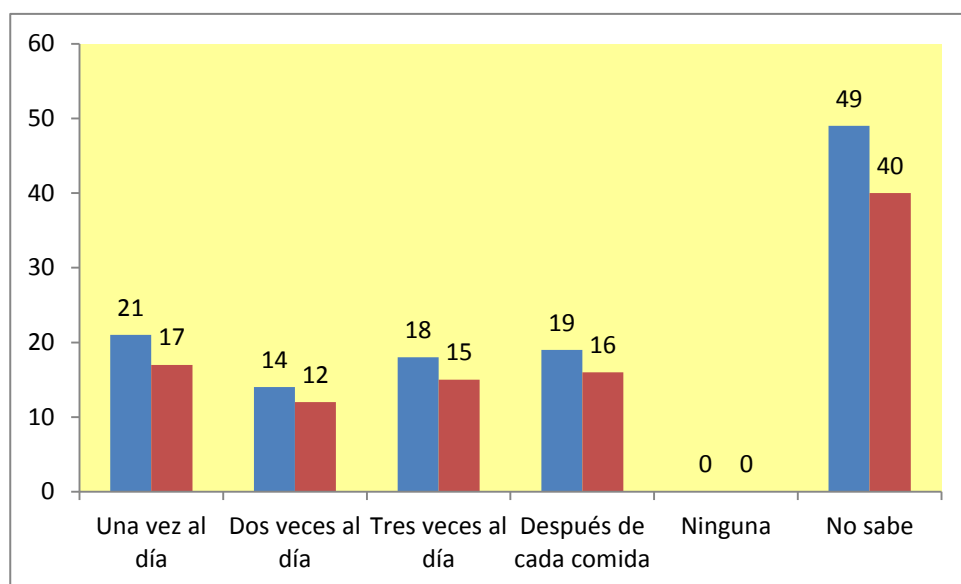
Escobar Fernando en su libro dice que: **“La higiene dental se debe realizar con las herramientas adecuadas, tales como cepillo, seda dental y enjuague bucal. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva”**.

La mayoría de los padres respondieron que sus hijos utilizan solo pasta y cepillo para realizar la higiene oral disminuyendo la calidad de la higiene oral, factor que propicia el inicio de las enfermedades bucales.

CUADRO N° 6

SU HIJO (A) SE CEPILLA LOS DIENTES:

ALTERNATIVAS	F	%
Una vez al día	21	17%
Dos veces al día	14	12%
Tres veces al día	18	15%
Después de cada comida	19	16%
Ninguna	0	0%
No sabe	49	40%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"

Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el presente grafico, se puede observar que de 121 padres de familia, 49 de ellos, que corresponden al 40%, contestaron que no saben cuantas veces al día se cepillan los dientes sus hijos, 21 de ellos con un 17% contestaron que 1 vez al día, 19 de ellos que representan el 16% manifestaron q sus hijos se cepillan después de cada comida, 18 padres de familia con un 15% respondieron que sus hijos se cepillan los dientes 3 veces al día y 14 padres de familia con un 12% respondieron que sus hijos se cepillan los dientes 2 veces al día.

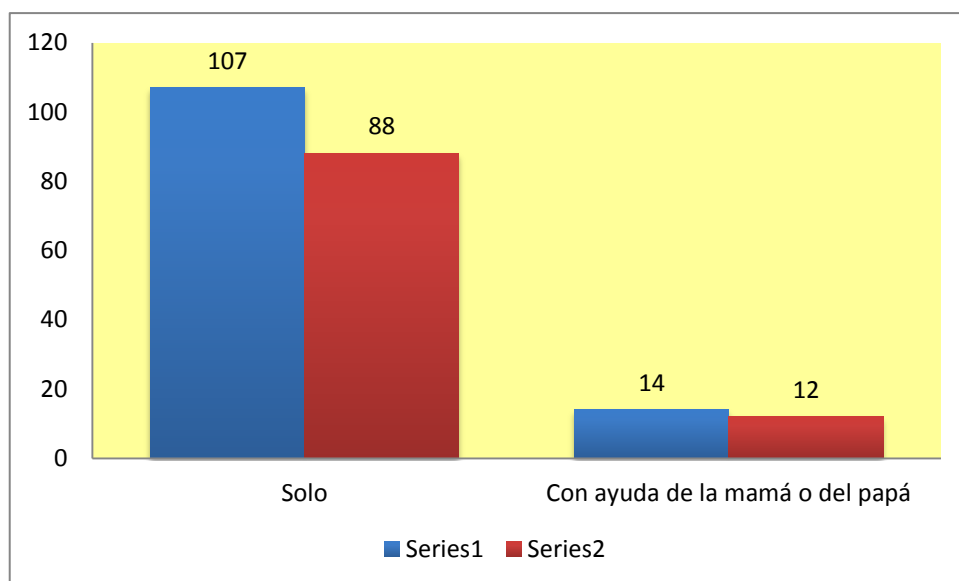
La pagina web www.terra.es/personal/duenas/15.htm dice que: **“Los padres juegan un papel fundamental en la higiene bucal del niño, ya que el mismo tiende a hacer aquello que ve, aunque en la escuela se hable sobre higiene y se tenga establecida una serie de hábitos, difícilmente llegarán a formar parte de su estilo de vida si sus padres con su actitud y comportamiento no contribuyen a ello”**

La mayoría de padres no tiene correcto control con la higiene bucal de sus hijos lo que incide en el desarrollo de enfermedades orales.

CUADRO N° 7

¿CON QUIÉN REALIZA EL CEPILLADO DENTAL SU HIJO?

ALTERNATIVAS	F	%
Solo	107	88%
Con ayuda de la mamá o del papá	14	12%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los 121 padres encuestados 107 de ellos que corresponde al 88% manifestaron que su hijo realiza el cepillado dental solo, mientras que 14 de ellos que corresponden al 12% respondieron que sus hijos realizan el cepillado dental con ayuda de ellos.

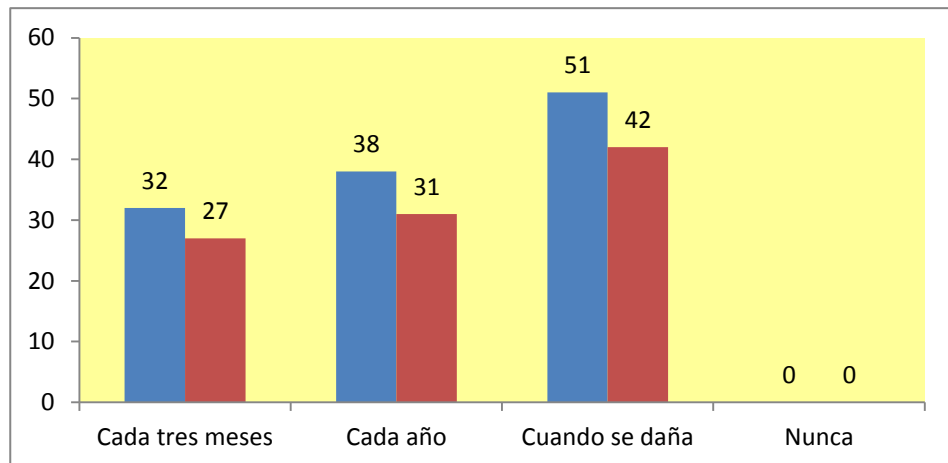
Escobar Fernando dice que: “La higiene bucal en el individuo empieza desde sus primeros años de vida, con el control y la guía rutinaria de los miembros del hogar, y en conjunto con el odontólogo.”

La mayoría de los niños realizan el cepillado dental sin ayuda de sus padres, lo que da como resultado una incorrecta técnica de cepillado bucal.

CUADRO N° 8

¿CADA QUÉ TIEMPO CAMBIA EL CEPILLO DENTAL DE SU HIJO?

ALTERNATIVAS	F	%
Cada tres meses	32	27%
Cada año	38	31%
Cuando se daña	51	42%
Nunca	0	0%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"

Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los 121 padres encuestados 51 de ellos que corresponde al 42% cambia el cepillo de hijo cuando se daña, 38 de ellos que equivale al 31% cambia el cepillo de su hijo cada año, mientras que 32 que corresponde al 27% cambia el cepillo de su hijo cada tres meses

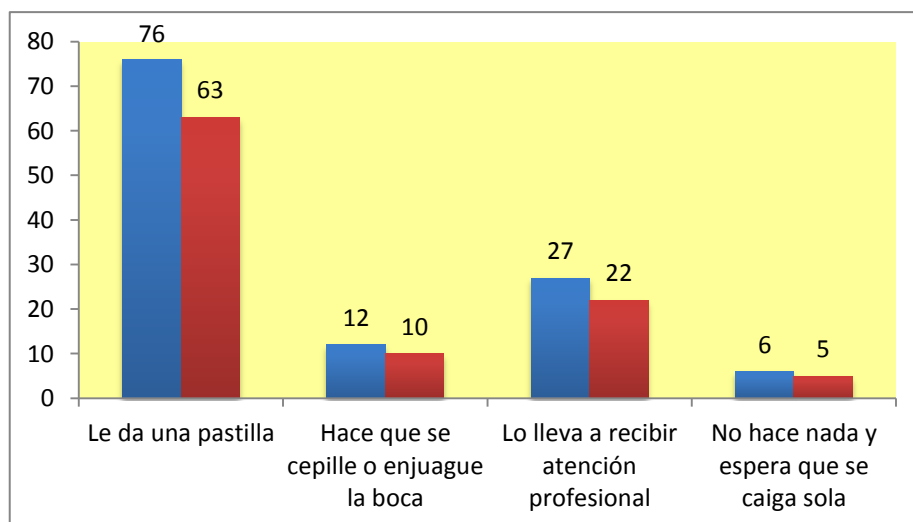
La pagina web www.sumedico.com dice que: **“Para que el cepillado dental sea eficaz, es necesario que el cepillo dental se remplazado cada tres meses.”**

La mayoría de los padres de familia cambian el cepillo dental de sus hijos cada año o solamente cuando se daña, lo que permite la proliferación de bacterias en el mismo y un cepillado bucal ineficaz.

CUADRO N° 9

¿SI SU NIÑO PRESENTA DOLOR EN LAS MUELITAS Q TRATAMIENTO CONSIDERA USTED QUÉ SE LE DEBA REALIZAR?

ALTERNATIVAS	F	%
Le da una pastilla	76	63%
Hace que se cepille o enjuague la boca	12	10%
Lo lleva a recibir atención profesional	27	22%
No hace nada y espera que se caiga sola	6	5%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"

Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Al realizarse la encuesta a los 121 padres de familia, 76 correspondiente al 63% contestó que si su hijo presenta dolor en las muelitas le da una pastilla, 27 de ello que corresponde al 22% lo lleva a recibir atención profesional, 12 de ellos que equivale a 10% le hace que se cepille o enjuague la boca, 6 de los padres encuestados que corresponde al 5% no hace nada y espera que se caiga sola

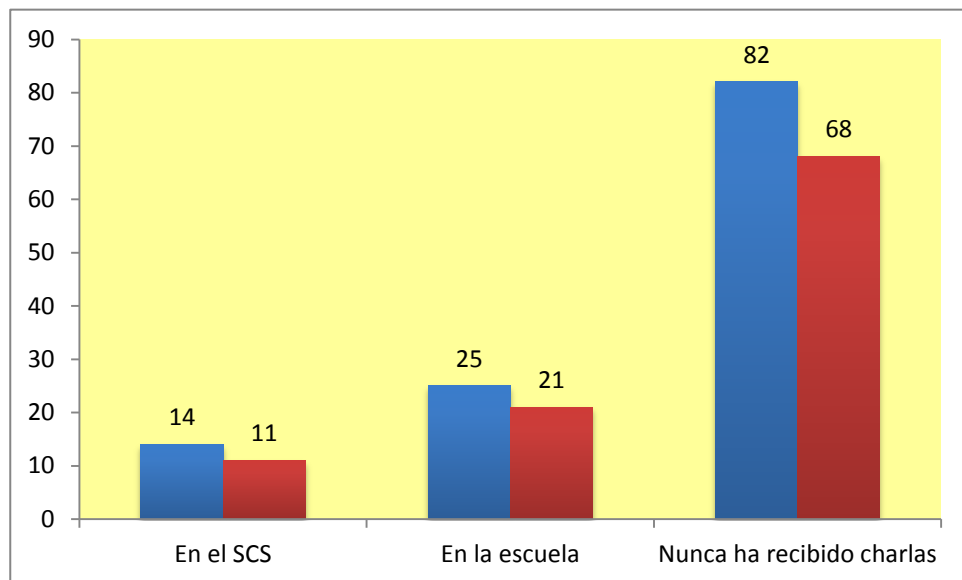
La pagina web www.nectar.es/es/index.asp dice que: **“se debe establecer visitas regulares al odontólogo, para así evitar problemas dentales futuros, o si lo existen resolverlos a tiempo realizando un tratamiento adecuado.”**

La mayoría de los padres de familia utilizan métodos no adecuados cuando su hijo presenta algún tipo de enfermedad bucal, lo que da como resultado la perdida dentaria a temprana edad.

CUADRO N° 10

¿HA RECIBIDO CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE HIGIENE ORAL?

ALTERNATIVAS	F	%
En el SCS	14	11%
En la escuela	25	21%
Nunca ha recibido charlas	82	68%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"

Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los 121 padres de familia encuestados, 82 de ellos correspondiente a los 68% respondieron que nunca ha recibido charlas, 25 padres equivalente a 21% respondió que ha recibido charlas de higiene oral en la escuela, y 14 de ellos que corresponde a 11% han recibido charlas en el subcentro.

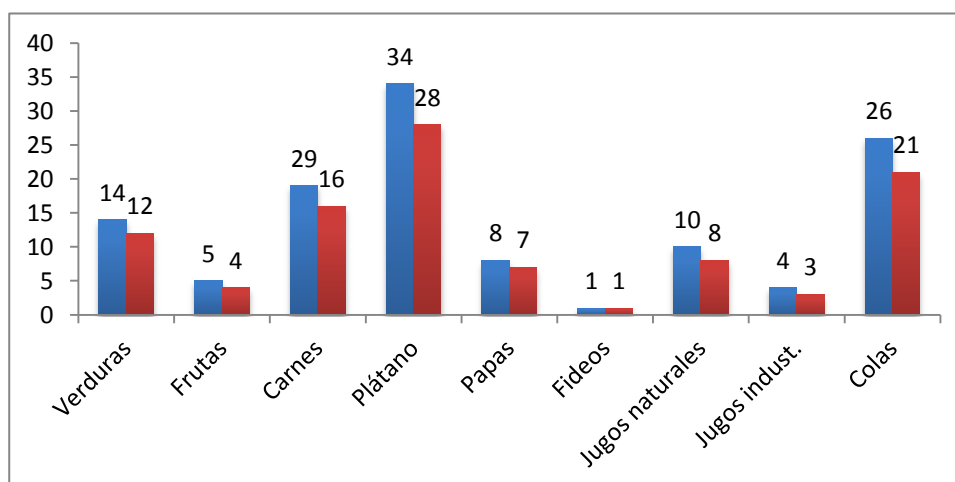
Es por esto que en la página web www.monografias.com dice que **“El éxito de los programas preventivos en odontología está relacionado en gran parte con la motivación de las personas para buscar cuidados permanentes para su salud bucal. La persona debe saber que es posible prevenir las enfermedades bucales, por lo que el odontólogo debe entregarle la información necesaria y adecuada.”**

La mayoría de los padres nunca han recibido charlas sobre prevención en odontología lo cual contribuye al aumento de enfermedades bucales en sus hijos

CUADRO N° 11

¿QUÉ ALIMENTOS PREDOMINAN EN LAS COMIDAS (DESAYUNO, ALMUERZO Y MERIENDA) DE SU HIJO(A)?

ALTERNATIVAS	F	%
Verduras	14	12%
Frutas	5	4%
Carnes	19	16%
Plátano	34	28%
Papas	8	7%
Fideos	1	1%
Jugos naturales	10	8%
Jugos indust.	4	3%
Colas	26	21%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De las 121 encuestas 34 padres correspondiente al 28% contestaron que el alimento principal en sus comidas es el plátano, el 26 equivalente al 21% consume colas en sus comidas, 19 que equivale al 16% consume carne como alimento principal en sus comidas, 14 equivalente al 12% respondieron que las verduras es su alimento principal, 10 padres que equivale al 8% consume jugos naturales en sus comidas, 8 padres correspondiente al 7% consume papas en sus comidas, 5 encuestados que es el 4% consumen frutas en sus comidas, 4 correspondiente al 3% consume jugos industrializados en sus comidas, y 1 de los padres correspondiente al 1% consume fideos en las comidas.

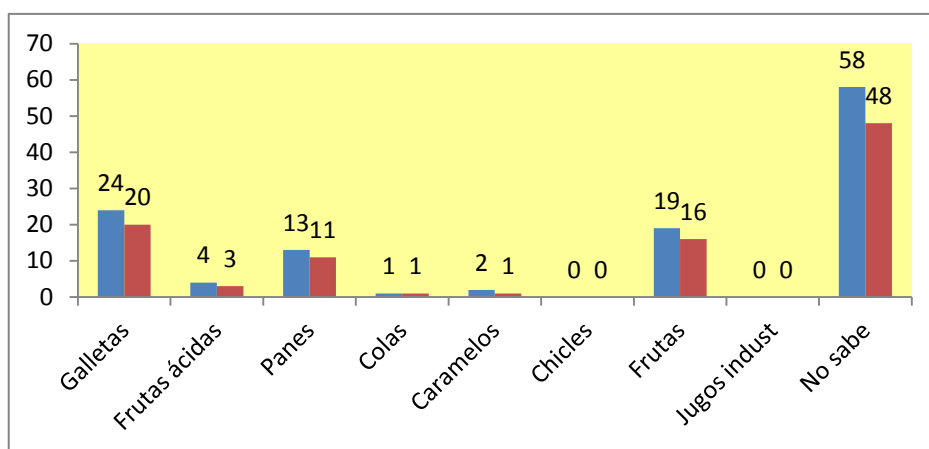
Gilberto Henostroza Haro en su libro escribe que “**El aporte de la dieta en el desarrollo de las caries constituye un aspecto de mucha importancia, puesto que los nutrientes indispensables para el metabolismo de los microorganismos provienen de los alimentos. Entre ellos los carbohidratos fermentables se consideran los principales responsables de su aparición y desarrollo**”

La mayoría de los padres e hijos consumen carbohidratos como alimento principal en sus comidas, lo que incide en el desarrollo de las enfermedades bucales como la caries dental.

CUADRO N° 12

¿QUÉ ALIMENTOS CONSUME SU HIJO ENTRE COMIDAS Y EN EL RECREO DE LA ESCUELA?

ALTERNATIVAS	F	%
Galletas	24	20%
Frutas ácidas	4	3%
Panes	13	11%
Colas	1	1%
Caramelos	2	1%
Chicles	0	0%
Frutas	19	16%
Jugos industrializados	0	0%
No sabe	58	48%
TOTAL	121	100%



Fuente: Encuestas a padres de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los 121 padres de familia encuestados 58 de ellos que corresponde al 48 % de padres no saben lo que consumen sus hijos en el recreo mientras que 24 de ellos que equivale al 20 % contestaron que sus hijos en el recreo comen galletas, 19 padres que equivale al 16% dijeron que sus hijos en el recreo consumen frutas, 13 es decir el 11% contestaron que sus hijos comen panes en el recreo , 4 padres que corresponde al 3% contestaron que sus hijos consumen frutas acidas, 2 de los padres correspondiente al 1% come en el recreo caramelos, y 1 padre de familia equivalente al 1% contesto que su hijo consume cola

La pagina web www.nlm.nih.gov/medlineplus dice que **“Los carbohidratos (azúcares y almidones) aumentan el riesgo de caries dentales. Los alimentos pegajosos son más dañinos que los no pegajosos, ya que permanecen en la superficie de los dientes. Los refrigerios frecuentes aumentan el tiempo en que los ácidos están en contacto con la superficie del diente”**

La mayoría de padres no controlan la alimentación de sus hijos en el recreo de la escuela, la cual es un factor que incide en la formación de caries y otras enfermedades.

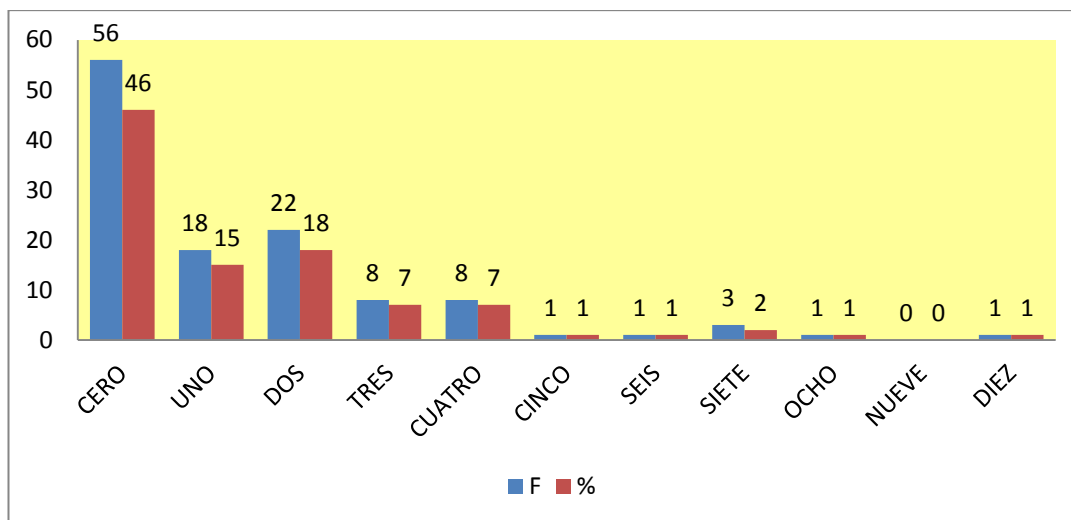
7.3.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DEL CEO, CPO Y DE SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “ENA ALI GUILLEM”

GRAFICO N° 1

INDICADORES DEL “ceo”

CARIES

VARIABLE	F	%
CERO	56	46
UNO	18	15
DOS	22	18
TRES	8	7
CUATRO	8	7
CINCO	1	1
SEIS	1	1
SIETE	3	2
OCHO	1	1
NUEVE	0	0
DIEZ	1	1
TOTAL	121	100%



Fuente: Fichas clínicas de los niños de la escuela “ENA ALÍ GUILLEN”
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 121 fichas clínicas 56 de los niños que equivale a 46% no presentan caries en sus piezas dentarias , 22 de ellos equivalente al 18% presentan dos caries en su cavidad bucal, 18 de ellos que corresponde al 15% presentan caries en una pieza dentaria, 8 de ellos equivalente al 7% presentan caries tres es su boca, 8 de ellos equivalente al 7% presentan 4 caries en su cavidad bucal, 3 de ellos que corresponde al 2% presentan 7 caries, 1 de ellos que corresponde al 1% presenta 5 caries, 1 de ellos que corresponde al 1% presenta 6 caries, 1 de ellos que corresponde al 1% presenta 10 caries en su cavidad bucal.

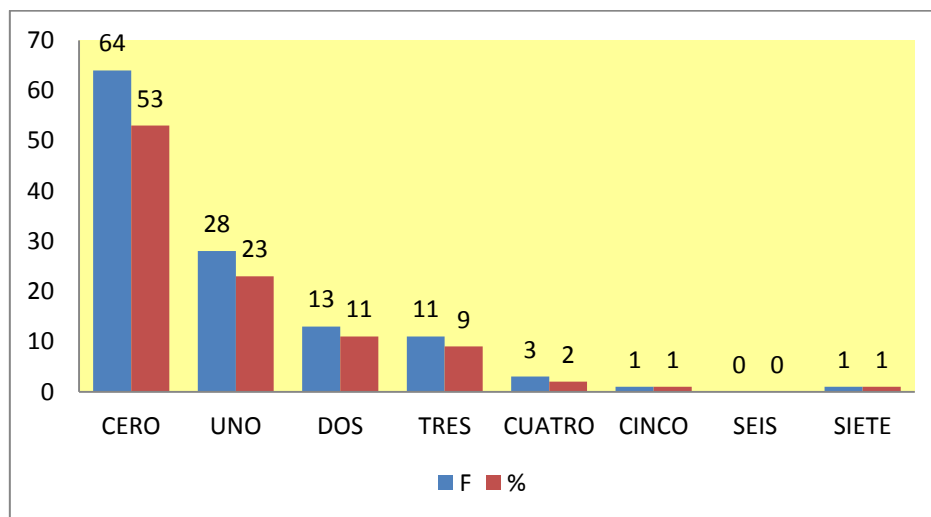
Gilberto Henostroza Haro en su libro dice que “**Esta lesión en los dientes se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados debido a la acción de los microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta, como resultado se produce la desmineralización de la porción mineral y la disgregación de su parte orgánica**”

Al analizar los resultados de las fichas clínicas se pudo comprobar que la mayoría de los niños presentan caries.

GRAFICO N° 2

EXTRAIDOS

VARIABLE	F	%
CERO	64	53
UNO	28	23
DOS	13	11
TRES	11	9
CUATRO	3	2
CINCO	1	1
SEIS	0	0
SIETE	1	1
TOTAL	121	100%



Fuente: Fichas clínicas de los niños de la escuela “ENA ALÍ GUILLEN”
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 121 fichas clínicas 73 de los niños que equivale al 60% no se han realizado ninguna extracción de sus piezas dentarias, 28 de ellos equivalente al 23% se han realizado una extracción en su cavidad bucal, 13 de ellos que corresponde al 11% se han realizado dos extracciones , 3 de ellos equivalente al 2% se han realizado 4 extracciones , 1 de ellos equivalente al 1% se han realizado 5 extracciones , y 1 de ellos que corresponde al 1% se ha realizado 7 extracciones en su cavidad bucal.

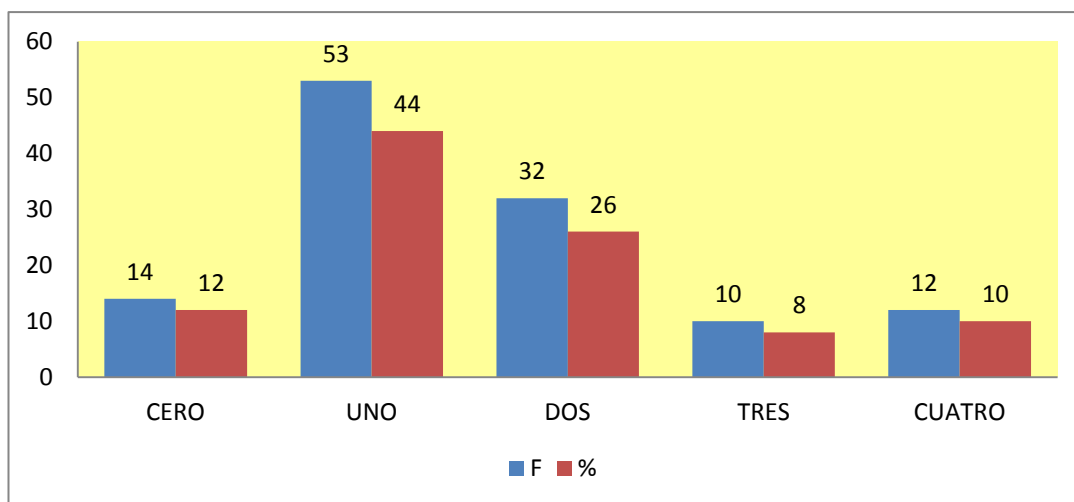
La pagina web www.solohijos.com/html dice que **“Es muy importante que los dientes temporales se conserven hasta su época normal de exfoliación. Los padres, muchas veces, no se dan cuenta de que estos dientes temporales van a resultar muy importantes a la futura salud dental de sus hijos”**.

La mayoría de los niños no se ha realizado ninguna extracción de piezas dentarias.

GRAFICOS N° 3

OBTURADOS

VARIABLES	F	%
CERO	14	12
UNO	53	44
DOS	32	26
TRES	10	8
CUATRO	12	10
TOTAL	121	100%



Fuente: Fichas clínicas de los niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

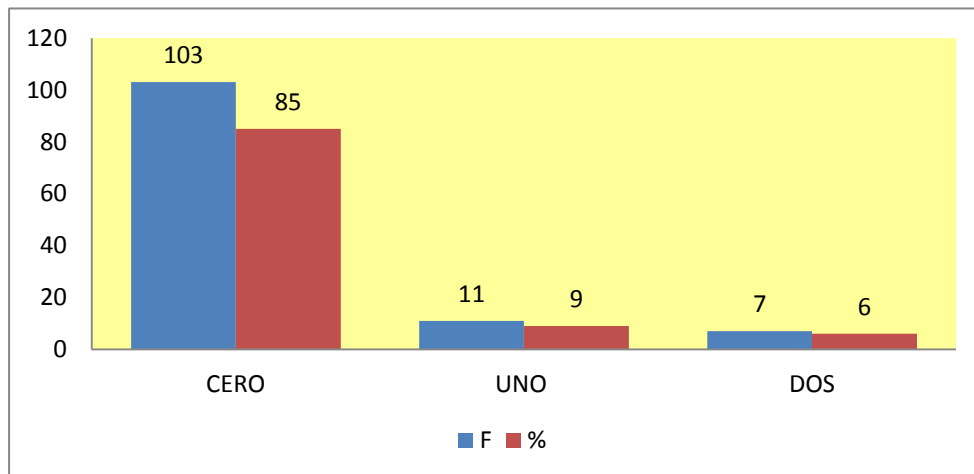
De las 121 fichas clínicas 53 de los niños que equivale a 44% presentan una de sus piezas dentarias obturadas, 32 de ellos equivalente al 26% presentan dos de sus piezas dentarias obturadas, 14 de ellos que corresponde al 12% no presentan sus piezas dentarias obturadas, 12 de ellos equivalente al 10% presentan cuatro de sus piezas dentarias obturadas, y 10 de ellos equivalente al 8% presentan tres de sus piezas dentarias obturadas.

Hernán Villena nos dice en su libro que: “En una caries es necesario remover la causa y colocar una cura provisional como hidróxido de calcio, eugenato de zinc, ionomero vítrio, según el caso, dejar por unos días hasta que la pulpa este asintomática, y luego obturar el diente”

La mayoría de los niños presentan piezas dentarias obturadas.

GRAFICO N° 4
INDICADORES DEL CPO
CARIES

VARIABLE	F	%
CERO	103	85
UNO	11	9
DOS	7	6
TOTAL	121	100%



Fuente: Fichas clínicas de los niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 121 fichas clínicas 103 de los niños que equivale a 85% no presentan caries en sus piezas dentarias, 11 de ellos equivalente al 7% presentan una caries en su cavidad bucal, y 7 de ellos que corresponde al 6% presentan caries en dos piezas dentarias.

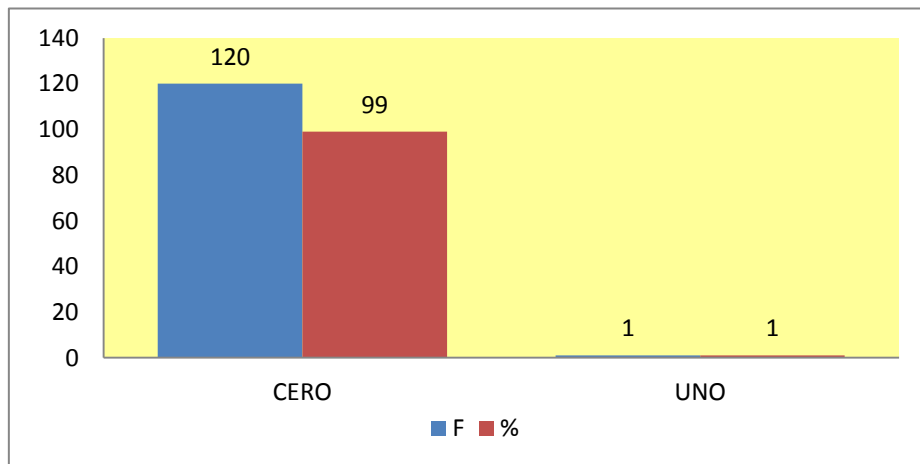
La pagina web www.ceacmf.cl dice que **“La alimentación es uno de los factores que más pesan en la aparición de la caries, sobre todo la alimentación rica en azúcar o hidratos de carbono, ya que las bacterias de la placa convierten el azúcar en ácidos que atacan el esmalte dental y lo disuelven poco a poco”**

La mayoría de los niños no presentaron caries en sus dientes permanentes.

GRAFICO N° 5

PERDIDOS

VARIABLE	F	%
CERO	120	99
UNO	1	1
TOTAL	121	100



Fuente: Fichas clínicas de los niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 121 fichas clínicas 120 de los niños que equivale al 99% no han perdido sus piezas dentarias, 1 de ellos equivalente al 1% ha perdido una sus piezas dentarias.

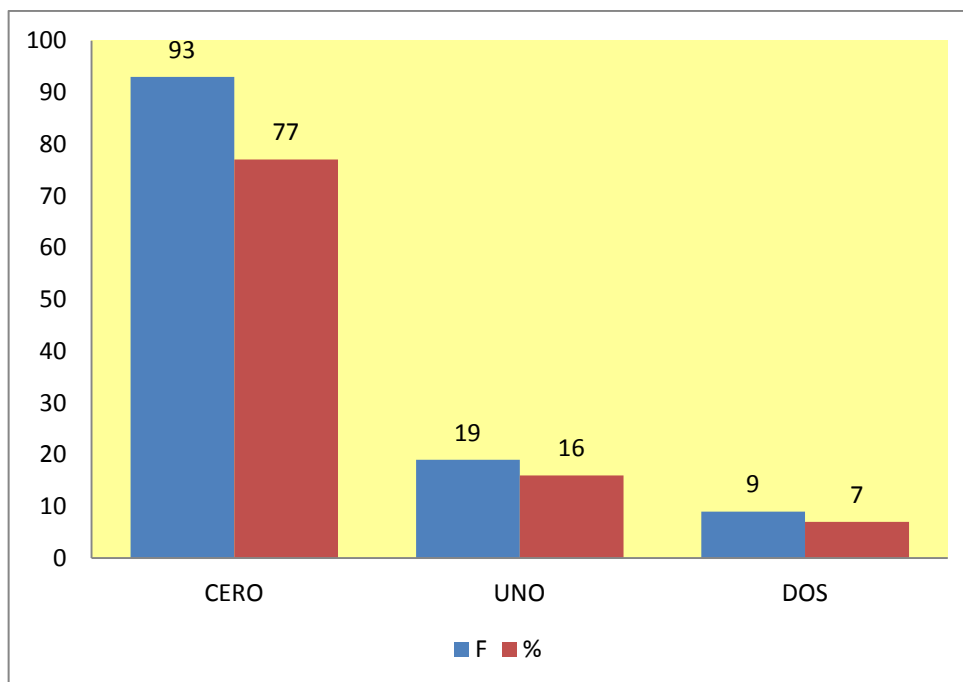
Cawson en su libro dice que **“La pulpitis es el motivo más frecuente de dolor dental y de pérdida de dientes en las personas jóvenes”**.

La mayoría de los niños no han perdido sus piezas permanentes.

GRAFICO N° 6

OBTURADOS

VARIABLES	F	%
CERO	93	77
UNO	19	16
DOS	9	7
TOTAL	121	100%



Fuente: Fichas clínicas de los niños de la escuela "ENA ALÍ GUILLEN"
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 121 fichas clínicas 93 de los niños que equivale al 77% no presentan piezas dentarias permanentes obturadas, 19 de ellos equivalente al 16% presentan una piezas dentaria obturadas, 9 de ellos que corresponde al 7% presentan dos piezas permanentes obturadas.

Hernán Villena nos dice en su libro que: “En una caries es necesario remover la causa y colocar una cura provisional como hidróxido de calcio, eugenato de zinc, ionomero vitrio, según el caso, dejar por unos días hasta que la pulpa este asintomática, y luego obturar el diente”

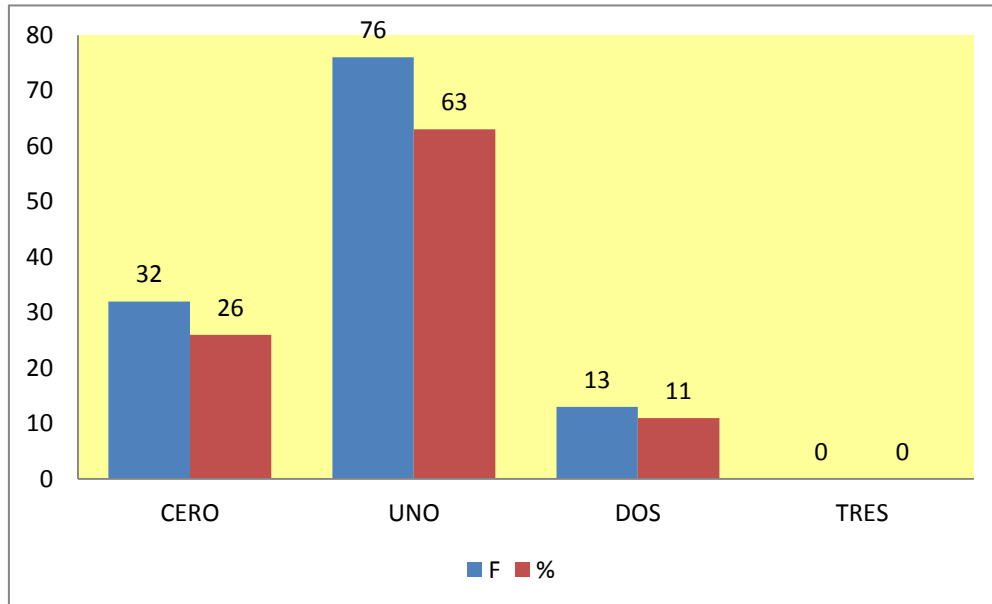
La mayoría de los niños presentan piezas dentarias obturadas.

INDICADORES DE SALUD BUCAL

GRAFICOS N°7

PLACA BACTERIANA

GRADO	F	%
CERO	32	26
UNO	76	63
DOS	13	11
TRES	0	0
TOTAL	121	100%



Fuente: Fichas clínicas de los niños de la escuela “ENA ALÍ GUILLEN”

Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 121 fichas clínicas, se tuvo como resultado que 32 niños que corresponde al 26% no presento placa bacteriana, 76 de ellos que corresponde 63% presento placa bacteriana en grado uno, 13 de ellos equivalente a 11% presento placa bacteriana en grado dos

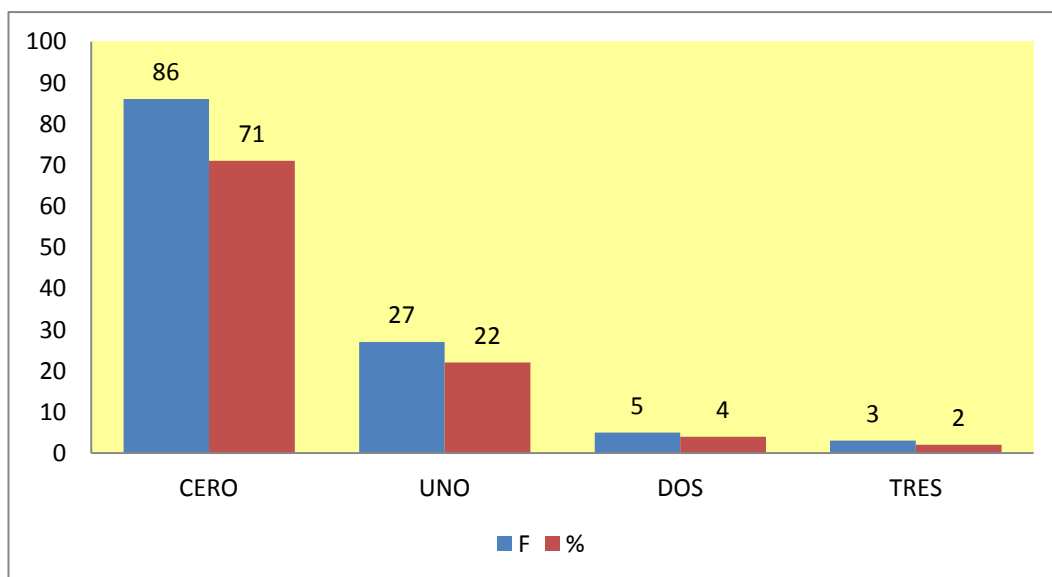
Antonio F. López Sánchez, Elena A. González Romero dice que “Su consistencia es blanda, de color blanco-amarillo. Se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión, varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica”.

Mediante la realización de las fichas clínicas se pudo notar que la mayoría de niños presentaron placa bacteriana grado uno.

GRAFICO N° 8

CALCULO

GRADO	F	%
CERO	86	71
UNO	27	22
DOS	5	4
TRES	3	2
TOTAL	121	100%



Fuente: Fichas clínicas de los niños de la escuela “ENA ALÍ GUILLEN”
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

121 fichas clínicas se obtuvo como resultado que 86 de ellos equivalente al 71% no presenta cálculo, 27 de ellos que equivale al 22% presenta cálculo grado uno, 5 correspondiente al 4% presenta cálculo grado dos, y 3 que corresponde al 2% presenta cálculo grado tres.

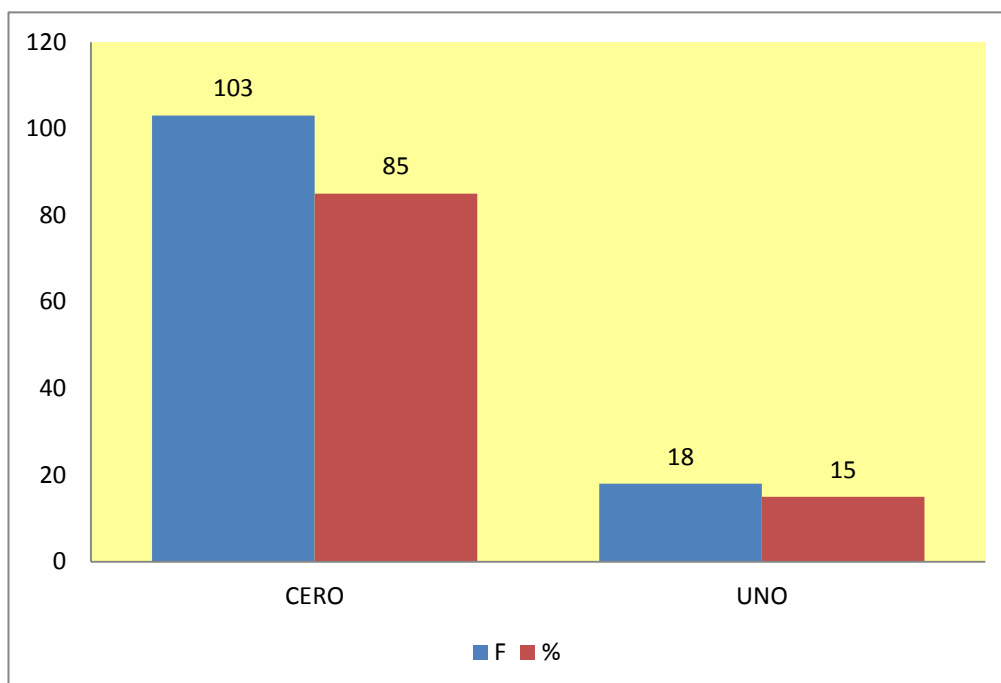
Jan Lindhe, Niklaus P. dice que **“Las acumulaciones del cálculo ocurren en ausencia del cuidado oral adecuado. Una vez que esté formado, se adhiere firmemente a los dientes, suele acumularse mayormente en las caras linguales de los dientes. Se reconoce por ser de consistencia dura, superficie irregular, color café, y sensación de tener la boca amarga”**.

La mayoría no presentaron cálculo.

GRAFICO N° 9

GINGIVITIS

GRADO	F	%
CERO	103	85
UNO	18	15
TOTAL	121	100%



Fuente: Fichas clínicas de los niños de la escuela “ENA ALÍ GUILLEN”
Elaborado por: Tatiana Lopera R. y María Agustina Santana.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 121 fichas clínicas se pudo obtener como resultado que 103 que equivale al 85% de niño no presentan gingivitis mientras que 18 de ellos que corresponde al 15% de niños presenta gingivitis grado 1.

Cawson dice que “La gingivitis es una respuesta inflamatoria de origen infeccioso, debido a las bacterias que se encuentran presentes en la placa bacteriana”

La mayoría de los niños no presento Gingivitis.

CONCLUSIONES

- Los niños de la escuela Ena Alí Guillen, tienen poco conocimiento sobre la importancia de la higiene bucal y los métodos para prevenir las enfermedades orales, ya que los resultados de las encuestas fueron que el 50% de los niños se cepillan antes del desayuno, el 85 % no realiza el cepillado tres veces al día, el 89 % solamente utilizan para cepillar sus dientes cepillo y pasta y el 77% no cuenta con los implementos necesarios para la higiene oral.
- Los padres de los niños de la escuela Ena Alí Guillen tienen escasa cultura preventiva (68%), lo cual incide en la inadecuada higiene oral y hábitos alimenticios de los niños investigados.
- Se pudo comprobar que los niños presentan un alto índice de caries (54%), y el (63%) presentan placa bacteriana, lo que da a entender que existe poco interés de los padres de familia ante la presencia de enfermedades bucales de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cesar Diez Cubas(2005). Flúor y caries, (2^a ed)
2. Marta Negroni (2009) Microbiología Estomatológica (2 ed.)
3. Cawson (2009) Fundamentos de Medicina y Patología Oral (8va ed.)
4. Rudolf Beer y Baumann (2005) Atlas de Endodoncia
5. Stephen Cohen (2007) Vías de la Pulpa
6. Torabinejad y walton Endodoncia edición 2009
7. Darío Cárdenas Jaramillo (2005). Odontología pediátrica, (3^o ed)
8. Gilberto Henostroza Haro (2005). Diagnostico de caires
9. Hernán Villena M (2005). Terapia pulpar.
10. Julio Barrancos Money (2006). Operatoria dental. (4^{ta} ed)
11. J.R. BOJ (2005). Odontopediatria, (2^a ed)
12. María Amelia Jiménez Romera (2008). Odontopediatria en atención primaria. (4^{ta} ed)
13. Philip Sapp (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. (2^a ed)
14. Emili Cuenca Sala (2005). Odontología preventiva y comunitaria, (3^a ed)
15. Antonio F. López Sánchez, Elena A. González Romero. Conceptos básicos de odontoestomatología para el médico de atención primaria. Edición 2005.
16. Benjamín Herazo Acuña. Clínica del sano en Odontología. Edición 2005.
17. E Gutiérrez. P. Iglesias. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. Edición 2009
18. Escobar Fernando. Odontología pediátrica. Edición 2005.
19. Emili Cuenca Sala, Pilar Baca García. Odontología preventiva y comunitaria. 3ra edición 2005.
20. Félix de Carlos Villafranca, Noelia Alfonso Hernández. Higienistas Dentales. Edición 2006.
21. Francisco de Rojas, Vicente Fuenmayor Fernández. Manual De Higiene Bucal - Edición 2009

22. Jan Lindhe, Niklaus P. Periodontología Clínica E Implantología Odontológica, 5ta edición. Volumen 2. Editorial panamericana, año 2009.
23. José Javier Echeverría García. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Edición 2005
24. Joaquín Felipe Llinas, Germán Pareja. Terapéutica dental. Edición 2005
25. María Beatriz Ferro Camargo, Mauricio Gómez Guzmán. Fundamentos de la Odontología. 2da Edición 2007
26. (Liz Brown, Jack Challem. Vitaminas y minerales esenciales para la salud. Edición 2007
27. V. Cortesi Ardizzone. Manual práctico para el auxiliar de Odontología. Edición 2008.)
28. Vicente Laserna Santos. Higiene dental personal diaria. Edición 2008.
29. biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1298.pdf)
30. <http://www.apdent.com/salud03.html>
31. <http://www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml>
32. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>
33. http://endodonciaycirugiaapical.blogspot.com/2009_07_01_archive.html
34. www.med.ufro.cl/odontologia/IMXTANTE.docx
35. <http://www.odontocat.com/altpatpulpa.htm>
36. [://www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml](http://www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml)
37. [es.wikipedia.org/wiki/Cultura\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Cultura)
38. [blogsonrisa.blogspot.com/2009_04_01_archive.html\)](http://blogsonrisa.blogspot.com/2009_04_01_archive.html)
39. [www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/199 \).](http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/199)
40. www.ceacmf.cl/Prevencion.html
41. www.solohijos.com/html/articulo.php?idart=263
42. www.perio.org/consumer/children.sp.htm
43. blognutricion.com/tag/estres/page/3/
44. www.terra.es/personal/duenas/15.htm
45. <http://laodontologia.blogspot.com/2008/07/sellador-de-fosas-y-fisuras.html>
46. sellantesdentales.blogspot.com
47. (www.dentagora.com)

48. www.monografias.com
49. (<http://html.rincondelvago.com/higiene-bucodental.html>)
50. <http://www.saludalia.com>
51. <http://odontologiasalud.blogspot.com>
52. www.sumedico.com
53. (www.tuodontologo.com)
54. (<http://www.salud.com/salud-dental/higiene-bucal-desde-chiquitos.asp>)
55. (www.clinicagoldenberg.com)
56. (www.renuevadental.com)
57. (www.salud.com/)
58. (www.geosalud.com/saluddental/halitos2.htm)
59. (www.blanqueamientodental.com/HALITOSIS)
60. (www.nectar.es/es/index.asp)
61. (<http://www.salud.com/salud-dental/el-sarro-y-sus-implicaciones.asp>)
62. (es.wikipedia.org/wiki/Gingivitis)
63. (www.salud.com/enfermedades/gingivitis.asp)
64. (www.ferato.com/wiki/index.php/Gingivitis)
65. (<http://losdientes.info/sarro-dental>)
66. (<http://www.encyclopediaspana.com>)
67. (<http://infodent.galeon.com>)
68. (www.Losdientes.info/sarro-dental)
69. (www.ferato.com/wiki/index.php/Gingivitis)
70. (www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental)

PROPUESTA

IDENTIFICACION DEL PROYECTO

Charlas educativas de salud oral a los niños y padres de la escuela Ena Alí Guillen de la ciudad de Portoviejo.

ENTIDAD EJECUTORA

Departamento de odontología del Sub centro San Cristóbal de Portoviejo.

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Educación para la salud.

LOCALIZACIÓN GEOGRAFICA

La escuela “Ena Alí Guillem”, se encuentra ubicada en la ciudad de Portoviejo, parroquia 12 de marzo, ciudadela San Cristóbal, calle Atanasio Santos.

JUSTIFICACIÓN

En la investigación realizada a los niños comprendidos en las edades de 8 y 9 años que estudian en la escuela Ena Alí Guillen se pudo comprobar la escasa cultura preventiva de los padres y por ende de los niños, la cual influye en el desarrollo de enfermedades bucales en los mismo. Es necesario realizar charlas para capacitar, concienciar e incentivar a niños y a padres, sobre hábitos higiénicos y alimenticios y su importancia en la salud oral para así evitar o disminuir las enfermedades orales en los niños.

Cabe recalcar que la motivación del paciente es necesaria para que tome conciencia sobre la importancia de su salud oral. Sin embargo, este proceso debe ser continuo, ya que en una sola sesión de enseñanza, no se lograría obtener los resultados deseados, para lo cual se debe disponer de afiches colocados en lugares estratégicos para que sean leídos por padres y niños

MARCO INSTITUCIONAL

La escuela Ena Alf Guillen ubicada en la calle Atenacio Santos de la Ciudadela San Cristóbal de la ciudad de Portoviejo; fue fundada el 22 de mayo de 1962 con esfuerzo de los moradores del lugar. Su primera directora fue la Sra. Teresa Intriago y contaba con 18 estudiantes.

En el año 2002 dotaron a la escuela con equipos de cocina, para así favorecer el funcionamiento del programa de almuerzo escolar.

En el 2008 la escuela ya contaba con instalaciones de teléfono, internet, y aulas confortables para un mejor empeño de los estudiantes.

De esa fecha hasta la actualidad la escuela ha crecido tanto en infraestructura como en estudiantes y cuenta con los servicios del Subcentro “San Cristóbal” ubicado frente a la misma.

Gracias a este y a la colaboración de su directora Lic. Brenda Santos de Navia la escuela cuenta con atención médica y odontológica gratuita para sus 422 estudiantes.

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y CLIMATOLÓGICAS

Sus límites son:

Al norte: Calle Atanasio Santos.

Sur: Calle Eudoro Loo.

Este: Calle 26 de junio.

Oeste: Ciudadela 1ro de Mayo.

Tipo de terreno: es irregular, durante el verano es polvoso, en el invierno se vuelve muy lodoso.

Clima: como parte de la costa tiene clima tropical, con estaciones anuales de invierno y verano.

OBJETIVOS

GENERAL

Mejorar la cultura preventiva de los niños y padres de la escuela “Ena Alí Guillem.”

ESPECIFICOS

- Concienciar a los niños y padres sobre la importancia de mantener una buena higiene bucal.
- Motivar a los padres, para que participen directamente en la higiene oral de sus hijos.
- Incentivar a los niños para que pongan en práctica los distintos métodos de prevención de las enfermedades bucales.
- Facilitar los implementos básicos de higiene bucal, para así promover la salud oral de los niños.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Debido a la escasa cultura preventiva que presentan los padres y niños de la escuela Ena Alí Guillem, con esta propuesta se mejoro los conocimientos sobre salud bucal, mediante la realización de charlas, las cuales incluirán temas de prevención, higiene oral y alimentación, además la colocación de afiches en lugares estratégicos para de esta manera incentivar a una correcta higiene oral y así evitar futuras enfermedades, o si las presentan realizar un tratamiento adecuado.

BENEFICIARIOS

Los niños de la escuela Ena Alí Guillem.

DISEÑO METODOLÓGICO

- Se realizó un cronograma de actividades, en la cual se establecerán las fechas para dictar las charlas.
- Se dictó las charlas sobre temas de prevención, que incluyen: técnicas de cepillado, alimentos que se debe consumir, uso del hilo dental y enjuague bucal, además se entregaran trípticos que servirán como material de apoyo, tanto a padres e hijos.
- Se facilitó los implementos básicos necesarios para la higiene oral.
- Se hizo la entrega a la directora de la escuela, una gigantografía ilustrativa sobre las medidas de prevención oral.
- Se planteó que los nuevos internos que lleguen al departamento de odontología del subcentro “San Cristóbal”, se encarguen de seguir adelante con la propuesta, dando charlas educativas para mejorar la cultura preventiva de los padres y estudiantes de la escuela Ena Alí Guillem de la ciudad de Portoviejo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA	MESES							
	DICIEMBRE				ENERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
SOCIALIZACIÓN	X							
CHARLAS A LOS PADRES DE FAMILIA Y ENTREGA DE TRÍPTICOS		X						
CHARLAS A LOS ESTUDIANTES Y ENTREGA DE TRÍPTICOS IMPLEMENTOS PARA LA HIGIENE ORAL.			X					
ENTREGA DE BANNERS					X			

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS	CANTIDAD	P. UNIT	P. TOTAL	FUENTE
Cronograma de actividades	Hoja bond	10	0.03	0.30	Autoras
	Tinta	1	25.00	25.00	Autoras
	Materiales de oficina		5	5	Autoras
Charlas educativas y entrega de trípticos e implementos de higiene oral	Fantoma	1	25.00	25.00	Autoras
	Trípticos	2	3.00	6.00	Autoras
	originales	242	0.3	7.26	Autoras
	Trípticos	4	1	4.00	Autoras
	copias	121	0.50	60.50	Autoras
Entrega de material	Transporte				
	Implementos de higiene				
	Gigantografí	2	17	34.00	Autoras
	a	4	1	4.00	Autoras
	Transporte				

SOSTENIBILIDAD

La propuesta es sostenible porque:

El personal directivo de la escuela se compromete a dar sostenibilidad a la propuesta por medio de la réplica de los conocimientos adquiridos durante las charlas educativas y también brindar todo el apoyo a los futuros internos, para continuar con la educación y así mejorar la cultura preventiva.

Es importante recalcar que los padres fueron capacitados para mantener una educación preventiva en los hogares y así disminuir las enfermedades bucales en los niños de la escuela.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

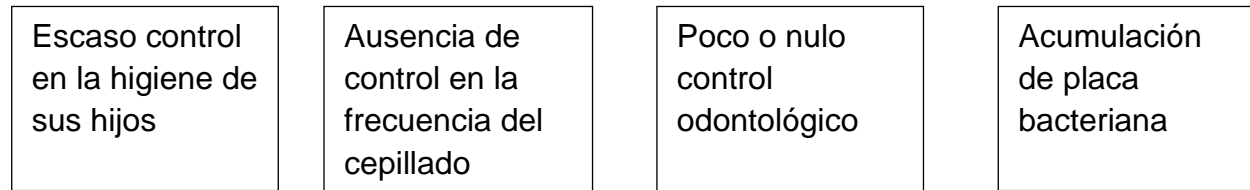
Realizado por las autoras de la investigación.

A n e x o

I

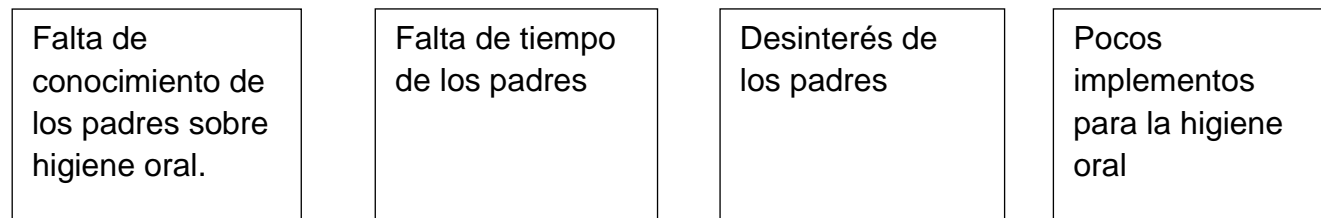
ANEXO 1
ARBOL DEL PROBLEMA

EFECTOS



Presencia de enfermedades bucales en los niños de la escuela
"Ena Alí Guillen"

CAUSAS



CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN

Modo de tarea	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	Predecesoras	Nombres de los recursos
Programada automáticamente	DISEÑO DEL PROYECTO DE TESIS	36 días	lun 06/09/10	lun 25/10/10		
Programada manualmente	Capacitación sobre diseño de proyectos	30 días	lun 06/09/10	vie 15/10/10		Docente de proyectos de tesis
Programada manualmente	Elaboración del borrador del proyecto	30 días	lun 06/09/10	vie 15/10/10	2	Autoras de tesis
Programada manualmente	Presentación del proyecto	1 día	lun 18/10/10	lun 18/10/10	3	Autoras de tesis
Programada manualmente	Defensa del proyecto y correcciones de errores	1 día	lun 25/10/10	lun 25/10/10	4	Autoras de tesis.Docente de proyectos de tesis
Programada manualmente	APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	1 día?	lun 25/10/10	lun 25/10/10		
Programada manualmente	Presentación del proyecto en especies valoradas	1 día	mar 19/10/10	mar 19/10/10	4	Autoras de tesis
Programada manualmente	Designación del Tutor de tesis	1 día	mié 27/10/10	mié 27/10/10	7	Coordinadora de la Facultad de Odontología
Programada	RECOPIACIÓN	45 días	lun	vie		Autoras de tesis

manualmente	DE LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA		06/09/10	05/11/10		
Programada manualmente	Recopilación de textos acordes con el tema investigado	25 días	lun 13/09/10	vie 15/10/10		
Programada manualmente	Selección de la información bibliográfica	5 días	lun 18/10/10	vie 22/10/10	10	Autoras de tesis
Programada manualmente	Depuración de los contenidos	10 días	lun 25/10/10	vie 05/11/10	11	Autoras de tesis
Programada manualmente	REDACCIÓN DEL MARCO TEÓRICO	18 días	mié 17/11/10	vie 10/12/10		
Programada manualmente	Redacción del marco teórico	1 día	mié 17/11/10	mié 17/11/10		Autoras de tesis
Programada manualmente	Correcciones del marco teórico	9 días	mar 30/11/10	vie 10/12/10	14	Tutor de Tesis
Programada manualmente	APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	4 días	jue 09/12/10	mar 14/12/10		
Programada manualmente	Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	2 días	jue 09/12/10	vie 10/12/10		
Programada	Aplicación de	2 días	lun 13/12/10	mar 14/12/10	17	Autoras de tesis

manualmente	las encuestas		0	0		
Programada manualmente	TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	7 días	mié 15/12/1 0	jue 23/12/1 0		
Programada manualmente	Tabulación de los resultados	3 días	mié 15/12/1 0	vie 17/12/1 0		Autoras de tesis
Programada manualmente	Graficación estadística de la información	2 días	vie 17/12/1 0	sáb 18/12/1 0		Autoras de tesis
Programada manualmente	Análisis e interpretación de los resultados	3 días	dom 19/12/1 0	mar 21/12/1 0	21	Autoras de tesis.Tutor de Tesis
Programada manualmente	Evaluación del alcance de los objetivos específicos	2 días	mié 22/12/1 0	jue 23/12/1 0	22	Autoras de tesis
Programada manualmente	REDACCIÓN DE LAS CONCLUSIONES	3 días	lun 27/12/1 0	mié 29/12/1 0		
Programada manualmente	Redacción de las conclusiones	3 días	lun 27/12/1 0	mié 29/12/1 0		Autoras de tesis.Tutor de Tesis
Programada manualmente	DISEÑO DE LA PROPUESTA	0 días	jue 07/01/1 0	jue 07/01/1 0		
Programada manualmente	Planificación de la propuesta	1 día	mar 28/12/1 0	mar 28/12/1 0		Autoras de tesis.Tutor de Tesis

Programada manualmente	Elaboración de la propuesta	3 días	lun 03/01/1 1	mié 05/01/1 1	27	Autoras de tesis.Tutor de Tesis
Programada manualmente	Correcciones del diseño de la propuesta	2 días	jue 06/01/1 1	vie 07/01/1 1	28	Autoras de tesis.Tutor de Tesis
Programada manualmente	REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	2 días	sáb 08/01/1 1	lun 10/01/1 1		
Programada manualmente	Redacción del borrador del informe final	2 días	sáb 08/01/1 1	dom 09/01/1 1		Autoras de tesis.Tutor de Tesis
Programada manualmente	Correcciones del borrador del informe final	1 día	lun 10/01/1 1	lun 10/01/1 1	31	Autoras de tesis.Tutor de Tesis
Programada manualmente	CORRECCIÓN DEL INFORME FINAL	6 días	lun 10/01/1 1	sáb 15/01/1 1		
Programada manualmente	Presentación del borrador del informe final para correcciones	1 día	lun 10/01/1 1	lun 10/01/1 1		Autoras de tesis
Programada manualmente	Correcciones finales del borrador del informe	1 día	sáb 15/01/1 1	sáb 15/01/1 1		Tutor de Tesis
Programada manualmente	DEFENSA DEL INFORME FINAL	1 día	sáb 12/02/1 1	sáb 12/02/1 1		
Programada	Aprobación	1 día	sáb 12/02/1	sáb 12/02/1		Coordinadora de la Facultad de

manualmente	de la tesis		1	1		Odontologia.Doce nte de proyectos de tesis.Tutor de Tesis
--------------------	--------------------	--	----------	----------	--	--

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN.

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuente de financiamiento	
					Autogestión	Aporte ext.
Fotocopias	600	Unidad	0.03	18.00	18.00	-
Papel	3	Resma	5.00	15.00	13.50	-
Internet	2	Meses	35.00	70.00	70.00	-
Tinta	3	Tóner	28.00	84.00	84.00	-
encuadernación	3		5.50	16.50	16.50	-
total	411		62.01	203.50	203.50	-

Anexo

II



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FORMULARIO DE ENCUESTAS**

Encuesta dirigida a los padres de los niños de la escuela “ENA ALI GUILLEN”.

SOBRE:

Cultura preventiva y su incidencia en las enfermedades bucales de los niños de la escuela “ENA ALI GUILLEN”.

Indicaciones:

- a) Esta encuesta es parte de una tesis de grado requisito para la obtención del título de odontólogos, por lo cual es necesario que responda todas las preguntas del formulario.
- b) la encuesta es anónima con la finalidad que sus expresiones sean verdaderas.
- c) marque con una x la respuesta que usted crea correcta, según su criterio personal.
- d) Se le agradece desde ya su colaboración al responder estas preguntas.

Contenido

1. Su hijo ha presentado alguno de los siguientes problemas bucales?
 - a. Caries ()
 - b. Dolor intenso de sus dientes o muelas ()

- c. sangrado de las encías ()
- d. mal aliento ()
- e. ninguna ()
- f. no sabe ()

2. Cuál cree usted que es la edad correcta para comenzar con el cuidado de los diente de sus hijos? (o.e.6)

- a. Cuando aparece el primer diente ()
- b. 2 años ()
- c. 4 años ()
- d. 6 años ()
- e. Cuando presenta alguna molestia ()

3. Cuál de estos métodos emplea usted para prevenir las enfermedades bucales?(o.e.6)

- a. El cepillado dental una vez al día ()
- b. El cepillado dental 3 veces al día ()
- c. Visitar al odontólogo ()
- d. Ninguna ()

4. En este año cuantas veces ha llevado a su hijo al consultorio odontológico? (o.e.5)

- a. 1 vez al año ()
- b. 2 veces al año ()
- c. Solo cuando presento algún tipo de molestia ()
- d. Ninguna ()

5. Cuál de estos implementos utiliza para el aseo oral de su hijo?

- a. Cepillo y pasta dental ()
- b. Cepillo, pasta y enjuague bucal ()
- c. Solo cepillo ()
- d. Ninguno ()
- e. Otros ()

6. Su hijo (a) se cepilla los dientes:

- a. Una vez al día ()
- b. Dos veces al día ()
- c. Tres veces al día ()
- d. Después de cada comida ()
- e. Ninguna ()
- f. No sabe ()

7. Con quien realiza el cepillado dental su hijo?

- a. Solo ()
- b. Con ayuda de la mama o del papa ()

8. Cada qué tiempo cambia el cepillo dental de su hijo?

- a. Cada tres meses ()
- b. Cada año ()
- c. Cuando se daña ()
- d. Nunca ()

9. Si su niño presenta dolor en las muelitas q tratamiento considera usted que se le deba realizar?

- a. Le da una pastilla ()
- b. Hace que se cepille o enjuague la boca ()
- c. Lo lleva a recibir atención profesional ()
- d. No hace nada y espera que se caiga sola ()

10. Ha recibido charlas educativas sobre higiene oral?

- a. En el SCS ()
- b. En la escuela ()
- c. Nunca ha recibido charlas ()

11. Que alimentos predominan en las comidas (desayuno, almuerzo y merienda) de su hijo(a)?

- a. Verduras ()
- b. Frutas ()
- c. Carnes ()
- d. Plátano ()
- e. Papas ()
- f. Fideos ()
- g. Jugos naturales ()
- h. Jugos industrializados ()
- i. Colas ()

12. Que alimentos consume su hijo entre comidas y en el recreo de la escuela?

- a. Galletas ()
- b. Frutas acidas ()
- c. Panes ()

- d. Colas ()
- e. Caramelos ()
- f. Chicles ()
- g. Frutas ()
- h. Jugos industrializados ()
- i. No sabe ()



**UNIDAD EDUCATIVA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FORMULARIO DE ENCUESTAS**

Encuesta dirigida a los niños de la escuela “ENA ALI GUILLEN”.

SOBRE:

Cultura preventiva y su incidencia en las enfermedades bucales de los niños de la escuela “ENA ALI GUILLEN”.

Indicaciones:

- a) Esta encuesta es parte de una tesis de grado q nos va a permitir obtener el título de odontólogos, por lo cual requerimos que responda todas las preguntas del formulario.**
- b) la encuesta es anónima con la finalidad de dar a sus expresiones.**
- c) marque con una x la respuesta q usted crea correcta, según su criterio personal.**
- d) Se le agradece desde ya su colaboración al responder estas preguntas.**

Contenido

- 1. En la mañanas te cepillas los dientes?**
 - a. antes del desayuno ()
 - b. Después del desayuno ()
 - c. No se cepilla ()

2. Cuantas veces al día te cepillas los dientes?

- a. Una ()
- b. Dos ()
- c. Tres ()
- d. Cuando te acuerdas ()
- e. Ninguna ()

3. ¿Qué utilizas para limpiar tus dientes?

- a. Solo cepillo y agua ()
- b. Cepillo y pasta ()
- c. Ninguno ()

4. Completas tu limpieza bucal con el uso de

- a. Hilo dental ()
- b. enjuague bucal ()
- c. no utilizas ninguno ()

5. ¿Tus papas te ayudan a cepillar tus dientes?

- a. Si ()
- b. No ()

6. Que acostumbras a comer en el recreo?

- a. Caramelos ()
- b. Desayuno escolar ()
- c. Chitos y Galletas ()

d. Otros ()

e. Ninguno ()

7. Cuando tus papas te llevan al odontólogo?

a. Cuando t exige la escuela ()

b. Cuando tienes caries ()

c. Cuando te duele las muelitas ()

d. Nunca ()

8. Has recibido charlas sobre cepillado dental correcto

A. en el subcentro ()

B. en la escuela ()

C. en la televisión ()

D. de tus padres ()

E. no sabe ()

Historia clínica dental

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 -19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA	ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.

6 ODONTOGRAMA	PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA																																																																
<p>RECESIÓN</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> </tr> </table> <p>MOVILIDAD</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>VESTIBULAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	17	16	15	14	13	12	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>RECESIÓN</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> </table> <p>MOVILIDAD</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>VESTIBULAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
18	17	16	15	14	13	12	11																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
21	22	23	24	25	26	27	28																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
<p>LINGUAL</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>83</td><td>81</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	54	53	52	51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	84	83	83	81	<p>LINGUAL</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61	62	63	64	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71	72	73	74	75																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
55	54	53	52	51																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
85	84	83	83	81																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
61	62	63	64	65																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
71	72	73	74	75																																																													
<p>VESTIBULAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> </tr> </table> <p>MOVILIDAD</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>RECESIÓN</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>VESTIBULAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table> <p>MOVILIDAD</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>RECESIÓN</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
48	47	46	45	44	43	42	41																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
31	32	33	34	35	36	37	38																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL					
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
			0 - 1 - 2 - 3 -	0 - 1 - 2 - 3 -	0 - 1
16	17	55			
11	21	51			
26	27	65			
36	37	75			
31	41	71			
46	47	85			
TOTALES					

8 ÍNDICES CPO-ceo				
	C	P	O	TOTAL
D				
d				
	c	e	o	TOTAL

Actividades con los padres de familia de la Escuela “Ena Ali Guillén.”

Elaboración de las encuestas





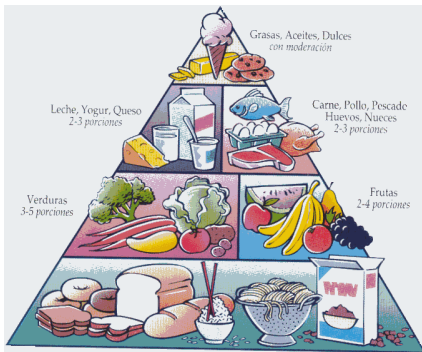
Actividades con los niños de la Escuela “Ena Ali Guillén.”

Elaboración de las encuestas

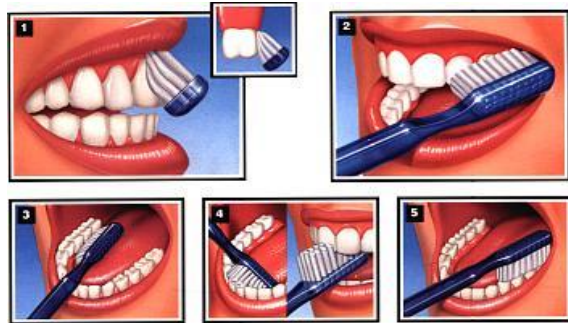


ANEXO 2

(Grafico # 1, pág. 14)



(Grafico #2, pág. 20)



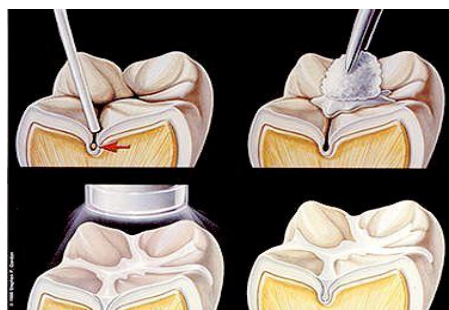
(Grafico #3, pág. 21)



(Grafico #4, pág. 25)



(Grafico #5, pág. 29)



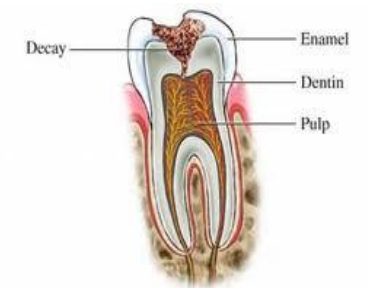
(Grafico # 6, pág. 36)



(Grafico # 7, pág. 38)



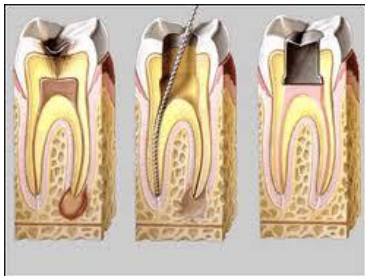
(Grafico # 8, pág. 42)



(Grafico # 9, pág. 47)



(Grafico # 10, pág. 55)



(Grafico # 11, pág. 56)



Anexo

III

Portoviejo, 17 de noviembre del 2010

Sra.

Directora de la Escuela Ena Alí Guillen.

Ciudad.

De mis consideraciones

María Agustina Santana y Tatiana Verónica Lopera ,Egresadas de la Facultad de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, nos dirigimos a usted muy comedidamente, para comunicarle que hemos escogido este centro educativo que usted dignamente dirige para realizar nuestra tesis de grado, cuyo tema es "**CULTURA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES BUCALES EN LOS NIÑOS DE 8 Y 9 AÑOS DE LA ESCUELA ENA ALI GUILLEN**" ,por lo que solicitamos a usted se nos permita realizar encuestas a padres de familia y niños, las cuales servirán para el desarrollo de nuestro tema .

Contando con su aprobación de antemano se le agradece su gentileza.

De usted atentamente

Tatiana Verónica Lopera

María Agustina Santana

ACTA DE COMPROMISO

A los veintiún días del mes de diciembre del año 2010, en la Dirección de la Escuela Fiscal Ena Alí Guillem de la ciudad de Portoviejo; comparecen por una parte las señoritas Egresadas en Odontología, María Agustina Santana Mendoza y Tatiana Verónica Lopera Rodríguez; y, por la otra parte la Licencia Brenda Santos de Navia ,Directora del plantel, con la finalidad de firmar el Acta de entrega - recepción, de una gigantografía y trípticos que servirán de material de apoyo, como parte de la propuesta de investigación “ **CULTURA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES BUCALES EN LOS NIÑOS DE 8 Y 9 AÑOS DE LA ESCUELA ENA ALI GUILLEN**”; de igual manera dejar constancia que el compromiso de la escuela sea que los docentes tomen a su cargo la difusión de técnicas de cepillado, uso de la seda dental y una correcta alimentación, a través de charlas educativas , todo lo cual se impartirá en el horario que se considere pertinente.

María Agustina Santana

Egresada

Tatiana Verónica Lopera

Egresada

Directora

Charlas educativas sobre salud oral a los padres de familia y profesores de la escuela.



Entrega de trípticos a los padres de familia



Técnica de cepillado dental



Entrega de cepillos dentales





Entrega del material de apoyo, para contribuir a la salud oral.

