



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

Previa a la obtención del título de:

ODONTÓLOGO

TEMA:

“Investigación de la cultura preventiva y su incidencia en las lesiones pulpares de piezas temporarias”

AUTORA:

GEMA ELIZABETH MONTES INTRIAGO

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Tatiana Moreira Solórzano, Mg. G.e.

Portoviejo - Manabí- Ecuador

2013

## CERTIFICACIÓN

DRA. TATIANA MOREIRA SOLÓRZANO, Mg. G.E. CERTIFICO: que la alumna Gema Elizabeth Montes Intriago es la autora de la tesis titulada “investigación de la cultura preventiva y su incidencia en las lesiones pulpares de piezas temporarias”.

---

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. G.e.

DIRECTORA DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

“Investigación de la cultura preventiva y su incidencia en las lesiones pulpares de piezas temporarias”

PROPUESTA ALTERNATIVA

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizado y examinado por el Honorable Consejo de Unidad Académica, como requisito previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

\_\_\_\_\_  
Dra. Ángela Murillo A. Mg. Sp.  
Coordinadora de la carrera

\_\_\_\_\_  
Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg.G.e.

\_\_\_\_\_  
Dr. Fabricio Loor Alarcón Mg.G.e.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

\_\_\_\_\_  
Dra. Bernardita Navarrete Mg. G.e.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

## DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo, titulado “Investigación de la cultura preventiva y su incidencia en las lesiones pulpares de piezas temporarias”, pertenece exclusivamente a la autora.

Gema Elizabeth Montes Intriago

## AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el camino de orientación y seguridad de mis actos.

Mis sinceros reconocimientos y expresión de gratitud infinita a varios docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, quienes colaboraron y despejaron mis dudas e inquietudes y supieron guiarme con sus conocimientos en el momento que los necesité.

Gema Elizabeth Montes Intriago

## DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de tesis a Dios por ser el dador de la sabiduría, por haberme permitido alcanzar una de mis metas en mi vida.

A mis padres, el Ab. José Guillermo Montes Chávez por el gran apoyo que me ha dado para seguir adelante, y a mi madre, la Ing. Felicidad Intriago, ya que con su gran corazón y esfuerzo, hicieron posible este sueño.

A mi querida sobrina Michelle Macías, que a pesar de su corta edad supo apoyarme incondicionalmente y llevar mis pacientes a las clínicas de la Universidad.

A todas aquellas personas que de una u otra manera aportaron en la dura tarea de mi carrera: de manera muy especial a mis hermanos, quienes estuvieron siempre para apoyarme. Dedico mi trabajo para demostrarles que vuestros esfuerzos hoy plasman el éxito, desde luego por mi parte con gran sentido de responsabilidad para enfrentar un nuevo reto en mi vida profesional.

Gema Elizabeth Montes Intriago

## SUMARIO

La presente investigación tiene por objetivo determinar la incidencia de la cultura preventiva en las lesiones pulpares de piezas temporarias

En esta investigación se indaga el conocimiento de medidas preventivas por parte de los padres para relacionarlo con la presencia de lesiones pulpares; establecer un control radiográfico para valorar las lesiones pulpares, identificar los hábitos alimenticios y su influencia en la odontalgia e investigar el uso de sustancias anodinas y su relación con la irritación de la pulpa dentaria.

El desconocimiento de medidas, el poco control odontológico, los hábitos alimenticios inadecuados, y el uso de sustancias anodinas de los padres de familia con sus hijos son uno de los factores que intervienen en la presencia de lesiones pulpares en piezas temporarias, brindar una mejor preparación y capacitación a través de charlas y trípticos es la motivación en la sociabilización de esta investigación.

La muestra investigada es de 100 niños atendidos en las clínicas de la USGP del área de odontopediatría, en donde se realizaron encuestas y fichas clínicas de observación.

La investigación presenta los siguientes capítulos:

El capítulo I presenta lo siguiente:

El planteamiento del problema y su formulación, en donde se detalla varios casos de lesiones pulpares de distintos lugares en donde se han realizado investigaciones sobre la intensidad de las lesiones pulpares y sus posibles causas y consecuencias.

La justificación de la investigación en la cual se conoce no solo cuál es su importancia, sino que también su innovación, impacto, su aporte científico en las ramas de odontopediatría, y su factibilidad.

Los objetivos de la investigación, los cuales se han cumplido durante el proceso de su elaboración.

La hipótesis, la cual predice que la cultura preventiva odontológica de los padres incide significativamente en la formación de las lesiones pulpares, se ratifica con la investigación.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico, dentro del cual se encuentra el marco institucional y las dos variables a investigar: cultura preventiva y lesiones pulpares. El marco institucional presenta y detalla la historia de la universidad San Gregorio desde su creación, sus propósitos, sus procesos académicos y su última instalación, la cual ya es propia.

En el capítulo III se explica la metodología de la investigación, en la cual se detalla el tipo y la modalidad de la investigación, los niveles que se utilizaron para poder realizarla, las técnicas utilizadas, los instrumentos necesarios para poder llegar a los resultados obtenidos, y los recursos tanto materiales como tecnológicos indispensables, así como también el talento humano.

En el capítulo IV se muestran los resultados de la investigación por medio de gráficos y mediante el análisis y la interpretación de los resultados de las encuestas dirigidas a los padres y de las fichas de observación realizadas a los pacientes del área de odontopediatría de las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.



El capítulo V el cual describe la propuesta alternativa, la misma que se pudo realizar por medio de un diseño metodológico, un cronograma de ejecución, un presupuesto, y gracias al apoyo de las autoridades de la USGP, y a la colaboración de los padres de familia que llevan a sus hijos con lesiones dentales a ser atendidos en las clínicas en el área de odontopediatría.

Esta investigación consta de dos partes: la parte bibliográfica donde se utilizaron libros, revistas científicas, y páginas web para realizar el contenido del marco teórico, y demostrando así la relación de la cultura preventiva con la aparición de lesiones pulpares en piezas temporarias; y la parte práctica donde se desarrolló la investigación de campo, mediante encuestas y fichas de observación que proporcionaron la información para poder obtener los resultados plasmados en las conclusiones.

Finalmente se exponen las conclusiones a las que se llega una vez realizada la investigación.

## SUMMARY

This research aims to determine the incidence of injury prevention culture in the pulp of acting parts.

This research investigates the knowledge of preventive measures on the part of parents for linking with pulpar lesions; establish a radiograph to assess pulpal lesions, identify eating habits and their influence on tooth demineralization through dmf e Investigate harmless substance use and its relationship to the irritation of the dental pulp.

The lack of action, the dental little control, poor dietary habits, and substance use anodyne of parents with their children are one of the factors involved in the pulp lesions in acting parts, provide better preparation and training through lectures and brochures is the motivation of this research socialization.

The investigated sample of 100 children seen in clinics USGP dentistry area where surveys were conducted observation and medical records.

The research has the following chapters:

The chapter presents the following:

The statement of the problem and its formulation, in which details several cases of pulpar lesions of different places where research has been conducted on the intensity of pulp injuries and possible causes and consequences.

The rationale for the research on which it is known which is not only important, but also their innovation, impact, scientific contribution in the fields of dentistry, and feasibility.

The objectives of the research, which have been met during the drafting process. The hypothesis, which predicts that dental preventive culture of parents significantly influence the formation of lesions pulp, is ratified with the investigation.

Halter II develops the theoretical framework, within which is the institutional framework and to investigate the two variables: injury prevention culture and pulp. The institutional features and details its history since its creation, its purpose, its academic processes and their latest installation, which already own.

Chapter III describes the research methodology, which details the type and mode of research, levels that were used to perform it, the techniques used, the necessary tools to reach the results, and technological resources necessary both material as well as human talent.

In Chapter IV shows the results of the investigation by means of graphs and through analysis and interpretation of the results of surveys of parents and observation forms made to area patients of pediatric dentistry clinics University of San Gregorio Portoviejo.

Chapter V which describes the alternative proposal, the same that could be performed by a methodological design, an implementation schedule, budget, and with the support of the authorities of the USGP, and the cooperation of parents to bring their children with dental injuries to be treated at the clinics in the area of pediatric dentistry.

This research consists of two parts: the literature which used books, scientific journals, and websites for the content of the framework, and demonstrating the

relationship of culture with the emergence of preventive pulpal lesions in acting parts, and developed practical part where field research, surveys and observation forms that provided the information to get the results reflected in the conclusions. Finally, we report the conclusions that are drawn once the investigation.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

### PAGINAS PRELIMINARES

Certificación de la directora de tesis	ii
Certificación del tribunal	iii
Declaratoria de autoría	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
SUMARIO	vii
SUMARY	x

INTRODUCCIÓN	1
--------------	---

ANTECEDENTES	2
--------------	---

### CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA	6
----------------	---

1.1. Planteamiento del problema	6
---------------------------------	---

1.2. Formulación del problema	8
-------------------------------	---

1.3. JUSTIFICACIÓN	8
--------------------	---

1.4. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS	10
-----------------------------------	----

1.4.1 Objetivo general	10
------------------------	----

1.4.2 Objetivos específicos	10
-----------------------------	----

1.5 Hipótesis	11
---------------	----

### CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	12
------------------	----

2.1 MARCO INSTITUCIONAL	12
-------------------------	----

2.2 CULTURA PREVENTIVA	14
------------------------	----

2.2.1 Definición	14
------------------	----

2.2.2 Niveles de prevención	16
-----------------------------	----

2.2.3 Higiene dental	19
----------------------	----

2.2.4 Hábitos alimenticios	28
----------------------------	----

2.2.5 Control odontológico	52
----------------------------	----

2.2.6 Medidas de prevención en el control odontológico	53
--	----

2.2.7 Sustancias anodinas	58
---------------------------	----

2.2.3 LESIONES PULPARES	61
2.3.1 Definición	61
2.3.2 Etiología	61
2.3.3 Clasificación	64
2.3.4 Diagnóstico	68
2.3.5 Pruebas de vitalidad	74
2.3.6 DIENTES TEMPORARIOS	80
2.3.6.1. Características generales	81
2.3.6.2. Secuencia de guía para padres de la dentición temporal a Permanente	81
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	87
3.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	87
3.2 NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	87
3.3 TÉCNICA	88
3.4 INSTRUMENTOS	88
3.5 RECURSOS	89
3.5.1 Talento humano	89
3.5.2 Tecnológicos	90
3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA	90
3.6.1 Población	90
3.6.2 Tamaño de la muestra	90
3.6.3. Tipo de muestreo	91
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	92
4.1 Análisis e interpretación de los resultados de la encuesta	92
4.2 Análisis e interpretación de los resultados de la ficha de observación	144
4.3 análisis e interpretación de la matriz de observación a las historias clínicas.	175

Conclusiones	187
Recomendaciones	189

## **CAPÍTULO V**

<b>5. PROPUESTA ALTERNATIVA</b>	190
5.1 Fecha de presentación	190
5.2 Entidad ejecutora	190
5.3 Clasificación de la propuesta	190
5.4 Localización geográfica	190
5.5 Antecedentes y justificación	191
5.6 Marco institucional	192
5.7Objetivos	192
5.8 Descripción de la propuesta	192
5.9 Beneficiarios	193
5.10 Diseño metodológico	193
5.11 Cronograma de ejecución	194
5.12 Presupuesto	195

## BIBLIOGRAFÍA

## ANEXOS

### **ÍNDICE DE LOS CUADROS Y GRAFICOS**

#### **4. 4.RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA USGP.**

<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 1</b>	92
-------------------------------	----

¿Cree usted que el desconocimiento de medidas preventivas fue la causa de la aparición de las lesiones pulpares en los dientes temporarios de su niño?

<b>CUADRO No. 2</b>	94
¿Cuál cree usted que fue la causa de la lesión dental?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 3</b>	96
¿Conoce usted sobre medidas preventivas odontológicas,Cuál de ellas	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 4</b>	98
Cuántas veces al día se cepilla su hijo o apoderado?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No 5</b>	100
¿Para evitar molestias en la boca del niño cada qué tiempo es Necesario que le realicen un chequeo odontológico?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 6</b>	102
¿Enseña usted a su hijo que se cepille los dientes todos los días Para mantenerlos sanos?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 7</b>	104
Qué técnica de cepillado dental usa su niño?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 8</b>	106
¿Cuál de los siguientes medios dentales usa el niño para la higiene oral diaria?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 9</b>	108
¿Al cepillar los dientes, su hijo también se cepilla la lengua?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 10</b>	110
¿Si el niño se cepilla la lengua, Qué técnica utiliza?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 11</b>	112
¿Dentro de la dieta diaria del niño, cuál de los siguientes Alimentos consume con mayor frecuencia?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 12</b>	114
¿Refiere el niño dolor ante la ingesta de alimentos?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 13</b>	116
¿Se alimenta el niño entre comidas?	



<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 14</b>	118
Cuántas veces en el año lleva al niño a realizar el control odontológico?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 15</b>	120
¿Cuántas veces al día como su hijo o apoderado?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 16</b>	122
¿En el desayuno cual de los siguientes alimentos consume su niño con mayor frecuencia?	
 <b>CUADRO Y GRÁFICO N° 17</b>	 124
¿Qué alimentos consume su niño en el almuerzo más a menudo?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 18</b>	126
¿Qué alimentos prefiere usted darle a su hijo para que coma en la merienda?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 19</b>	128
¿Cuál de las siguientes bebidas consume su hijo con mayor frecuencia?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 20</b>	130
¿En el tiempo de clases de su hijo, cuál de las siguientes opciones esta a su alcance hacer?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 21</b>	132
¿Si usted le manda una lonchera para que consuma en el recreo con qué tipo de alimentos lo hace?	
 <b>CUADRO Y GRÁFICO N° 22</b>	 134
¿Cuál de las siguientes bebidas manda en la lonchera de su hijo?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 23</b>	136
¿Cuál de los siguientes alimentos cree usted que son más dañinos para los dientes de su niño?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 24</b>	138
¿Cuál de las siguientes acciones toma para calmar dolor del diente afectado cuando el niño lo presenta?	

<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 25</b>	140
¿Cuál de los siguientes remedios caseros usa usted regularmente cuando el niño presenta dolor aplicándolo directamente al diente?	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 26</b>	142
¿Sabía usted que si usa remedios no indicados en la boca de su hijo cuando presenta dolor en la muela o diente afectado, va causar que se inflame más de lo normal, aun después que le calme el dolor?	
<b>4.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS FICHAS CLÍNICAS DE OBSERVACION A LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA USGP.</b>	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 1</b>	144
Antecedentes odontológicos	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 2</b>	146
Exploración clínica	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 3</b>	148
Percusión	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 4</b>	150
Movilidad	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 5</b>	152
Palpación	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 6</b>	154
Vitalometría	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 7</b>	156
Diagnóstico	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 8</b>	158
Tratamiento	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 9</b>	160
Índice CEO caries	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 10</b>	162
Índice CEO extraídas	

<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 11</b>	164
Índice CEO extraídas por caries según la edad	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 12</b>	167
Índice CEO obturadas	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 13</b>	169
Indicador CEO	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No 14</b>	171
Diagnóstico radiográfico	
<b>CUADRO Y GRÁFICO No. 15</b>	173
Diagnostico radiográfico según la profundidad de la caries	

#### **4.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA MATRIZ DE OBSERVACION A LAS HISTORIAS CLINICAS DE LAS CARPETAS DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE LA UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO.**

<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 1</b>	175
Medidas preventivas antes de haber empezado el tratamiento de la lesión Pulpar.	
<b>CUADRO Y GRÁFICO N° 2</b>	177
Restauración antes de haberse elaborado el tratamiento pulpar en la pieza afectada.	

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación con el tema **Cultura preventiva y su incidencia en las lesiones pulpares de piezas temporarias** fue realizada con una población de 100 niños, y se basa en determinar el desconocimiento de medidas preventivas de los padres de familia que llevan a sus hijos a ser atendidos en las clínicas de la USGP en el área de odontopediatría, para así poder relacionar la incidencia de las lesiones pulpares que presentan los niños, y a su vez buscar una solución para el problema, de esta manera educando a los padres con conocimientos de prevención odontológica incluyendo hábitos alimenticios ya que la alimentación es un factor importante que determina el crecimiento del niño y con él la salud dental.

Los instrumentos de trabajo que se utilizaron para llevar a cabo esta investigación son dos, el formulario de encuestas que se realizó a los padres de familia que llevaron a sus hijos a las clínicas odontológicas de la USGP en el área de odontopediatría, y las fichas clínicas de observación que se realizaron a los niños que llegaban a las clínicas a ser atendidos por la presencia de la lesión pulpar.

En los resultados obtenidos en esta investigación se comprobó que la cultura preventiva odontológica incide significativamente en las lesiones pulpares de piezas temporarias, especialmente en los molares, ya que los datos que se obtuvieron durante su proceso dieron como resultados porcentajes altos, ya que los padres de muchos de estos niños carecen de conocimientos adecuados sobre los cuidados de salud e higiene oral para mantener sana la cavidad oral de sus hijos.

## ANTECEDENTES

En la Universidad de Granada España, Facultad de Odontología, Xavier Sánchez Ortega, en el año 2006, realizó un estudio sobre los tratamientos pulpares con el tema: “Pulpotomías al formocresol y por electrofulguración en dentición primaria; evaluación clínica y radiológica a doce meses”. Esta investigación se realizó con 29 niños, 13 niñas y 16 niños entre 4 y 8 años (6.23 el promedio de edad) con una o más piezas necesitadas de tratamiento siendo asignados a los dos grupos de tratamiento: técnica de Pulpotomías al formocresol y técnica de pulpotomía por electrofulguración, siendo evaluados clínica y radiológicamente por 12 meses de seguimiento. Entre los resultados, una vez transcurrido un año, están que los porcentajes de éxito radiológico fueron el 91.3 % y el 95.8% para el grupo formocresol y electrofulguración, respectivamente. Mientras que para la evaluación clínica los porcentajes fueron de 95.7 % para el grupo formocresol y del 100% para el grupo de electrofulguración.(<http://tesis.com.es/documentos/pulpotomias-formocresol-electrofulguracion-molares-primarios-evaluacion-clinica-radiologica-docemeses/>).

La Biblioteca Cochrane Plus 2011, Número 1 ISSN 1745-9990, publicó datos obtenidos por la University Dental Hospital of Manchester UK, Salford Primary Care Trust UK, en la cual intervinieron los autores Nadin G, Goel BR, Yeung CA, Glennly AM, con el tema de la investigación “Tratamiento pulpar para caries extensas en dentición temporal”, el mismo que manifiesta que a pesar de las mejorías en la salud dental en muchas partes del mundo, la caries dental

permanece como un problema considerable para una gran parte de la población mundial. (<http://www.fisterra.com/guias2/cocharane/AB003220-ES.htm>).

Encuestas recientes de salud dental demuestran las tasas de prevalencia de caries en los dientes temporales: el 40% de los niños de cinco años de edad en Gran Bretaña tiene caries en sus dientes temporales (Pitts 2001); del 30% al 50% de los niños de cinco años en Zimbabwe, según su residencia (rural o urbana) (Frencken 1999); el 22% en los niños finlandeses de cinco años (Vehkalahti 1997), pero con el 81% del total de caries en los dientes temporales concentradas en el 11% de los de cinco años; del 56% al 96% de los niños húngaros de cinco a seis años de edad, según su localización geográfica (Szoke 2000); el 31% en los niños daneses de cinco años (Poulsen 1999); el 81% en los de siete años de edad en la isla del Caribe de St. Vincent y Las Granadines (Alonge 1999); del 69% al 96% en los niños de Omán de seis años de edad, según su localización geográfica (Al-Ismaily 1997); el 50% de los de cinco a nueve años en los EE.UU. (Kaste 1996). En los niños entre 3,5 a 4,5 años de edad en el Reino Unido, el 8% tiene caries que compromete la pulpa dental (nervio). En Escocia, esta cifra fue del 17% (Hinds 1995). Estos dientes pueden permanecer asintomáticos, pero los niños pueden presentarse con dolor, inflamación u otros síntomas ocasionados por éstos. Por lo general, a dichos pacientes se les practican extracciones, muchas bajo anestesia general (AG). Esta opción de extracciones bajo anestesia general es potencialmente peligrosa y nociva desde el punto de vista psicológico, y en muchos países su uso es limitado.

El tratamiento pulpar de la dentición temporal es una alternativa apropiada a la extracción en algunas situaciones clínicas. No hay una técnica individual

reconocida para el tratamiento pulpar en dientes temporales y se sugiere un rango de protocolos y medicamentos para las diferentes situaciones clínicas (recubrimiento pulpar indirecto, recubrimiento pulpar directo, pulpotomía, pulpectomía y fármacos usados para el tratamiento pulpar; para las definiciones. El propósito de todas estas técnicas es mantener el diente tratado en un estado asintomático hasta que se pierda de forma natural durante la transición de dentición temporal a la permanente y, por tanto, se evita la extracción. (<http://www.updatesoftware.com/BCPGetDocument.asp?Documentl=CD003220>).

En las clínicas docentes asistenciales Manuel Angulo Farran y Mario Pozo Ochoa de la provincia de Holguín en Cuba, en el año 2009, se realizó un estudio observacional sobre las lesiones pulpares y periapicales, este estudio fue constituido por 70 pacientes que acudieron a las consultas de urgencia,. Son muchas las causas que pueden provocar una inflamación del tejido pulpar, en tal estudio se encontró como primera causa a la caries dental, con un 44.29%, seguida de las obturaciones en mal estado con un 38.57%. Con respecto a la caries, ésta no sólo constituye un problema de salud bucal debido, a la pérdida dentaria y la incapacidad funcional con sus consecuencias físicas, estéticas y psicológicas, sino que es un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades, por lo que es de gran importancia incrementar las actividades de promoción y prevención, dirigidas a la población, para evitar la aparición de la enfermedad.

(<http://scielo.SID.cu/scielo.php?scrip=sciarttext&pid=500347507200000020002>)

Ecuador también forma parte de esta problemática, en Quito se realizó un estudio de la prevalencia de caries dental en una población conformada por 337 niños, con una muestra estratificada aleatoria de 120 niños quien viven con sus padres o que han sufrido algún tipo de desintegración familiar entre 8 a 10 años de edad, que se encuentran cursando el 4º, 5º y 6º grado de educación básica de la escuela “Mentor Gamboa Collantes” en el periodo escolar 200-2012. la caries dental es una enfermedad multifactorial que consiste en un proceso dinámico de desmineralización- Remineralización que involucra la interacción en el calcio y fosforo, las estructuras dentales y la saliva en función de ácidos producidos por la fermentación de los carbohidratos por la acción de los microorganismos orales, es por este motivo que la prevalencia de caries en niños aun continúa por la inadecuada alimentación que tienen los padres con sus hijos. (<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/487>).

En la Universidad San Gregorio de Portoviejo, la autora Tatiana Ponce en el año 2005-2006, realizó su trabajo titulado “Tratamiento pulpar en caries profundas de piezas temporales en niños de tercer año de educación básica de la escuela fiscal mixta Tiburcio Macías” la cual presentó en su investigación que el 25% de los niños son sanos, el 34% presentaron caries y el 41% de niños presentaron afecciones pulpares; por lo que llegó a la conclusión, que existe desorientación y falta de educación tanto los en niños como en los padres de familia sobre Higiene Bucal y Métodos de prevención, y que la causa principal de los problemas pulpares es la caries dental no tratada a tiempo.

(Tesis de la universidad san Gregorio de Portoviejo)



# CAPÍTULO I

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las lesiones pulpares son la respuesta de la pulpa en presencia de un irritante, a la que se adapta primero y en la medida de la necesidad se opone, organizándose para resolver favorablemente la lesión o disfunción ocurrida por la agresión. La pulpa dental es un tejido conjuntivo constituido por células y aferencias nerviosas y vasculares, que ocupa parte de la corona y la raíz o raíces del diente. Debido a su carácter crónico avanza con la edad si no se hacen esfuerzos para controlar su progresión, por este motivo es de gran importancia que los padres lleven a sus niños a realizar los controles dentales y tengan conocimientos sobre medidas preventivas odontológicas, para de esta manera evitar la progresión de este tipo de lesiones.

El Centro Nacional de Estadísticas de la Salud Health, United States, realizó una investigación sobre la intensidad de lesiones pulpares y caries no tratadas en honor al reconocimiento del Mes de la Salud Dental Nacional de los Niños, en donde se destacan los datos de niños de 2 a 14 años de edad en estados unidos durante el periodo 2001 -2004. Los datos de los períodos más recientes muestran que los niveles de caries no tratadas son altos: un 19.5% en niños de 2-5 y un 22.9% en niños de 6-14 años. Mientras que los datos de lesiones pulpares ya existentes muestran un 25.0% en niños de 2-5 años y un 54.7% en niños de 6-14 años.

La revista Latinoamericana de Odontopediatría en su edición electrónica de Agosto 2010, publicó la investigación realizada en la Escuela básica San José de Cacahual ubicada en San Félix Estado Bolívar, en un periodo comprendido entre octubre y noviembre del 2008, que de la muestra de 76 niños, 27 tenían lesiones cariosas profundas, de los cuales 13 eran niñas y 14 niños.

Niños con problemas severos de caries dental en edades tempranas tienen un peso corporal por debajo del ideal y efectos adversos sobre el crecimiento, al parecer relacionados con alteraciones en los patrones de alimentación y sueño. Así mismo, se han reportado consecuencias negativas en la autoestima del menor y en la percepción de bienestar y calidad de vida por parte de sus padres.

Ecuador también forma parte de esta problemática, ya que se ha comprobado gracias a los "Estudios de incidencia de lesiones cariosas profundas con comunicación pulpar en las escuelas de Guayaquil", que realizó la Universidad de Guayaquil Facultad piloto de Odontología. En una encuesta realizada se destaca que el 88.5% de las mujeres con niños a su cargo, estuvo de acuerdo con que "los niños son más propensos (que los adultos) a sufrir lesiones cariosas profundas ", el 83.9% consideran que "el cuidado de la boca del bebé comienza con la salida del primer diente", el 94.5% es consciente que "es perjudicial o dañino para el niño dormir con el tetero en la boca" y que "la alimentación es un factor importante que influye en la formación de los dientes.

En el Ecuador se implementan programas odontológicos de prevención realizados por el MSP, el cual comprende una tarea continua de información, enseñanza y

prácticas de higiene y salud bucal en la población. Este sistema de prevención de patología bucodental, se lo realizó con el objetivo de disminuir el alto índice de patologías o lesiones dentales en la población.

Las medidas comprendidas dentro de estos programas son las siguientes:

- Detención y control de placa bacteriana.
- Enseñanza de técnicas de cepillado.
- Aplicación de flúor tópico de ambas arcadas.
- Remineralización de surcos profundos, de manchas blancas.
- Aplicación de sellantes y fisuras por pieza dental.

A nivel del Ecuador la incidencia varía en prevención odontológica; a pesar de estas medidas, el grado de patologías bucales sigue encontrándose en muchos pacientes

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿De qué manera incide la cultura preventiva en las lesiones pulpares de los dientes temporarios?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Se creyó conveniente realizar esta investigación por el alto índice de lesiones pulpares que presenta la población infantil en el medio, especialmente en edad preescolar y escolar afectando primordialmente a los molares, este índice de lesiones puede producirse por varios factores, entre ellos, el desconocimiento de

medidas preventivas por parte de los padres, y por ende el poco control odontológico, los inadecuados hábitos alimenticios que tienen las familias en sus hogares, y por el uso de sustancias que no están indicadas para el uso oral.

La importancia de la investigación radica en que muchos pacientes, en este caso pediátricos, acuden a la consulta de urgencias estomatológicas, debido a la sintomatología dolorosa que la caracteriza, esta sintomatología en muchos casos se produce por que los padres no llevan a tiempo al niño a la consulta dental, o porque simplemente no tienen conocimientos sobre las medidas preventivas odontológicas, razón por lo que no brindan a sus hijos la higiene dental necesaria.

Esta investigación es innovadora porque es la primera vez que se realiza en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, el cual aporta datos importantes, pues se obtuvieron datos específicos y diagnósticos exactos, y de esta manera poder tener un mejor control dental, ya que la gran mayoría de estas lesiones pulpares son producidas por una inadecuada cultura preventiva.

El impacto de la investigación beneficia a los pacientes odontopediátricos y a los padres de familia que llevan a hacer atender a sus hijos a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Esta investigación hace un aporte científico a las siguientes ramas: odontopediatria, oclusión, endodoncia, estética y rehabilitación oral; esto influye de gran manera al aspecto emocional y psicológico de los pacientes y de los padres de familia que acuden a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

La investigación fue factible ya que contó con el apoyo del personal que labora en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, contando además con fuentes de información suficiente, provenientes de libros y de la web que sustentaron la investigación tornándola posible de realizar, mediante la cual se evidenciaron los problemas de lesiones pulpares en los dientes temporarios de los niños.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo general:**

Determinar la incidencia de la cultura preventiva en las lesiones pulpares de piezas temporarias.

### **1.4.2 Objetivos específicos:**

- a. Indagar el conocimiento de medidas preventivas por parte de los padres para relacionarlo con la presencia de lesiones pulpares.
- b. Identificar los hábitos alimenticios y su influencia en la odontalgia.
- c. Establecer un control radiográfico para valorar las lesiones pulpares.
- d. Investigar el uso de sustancias anodinas y su relación con la irritación de la pulpa dentaria.
- e. Formulación de una propuesta de solución alternativa por el problema planteado.

## **1. 5. HIPÓTESIS**

La cultura preventiva odontológica de los padres incide significativamente en la formación de lesiones pulpares.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. MARCO INSTITUCIONAL**

Mediante Ley N° 229 de 21 de diciembre de 2000, se crea la Universidad San Gregorio de Portoviejo, con el propósito básico de educar a nivel universitario, es decir, educar al más alto nivel alcanzado por la cultura universal; el Consejo Universitario, consideró como necesidad imperiosa crear entre otras carreras, la de Odontología. Esta determinación se basa en hechos importantes relacionados con las aspiraciones de los bachilleres de la ciudad, de la provincia y en algunos casos del país, que anhelaban en el futuro ser profesionales de la Odontología.

El alto costo de la vida y de la movilización frustra las aspiraciones de un gran número de bachilleres manabitas, lo que los obliga a seguir otras profesiones para los cuales no tienen la vocación requerida. Esta alternativa permite formar odontólogos, que a más de llenar sus aspiraciones van a satisfacer las necesidades de la población, en la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud bucal, contribuyendo al bienestar de la ciudadanía. Las encuestas realizadas a diferentes instituciones educativas de nivel medio señalan la necesidad de muchos bachilleres manabitas por la carrera odontológica, razón importante para la creación de la Facultad de Odontología.

En entrevistas realizadas a directores, gerentes y presidentes de instituciones públicas y privadas, se hace conocer el interés que tienen sobre los profesionales de odontología en situación que demuestra la demanda que existe en las organizaciones para coadyuvar al mejor desempeño de sus funciones.

Los extremos de pobreza de gran parte de la población urbana y de los campos manabitas, no permiten disponer de la adecuada alimentación para asegurar una buena salud bucal, situación que requiere de un mayor número de profesionales que atiendan la gran demanda de pacientes afectados por diferentes anomalías bucales.

La migración de profesionales a nivel nacional, y en el presente caso a nivel provincial ha reducido el número de odontólogos, por lo tanto la Universidad San Gregorio de Portoviejo consideró prioritario la creación de la Carrera de Odontología, que tendrá bajo su responsabilidad, la formación de profesionales capaces de atender las necesidades de la población, en lo que a salud bucal se refiere.

La metodología a emplearse para impartir los conocimientos académicos, técnicos y humanísticos estarán acorde con los sistemas de enseñanza–aprendizaje aplicado por las Carreras de Odontología de las universidades del país, que con gran experiencia han logrado cumplimiento exitoso de las metas propuestas, lo que demuestra con los excelentes profesionales que a nivel nacional se dedican a la prevención, tratamiento y restauración de la salud bucal.

La Carrera de Odontología, en sus inicios de fundación requirió del contingente valioso de la Asociación Ecuatoriana de Facultades de Odontología para orientar



y direccionar sus procesos académicos sujetos a las innovaciones curriculares actualizadas. En ese entonces la aspiración inmediata fue la de integración a la mencionada asociación, para recibir todo el apoyo necesario y alcanzar las metas de la universidad ecuatoriana.

Es así que en septiembre 15 de 2006, la universidad crea su propia instalación con nuevas clínicas habilitadas, para realizar diferentes tipos de tratamientos odontológicos en el nuevo campus ubicado en la av. Metropolitana y Av. Olímpica.

El tema a investigarse se enmarca en lo social, porque se atiende a pacientes de escasos recursos económicos que no pueden acceder a consultas privadas, de esta manera se trata de encontrar soluciones a problemas de lesiones pulpares frecuentes que se presentan en los mismos.

## **2.2 CULTURA PREVENTIVA**

### **2.2.1 Definición**

Emili Cuenca (2005) define a la cultura preventiva como:

En sentido amplio prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. 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 enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento<sup>1</sup>. (p.1)

Como lo dice Enna Barceló (2007) “El hecho de que no exista la información y la educación suficientes para el manejo de la prevención de las enfermedades bucales constituye un grave problema”<sup>2</sup>. (p.9)

La Odontopediatría es la odontología aplicada a los niños, organismos en formación, en fase de crecimiento y desarrollo físico, mental y emocional. Campo de acción vasto, dinámico y abarcador, que envuelve todos los aspectos relacionados a la cara, al sistema estomatognático, a sus estructuras estáticas y dinámicas, en las diferentes edades y etapas del desarrollo. (Nahas. M, (2009) p 105)

A criterio de María Nahas (2009), “la Odontopediatría contempla una filosofía de tratamiento donde la prevención y la educación desempeñan un papel de fundamental importancia”<sup>3</sup>. (p.99)

A inicios del siglo pasado algunos autores se mostraban preocupados con relación a los cuidados odontológicos de los niños de baja edad, pero en la actualidad estos cuidados han comenzado a recibir mayor atención tanto de los profesionales como de los padres. La prevención de la enfermedad caries, la manutención de la integridad dental, los cuidados con la salud bucal del bebé, se están volviendo una rutina en las instituciones de enseñanza, en las clínicas privadas y en la cultura del pueblo. Los padres ya conocen los beneficios que se

---

<sup>1</sup> CUENCA, Emili. *Odontología Preventiva y Comunitaria*.. Editorial Masson, Barcelona- España,(2005),p.1

<sup>2</sup> BARCELÓ, Enna. *Odontología para bebés*, Editorial Trillas, México, (2007), p 9.

<sup>3</sup> NAHAS, María. *Odontopediatría en la primera infancia*. Editorial Gen,(2009), p 99.

obtienen cuando sus hijos, con pocos días o meses de edad, ya están recibiendo atención y cuidados odontopediátricos. (Nahas. M, (2009) p 105)

### **2.2.2. Niveles de prevención**

Según Jorge López<sup>4</sup>, “existen tipos o niveles de prevención, estos niveles rompen la cadena de la historia natural de la enfermedad, también se denominan niveles para conservar la salud: Nivel de prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria”. (p.167)

#### **Nivel de prevención primaria**

En este nivel se desarrollan las condiciones sociales, económicas, políticas y biológicas positivas, para favorecer un ambiente no propicio, un huésped resistente y extinguir los agentes causales, para así conservar la salud. Si se fomentan situaciones positivas se contrarresta la aparición de enfermedades. La prevención primaria evita la presencia del periodo prepatogénico de la enfermedad. De este nivel parten 2 subniveles: promoción o fomento de la salud y prevención o protección específica. (LÓPEZ, (2010).p 168)

#### **Promoción o fomento de la salud**

En este subnivel se deben dar las condiciones positivas para mejorar el nivel de vida de la población y hacer más resistente al individuo a cualquier tipo de

---

<sup>4</sup> LÓPEZ, Jorge. *Higiene Oral*. Editorial Zamora. Colombia,(2010).p 167.

patología. Este subnivel contrarresta la fase inespecífica de la historia natural de la enfermedad, evitando la presencia de un ambiente propicio general. La aplicación y ejecución de este nivel y estas medidas son responsabilidad del estado, donde los ciudadanos deben disfrutar de igualdad de oportunidades para recibirlas y disfrutarlas. (LÓPEZ, (2010).p 168)

### **Prevención o protección específica**

Es la aplicación de medidas eficaces de protección, determinadas o específicas, las cuales se ha comprobado que son exitosas y evitan la aparición de enfermedades.

Control genético. (Ej.: clonación, manipulación de ADN)

Control biológico. (Ej.: control de plagas con otros insectos.)

Control inmunológico. (Ej.: vacunas.)

Control con ingestión y /o aplicación de químicos (Ej.: aplicación o ingestión de flúor para disminuir aparición de caries.)

Control con ingestión y /o aplicación de fármacos. (Ej.: enjuagues con clorexidina para disminuir aparición de caries).

Control con dieta y nutrición adecuadas. (Ej.: consumo de dieta baja en carbohidratos.)

Control con detección temprana de ambiente propicio, huésped susceptible y agente causal.

Control con educación específica. (Ej.: enseñanza de técnicas de cepillado)

Control con higiene (Ej.: utilización de seda dental)

Control con aplicación de barreras físicas. (Ej.: aplicación de sellantes).

(LÓPEZ, (2010).Pp. 16-169)

### **Nivel de prevención secundaria**

Se aplica cuando la primaria no fue aplicada y la enfermedad ya está instaurada o cuando dicha prevención primaria no ha dado resultado. Se desarrollan actividades para diagnosticar precozmente la enfermedad, tratarla oportunamente y limitar sus daños. La ejecución de ésta, es responsabilidad de los profesionales de la salud y sus ramas auxiliares, pero le corresponde al estado y sus gobiernos garantizar a la población igualdad de oportunidades para tener acceso a los servicios de salud. Este nivel contiene el subnivel de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. (LÓPEZ, (2010).p 169)

### **Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno**

“En este nivel se debe detectar, diagnosticar y tratar oportunamente la enfermedad, mediante actividades clínicas, quirúrgicas y farmacológicas, para evitar que avance y así conservar la salud. Se deben utilizar todos los medios y ayudas diagnósticas, para que la enfermedad no se instaure plenamente”. (LÓPEZ, (2010).p 169)

### **Nivel de prevención terciaria**

En este nivel se desarrollan actividades encaminadas a devolver las funciones que se han visto disminuidas o acabadas por la pérdida de estructuras,

elementos, órganos o sistemas de un organismo, tratando de conservar la salud del mismo. Esta prevención es realizada por los profesionales del área de salud, pero también es responsabilidad del estado garantizar a la población igualdad de oportunidades para tener acceso a los servicios de salud. (LÓPEZ, (2010).p 170)

## **Rehabilitación**

“Este subnivel se utiliza para contrarrestar las secuelas que haya dejado la enfermedad en la persona. Puede haber rehabilitación física, psíquica, estética, buscando devolver las funciones perdidas y así restaurar el nivel de salud del individuo”. (LÓPEZ, (2010).p 170)

### **2.2.3. Higiene dental**

Tal como lo expresa Goran Koch (2011), es un proceso dinámico y se construye cada día.

“La higiene bucal apropiada se puede alcanzar y mantener por medios mecánicos y químicos llevados a cabo en el hogar y en el consultorio dental”<sup>5</sup>. (98)

Koch<sup>6</sup> plantea además las medidas de prevención más específicas:

- Cepillado de dientes, encía y lengua
- Uso de medios auxiliares: hilo dental, cepillos interdentes, palillos, estimulador interdental e irrigador bucal.
- Pasta dental o dentífrico

---

<sup>5</sup> KOCH, Goran. *Odontopediatría: Abordaje clínico*. Editorial Amolca, (2011), p 98.

<sup>6</sup> *Ibidem*, página 98

- Clorexidina
- Aceites esenciales

## **Cepillado dental**

Debe hacerse énfasis en la enseñanza de la técnica del cepillado dental a los niños de todas las edades, así como a sus padres. Se les debe mostrar la técnica a los padres y ser entrenados en cómo se utiliza. Puesto que los pequeños niños no pueden mantener una higiene bucal eficaz por sí mismos, los padres deben de realizar el cepillado dental por lo menos hasta la edad de 6 años y supervisarlos regularmente después del procedimiento. (KOCH, Goran (2011), p 98)

Sin embargo sería muy beneficioso que los adultos ayuden a los niños a cepillarse los dientes hasta que cumplan 8 -10 años y hayan desarrollado la destreza necesaria para eliminar la placa de una forma eficaz por ellos mismos.

Richard Cameron (2010) indica que “de manera ideal, el cepillado debe practicarse dos veces al día con una pasta dental fluorada, si bien los padres deben tener en cuenta que, para disminuir el riesgo de caries, deben realizar la operación al menos una vez al día. Es importante iniciar el hábito del cepillado después de las comidas<sup>7</sup>.

(p.44)

---

<sup>7</sup> CAMERON, Richard. WIDMER. *Manual de Odontología Pediátrica*. Editorial Elsevier, España (2010), p 44.

Tal como lo indica la pagina web higiene oral para niños<sup>8</sup> “Se debe enseñar correctamente al niño desde un principio a cepillarse los dientes, ya que estará sentando las bases de una higiene oral adecuada para toda la vida”.

El cepillado dental tiene como objetivos:

- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana
- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos
- Estimular los tejidos gingivales
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 145)

### **Técnicas de cepillado**

HIGASHIDA, Bertha <sup>9</sup> “menciona que las técnicas de cepillado son diversas, algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo del movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas la lengua y el paladar”. (p.145)

- Técnica circular o rotacional:

Para mayor eficacia del cepillado, el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo. En las superficies linguales de los dientes anteriores, el cepillo debe tomarse de manera vertical. Las superficies oclusales

---

<sup>8</sup> <http://www.todopapas.com/ninos/cuidados-infantil/higiene-oral-para-ninos-empezar-pronto-y-bien-249>.

<sup>9</sup> HIGASHIDA, Bertha. *Odontología Preventiva*. Editorial Mc Graw Hill, México. (2009), p 145.



se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante. Si cada arcada se divide en seis zonas (dos posteriores, dos medias y dos anteriores) y cada una de estas tiene dos caras (lingual y vestibular o labial) las zonas a cepillar son 24, y se recomienda realizar ocho a 12 cepilladas por zonas, lo cual hace un total de 192 a 288 cepilladas. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 146)

- Técnica de Bass:

El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 146)

- Técnica de Charters:

Es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Esta técnica también se utiliza alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 147)

- Técnica de Stillman:

“Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidas hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente. De ese modo se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios”. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 149)

- Técnica horizontal:

Las cerdas del cepillo se colocan perpendiculares a la corona y el cepillo se mueve hacia adelante y hacia atrás. Esta técnica es útil en la primera dentición por las características anatómicas de los dientes; sin embargo, la presión excesiva y los dentífricos abrasivos pueden ocasionar retracción gingival y dañar la unión amelo cementaria. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 149)

## **Cepillado de la lengua**

“La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia adelante, y el movimiento se repite seis a ocho veces en cada área”. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 149)

Según el Dr. Alberto Meriñan en su página web nos indica que “existen cepillos de lengua, estos remueven la mucosa de la superficie de manera que el dentífrico pueda matar las bacterias. La higiene de la lengua es tan importante, así como la de la boca”<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> <http://www.deltadent.es/blog/2010/06/16/higiene-de-la-lengua-como-hacerlo/>. 16 junio, (2010) Dr. Alberto Meriñan Sebastián.

## Medios auxiliares de la higiene bucal

**Hilo dental:** A decir de Cameron<sup>11</sup>, “en los años preescolares y en la dentición mixta temprana, las superficies interproximales de los molares temporales incrementan el riesgo de caries. Se debe mostrar a los padres como pasar la seda por estas zonas en las que los dientes están en contacto, sobre todo si existen signos de desmineralización”. (p.44)

“El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera o sin cera, con flúor y con sabor a menta. Su indicación depende de las características de cada persona”. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 150)

Para utilizar el hilo dental en el niño, puede ser colocado en posición idéntica al utilizar el cepillo. El adulto debe cortar cerca de 30 cm de hilo, enrollando los extremos en los dedos medios de cada mano. En un dedo debe enrollar una medida pequeña y en el otro, el resto. Con las puntas el pulgar y el índice, el pulgar deberá ser extendido, y el espacio contenido entre los dedos debe ser aproximadamente de 3 cm. Eso será usado para limpiar las áreas de contacto de los dientes inferiores, sin fuerza para no dañar las encías. Debe ser metido bien extendido para que pueda tener más eficacia. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 150)

“El hilo debe ser curvado en forma de “c” sobre la superficie lateral de cada diente y deslizado entre el diente y la encía. Ese movimiento debe ser repetido varias

---

<sup>11</sup>(CAMERON.(2010),p44.)

veces, aproximadamente cuatro veces para arriba y para abajo, removiendo la placa dentaria de toda la superficie”. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 150)

Si el niño fuera pequeño, no se le debe exigir la perfección, pues él está entrenando y desarrollando su capacidad motora. Si el niño es entrenado para adquirir ese hábito, se mostrará motivado y apto para realizarlo cada vez mejor. El éxito de la limpieza de la boca esta substancialmente ligado a la motivación y la concienciación del núcleo familiar, para que ese procedimiento se concrete como un habito saludable. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 151)

**Estimulador interdental:** “Es una punta flexible de hule o plástico adherida al extremo libre del mango del cepillo. Se utiliza solo para eliminar residuos del espacio interdental cuando este se encuentre muy abierto y la papila se ha reducido”. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 152)

**Cepillo interdental:** “es un cepillo muy pequeño de forma cónica o cilíndrica con sus fibras dispuestas en espiral. Se utiliza para limpiar los espacios interdentes amplios, alrededor de las bifurcaciones, bandas ortodónticas y aplicaciones protésicas fijas”. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 152)

**Palillos:** “Hay palillos de madera para limpiar los espacios interproximales, pero solo se utilizan cuando dichos espacios son amplios y es necesario tener cuidado de no lesionar la papila gingival”. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 152)

### **Irrigador bucal:**

Los irrigadores bucales son aparatos que se conectan directo a la llave del agua o tienen un motor para generar un chorro de agua pulsátil, el cual se dirige de

manera perpendicular hacia el eje mayor del diente. Así es posible lavar y dar masaje al margen de la encía, y también eliminar residuos de alimentos. Actualmente el irrigador “wáter pik” ya no está en la lista de recomendaciones de la Asociación Dental Americana. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), p 153)

**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 mediante sustancias tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de sustancias saporíferas, como la menta.

Algunos dentífricos contienen sustancias desensibilizadoras, las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema. Otro componente importante es el fluoruro, que puede ser de sodio o estaño, o monofluorofosfato de sodio. Hay dentífricos que contienen triclosan, es un antibacteriano de amplio espectro eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), Pp. 153-154)

## **Gel de limpieza dental para infantes**

Moral<sup>12</sup>, menciona que para la limpieza y protección de dientes y encías de los niños de 0 a 3 años, existe en el mercado el gel profiláctico que contiene xylitol y lactato de calcio, que puede ser ingerido por el bebé o niños sin riesgo para la salud.

Se recomienda su uso desde la erupción del primer diente de leche hasta los 3 años de edad, pues no contiene flúor para evitar la fluorosis (dientes definitivos manchados y débiles); posee ingredientes naturales que brindan una acción preventiva y protectora a los dientes de leche; contiene xylitol, un azúcar especialmente obtenido de frutas, usado como un edulcorante no cariogénico, cuya acción es evitar la formación de caries y detiene el desarrollo de las mismas; no contiene sacarinas ni tensoactivos, no produce espuma, por lo que en caso de ser ingerido por el infante, no constituya riesgo para su salud. El gel debe utilizarse para el cepillado diario 2 o 3 veces al día, salvo mejor criterio del odontólogo a cargo.

## **Clorexidina**

Es uno de los agentes químicos más eficaces para combatir la placa dentobacteriana. Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse a la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el

---

<sup>12</sup> MORAL, Antonio. Dr. *Gel de limpieza dental para infantes*. Laboratorio Farmacéutico Lamosan Cía., Ltda. Quito-Ecuador, 2012.

transcurso de las siguientes ocho a 12 horas; esta propiedad se denomina sustentividad. El paciente debe saber que no ha de deglutir la solución ni consumir líquidos o alimentos durante los 30 minutos siguientes para lograr su máxima eficacia. Los efectos secundarios de la solución mencionada son: Irritación de mucosas, incluso con descamación; cambios en el sentido del gusto y tinción de dientes, restauraciones y lengua. (HIGASHIDA, Bertha. (2009), 154)

### **Aceites esenciales**

HIGASHIDA, Bertha (2009) menciona acerca de los aceites esenciales que “Vienen disueltos en alcohol y son antibacterianos. Se recomiendan en enjuagues bucales dos veces al día durante 30 segundos para disminuir la placa y la intensidad de la gingivitis”<sup>13</sup>. (Pp. 145-154)

#### **2.2.4. Hábitos alimenticios**

J. Meneghello (1997) indica que “La alimentación es el factor ambiental más importante en la determinación del crecimiento del niño. Los hábitos de vida de las poblaciones, hacen todavía más necesario un acabado de conocimiento de los fundamentos de la alimentación en el niño”<sup>14</sup>. (p.306)

Por su parte Henry Legere (2008) dice que “Obviamente no basta con conocer los principios básicos de la nutrición para tener buenos hábitos alimenticios. Los

---

<sup>13</sup> (HIGASHIDA,(2009),Pp.145-154)

<sup>14</sup>MENEGHELLO,J.*Pediatría*.. Editorial Médica Panamericana, Argentina–Buenos Aires (1997), p 306.

patrones de alimentación, que incluyen cuando, donde y como se come, son hábitos que se aprenden en la niñez y que pueden afectar la salud futura de sus hijos”<sup>15</sup>. (p.24)

De la misma forma Robert Hoekelman (1998) manifiesta que “Si el aporte del nutriente es muy pequeño, el niño no crecerá y puede incluso enfermarse; si es demasiado abundante puede producir toxicidad u obesidad. Las necesidades nutricionales pueden considerarse de acuerdo con la edad, la talla, la velocidad de crecimiento, las pérdidas fisiológicas y el consumo de calorías”<sup>16</sup>. (p.159)

De acuerdo a Juan Boj y Ferrira Luis (2010) “La alimentación depende de la dieta y esta se integra con platillos, derivados industriales y alimentos, los cuales a su vez deben combinarse de manera adecuada. Es conveniente orientar a los padres sobre algunos ajustes que se pueden hacer en la dieta para disminuir el riesgo de caries dental y sus consecuencias”<sup>17</sup>. (p.55)

### **Hábitos alimenticios que pueden dañar los dientes**

Según lo establece la ADA<sup>18</sup> algunos hábitos alimenticios pueden causar estragos en su cuerpo y en sus dientes. Por ejemplo, tomar

---

<sup>15</sup> LEGERE, Henry. *100 secretos prácticos para alimentar bien a sus hijos*,. Editorial Norma, Colombia, (2008), p.24.

<sup>16</sup> HOEKELMAN Robert. *Atención Primaria en Odontopediatría*. Editorial Harcourt brace, España.(1998), p 159.

<sup>17</sup> BOJ, Juan y FERREIRA, Luis. *Atlas de Odontopediatría*, Madrid-España. Editorial Ripano, 2010,página 55.

<sup>18</sup> Asociación dental americana, máster dental, 2009, [http://www. Odontologosenquito.com/noticias-novedades-eventos-odontologia-dentistas-dentalquito-ecuador.php?=75](http://www.Odontologosenquito.com/noticias-novedades-eventos-odontologia-dentistas-dentalquito-ecuador.php?=75).



refrigerios durante el día puede aumentar el riesgo de caries dental. Tomar gaseosa y comer a bocaditos refrigerios aumenta el porcentaje de ataque del ácido dañino en el esmalte dental. Y la ingesta compulsiva, absorción impulsiva o alimentación continúa, puede hacer lo mismo.

El abuso de los dulces puede tener consecuencias sobre la salud de la población infantil, ya que la elevada concentración de azúcares simples favorece la aparición de caries.

[http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender\\_a\\_comer\\_bien/infancia\\_y\\_adolescencia/2004/06/11/104032.php](http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/infancia_y_adolescencia/2004/06/11/104032.php)

El sistema digestivo contiene fuertes ácidos que descomponen los alimentos, cuando se utiliza el vómito para evacuar la comida del cuerpo, estos ácidos atacan el esmalte dental. El vómito repetitivo puede desgastar severamente el esmalte dental. Con el tiempo, los dientes expuestos a los ácidos dentales pueden convertirse en gastados y translúcidos. La boca, garganta y glándulas salivales pueden inflamarse y volverse frágiles.

(<http://www.Odontologosenquito.com/noticias-novedades-eventos-odontologia-dentistas-dentalquito-ecuador>)

“La anorexia nerviosa es otro desorden alimenticio serio que es dañino para la salud en general y para los dientes. Se caracteriza por el miedo intenso de ganar peso, el deseo de volverse más delgado y la inhabilidad de mantener un peso mínimo normal para una altura y edad”.

(<http://www.Odontologosenquito.com/noticias-novedades-eventos-odontologia-dentistas-dentalquito-ecuador>)

Las personas que padecen bulimia o anorexia no reciben los minerales, vitaminas, proteínas y otros nutrientes adecuados necesarios para la buena salud. Este tipo de “dieta” tiene un peaje en todo el cuerpo, robándole el combustible que necesita y causando una lesión potencial a los dientes, músculos y órganos principales.

Así, para mantener saludable su sonrisa, limite los refrigerios y coma nutritivamente, comidas bien balanceadas<sup>19</sup>.

### **Recomendaciones dietéticas:**

Ángel Gil (2010) en su tratado de Nutrición recomienda: Evitar ingestas frecuentes entre comidas así como la retención de alimentos azucarados en la boca (biberón para dormir y chupete endulzado en niños pequeños).

- Procurar que los hidratos de carbono sean en forma diluida o acuosa (retención mínima), evitando los azúcares de textura pegajosa o adhesiva.
- Evitar los caramelos de regalos entre comidas.
- Restringir en la infancia las bebidas y refrescos azucarados, evitando sobre todo, su ingesta entre las comidas y al acostarse.
- Limitar el consumo de chicles a los que carecen de azúcar, por sus efectos en la prevención de las caries y, sobre todo los que contienen xilitol por su añadida capacidad antibacteriana.
- Prescripción por parte del pediatra, en lo posible, de medicamentos sin azúcar<sup>20</sup>. (cap. 11)

---

<sup>19</sup>Asociación dental americana, máster dental, 2009, <http://www.Odontologosenquito.com/noticias-novedades-eventos-odontologia-dentistas-dentalquito-ecuador.php?=75>.

<sup>20</sup> GIL, Ángel. *Tratado de nutrición*. Madrid España: Editorial médica panamericana, 2010, capítulo 11.

La página web redacción en su texto indica, “que el desayuno es la comida más importante del día para un niño, ya que le proporciona la energía necesaria para afrontar las tareas matinales. Además, equilibra el reparto diario de alimentos. Los alimentos más recomendados son: la leche, el pan, cereales y frutas frescas. También aportan buena calidad nutricional los vegetales, yogures, quesos, jamón, aceite de oliva y frutos secos. Se deben evitar comidas grasas, bollería industrial, refrescos y bebidas estimulantes, como el café o el té”<sup>21</sup>.

Asimismo Paula Díaz en su página web menciona que “el almuerzo es un tiempo de comida a la mitad del día, y debe de ser completo. Este tiempo de comida brinda la energía necesaria para lo que falta del día. Se recomienda este tipo de comidas: Sopa de pollo con culantro, arroz, pechuga de pollo desmenuzado y vegetales”<sup>22</sup>.

De acuerdo a Irene García en su página web “Para los niños es fundamental realizar 5 comidas al día, incluyendo una buena merienda por la tarde. Esta comida resulta fundamental en el crecimiento y desarrollo adecuado de los pequeños. Esta ingesta a media tarde puede ser una buena oportunidad de

---

<sup>21</sup> <http://cocina.facilísimo.com/reportajes/dieta-sana/nutricion/el-desayuno-la-comida-mas-importante-niño>.

Autor: Redacción/facilísimo.com

<sup>22</sup> <http://www.saborysalud.com/content/articles/719/1/Almuerzos-saludables-para-ninos-pequenos/Page1.html>. Paula Díaz, Nutricionista, Clínica de Nutrición von Saalfeld, Copyright (2011), San José, Costa Rica.

completar las raciones diarias recomendadas de frutas, cereales y lácteos, sin exagerar las grasas”<sup>23</sup>.

Así mismo Gustavo Jiménez Mora en su página web menciona que “es también fundamental para el niño la alimentación de la lonchera, ya que esta es el alimento portátil que recarga de energías y nutrientes a los niños en edad escolar para que su rendimiento académico se mantenga a lo largo de la mañana o de la tarde”<sup>24</sup>.

Es importante preparar la lonchera, de acuerdo a las exigencias según la edad del niño. Lonchera para niños pequeños de 2 a 5 años, es recomendable mandar alimentos como frutas en trozos, galletas pequeñas que debemos sacar del empaque y colocarlas dentro de un envase, para facilidad del niño, un sándwich de pan suave por el cambio de dientes, cortado en bocados fáciles de comer para el niño. Según algunos psicólogos infantiles aquellas loncheras con colores y figuras atractivos estimulan el apetito del niño a la vez que lo hacen con su imaginación, lo que ayuda tanto a la salud como a la inteligencia.

## Los Nutrientes

Jack Challen (2007) define a los nutrientes como “vitaminas esenciales que ayudan a que nuestro cuerpo funcione con normalidad. Pueden contribuir a reducir el riesgo de que se desarrollen muchas enfermedades severas, como patologías cardíacas, el cáncer, la enfermedad de Alzheimer y la artritis”<sup>25</sup>. (p.5)

---

<sup>23</sup> <http://www.todopapas.com/ninos/alimentacion-infantil/una-merienda-perfecta-394>. Fuentes: Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA). Redacción: Irene García

<sup>24</sup> <http://www.emagister.com/curso-desayunos-meriendas-ninos/lonchera-acuerdo-edad>, Gustavo Jiménez Mora, 08/08/2007.

<sup>25</sup> CHALLEN, Jack. *Vitaminas y minerales esenciales para la salud*, Madrid-España: Editorial Nowtilus, 2007, página 5.

El instituto Nacional de la Nutrición Tomas Pascual de Madrid-España agrupa los nutrientes en dispensables e indispensables. Los indispensables son aquellos que el organismo no puede sintetizar. Los dispensables se sintetizan en el organismo a partir de los indispensables.

Otra clasificación distingue seis grupos químicos:

- Hidratos de carbono
- Lípidos
- Proteínas
- Vitaminas
- Nutrimientos orgánicos
- Agua y oxígeno

Estos grupos, de acuerdo con la función básica que ejercen en el organismo, se dividen en:

### **Energéticos**

Durante el primer año de vida, las recomendaciones en relación con las alimentaciones del lactante son numerosas y muy precisas. A partir de esa edad las necesidades energéticas del niño son difíciles de establecer debido a las importantes diferencias interindividuales relacionadas, sobre todo, con el ritmo de crecimiento y con el grado variable de actividad física. Se recomienda unas 100 Kcal por kilogramo de peso y día. (GIL, Ángel. 2010, capítulo 11.)

## **Hidratos de carbono**

Rodríguez<sup>26</sup>, explica que los hidratos de carbono representan la principal fuente de energía y deben aportar más del 50 % de las calorías ingeridas. Los alimentos que proporcionan estos nutrientes contribuyen también el aporte de fibra en la dieta. Estos nutrientes se deben de tomar mayoritariamente en forma de hidratos de carbono complejos (almidón) mediante un consumo elevado de cereales, legumbres, frutas y verduras. (p.441)

Así mismo se debe de limitar la ingestión de azúcares simples, principalmente la sacarosa, presente en el azúcar de endulzar dulces y bebidas refrescantes, asegurando que estos azúcares no sobrepasen el 10% de las calorías totales. Cabe destacar la relevancia que ha tomado la ingesta de fibra dietética desde los primeros años de vida. Las últimas recomendaciones para este rango de edad apuntan a un consumo diario de 19 gramos al día, cifra cercana a los valores recomendados para el adulto. (RODRÍGUEZ, (2008), p.441.)

## **Lípidos o grasas**

Anne Winwood (2007) las define como “reservas de energía del organismo y las proteínas de la materia prima con la que se forman todos los tejidos del cuerpo. Por lo tanto, si nuestra dieta es pobre en estos dos tipos de nutrientes el paciente

---

<sup>26</sup> RODRÍGUEZ, Víctor. *Bases de la alimentación humana*. Editorial Gesbiblo, España,(2008), p.441.

se empezará a sentir débil y estará expuesto a enfermedades y dolencias”<sup>27</sup>.  
(p.21)

## **Proteínas**

De acuerdo a Arboledas<sup>28</sup>, “Las proteínas naturales son polímeros lineales de a-L aminoácidos. Desempeñan una gran cantidad de funciones: estructurales, como el colágeno; transportadoras, como la hemoglobina o los citocromos; además de aquellas funciones catalíticas que ejecutan las enzimas y que resultan esenciales en la homeostasis del metabolismo”. (Pp.13-14)

En una proteína se puede distinguir varios niveles de organización: Estructura primaria, que hace referencia a la secuencia de aminoácidos y en la que se incluyen todos los enlaces covalentes a los diversos residuos: enlaces pépticos y los puentes disulfuro. (ARBOLEDAS, David. 2011), p 13)

Una estructura secundaria, que se refiere a las disposiciones regulares en el espacio de residuos adyacentes en la cadena polipeptídica. Algunos elementos con estructura secundaria forman agregados regulares consecutivos que determinan un nivel de organización superior, que se denominan estructura supersecundaria o motivos. (ARBOLEDAS, David. 2011), p 13)

Un nivel de estructuración superior o estructura terciaria, o disposición espacial de todos y cada uno de los átomos que componen la molécula. Una proteína con

---

<sup>27</sup> WINWOOD, Anne. *Acelerar el metabolismo.. Editorial Lea, Buenos Aires-Argentina,(2007), p.21.*

<sup>28</sup>ARBOLEDAS, David. *Jerarquía estructural de las proteínas*, Editorial club universitario, España,(2011), Pp.13-14.

una determinada estructura terciaria puede estar constituida por uno o varios dominios que pueden tener funciones específicas y separadas. La estructura terciaria constituye el último nivel de organización estructural de una proteína monomérica. . (ARBOLEDAS, David. 2011), p 13)

## Vitaminas

Como lo menciona Dorosz (2008) “Las vitaminas son sustancias de origen orgánico, lo que las distingue de los oligoelementos y de las sales minerales, también necesarios en la alimentación de los organismos vivos. Las cantidades de vitaminas que se requieren son extremadamente mínimas: se sitúan entre algunos microgramos y algunos miligramos por día”<sup>29</sup>. (Pp.9-10)

Así mismo Claudia Aristizábal y Silvia Montoya<sup>30</sup> en su página web muestran la clasificación de las vitaminas en liposolubles hidrosolubles. Cada vitamina tiene funciones específicas. Si tiene bajos niveles de determinadas vitaminas, puede desarrollar una enfermedad por deficiencia. La mejor manera de obtener suficientes vitaminas es mantener una dieta balanceada con alimentos variados.

---

<sup>29</sup> DOROSZ, PH. *Tabla de vitaminas, sales, minerales y oligoelementos*.. Editorial Hispano Europea, Barcelona-España, (2008), pp. 9-10.

<sup>30</sup> ARISTIZÁBAL, Claudia y Maribel, MONTOYA, Silvia, *Las Vitaminas*.  
<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne.18 septiembre 2012.



## **Vitaminas liposolubles**

### **Vitamina A, retinol o antixeroftálmica**

La función principal de la vitamina A es intervenir en la formación y mantenimiento de la piel, membranas mucosas, dientes y huesos. También participa en la elaboración de enzimas en el hígado y de hormonas sexuales y suprarrenales.

Las principales fuentes de vitamina A son: Aceite de hígado de pescado, yema de huevo, aceite de soya, mantequilla, zanahoria, espinacas, hígado, perejil, leche, queso, tomate y la lechuga.

(<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne)

### **Vitamina D, calciferol o antirraquítica**

Mariano Llera (2009) indica que esta vitamina interviene en el crecimiento y facilita la absorción del calcio. Es necesaria para la formación normal y protección de los huesos y dientes contra los efectos del bajo consumo de calcio.

Esta vitamina se obtiene a través de provitaminas de origen animal que se activan en la piel por la acción de los rayos ultravioleta cuando se toman "baños de sol".

La carencia de vitamina D produce en los niños malformaciones óseas, caries dental y hasta raquitismo, una enfermedad que produce malformación de los huesos. Debido a que la vitamina D es soluble en grasa y se almacena en el cuerpo, exceder su consumo produce trastornos digestivos, vómito, diarrea, daños al riñón, hígado, corazón y pérdida de apetito.

Las principales fuentes de vitamina D son: leche enriquecida, yema de huevo, sardina, atún, queso, hígado y cereales. (p.33)

## **Vitamina E, tocoferol o restauradora de la fertilidad**

Esta vitamina participa en la formación de glóbulos rojos, músculos y otros tejidos. Tiene como función principal participar como antioxidante, es algo así como un escudo protector de las membranas de las células que hace que no envejeczan o se deterioren por los radicales libres que contienen oxígeno y que pueden resultar tóxicas y cancerígenas. La deficiencia de la vitamina E puede ser por dos causas, por no consumir alimentos que la contengan o por mala absorción de las grasas; la vitamina E por ser una vitamina liposoluble, necesita que para su absorción en el intestino se encuentren presentes las grasas. Su deficiencia produce distrofia muscular, pérdida de la fertilidad y anemia. Al parecer, su exceso no produce efectos tóxicos masivos.

Las principales fuentes de vitamina e son: aceites vegetales, germen de trigo, chocolates, legumbres, verduras, leche, girasol, frutas, maíz, soya e hígado.

(<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne)

## **Vitamina k, antihemorrágica o filoquinona**

La vitamina K participa en diferentes reacciones en el metabolismo, como coenzima, y también forma parte de una proteína muy importante llamada protrombina que es la proteína que participa en la coagulación de la sangre. La deficiencia de vitamina K en una persona normal es muy rara, solo puede ocurrir por una mala absorción de grasas. Dosis altas de vitamina K sintética puede producir lesión cerebral en los niños y anemia en algunos adultos. Su deficiencia produce alteraciones en la coagulación de la sangre y hemorragias difíciles de

detener. La vitamina k se presenta en cuatro formas moleculares: K1, K2, K3, K4. La vitamina K1 se obtiene a partir de vegetales de hoja verde (espinacas, coles, lechuga, tomate). K2 se obtiene a partir de derivados de pescados. K3 se obtiene a partir de la producción de la flora bacteriana intestinal. Por ello, las necesidades de esta vitamina en la dieta son poco importantes.

Las principales fuentes de vitamina k son las legumbres, hígado de pescado, aceite de soya, yema de huevo y las verduras.

(<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne)

## **Vitaminas Hidrosolubles**

### **Vitamina C, ácido ascórbico o vitamina antiescorbútica**

Esta vitamina es necesaria para producir colágeno, que es una proteína necesaria para la cicatrización de heridas. Es importante en el crecimiento y reparación de las encías, vasos, huesos y dientes, y para la metabolización de las grasas, por lo que se le atribuye el poder de reducir el colesterol. El consumo adecuado de alimentos ricos en vitamina C es muy importante porque es parte de las sustancias que une a las células para formar los tejidos. Las necesidades de vitamina C no son iguales para todos, durante el crecimiento, el embarazo y las heridas hay requerimientos aumentados de este nutrimento. El contenido de vitamina C en las frutas y verduras varía dependiendo del grado de madurez. Lo más recomendable es comer las frutas y verduras frescas puesto que la acción del calor destruye a la vitamina C. También hay que mencionar que la vitamina C en contacto con el aire se oxida y pierde su actividad, y esto hay que recordarlo al

preparar un jugo de fruta como el de naranja, de no tomárselo rápidamente habrá perdido un gran cantidad de vitamina C. El déficit de vitamina C produce escorbuto, que se caracteriza por hinchamientos, hemorragias en las encías y caída de los dientes. Algunos otros beneficios atribuidos a esta vitamina son: mejor cicatrización de heridas, alivio de encías sangrantes, reducción de alergias, prevención del resfriado común, y en general fortalecimiento del organismo. Las principales fuentes de vitamina C son la leche de vaca, hortalizas, verduras, cereales, carne, frutas y cítricos.

(<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne)

## **Complejo B**

Son sustancias frágiles, solubles en agua, varias de las cuales son sobre todo importantes para metabolizar los hidratos de carbono. Los distintos compuestos se designaron con la letra B y un subíndice numérico. La tendencia actual es utilizar los nombres de cada sustancia. El denominado complejo vitamínico B incluye los siguientes compuestos: tiamina (B1), riboflavina (B2), ácido pantoténico (B3), ácido nicotínico (B5), Piridoxina (B6), biotina (B7), y cobalamina (B12).

(<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne)

### **Vitamina B1 tiamina, aneurina o antiberibérica**

Desempeñan un papel fundamental en el metabolismo de los glúcidos y lípidos, es decir, en la producción de energía. Es la gran aliada del estado de ánimo por su efecto benéfico sobre el sistema nervioso y la actitud mental. Su deficiencia puede causar una enfermedad llamada Beriberi que se caracteriza por debilidad muscular, inflamación del corazón y calambres en las piernas y, en casos graves, incluso ataque al corazón y muerte.

Las principales fuentes de vitamina B1 son las vísceras (hígado, corazón y riñones), la levadura de cerveza, los vegetales de hoja verde, el germen de trigo, las legumbres, los cereales, la carne y las frutas.

(<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne)

### **Vitamina B2 o Riboflavina**

Al igual que la tiamina, actúa como coenzima, es decir, debe combinarse con una porción de otra enzima para ser efectiva en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y especialmente en el metabolismo de las proteínas que participan en el transporte de oxígeno. También actúa en el mantenimiento de las membranas mucosas. La insuficiencia de riboflavina puede complicarse si hay carencia de otras vitaminas del grupo B. Sus síntomas, no tan definidos como los de la insuficiencia de tiamina, son lesiones en la piel, en particular cerca de los labios y la nariz, y sensibilidad a la luz.

Las principales fuentes de vitamina B2 son la levadura de cerveza, el germen de trigo, las verduras, los cereales, las lentejas, el hígado, la leche, la carne, el coco, el pan y el queso.

(<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne)

### **Vitamina B3, vitamina PP o nicotinamida**

Interviene en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas. Es un vasodilatador que mejora la circulación sanguínea, participa en el mantenimiento fisiológico de la piel, la lengua y el sistema digestivo.

Consumirla en grandes cantidades reduce los niveles de colesterol en la sangre. Aunque las grandes dosis en periodos prolongados pueden ser perjudiciales para el hígado. Sin embargo, en países del tercer mundo, que se alimentan a base de maíz aparece la pelagra, enfermedad caracterizada por dermatitis, diarrea y demencia (las tres D de la pelagra). Es indispensable para la salud del cerebro y del sistema nervioso.

Las principales fuentes de vitamina B3 son el harina integral de trigo, el pan de trigo integral, la levadura de cerveza, el salvado de trigo, el hígado de ternera, el germen de trigo, el arroz integral y las almendras.

(<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne)

## **Vitamina B5, Ácido pantoténico o vitamina W**

Desempeña un papel aun no definido en el metabolismo de las proteínas. Interviene en el metabolismo celular como coenzima en la liberación de energía a partir de las grasas, proteínas y carbohidratos.

Su carencia provoca falta de atención, apatía, alergias y bajo rendimiento energético en general. Su falta en los animales produce caída del pelo y canicie; en los humanos se observa malestar general, molestias intestinales y ardor en los pies. A veces se administra para mejorar la cicatrización de las heridas, sobre todo en el campo de la cirugía.

Las principales fuentes de vitamina B5 son la levadura de cerveza, los vegetales verdes, la yema de huevo, los cereales, las vísceras, el maní, las carnes y las frutas.

(<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtml>Carne)

## **Vitamina B6 o piridoxina**

Actúa en la utilización de grasas del cuerpo y en la formación de glóbulos rojos. Mejora la capacidad de regeneración del tejido nervioso, para contrarrestar los efectos negativos de la radioterapia y contra el mareo en los viajes. El déficit de vitamina B6 produce alteraciones como depresión, convulsiones, fatiga, alteraciones de la piel, grietas en la comisura de los labios, lengua depapilada, convulsiones, mareos, náuseas, anemia y piedras en el riñón.

Es esencial para el crecimiento ya que ayuda a asimilar adecuadamente las proteínas, los carbohidratos y las grasas y sin ella el organismo no puede fabricar anticuerpos ni glóbulos rojos. Esta vitamina se halla en casi todos los alimentos tanto de origen animal como vegetal, por lo que es muy raro encontrarse con estados deficitarios.

Las principales fuentes de vitamina B6 son la carne de pollo, las espinacas, los garbanzos, los cereales, el aguacate, las sardinas, el plátano, las lentejas, el hígado, los granos, el atún y el pan.

[http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtmlCarne\)](http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtmlCarne)

### **Vitamina B8, Vitamina H o biotina**

Es una coenzima que participa en la transferencia de grupos carboxilo (-COOH), interviene en las reacciones que producen energía y en el metabolismo de los ácidos grasos. Es necesaria para el crecimiento y el buen funcionamiento de la piel y sus órganos anexos (pelo, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas) así como para el desarrollo de las glándulas sexuales.

Una posible causa de deficiencia puede ser la ingestión de clara de huevo cruda, que contiene una proteína llamada avidina que impide la absorción de la biotina. Su carencia produce depresión, dolores musculares, anemia, fatiga, náuseas, dermatitis seborreica, alopecia y alteraciones en el crecimiento.



Las principales fuentes de Biotina son la levadura de cerveza, la yema de huevo, las leguminosas, los riñones, el coliflor, el hígado, la leche y las frutas.

[http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtmlCarne\)](http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtmlCarne)

### **Vitamina B12 o cianocobalamina**

Es necesaria para la formación de nucleoproteínas, proteínas, glóbulos rojos y para el funcionamiento del sistema nervioso, para la movilización (oxidación) de las grasas y para mantener la reserva energética de los músculos. La insuficiencia de vitamina B12 se debe con frecuencia a la incapacidad del estómago para producir una glicoproteína que ayuda a absorber esta vitamina. El resultado es una anemia perniciosa, con los característicos síntomas de mala producción de glóbulos rojos, síntesis defectuosa de la mielina, pérdida del tejido del tracto intestinal, psicosis, degeneración nerviosa, desarreglos menstruales, úlceras en la lengua y excesiva pigmentación en las manos (sólo afecta a las personas de color). Es la única vitamina que no se encuentra en productos vegetales.

Las principales fuentes de vitamina B12 son el pescado, los riñones, los huevos, los quesos y la leche.

[http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtmlCarne\)](http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtmlCarne)

## **Nutrimientos orgánicos o minerales**

Como menciona CHALLEN (2007)

Los minerales son elementos, lo cual significa que no pueden ser descompuestos en sustancias más simples. Sin embargo, los minerales con propiedades nutricionales se presentan en forma de compuestos, lo que quiere decir que están combinados con alguna otra cosa. El citrato de calcio y el picolinato de cromo son algunos ejemplos de los muchos compuestos minerales<sup>31</sup>. (p.5)

De acuerdo a la Revista Dietética y Salud,<sup>32</sup> entre los minerales más importantes están él: calcio, cobre, cinc, flúor, fósforo, hierro, magnesio, manganeso, potasio, y yodo.

### **Calcio**

Se encuentra en la leche y demás lácteos, queso, soja, sardinas, salmón, cacahuetes, pipas de girasol, legumbres, hortalizas verdes, tofú, brécol, col china, berza, almendra, sésamo. Se necesita: De 1 a 3 años: 800 mg y de 4 a 10 años: 800 mg, sirve para mantener sanos los huesos y los dientes.

Interferencias: las dietas ricas en grasas reduce el nivel de calcio en el organismo.

### **Cobre**

Se encuentra en las legumbres, guisantes, harina integral, ciruelas pasas,

---

<sup>31</sup> (CHALLEN (2007), p.5.)

<sup>32</sup> Dietética y salud,  
<http://www.revistadieticaysalud.com/articulos/ninos/minerales.htm>

mariscos. Se necesita: De 1 a 4 años: 1-2 mg y de 4 a 10 años: de 1 a 2 mg. Sirve para favorecer la absorción del hierro, mejora la energía y la atención del niño.

### **Cinc**

Se encuentra en chuletas de cordero, carne de cerdo, germen de trigo, calabaza, pipas de girasol, huevo, levadura de cerveza, leche en polvo. Se necesita: de 1 a 3 años: 10 mg y de 4 a 10 años: 10 mg. Sirve para agudiza el sentido del gusto y aumentar el apetito y favorecer el crecimiento.

### **Flúor**

Se encuentra en los mariscos, gelatina, agua fluorada. Se necesita: de 1 a 3 años: de 0,5 a 1,5 mg y de 4 a 10 años: de 1,0 a 2,5 mg. Sirve para prevenir la caries y ayudar a fortalecer los huesos.

### **Fósforo**

Se encuentra en el pescado, carne de ave y de vacuno, huevos, cereales integrales, frutos secos, semillas. Se necesita: De 1 a 3 años: 800mg y de 4 a 10 años: 800 mg. Sirve para ayudar a tener dientes y huesos fuertes, y mejorar la capacidad de aprendizaje.

### **Hierro**

Se encuentra en hígado, féculas, almejas, melocotones secos, carne roja, avena. Se necesita: de 1 a 3 años: 10 mg y de 4 a 10 años: 10 mg. Sirve para favorecer el crecimiento, evita la fatiga y aumenta la resistencia a las enfermedades.

Interfieren en la absorción del hierro, el consumo excesivo de refrescos con cafeína (colas) y de chocolate puede impedir la absorción del hierro.

### **Magnesio**

Se encuentra en los higos, limón, pomelos, maíz, almendras, manzana, frutos secos, semillas, hortalizas verdes. Se necesita: De 4 a 6 años 120 mg y de 7 a 10 años: 170 mg. Sirve para mantener dientes, huesos y corazón sanos.

### **Manganeso**

Se encuentra en los frutos secos, hortalizas verdes, guisantes, remolacha, yema de huevo, cereales integrales. Se necesita: mayores de 4 años: 1,5- 5 mg. Sirve para reducir la irritabilidad, reforzar la memoria y eliminar la fatiga.

### **Potasio**

Se encuentra en el plátano, patatas, cítricos, berros, pipas de girasol, hortalizas verdes. Se necesita: Hasta 4 años: 2.000 mg. Sirve para aliviar los cólicos, ayudar a combatir las diarreas y favorecer la eliminación de toxinas.

### **Yodo**

Se encuentra en las algas, cebolla, mariscos. Se necesita: de 4 a 6 años: 90 mcg y de 7 a 10 años: 120 mcg Sirve para favorecer el crecimiento y la salud de piel, cabello y uñas.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Dietética y salud,  
<http://www.revistadieticaysalud.com/articulos/ninos/minerales.htm>.

## Agua y oxígeno

HIGASHIDA, Bertha (2009) menciona acerca del agua “El agua es importante para la célula porque proporciona el medio adecuado para los diversos procesos celulares e influye en la estructura de las macromoléculas del organismo. Además desempeña un papel importante en la regulación de la temperatura corporal”<sup>34</sup>. (p.165)

Según Jack Wilmore (2007), “Las funciones del agua son “proporcionar transporte entre los diferentes tejidos del cuerpo y aporte a dichos tejidos, regula la temperatura del cuerpo y mantiene la tensión arterial para una adecuada función cardiovascular”<sup>35</sup>. (p.459)

Los niños como los adultos necesitan de una adecuada ingesta de líquidos a diario para mantener un correcto equilibrio hídrico, es decir, necesitan compensar las pérdidas y satisfacer las necesidades de agua para que el organismo funcione correctamente. (<http://www.revistadieteticaysalud.com/articulos/ninos/minerales.htm>)

Complementando, lo expuesto Wilmore (2007) indica: Alrededor del 60% de la ingestión diaria de agua se obtiene de los fluidos que se beben, y alrededor del 30% de los alimentos consumidos. El restante 10% se produce en las células durante el metabolismo. La producción metabólica de agua oscila entre 150 y 250 ml por día dependiendo del ritmo de consumo energético. La ingestión de agua total diaria tiene como promedio 33 ml por kg de peso corporal al día<sup>36</sup>. (p.459)

---

<sup>34</sup> (HIGASHIDA, (2009), p. 165)

<sup>35</sup> WILMORE Jack. *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Editorial Paidotribo, España, (2007), p. 459.

<sup>36</sup> (ibídem p. 459).

La ingestión el agua depende de varios factores como el tamaño, el peso corporal, la magnitud de las pérdidas de líquido de sudor, enfermedades u otros.

EDAD	AGUA/ KG/DIA	AGUA/DIA
1	120 -135	1.150-1300
2	115-125	1.350-1.500
4	100-110	1.600-1.800
6	90-100	1.800-2.00

Como se puede apreciar en la tabla, los requerimientos cambian según la edad y se pueden estimar en función del peso del niño, por lo que a mayor masa y peso corporal mayores serán las necesidades.

Como lo manifiesta Gabriela Gottau en su página web “parte del agua que se ingiere se utiliza, en los niños, para funciones vitales que permiten el crecimiento, por ello los problemas de deshidratación así como de sobrehidratación deben ser tenidas muy en cuenta en la infancia para evitar situaciones indeseables en los pequeños”<sup>37</sup>.

A decir de Davis Whitten (2010) “el oxígeno es un gas incoloro e inodoro que constituye casi 21% en volumen del aire seco, y en los estados líquidos es de color azul pálido. El oxígeno es muy poco soluble en el agua”<sup>38</sup>. (p.46)

---

<sup>37</sup>GOTTAU Gabriela, Dietas.  
<http://www.vitonica.com/dietas/recomendaciones-de-ingesta-de-agua-en-los-ninos>. 24 de febrero 2011.

<sup>38</sup> WHITTEN, DAVIS, PECK. *Química*. Editorial Cengage Learning, México,(2008), p. 236.

### 2.2.5 Control odontológico

Al respecto Boj (2010) menciona que “los profesionales de la salud infantil aprovechan las ventajas de la oportunidad que proporciona la consulta del niño para sacar a la luz las preguntas y preocupaciones paternas, obtener la información relevante sobre la salud de la familia y el paciente. Se recomienda que el niño asista a visitas de control cada 6 meses”<sup>39</sup>. (p.46)

De acuerdo a Bordoni (2010) “El campo odontopediátrico está definido por tres actores: el niño, los padres y el equipo de salud. Ninguna tarea clínica será mejor que la cooperación alcanzada por los actores en el campo. Cuando existe confianza con el profesional, los problemas de salud se resuelven más rápidamente. El niño y la familia son coterapeutas en el tratamiento odontológico: el primer objetivo es reconocer y actuar sobre la percepción del niño y de su grupo mesial respecto a la salud bucal<sup>40</sup>. (Cap. 6)

De la misma manera Boj (2010) indica que “el odontólogo debe utilizar las visitas periódicas de los pacientes para seleccionar las medidas de prevención más adecuadas en cada caso, que eviten la aparición de caries y sus consecuencias. Y también debe de tener como fin de entrenar a los padres a examinar

---

<sup>39</sup> (BOJ.(2010), p. 46)

<sup>40</sup>BORDONI. N. *Odontología pediátrica*.. Editorial medica panamericana, Buenos Aires, (2010), capítulo 6.

periódicamente la boca de sus hijos y así detectar tempranamente estas apariciones”<sup>41</sup>. (p.47)

### **Objetivos del control odontológico:**

Buscobic Yerkatar en su página web expone como objetivos del control odontológico los siguientes:

- Evaluar el crecimiento y desarrollo
- Pesquisar precozmente alteraciones y patologías
- Prevenir, educar
- Interesar y educar al niño en los cuidados de higiene bucal o educar al niño para que acepte el tratamiento necesario y periódico de sus dientes
- Ayudar al niño para que acepte la responsabilidad por su propia salud bucal.<sup>42</sup>

### **2.5.6. Medidas de prevención en el control odontológico**

Dentro de las medidas de prevención el control odontológico están:

- Profilaxis
- Sellantes
- Fluorización

---

<sup>41</sup> (BOJ.(2010), p. 47).

<sup>42</sup> YERKATAR BUSCOBIC, *Control odontológico del niño sano*, <http://www.buenastareas.com/ensayos/Control-Odontol%C3%B3gico-Del-Ni%C3%B1o-Sano/3874862.html>. Abril 2012



## PROFILAXIS

Ángela Osorno en su página web define a la profilaxis como:

La limpieza dental profesional, también conocida como “profilaxis dental” es el procedimiento odontológico de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental. La limpieza dental profesional es de carácter básicamente preventivo y puede ser beneficioso de muchas maneras, pero no será suficiente para combatir y erradicar la caries dental y otras afecciones previamente establecidas de largo tiempo de evolución<sup>43</sup>.

Como menciona Redondo (2008):

Fomentar desde niños el uso de materiales que contribuyen a la limpieza y mantenimiento de los dientes servirá de mucho para evitar enfermedades o lesiones dentales. El cepillo de dientes es imprescindible para el mantenimiento de la salud oral y no puede ser sustituido por otras sustancias, ya que este es un gran aliado en la profilaxis dental, en donde los profesionales de la salud, los padres y educadores deben ser los motivadores y animadores en crear hábitos de higiene mantenidos y realizados con eficacia<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> OSORNO Ángela, *Profilaxis o limpieza dental*, [http://www.draosorno.com/profilaxis\\_o\\_limpieza\\_dental\\_sin.htm](http://www.draosorno.com/profilaxis_o_limpieza_dental_sin.htm). 14 junio 2012.

<sup>44</sup> REDONDO. C. GALDO G. *Atención al adolescente*.: Editorial Publican, España, (2008), p.179.

Según Diéguez (2009):

Tradicionalmente se recomendaba la limpieza de las superficies mediante el empleo de una copa de profilaxis o de un cepillo rotatorio y de pasta de profilaxis, pero en los últimos años se ha discutido acerca de la pertinencia de realizar una profilaxis previa en la superficie oclusal. Los escasos estudios existentes sobre el tema aconsejan continuar con esta fase de profilaxis para retirar la placa bacteriana y la materia alba<sup>45</sup>. (p.172)

Es recomendable realizar una profilaxis por lo menos cada 6 meses.

## **Sellantes**

Diéguez (2009) manifiesta:

Los sellantes dentales son películas para prevenir la aparición de caries a edades tempranas, lo mejor es aplicar el sellador de fosas y fisuras en cuanto lo permita la erupción del diente. Como es mayor la probabilidad de que se desarrollen lesiones de caries en fosas y fisuras de los molares a edades tempranas, son los niños y adolescentes los candidatos clave para recibir este tratamiento. Sin embargo, en ciertos casos, los adultos también pueden beneficiarse de esta medida preventiva<sup>46</sup>. (p.171)

---

<sup>45</sup>DIÉGUEZ, Eduardo. *Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales*. España. Editorial Ideaspropias, 2009, página 172.

<sup>46</sup> (ibídem, p. 171)

Los selladores de fosas y fisuras son una resina que se aplica y retiene mecánicamente a la superficie grabada al esmalte, gracias a lo cual quedan sellados y aislados del medioambiente bucal los defectos anatómicos del esmalte.

Así mismo Diéguez<sup>47</sup>, indica que los requisitos que debe de cumplir un buen sellador son:

- Que no sea tóxico
- Estabilidad físico – química
- Estabilidad dimensional, tensional o térmica.
- Alta capacidad de penetración
- Resistencia a la abrasión y al desgaste
- Fuerza de cohesión
- Fácil manejo.

## **Fluorización**

Según la página Dental Ore define a la fluorización como:

El procedimiento por el que se aplica flúor tópico sobre los dientes con el fin de prevenir la aparición de caries. El flúor aumenta la resistencia del esmalte de los dientes a los ácidos que producen las bacterias de la placa bacteriana. Es un procedimiento preventivo indicado preferentemente a los niños.

El flúor previene las caries de dos formas:

- Se concentra en los huesos y dientes en desarrollo de los niños, también fortalece el esmalte de los dientes antes de que erupcionen.
- Ayuda a endurecer el esmalte de los dientes adultos<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> DIEGUEZ, (2009), p. 172.

<sup>48</sup> <http://www.clinicadentalore.com/fluorizacion.html>rupcionado.Dental Oré. *Fluorización*. 2009

De acuerdo a lo expuesto por Boj (2010) “es importante que se siga manteniendo las visitas de revisión bianualmente y realizando las higienes y fluorizaciones para obtener un nivel de prevención óptimo”<sup>49</sup>. (p.47)

Como menciona la pagina web de cuidado infantil: “Lo recomendable es que el proceso de fluorización se realice cuando el niño tenga dos o tres años de edad, ya que en este periodo las caries empiezan a aparecer con mayor frecuencia”<sup>50</sup>.

Así mismo Code Hon en su página web establece que:

Dependiendo de los factores de riesgo del individuo y de la razón del tratamiento, se determinará qué método de suministro del fluoruro será usado. Es necesaria la consulta con un odontólogo antes de comenzar cualquier tratamiento como:

- Puntos blancos
- Pacientes con riesgo moderado o alto de desarrollar caries
- Proceso activo de desarrollo de caries
- Tratamiento ortodóntico
- Protección adicional en caso de necesidad para los niños en áreas sin agua potable fluorada
- Para reducir sensibilidad de los dientes.
- Para proteger la superficie de la raíz

---

<sup>49</sup> (BOJ.(2010),p. 47)

<sup>50</sup> <http://cuidadoinfantil.net/la-fluorizacion-en-los-bebes.html>. Cuidado Infantil. *La fluorización en los niños*. julio 1, 2009.

- Flujo salival disminuido
- Pacientes institucionalizados.

La técnica para aplicar el flúor consiste en que tras la limpieza de los dientes se aplica el flúor en forma de gel que se deposita en unas cubetas adaptadas a los dientes del paciente. Es necesario una aspiración continua y que las cubetas no estén excesivamente llenas. Tras el tiempo de colocación (4 minutos) se debe expectorar todo el exceso que haya quedado en la boca. Pueden aplicarse fluorizaciones tópicas a un diente o grupo de dientes mediante barnices<sup>51</sup>.

### **2.2.7. Sustancias anodinas**

Blanco Torres (2010) define a las sustancias anodinas como:

Se llaman anodinos a los medicamentos que amortiguan la sensibilidad en nuestros órganos y quitan o disminuyen el dolor: también se los conoce con las denominaciones de calmantes, sedantes o narcóticos.

La mayor parte de los medicamentos que poseen estas virtudes, proceden del reino vegetal.

---

<sup>51</sup> HON, Code. Fluorizaciones. [www.tuotromedico.com/odontologia/fl.agosto,2012](http://www.tuotromedico.com/odontologia/fl.agosto,2012).

Entre las sustancias anodinas que diariamente son aplicadas están:  
el bálsamo tranquilo, la pomada de belladona, cerato opiado, el  
ungüento populeón<sup>52</sup>. (Pp. 98-99)

López<sup>53</sup> por su parte indica que los anodinos se distinguen de todos los demás,  
por la influencia especial y primitiva que ejercen en el sistema nervioso y  
principalmente en el cerebro, influencia caracterizada por la disminución de  
actividad y aún por la interrupción momentánea de estos órganos importantes.  
(Pp.134-135)

Juan Montane Lozoya en su página web manifiesta:

“Que uno de los problemas de tomar remedios caseros, es que en ocasiones al  
desconocer el origen del dolor de muelas, no se hace lo correcto, una de las  
causas más comunes del dolor de muelas son las caries dentales, y debido a que  
estos dolores son los más molestos se busca el remedio casero pero no  
siempre es el necesario ni el efectivo”<sup>54</sup>.

Así mismo Daniele Ryman (2007) en su texto indica que<sup>55</sup> “Los nervios o  
determinados grupos de nervios de la cavidad bucal son particularmente

---

<sup>52</sup> BLANCO Bonifacio, *Instrucción del practicante*. Editorial Maxtor. Madrid-España, (2010), Pp.98, 99.

<sup>53</sup> LÓPEZ F. *Historia de la Psicofarmacología*. Editorial médica panamericana, Madrid-España (2007), Pp. 134-135.

<sup>54</sup> <http://suite101.net/article/dolor-de-muelas-causas-remedios-caseros-y-medicamentos-a80228#axzz2Og7eT4NI>. Juan Montane Lozoya, 2 de junio 212.

<sup>55</sup> RYMAN Daniele, *Aromaterapia*. Editorial Kairos, Barcelona-España,(2007), p. 311.

delicados, es por este motivo que al usar este tipo de sustancias o plantas que alivian el dolor se deben de proteger para no causar dolor de cabeza, migraña, irritación local, sinusitis e incluso un mayor dolor de muelas”. (p.311)

Administrados a dosis muy débiles solo tienen una acción puramente local y solo obran disminuyendo la sensibilidad e irritabilidad de las partes con las que están en contacto. A dosis un poco más fuertes, su acción se extiende más, producen una ligera debilidad y un estado de calma general, los que muchas veces sigue el sueño. (López F. (2007) 135.)

Si la cantidad es mucho más fuerte, dan lugar a un conjunto de síntomas llamados “narcotismo”, este estado es caracterizado por pesadez de la cabeza, oscurecimiento de la vista, disminución de las facultades intelectuales, debilidad muscular, postración de fuerzas y un sueño más o menos profundo, algunas veces tranquilo y, más frecuentemente muy agitado, o bien en otros casos por una cefalalgia violenta, vértigos, movimientos convulsivos, alucinaciones y un estado particular entre el sueño y la embriaguez, durante el cual las facultades intelectuales se aniquilan y el enfermo entorpecido y en una postración extrema, sufre sin embargo una agitación violenta, ansiedad. etc. Estos accidentes, cuando la dosis de la sustancia es bastante fuerte, son comúnmente seguidos de un coma profundo, precursor de una muerte cercana. (López F. (2007) 135.)

## **2.3. LESIONES PULPARES**

### **2.3.1. Definición**

M. Torabinejad (2010) define a las lesiones pulpares como:

Son la respuesta de la pulpa, en presencia de un irritante, a la que se adapta primero y en la medida de la necesidad se opone, organizándose para resolver favorablemente la lesión o disfunción ocurrida por la agresión.

Las lesiones pulpares que se presentan en las estructuras dentarias necesitan su respectivo tratamiento pulpar. Los tratamientos pulpares que se realizan en dientes deciduos, sus características anatómicas e histopatológicas, son de suma importancia. Conservar estas piezas ayuda al desarrollo de la fonación, alimentación, respiración y armonía estética del niño, es por esto que el profesional de la odontología debe instruir y orientar a los padres en materia de conservación de los dientes hasta que su periodo de rizólisis concluya<sup>56</sup>. (p.1)

### **5.3.2. Etiología**

Manoel De Lima (2009) indica que “La pulpa dentaria puede ser agredida por diversas causas, tales como: Caries, traumatismos – fracturas, abrasión, atrición,

---

<sup>56</sup> TORABINEJAD. Mahmoud. *Endodoncia, principio y práctica.*: Editorial elsevier, Barcelona-España, (2010), p 1.



contaminación del sistema de conductos por toxinas residuales, microorganismos y sus subproductos y restauraciones defectuosas”<sup>57</sup>. (p.2)

Según Esther Casanueva,Martha Kaufer y otros,(2008) en el texto Nutriología medical, “la caries dental es un proceso de origen infeccioso que provoca la desmineralización de la pieza dentaria. Una concentración elevada de alimentos ácidos y una gran frecuencia de contacto con estos inducen a una rápida desmineralización de la superficie dental, y convertir una caries leve en caries agresiva”<sup>58</sup>. (p.245)

Según Negroni, M. (2009) manifiesta que:

“Las caries pueden agredir según su profundidad:

caries de esmalte: es el resultado de la desmineralización, la primera manifestación clínica es la mancha blanca que es la traducción de los cambios bioquímicos que ocurren en la interface biopelícula- esmalte, luego en la periferia del cuerpo de la lesión se presenta una zona oscura de remineralización con pérdida de minerales, el grosor de la zona oscura presenta la eficacia del proceso de Remineralización, presentándose la zona de avance de la lesión que se encuentra por fuera de la zona oscura.

Caries de dentina: cuando la caries alcanza al límite amelodentinario, avanza a un ritmo mayor que el del esmalte, la presencia de los túbulos dentinarios ayuda a

---

<sup>57</sup> DE LIMA, Manoel. *Endodoncia de la biología técnica*. Editorial Amolca, Brasil: (2009), p.2.

<sup>58</sup> Esther Casanueva,Martha Kaufer,Ana Perez,Pedro Arroyo.Nutriología Medical,editorial medica panamericana,Mexico,(2008),p 245.

que los microorganismos invadan la pulpa, con la continuación de la evolución natural de la enfermedad<sup>59</sup>. (Pp.58-59)

Caries penetrante: según la página web [www. Portal.unmayor.cl/caries\\_rx.html](http://www.Portal.unmayor.cl/caries_rx.html)<sup>60</sup>.

Manifiesta:

Que es en caries penetrante donde hay gran destrucción coronaria (por ejemplo caries disto oclusal muy profunda), se caracteriza por ser una caries con un compromiso pulpar irreversible, lo importante de reconocer esto es que el tratamiento será endodoncia o extracción.

Según Bardoni<sup>61</sup> estas agresiones alteran las funciones, de la pulpa dentaria, y pueden ser leves o severas según el tiempo según la intensidad del ataque y tiene como resultado inicial un proceso inflamatorio en el que los leucocitos neutrofilos son atraídos por quimiotaxis hacia el sitio afectado. (p.467)

De la misma manera, M. Bauman<sup>62</sup> dice que la rápida progresión de las caries y la afección precoz de la pulpa exigen un concepto terapéutico especial en la dentición temporal. A menudo, en estos casos la problemática reside en que, aparte del hallazgo odontológico y el estado de desarrollo de la dentición, también deben considerarse los componentes psicológicos. A pesar de ello el saneamiento de los dientes temporales es importante para evitar dolores e infecciones. (p.351)

---

<sup>59</sup> Negroni, M. Microbiología estomatológica: fundamentos y guía de práctica, editorial medica panamericana, Argentina, (2009), Pp.58-59

<sup>60</sup> [www. portal.unmayor.cl/caries\\_rx.html](http://www.portal.unmayor.cl/caries_rx.html)

<sup>61</sup> (BORDONI.(2010), p. 467)

<sup>62</sup> BAUMAN, Michael. *Endodoncia*.: Editorial Elsevier Barcelona España, (2008), p 351.

### **2.3.3. Clasificación**

Stephen Cohen<sup>63</sup> expone La clasificación de los diferentes estados patológicos de la pulpa los que solo podrán determinarse con precisión mediante estudios histopatológicos. (p.37)

#### **Hiperemia o pulpitis reversible**

La hiperemia es un término fisiológico en el que hay aumento del flujo sanguíneo. No todas las pulpas inflamadas presentan vasos sanguíneos congestionados. La hiperemia puede ser: funcional o reactiva; activa y pasiva.

#### **Funcional o reactiva:**

Es cuando hay un aumento del riego sanguíneo local en tejidos fisiológicamente normales que tienen una función mayor, lo que exige un mayor intercambio de metabolismo.

#### **Activa:**

Producida por mediadores endógenos de la inflamación como la histamina, bradicina y prostaglandinas. Estos agentes producen vasodilatación e incrementan la permeabilidad capilar y presumiblemente dilatan la anastomosis arteriovenosas.

---

<sup>63</sup> COHEN, Stephen. *Vías de la Pulpa*. Editorial Elsevier, Buenos Aires, (2011), p. 37.

**Pasiva:**

Cuando se presenta una congestión venosa por el desarrollo de un trompo venoso causado por fuerzas ortodónticas excesivas. Hay mayor entrada que salida de sangre que se acumula en el tejido ocasionando un aumento de la presión del tejido pulpar.

**Pulpitis aguda**

Es un estado progresivo de la hiperemia, cuando ésta permanece sin tratamiento oportuno. El proceso inflamatorio produce un estado seroso, que puede ser seguido por un estado purulento dando lugar a la llamada pulpitis aguda supurativa. Es muy difícil determinar los límites de cada una.

Una lesión inflamatoria aguda pura muy rara vez existe, salvo que se trate de un traumatismo severo o de una preparación cavitaria iatrogénica. La caries dental usualmente no produce una reacción inflamatoria aguda de la pulpa. Cuando el ataque de la caries es lenta y leve o severa y de corta duración, la dentina responde formando dentina esclerótica y la pulpa inicia la formación de dentina reparativa en un acto de defensa. (BORDONI,(2010)p 469)

**Pulpitis crónica parcial**

Las señales de irritación e inflamación tienden a localizarse en la pulpa, en la base de los túbulos afectados. Las bacterias pueden penetrar en los túbulos más allá de la extensión de la dentina blanda alterada.

Si las bacterias llegaran a la pulpa por los túbulos, serían eliminadas por la acción de las células fagocíticas inflamatorias. Al eliminarse el agente irritante, cualquier señal de inflamación desaparece o disminuye, de manera que este proceso se torna reversible. (BORDONI, (2010) p 469)

Cuando la gravedad de la inflamación y del daño tisular es alta, no es posible la reparación de la pulpa, aun retirando el agente irritante. El daño severo a la pulpa produce en ella una pulpitis que se torna irreversible. El cuadro histológico en una pulpitis parcial crónica muestra en la mayoría de los casos que la inflamación crónica está restringida al área adyacente al sitio de la exposición. En estos casos, una pulpotomía parcial es el tratamiento de elección, porque no compromete grandes vasos y el sangrado se controla mejor, lo cual aumenta la posibilidad de evitar un coágulo sanguíneo extrapulpar. (BORDONI, (2010) p 469)

### **Pulpitis crónica total**

No es fácil diferenciar la pulpitis total crónica de una pulpitis crónica parcial, aunque se da por sentado que se puede explicar en términos de tiempo y evolución de la lesión y del estado inicial de la reacción pulpar. La sintomatología es duradera, sin crisis muy severas; las células degeneran completamente y algunas veces hay depósito de tejido fibroso. Un estado así lleva a la muerte pulpar, aunque en casos muy excepcionales podría reactivarse como pulpitis aguda. (Bordoni, (2010) p 469)

### **Pulpitis crónica hiperplásica**

Es un tejido fibroso de la pulpa crónicamente inflamada, como respuesta a una irritación prolongada por su exposición al medio bucal. Esta condición patológica también se conoce como pólipo pulpar, cuya membrana superficial tiene una consistencia epitelial resistente, aunque puede ulcerarse y extenderse ampliamente fuera de la cavidad dentaria. El tratamiento no necesariamente exige la remoción pulpar de los canales radiculares, si estos muestran signos de un estado aceptable de inflamación. (Bordoni, (2010) Pp. 469-450)

### **Necrosis pulpar**

Es el producto de una inflamación avanzada que desintegra el tejido en el centro para formar una área cada vez mayor de necrosis por licuefacción. Debido a la falta de circulación colateral y a la rigidez de las paredes en la periferia, no hay suficiente drenaje de los líquidos inflamatorios. Esto puede dar como resultado un aumento localizado en la presión tisular, lo que permite que la destrucción avance sin control hasta que la totalidad de la pulpa se haya necrosado. (Bordoni, (2010) p470)

La sintomatología puede ser dolorosa y con signos claros de edema. Una luxación puede afectar también la circulación apical, con infarto pulpar y necrosis firme, menos irritante que la necrosis por licuefacción. Este tipo de tejido necrótico puede ser remplazado por tejido de invaginación, que eventualmente puede calcificarse. (Bordoni, (2010) p470)

La necrosis pulpar es parcial o total y es consecuencia de una lesión cariosa no tratada, invaginación del esmalte o exposición pulpar por traumatismo, entre otras causas conocidas. (BORDONI, (2010) p470)

La zona de necrosis contiene irritantes que son producto de los elementos de la destrucción tisular y microorganismos, tanto anaerobios como aerobios. Estos irritantes hacen contacto con tejidos periféricos vitales y continúan ejerciendo daño. Las bacterias penetran hasta los límites de la necrosis, aunque no se observan en el tejido inflamado adyacente; sin embargo sus toxinas y enzimas pasan continuamente a los tejidos circundantes y provocan inflamación.

En este tipo de patología por lo general los pacientes permanecen asintomáticos y no responden a las pruebas de vitalidad ya que los nervios pulpares no son funcionales ya que la vascularización es inexistente.

(Bordoni, (2010) p470)

#### **2.3.4. Diagnóstico**

Bordoni Escobar (2010) manifiesta que las características anatómicas, morfológicas de la pulpa dental no permiten identificar con facilidad el estado de su salud. Muchas veces es asintomática, pero esto no asegura que está este sana. (p. 470)

“La precisión de un buen diagnóstico pulpar es importante; sin embargo, en niños muy pequeños es muy difícil correlacionar la sintomatología clínica con el

verdadero estado pulpar, debido a que los niños en general pueden presentar problemas de conducta, temores y estados de aprensión que conlleva a una falta de confiabilidad, por parte del clínico ante las diferentes respuestas que ellos manifiestan a determinados estímulos”. (Bordoni, (2010) p 470)

Por este motivo el clínico debe confiar principalmente en los signos que presenta el paciente más que en los síntomas relatados por el mismo. Por otro lado, la inspección ocular aporta a veces más información que la comunicación oral.

Hay muchos datos que indican que los efectos sensoriales de un proceso inflamatorio en un diente temporal son mucho menores que en uno permanente, por lo que los niños pueden sufrir una enfermedad pulpar grave sin presentar ningún síntoma y sin que los padres se den cuenta. Se ha comprobado, igualmente, que el número de terminaciones nerviosas disminuye al irse acercando la exfoliación del temporal. (BORDONI, (2010) p 470)

### **Diagnóstico clínico**

Según C. Acuña, B. Camacho, Diego R, F. Hernández, Carlos F en su página web dice que:

Los niños presentan un reto al odontólogo para su restauración y mantenimiento de salud por la dificultad en el manejo del comportamiento dado el desarrollo físico y psicológico por el que atraviesan, además de la complejidad y urgencia de la mayoría de los procedimientos que demandan; por lo tanto la actitud del niño



podría influenciar la confiabilidad de las pruebas diagnósticas en terapia pulpar, ya que los niños con este tipo de patología acuden a la consulta generalmente irritables, aprensivos y poco colaboradores<sup>64</sup>.

Como menciona Nochhi (2008):

El profesional necesita trabajar con una ficha clínica que le permita registrar el mayor número de informaciones posibles para poder establecer un correcto diagnóstico y más aun cuando se trata de pacientes pediátricos ya que cuando se trata de una patología pulpar los niños acuden a la consulta generalmente irritados, aprensivos y poco colaboradores. Esta ficha no debe ser demasiado extensa ya que, de lo contrario, su uso en la rutina del consultorio no sería viable. Por otro lado, no debe ser muy resumida, pues impediría que se apunten los elementos necesarios para la elaboración de un plan de tratamiento que contemplen la promoción de la salud<sup>65</sup>. (p.33)

Hay ciertos factores que deben considerarse para obtener un buen diagnóstico clínico:

- Dolor
- Sensibilidad
- Mal aliento
- Traumatismo reciente

---

<sup>64</sup> Acuña C., Camacho B., Diego R, Hernández F, Carlos F  
Htt://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005197/capitulos/cap5/542.htm.. *TERAPIA PULPAR*.dic 04, 2012.

<sup>65</sup> NOCCHI, Conceicao. *Odontología Restauradora*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina,(2008), p.33

- Edema, fístula
- Dolor a la palpación o percusión
- Aumento de la movilidad dentaria
- Fracturas de las restauraciones
- Exposición pulpar.

De acuerdo a Escobar (2010) “El clínico debe establecer criterios diagnósticos muy claros que le permitan diferenciar la patología pulpar como, por ejemplo, una pulpitis parcial de una pulpitis total. Desde luego que no es fácil llegar a este grado de precisión diagnóstica”. (p. 471)

Es por esto que la exploración directa de la pulpa va permitir en este caso establecer el diagnóstico adecuado. El aspecto y el color de la pulpa y la cantidad de hemorragia son factores que revelan el nivel de inflamación. El color oscuro, el aspecto fragmentado de la pulpa y una hemorragia difícil de controlar se considera un signo de inflamación ya irreversible. (Bordoni, (2010) p 471)

Según lo indica Boj<sup>66</sup>, una vez realizada la historia clínica y las exploraciones clínicas necesarias, y con ayuda del buen juicio clínico, se debe establecer el diagnóstico, que finalmente determinara el tratamiento más adecuado. Básicamente, en lo que se refiere a la dentición temporal, deben concretarse si la pulpa se encuentra en estado reversible o por el contrario irreversible o con necrosis. Así puede hablarse de:

---

<sup>66</sup> BOJ. Juan. Odontopediatría: *La evolución del niño al adulto joven*, editorial Ripano, Madrid-España, (2011), pp. 341-342.

Pulpitis reversible, que histológicamente correspondería a una pulpitis crónica de la pulpa coronal (parcial) y se caracterizaría por ausencia de dolor espontáneo o persistente, no sensibilidad a la percusión ni palpación, ausencia de movilidad patológica, afectación pulpar durante la eliminación de dentina cariada, con aspecto de la pulpa de color rojo y hemorragia controlable y ausencia de signos radiográficos patológicos.

- Pulpitis irreversible, con dolor espontáneo y persistente, hipersensibilidad a la percusión o palpación, y aspecto pulpar fragmentado, con color granate y hemorragia abundante. El cuadro histológico se correspondería con una pulpitis crónica total, con afectación de la pulpa coronal y radicular.
- Necrosis pulpar, con signos claros de degeneración pulpar como la presencia de abscesos, fístulas, movilidad y lesiones radiográficas evidentes.

### **Diagnóstico radiográfico**

Para Acuña y Camacho<sup>67</sup> en su página web terapia pulpar, “el estudio radiográfico tiene una gran importancia para determinar el diagnóstico, porque ayuda a observar la severidad de la injuria cuando se trata de lesiones cariosas, procedimientos operatorios irregulares o traumas físicos, así como también para observar las reacciones en los tejidos de soporte.

Son muy importantes las radiografías de mordida posterior para observar las zonas interradiculares donde con frecuencia aparecen imágenes radiolúcidas en

---

<sup>67</sup> Acuña C., Camacho B., Diego R, Hernández F, Carlos F  
Htt://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005197/capitulos/cap5/542.htm.. *TERAPIA PULPAR*.dic 04, 2012.

los molares primarios, que son hallazgos bastante comunes que indican la presencia de una patología pulpar.

Las radiografías periapicales complementarán el estudio para observar las zonas apicales, especialmente en los dientes unirradiculares primarios o permanentes jóvenes. En niños podemos integrar estos dos tipos de radiografías por medio una técnica donde se posiciona la radiografía coronal o aleta de mordida, en sentido vertical permitiéndonos ver no sólo la relación con los antagonistas sino también la porción coronal, radicular y su relación con las estructuras adyacentes aportándonos beneficios adicionales como una menor irradiación y menor molestia para el paciente pediátrico”.

Para Nochhi (2008) “Las radiografías son un complemento esencial, pues enseñan detalles no detectados en el examen clínico”<sup>68</sup>. (p.36)

Así mismo Juan Boj<sup>69</sup> dice que “para la interpretación de la imagen radiográfica, en niños habrá que tener en cuenta características anatómicas como son los espacios medulares amplios, la presencia de los gérmenes de los dientes permanentes y la reabsorción fisiológica de las raíces del diente temporal”. (p.341)

Las radiografías pueden proveer la siguiente información:

- Evidencia de reabsorción interna y externa del diente
- Integridad de la lámina dura del diente afectado

---

<sup>68</sup> (NOCCHI (2008,) p 36.)

<sup>69</sup> (BOJ, (2011), p. 341.)

- Presencia de caries interproximal y su profundidad
- Proximidad de caries o materiales restauradores a la pulpa
- Fracturas radiculares
- Mineralizaciones dentro del tejido pulpar
- Imágenes radiolucidas periapicales o interradiculares. En los dientes primarios con necrosis pulpar son frecuentes la presencia de lesiones en furca, debido a la existencia de canales accesorios en el suelo cameral.
- Cambios en la pulpa como calcificaciones (dentículos) u obliteración de la pulpa.
- Presencia de cálculos pulpares, que aparecen frente a un estímulo inflamatorio crónico.

El diagnóstico radiográfico es por lo tanto una gran ayuda, pero resulta necesaria una adecuada interpretación y correlación con otros exámenes. (BORDONI, (2010) p 471)

### **2.3.5. Las pruebas de vitalidad**

De acuerdo a Noemí Bordoni (2010) “las pruebas de vitalidad pulpar constituyen una ayuda relativa en niños; son también de relativo beneficio clínico porque muy a menudo falsos positivos o negativos, especialmente en los niños nerviosos, no cooperadores; ellos no saben diferenciar los síntomas, ni tampoco entienden con claridad algunos procedimientos para buscar elementos que ayudan a sacar una conclusión sobre el estado de salud pulpar. (p.471)

Entre las pruebas de vitalidad de uso común están:

- Pruebas de percusión
- Pruebas térmicas
- Pruebas eléctricas
- Pruebas que miden el flujo sanguíneo
- Pruebas de anestesia
- Pruebas de la cavidad
- Transiluminación
- Pruebas subjetivas
- Pruebas objetivas

Respuesta pulpar” (Bordoni, (2010) p 471)

### **Prueba de percusión**

Noemí Bordoni (2010) indica que:

Frente a un edema o infección extendida al ligamento periodontal produce una respuesta de dolor. Es probable que los tejidos fibrosos de la pulpa radicular fracasen e impedir que la inflamación se extienda, lo que hace presumir que la pulpa este parcial o totalmente necrosada. Esta prueba es particularmente útil para determinar el estado de dientes anteriores afectados por un traumatismo o una reacción aguda que permite ubicar el diente afectado: (p. 471)

### **Pruebas térmicas**

Así mismo Noemí Bordoni (2010) manifiesta “que la reacción dolorosa al frío o al calor es normal en dientes con pulpa sana. Si el dolor persiste lo más probable es

que esta pulpa se encuentre afectada. La ausencia total de respuesta al cambio de temperatura es indicación de una pulpa necrótica.

Entre los varios métodos usados están aquellos que se ponen en contacto con la corona dentaria, como el hielo, la gutapercha caliente, el bruñidor caliente, el cloruro de etilo, el dióxido de carbono, el dicloro-difluorometano”, etc. (p. 472)

### **Pruebas eléctricas**

Bordoni (2010) define a las pruebas eléctricas como:

La transmisión de un impulso eléctrico de pequeña intensidad. La electricidad continua se administra a través de dispositivos conectados directamente a la fuente de electricidad o accionados con la ayuda de baterías. La medida de voltaje no es satisfactoria, porque un determinado voltaje produce diversas corrientes como resultado de diferencias en la resistencia eléctrica de los tejidos, especialmente del esmalte. Las variaciones pueden ser el resultado del contacto con el tejido cariado y restauraciones. (p. 472)

### **Pruebas que miden el flujo sanguíneo pulpar**

Estas se conocen como:

Fotopletismografía

Flujometría de láser doppler

Oximetría de pulso

## **Prueba de anestesia**

Es una prueba que se realiza cuando hay dificultad de localizar el diente afectado. Sin embargo en niños no se practica por la reacción adversa que ella produce al inyectarla. (Bordoni, (2010) p 472)

## **Prueba de la cavidad**

Se usa cuando el espesor dentinario calcificado es extenso y se puede penetrar con una fresa pequeña y se observa la reacción, esta prueba se usa con muy poca frecuencia. (BORDONI, (2010) p 472)

## **Transiluminación**

Según Noemí Bordoni (2010)

“Existe una gran diferencia en la respuesta a la luz de un diente sano y un diente con pulpa necrosado. Las pruebas que se toman independientemente después de una lesión traumática pueden no ser exactas porque se da por sentado que la pulpa se encuentra en estado de shock durante algunos días o semanas y puede volver a un estado normal sin ningún tipo de tratamiento”. (p 473)



## Pruebas subjetivas

Noemí Bordoni (2010) indica “que hay ciertas pruebas diagnósticas del estado de la salud de la pulpa que no deben ser definitivas debido a su subjetividad. La respuesta dolorosa a una prueba no necesariamente es una indicación de patología pulpar. Debe diferenciarse si el dolor procede de un estímulo a la dentina, en cuyo caso es un dolor lancinante, o si procede de la pulpa enferma se presenta como un dolor pulsátil. (p.473)

Esta reacción en los niños es muy difícil de determinar su verdadera causa. Sin embargo, si es posible sacar conclusiones diagnósticas de la duración del dolor, luego de un estímulo, o de su aparición espontánea, lo que indicaría un estado más complicado de patología pulpar.

El dolor dentinario puede atribuirse a un mecanismo hidrodinámico: el movimiento del fluido en los túbulos dentinarios estimula los nervios en la pulpa. La dentina contiene más de 30.000 tubos capilares por mm<sup>2</sup>. El fluido en estos tubos, que procede del fluido intercelular del tejido conectivo popular, sigue los mismos principios físicos que el fluido en capilares de vidrio. Un rápido desplazamiento de fluido en miles de tubos al mismo tiempo produce un movimiento correspondiente en la pulpa, lo que a su vez ocasiona una deformación en terminales nerviosas libres, y por lo tanto, inicia un impulso doloroso”. (BORDONI, (2010) p 473)

Tal como el dolor se manifiesta en respuestas a un estímulo a la pulpa, es preciso considerar algunos aspectos:

- Identificación del tipo o clase de dolor

- Intensidad
- Aparición y duración
- Forma de presentación
- Localización

Es muy difícil establecer con precisión la correlación de una manifestación dolorosa con el estado histológico de la pulpa dental.

En los niños pequeños la respuesta a la percusión, la palpación, así como también las pruebas de vitalidad tanto térmicas como eléctricas son también pruebas subjetivas. (BORDONI, (2010) p 473)

### **Pruebas objetivas**

Noemí Bordoni (2010) manifiesta “que actualmente existe un número importante de pruebas más precisas y algo sofisticadas para diagnosticar la patología pulpar. Desafortunadamente algunas no pueden utilizarse en los niños, por el impacto que pueden acusar a su comportamiento, con resultados algunas veces falseados. Para lograr un resultado más preciso del diagnóstico se requiere tener en cuenta lo siguiente:

- Examen clínico cuidadoso de los dientes y estructuras adyacentes
- Complementar con examen radiográfico de mordida y periapical según lo requiera.
- Examinar el estado de las obturaciones
- Diagnosticar el grado de severidad de las lesiones cariosas”. (p .473)

## **Respuesta pulpar**

Escobar (2010) expone que: “es bastante conocido que la pulpa dental joven, particularmente la pulpa de la dentición primaria, tiene un alto potencial reparativo; la evidencia radica en la alta celularidad y vascularización en este tejido, al menos en los estadios anteriores a la avanzada reabsorción fisiológica de las raíces. Esta misma respuesta se presenta en la pulpa de dientes permanentes jóvenes, descartando cualquier duda, en cuanto a que la pulpa dental es capaz de cicatrizar” (p. 473)

### **2.3.6. DIENTES TEMPORARIOS**

Rohen (2008) afirma que “La primera dentición, dientes deciduos o de leche comienzan con la erupción de los incisivos en el octavo-décimo mes de vida”<sup>70</sup>. (p.126)

Así mismo Alejandro Arin, y M Jaramillo (2008) dicen que “la primera dentición se completa aproximadamente al término de los tres o cuatro años de edad y los arcos dentarios se estabilizan hasta que empieza la erupción de los primeros molares permanentes y la exfoliación de los incisivos”<sup>71</sup>. (Pp. 240-241)

---

<sup>70</sup> ROHEN, Johannes. *Embriología funcional*. Editorial Médica Panamericana. Madrid-España, (2008), p. 126.

<sup>71</sup> MARIN, Alejandro y JARAMILLO M. *Manual de pediatría ambulatoria*. Editorial médica panamericana (2008), Pp. 240-241.

### **2.3.6.1. Características generales:**

- Corona más pequeña de los permanentes
- Predominio ancho m-d (producto de desgaste fisiológico)
- Molares temporales superiores vestibulares. Convergente a oclusal.
- Áreas de contacto
- Cuello es estrecho
- Espesor de esmalte 1 mm
- Color es más claro que los permanentes
- Raíces largas y delgadas
- Raíces desviadas V y D por crecimiento de definitivo
- Raíces divergentes y estrechas en sentido MD

### **2.3.6.2. Secuencia de guía para los padres en la dentición decidua o temporal a la permanente.**

Según OJD Polegar en su página web indica que existe una secuencia que sirve de guía a los padres para que conozcan cuándo suelen caer los dientes de leche o temporales y cuándo serán reemplazados por dientes más grandes y fuertes, conocidos como dientes permanentes o definitivos<sup>72</sup>.

---

<sup>72</sup> [www.guiainfantil.com/salud/dientes/caida.htm](http://www.guiainfantil.com/salud/dientes/caida.htm). OJD. Polegar Medios S.L. © 2000-2013.

<b>Dientes superiores</b>	<b>Dientes inferiores</b>
1- <b>Incisivo central</b> Caída: 7 años y medio Salida: 7 - 8 años	1- <b>Incisivo central</b> Caída: 6 años Salida: 6 - 7 años
2- <b>Incisivo lateral</b> Caída: 8 años Salida: 8 - 9 años	2- <b>Incisivo lateral</b> Caída: 7 años Salida: 7 - 8 años
3- <b>Canino</b> Caída: 11 años y medio Salida: 11 - 12 años	3- <b>Canino</b> Caída: 9 años y medio Salida: 9 - 10 años
4- <b>Primer molar</b> Caída: 10 años y medio Salida: 10 -11 años	4- <b>Primer molar</b> Caída: 10 años Salida: 10 - 12 años
5- <b>Segundo molar</b> Caída: 10 años y medio Salida: 12 - 13 años	5- <b>Segundo molar</b> Caída: 11 años Salida: 11 - 13 años
6- <b>Tercer molar</b> Salida: 17 - 21 años	6- <b>Tercer molar</b> Salida: 17 - 21 años
7- <b>Primer premolar</b> Salida: 10 - 12 años	7- <b>Primer premolar</b> Salida: 10 - 12 años
8- <b>Segundo premolar</b> Salida: 10 - 12 años	8- <b>Segundo premolar</b> Salida: 11 - 12 años

### **Incisivo central inferior**

Posee las siguientes características:

- Es pequeño
- Cara vestibular superficie plana
- Superficie lingual con cingulum y rodetes marginales
- La raíz presenta el doble de altura de la corona

### **Incisivo central superior**

Se caracteriza por:

- Su diámetro mesiodistal es mayor que el cervico incisal

- Superficie vestibular suavemente convexa
- Borde incisal recto
- Cingulum desarrollado
- Raíz cónica
- Más pequeños en todas las dimensiones
- El alto de la corona es mayor que el ancho mesiodistal.

(<http://www.slideshare.net/aldomanpiura/anatoma-dental-en-dientes-temporales>).

### **Incisivo lateral superior**

José Velayos (2007) afirma “El incisivo que el incisivo lateral superior: “Tiene la corona estrecha en sentido mesiodistal en su lado vestibular; la superficie vestibular es redondeada, las crestas marginales y el Cingulúm pueden ser más prominentes que el incisivo central; la fosa palatina es profunda”<sup>73</sup>. (P.130)

### **Incisivo lateral inferior**

Su forma es similar al central inferior, siendo un poco mayor en todas las dimensiones excepto en la vestibulolingual. El borde incisal tiene un ligero declive

---

<sup>73</sup> VELAYOS José, *Anatomía de la cabeza para odontólogos*. Editorial médica panamericana, Madrid-España. (2007), p 130.

hacia distal. (<http://www.slideshare.net/aldomanpiura/anatoma-dental-en-dientes-temporales>).

### **Canino superior**

La corona es más constreñida en cervical que los incisivos y la superficie mesial y distal es más convexa. Tiene una cúspide aguda, y la raíz larga, más del doble de la corona, generalmente desviada hacia distal en apical.

(<http://www.slideshare.net/aldomanpiura/anatoma-dental-en-dientes-temporales>).

### **Canino inferior**

Su forma es parecida al del superior, siendo la corona, un poco más corta, su raíz también es un poco más corta y es más delgado en sentido vestíbulo lingual que el superior. (<http://www.slideshare.net/aldomanpiura/anatoma-dental-en-dientes-temporales>).

### **Primer molar superior**

Es más ancho en sentido mesiodistal a nivel de las áreas de contacto y desde ahí converge hacia cervical, la cúspide mesial es la mayor y más aguda, la cúspide

distolingual es pequeña y redondeada, la superficie vestibular lisa, y tiene tres raíces, largas delgadas y divergentes.

(<http://www.slideshare.net/aldomanpiura/anatoma-dental-en-dientes-temporales>).

### **Primer molar inferior**

No se parece a ningún permanente; el contorno mesial mirado desde vestibular es casi recto desde el área de contacto hasta cervical; el área distal es más baja que la mesial; en oclusal, la cúspide mesial es la mayor de las dos; tiene una pronunciada convergencia lingual de la corona cara vestibular; la altura de la corona es más alta en vestibular que en lingual, y tiene las raíces largas y delgadas. (<http://www.slideshare.net/aldomanpiura/anatoma-dental-en-dientes-temporales>).

### **Segundo molar superior**

Es similar al primer molar superior permanente; su corona es mayor que la del primer molar primario; su cara palatina presenta el tubérculo de carabelli; posee dos cúspides vestibulares bien definidas con su surco de desarrollo entre ellas; tiene la superficie palatina presenta la cúspide mesiopalatina más grande y desarrollada, una cúspide distopalatina; en la superficie oclusal una cresta oblicua prominente conecta la cúspide mesiopalatina con la cúspide distovestibular; la bifurcación de las raíces se hace cerca de la región cervical; tiene raíces más



largas y gruesas que la del primer molar primario y una raíz palatina más larga y gruesa. (<http://www.slideshare.net/aldomanpiura/anatoma-dental-en-dientes-temporales>).

### **Segundo molar inferior**

Natalia González<sup>74</sup> indica que se parece al primer molar permanente, solo que es más pequeño en todas sus dimensiones; tiene una superficie vestibular dividida en tres cúspides separadas por surcos de desarrollo; es similar al primer molar inferior permanente; su corona es mayor que la del primer molar primario, posee en la superficie lingual dos cúspides de casi el mismo tamaño; desde oclusal tienen forma rectangular; y sus raíces son largas, delgadas y aplanadas.

---

<sup>74</sup> GONZALEZ, Natalia. Guía de Anatomía Dentaria, 27 de septiembre, <http://www.slideshare.net/natita1308/anatoma-dientes-temporales>.

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 .MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

##### TIPO Y MODALIDAD

**BIBLIOGRÁFICA.**-Es bibliográfica porque para llevarla a efecto fue necesaria la previa recopilación de información de distintos medios, entre los que constaron libros de texto y la web.

**DE CAMPO.**- Se suscitó en los pacientes que se atendieron en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el área de odontopediatría.

#### 3.2. NIVELES O TIPO DE INVESTIGACIÓN

**EXPLORATORIA:** La exploración al lugar donde se suscitó el problema fue efectuado en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

**DESCRIPTIVA:** En este estudio se describieron las lesiones pulpares causadas por la inadecuada cultura preventiva.

**ANALÍTICA:** Se analizó cuál fue la lesión pulpar más frecuente que presentaron los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas en el área de odontopediatría.

**SINTÉTICA:** Toda la información recopilada, midió el alcance de los objetivos, y fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

**PROPOSITIVA:** Al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

### **3.3. TÉCNICAS**

**OBSERVACIÓN:** Observación clínica de los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el área de odontopediatría.

**ENCUESTAS:** dirigidas a los padres de los niños que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

### **3.4. INSTRUMENTOS**

Formulario de encuestas

Ficha clínica de observación

### **3.5. RECURSOS:**

#### **3.5.1. MATERIALES:**

Instrumental de diagnóstico odontológico

Fotocopias

Fotografías

Textos o libros

Materiales de oficina

Materiales de papelería

Papel

Viáticos

Guantes

Mascarilla

Radiografías

#### **3.5.2. TALENTO HUMANO:**

Tutor de Tesis

Investigadora

Pacientes de la universidad “San Gregorio de Portoviejo” en el área de odontopediatría.

Padres

### **3.5.3. TECNOLÓGICO:**

Internet

Scanner

Pendrive

### **3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.6.1. POBLACIÓN**

Para la realización de esta investigación se trabajó con un universo poblacional constituido por 135 pacientes que aproximadamente atienden los estudiantes de séptimo y octavo semestre en la clínica de odontopediatría de la carrera de odontología de la USGP.

#### **3.6.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$n$  = tamaño de la muestra

$z$  = nivel de confianza 95 % = 1,96

$p$  = probabilidad de ocurrencia 50 % = 0,50

$R$  = probabilidad de no ocurrencia 50 % = 0,50

$N$  = población = 135

$e$  = nivel de significancia 5 % = 0,05

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{Z^2 P Q + Ne^2}$$

$$n = 100$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (0,5) (0,5) \times 135}{(1,96)^2 \times (0,5) (0,5) \times 135 \times (0,05)^2} = \frac{129,654}{1,2979} \approx 99,89$$

Teniendo como muestra 100 pacientes de las clínicas odontológicas de la USGP en el área de odontopediatría, a los cuales se le aplicará la encuesta, la observación y la toma radiográfica.

### 3.6.3. TIPO DE MUESTREO

Para la toma de radiografías a los pacientes de las clínicas se utilizó la muestra probabilística de tipo aleatoria.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

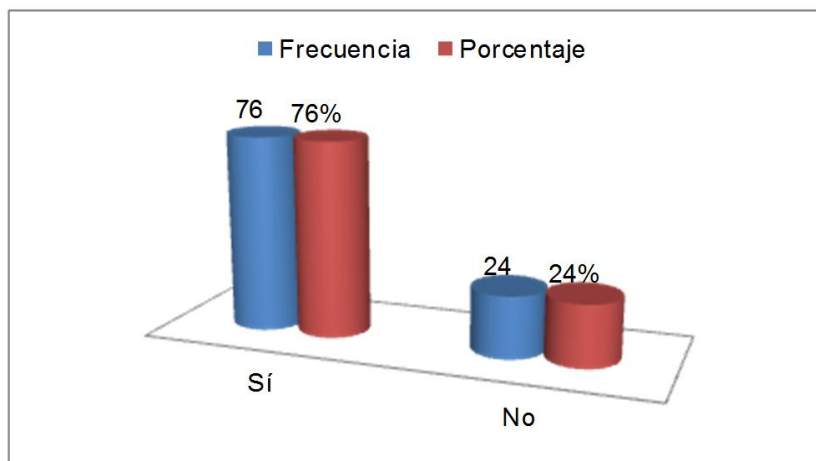
#### 4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA USGP.

CUADRO Nº 1

¿Creé usted que el desconocimiento de medidas preventivas fue la causa de la aparición de las lesiones pulpares en los dientes temporarios de su niño?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	76	76%
No	24	24%
Total	100	100%

GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Los datos obtenidos en el presente cuadro demuestran que un 76 % de los padres cree que el desconocimiento de medidas preventivas fue la causa de la aparición de la lesión pulpar, mientras que el 24 % de los padres afirma que no.

Enna Barceló en su texto Odontología para bebés indica que “El hecho de que no exista la información y la educación suficientes para el manejo de la prevención de las enfermedades bucales constituye un grave problema”. (p.15)

De acuerdo a los resultados obtenidos el 76% de los encuestados cree que el desconocimiento de medidas preventivas fue la causa de la aparición de la lesión pulpar, lo que quiere decir que los padres de familia han adquirido conciencia de la importancia de las medidas preventivas en la salud bucal de sus niños.

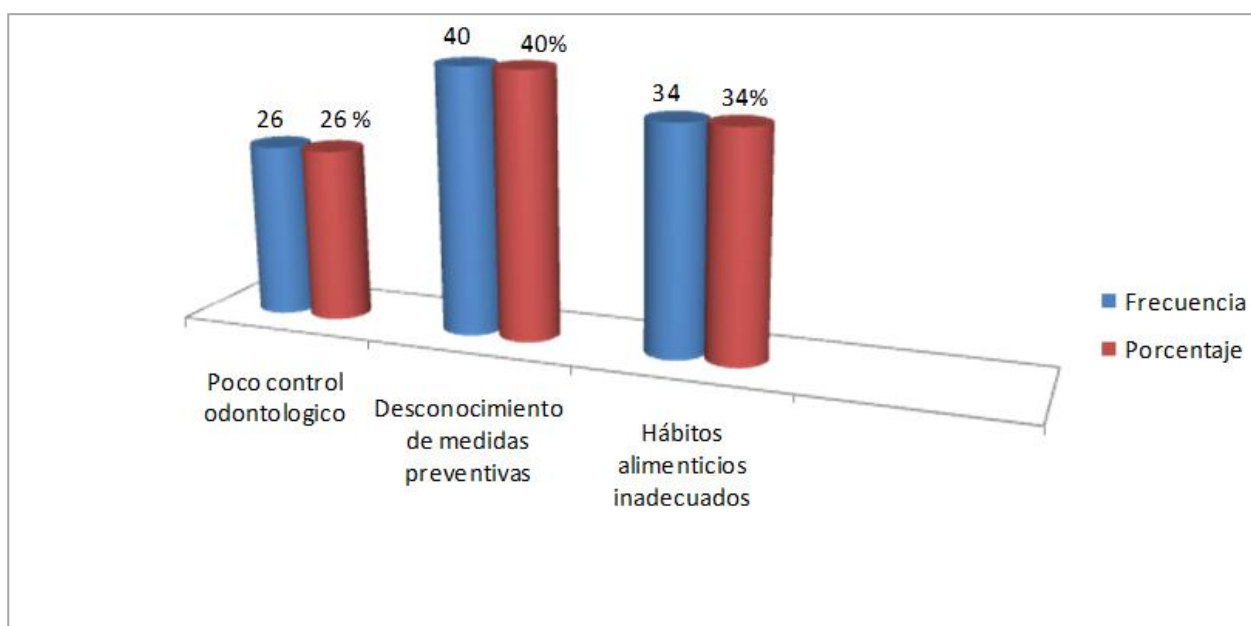


## CUADRO Nº 2

¿Cuál cree usted que fue la causa de la lesión dental?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Poco control odontológico	26	26%
Desconocimiento de medidas preventivas	40	40%
Hábitos alimenticios inadecuados	34	34%
Total	100	100%

## GRÁFICO



Fuente: Encuesta a los padres de familia de los pacientes de Odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del cuadro indican que un 26 % de los padres cree que la causa de la lesión dental fue el poco control odontológico; mientras el 40% de los padres cree que fue el desconocimiento de medidas preventivas; y el 34% de los padres el hábito alimenticio inadecuado.

N, Bordoni en su texto *Odontología Pediátrica* indica que “El campo odontopediátrico está definido por tres actores: el niño, los padres y el equipo de salud. Ninguna tarea clínica será mejor que la cooperación alcanzada por los actores en el campo. Cuando existe confianza con el profesional, los problemas de salud se resuelven más rápidamente. El niño y la familia son coterapeutas en el tratamiento odontológico: el primer objetivo es reconocer y actuar sobre la percepción del niño y de su grupo mesial respecto a la salud bucal”.(p.52).

Así mismo como lo menciona Juan BOJ y Luis FERREIRA, en su *Atlas de Odontopediatría*, “Es conveniente orientar a los padres sobre algunos ajustes que se pueden hacer en la dieta para disminuir el riesgo de caries dental y sus consecuencias”.(p.30)

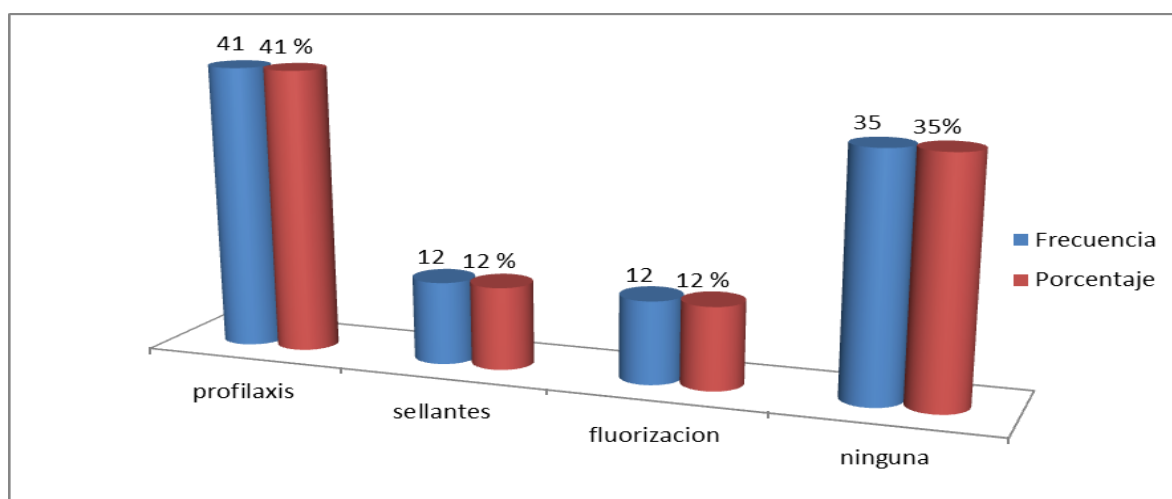
Se puede constatar de acuerdo a los resultados que de los 100 padres encuestados el 40 % cree que la causa de la lesión dental de su niño es el desconocimiento de las medidas preventivas, lo que significa que actualmente estos padres de familia ya poseen el conocimiento básico de prevención para aplicarlo en sus niños al momento de la higiene bucal.

### CUADRO Nº 3

¿Cuál de las siguientes medidas preventivas odontológicas conoce usted?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Profilaxis	41	41%
Sellantes	12	12%
Fluorización	12	12%
Ninguna	35	35%
Total	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuesta a los padres de familia de los pacientes de Odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente cuadro y gráfico se muestra que un 41 % de los padres conoce que la profilaxis es una medida preventiva; el 12 % conoce sobre los sellantes; el 12 % sobre la fluorización; mientras que el 35 % de los padres no conoce sobre estas medidas preventivas.

Carlos, Redondo y G, Galdó, en su texto *Atención al adolescente* menciona “Fomentar desde niños el uso de materiales que contribuyen a la limpieza y mantenimiento de los dientes servirá de mucho para evitar enfermedades o lesiones dentales. El cepillo de dientes es imprescindible para el mantenimiento de la salud oral y no puede ser sustituido por otras sustancias, ya que este es un gran aliado en la profilaxis dental, en donde los profesionales de la salud, los padres y educadores deben ser los motivadores y animadores en crear hábitos de higiene mantenidos y realizados con eficacia”. (p.54)

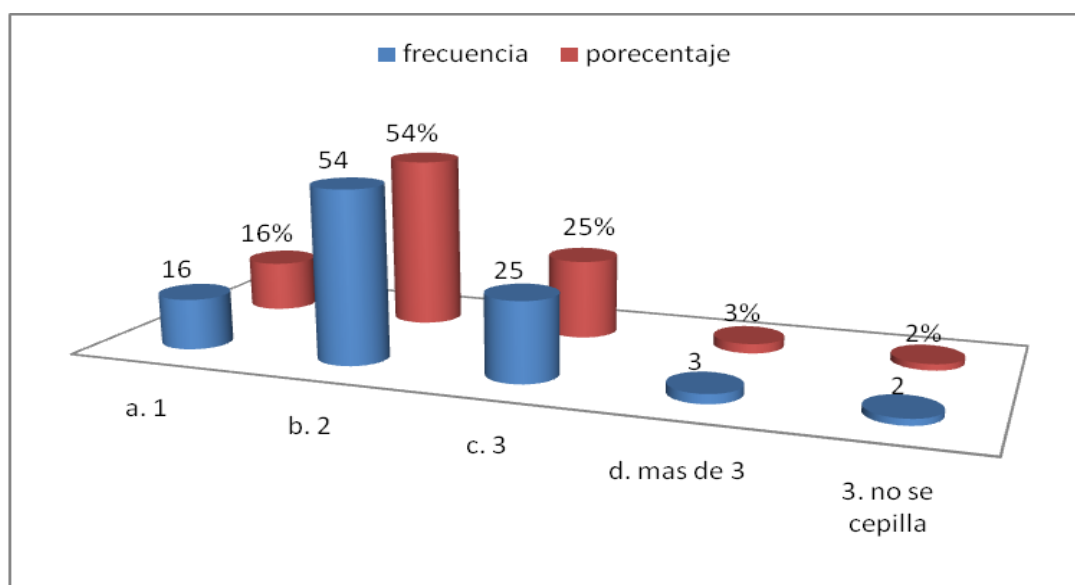
Producto de los resultados de la investigación se comprobó que el 41 % de los padres conoce que la profilaxis es una medida preventiva. Lo expuesto quiere decir que aunque los padres de familia solo conozcan a la profilaxis como medida de prevención de las piezas temporarias de sus niños, se podría calificar como un hecho positivo que redundará en el cuidado de la dentadura de sus hijos.

#### CUADRO N° 4

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo o apoderado?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. 1	16	16%
b. 2	54	54%
c. 3	25	25%
d. Más de 3	3	3%
e. No se cepilla	2	2%
TOTAL	100	100%

#### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del cuadro y gráfico muestran que los niños investigados se cepillan los dientes de la siguiente manera al día, 1 vez al día se cepilla el 16%, 2 veces al día se cepilla el 54% ,3 veces al día el 25%, mientras que más de 3 veces se cepilla el 3%de los niños y un 2% no cepilla ninguna vez al día.

Richard Cameron indica que “de manera ideal, el cepillado debe practicarse dos veces al día con una pasta dental fluorada, si bien los padres deben tener en cuenta que, para disminuir el riesgo de caries, deben realizar la operación al menos una vez al día. Es importante iniciar el hábito del cepillado después de las comidas”. (p.20)

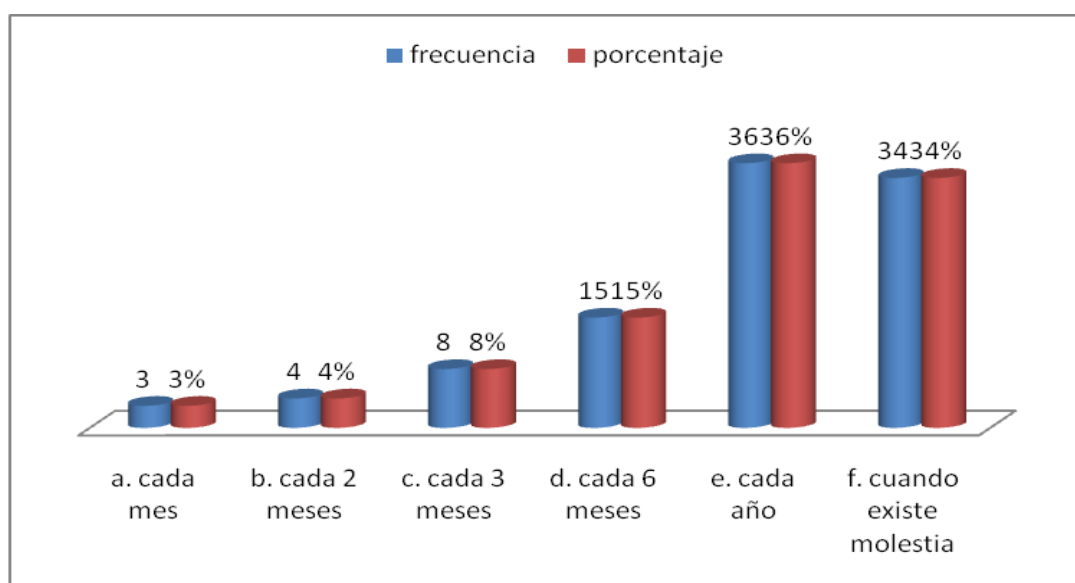
Los resultados de la investigación indican de que a pesar que el 54% de los niños se cepille los dientes 2 veces al día, no todos los niños lo hacen y aun menos después de cada comida, lo cual quiere decir que tanto los padres como los niños carecen de conocimientos para el cuidado dental

### CUADRO N° 5

¿Para evitar molestias en la boca del niño, cada qué tiempo es necesario que le realicen un chequeo odontológico?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Cada mes	3	3%
b. Cada 2 meses	4	4%
c. Cada 3 meses	8	8%
d. Cada 6 meses	15	15%
e. Cada año	36	36%
f. Cuando exista molestia	34	34%
TOTAL	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del gráfico demuestran que el 3% de los padres cree que los niños deben de realizarse el chequeo odontológico cada mes, el 4% cada 2 meses, el 8% cada 3 meses, el 15% cada 6 meses, mientras que el 36% dijo que cada año, y el 34% confirmó que solo cuando existe molestias.

Juan Boj en su texto odontológico indica que se recomienda que el niño asista al odontólogo cada 6 meses. (p.55).

Los resultados obtenidos en la investigación demuestran que los padres no tienen el conocimiento adecuado para mantener una higiene dental adecuada en sus niños, ya que el 36% confirmó el chequeo odontológico debe realizarse cada año, mientras que un 34% dijo que solo cuando exista molestia.

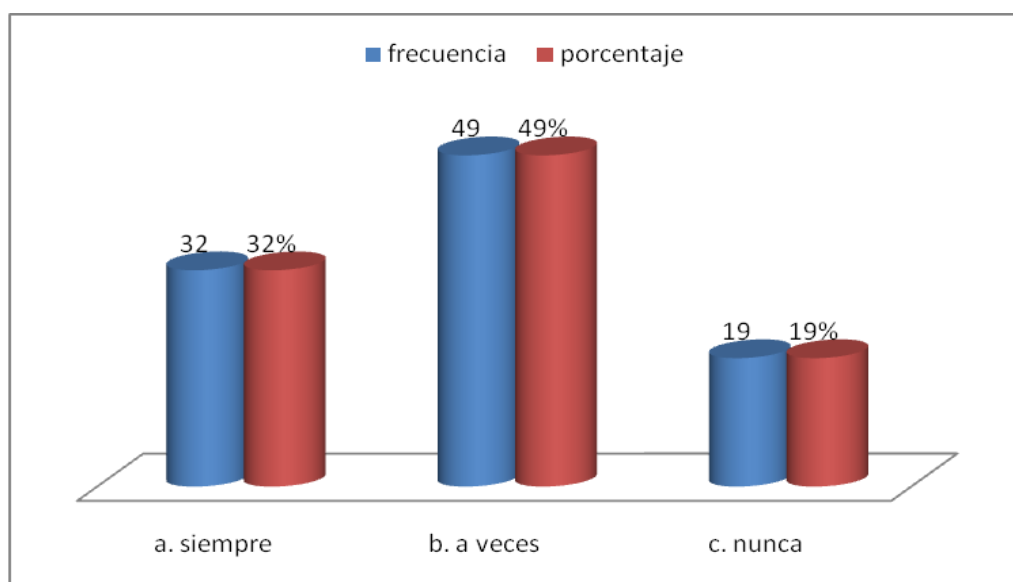


### CUADRO Nº 6

¿Enseña usted a su hijo que se cepille los dientes todos los días para mantenerlos sanos?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. siempre	32	32%
B. a veces	49	49%
C. nunca	19	19%
TOTAL	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De 100 padres encuestados el 32% confirmó que enseña siempre a sus hijos a cepillar los dientes todos los días, mientras que el 49% dijo que solo a veces lo hace y el 19% de los padres no lo hace nunca.

Tal como lo indica la pagina web higiene oral para niños Se debe enseñar correctamente al niño desde un principio a cepillarse los dientes, ya que estará sentando las bases de una higiene oral adecuada para toda la vida. (p.21).

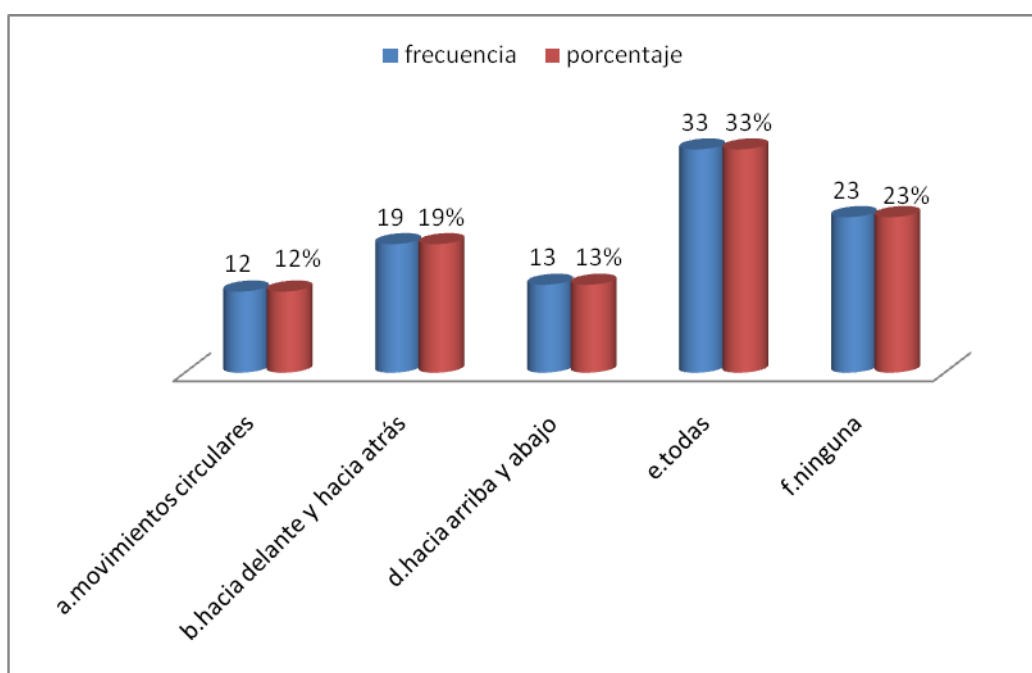
Tal como indican los resultados la mayor parte del porcentaje de los padres respondieron que solo a veces enseñan a cepillar los dientes a sus hijos, este dato confirma que no todos los padres conocen sobre cuidados de higiene bucal para sus hijos y que no saben la importancia que ameritan la salud dental de sus niños.

### CUADRO N° 7

¿Que técnica de cepillado dental usa niño?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Movimientos circulares	12	12%
b. Hacia delante y hacia atrás	19	19%
c. Hacia arriba y abajo con ligera presión	13	13%
d. Todas	33	33%
e. Ninguna	23	23%
TOTAL	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados de la investigación mediante encuestas reflejados en este gráfico reflejan que el 12% de los niños se cepillan los dientes con la técnica de movimientos circulares, el 19% hacia delante y hacia atrás, el 13% hacia arriba y abajo con una ligera presión, el 33% de los padres afirma que sus niños usan todas las técnicas, mientras que el 23% confirma que no utiliza ninguna técnica.

HIGASHIDA, Bertha en su texto odontológico odontología preventiva indica que se “Debe hacerse énfasis en la enseñanza de la técnica del cepillado dental a los niños de todas las edades, así como a sus padres. Se les debe mostrar la técnica a los padres y ser entrenados en cómo se utiliza. Puesto que los pequeños niños no pueden mantener una higiene bucal eficaz por sí mismos, los padres deben de realizar el cepillado dental por lo menos hasta la edad de 6 años y supervisarlos regularmente después del procedimiento.(p.20)

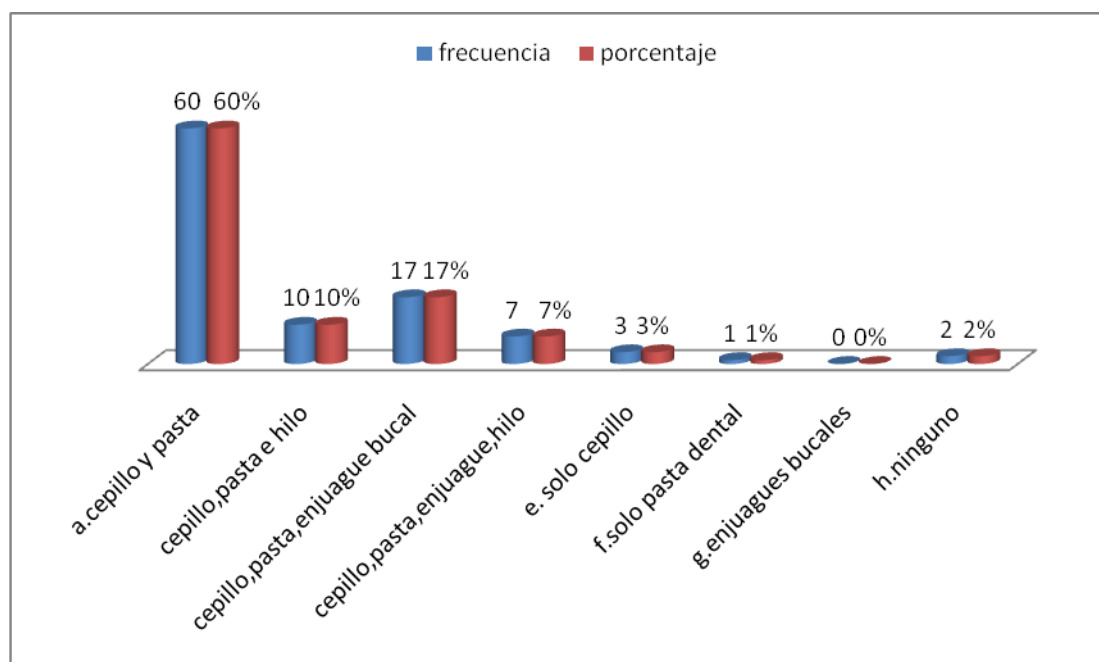
Tal como se observa en el cuadro y gráfico el mayor porcentaje de resultados revela que los padres no educan ni enseñan a sus hijos a cepillar los dientes todos los días, esto nos indica que los niños no mantienen una higiene adecuada y es por este motivo se presentan las lesiones en las piezas dentarias.

### CUADRO N° 8

¿Cuál de los siguientes medios dentales usa el niño para la higiene oral diaria?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Cepillo y pasta	60	60%
b. Cepillo, pasta e hilo dental	10	10%
c. Cepillo, pasta, enjuague bucal	17	17%
d. Cepillo, pasta, enjuague bucal e hilo dental	7	7%
e. Solo cepillo	3	3%
f. Solo pasta D	1	1%
g. Enjuagues B	0	0%
h. Ninguno	2	2%
TOTAL	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de los padres encuestados el 60% respondió que para la higiene oral diaria su niño utiliza solo pasta y cepillo, el 10% utiliza pasta, cepillo e hilo, el 17% usa pasta, cepillo y enjuague bucal, el 7% usa cepillo, pasta, enjuague bucal e hilo dental, mientras que el 3% solo usa cepillo, el 1% solo usa pasta dental, y el 2% no utiliza ningún medio para su higiene oral diría.

Tal como lo expresa Koch en su texto odontológico *Odontopediatría: Abordaje clínico*, es importante además de las medidas de prevención más específicas, usar de medios auxiliares como: hilo dental, cepillos interdentes, palillos, estimulador interdental e irrigador bucal, pasta dental o dentífrico, clorexidina o enjuagues bucales y también aceites esenciales. (p. 19).

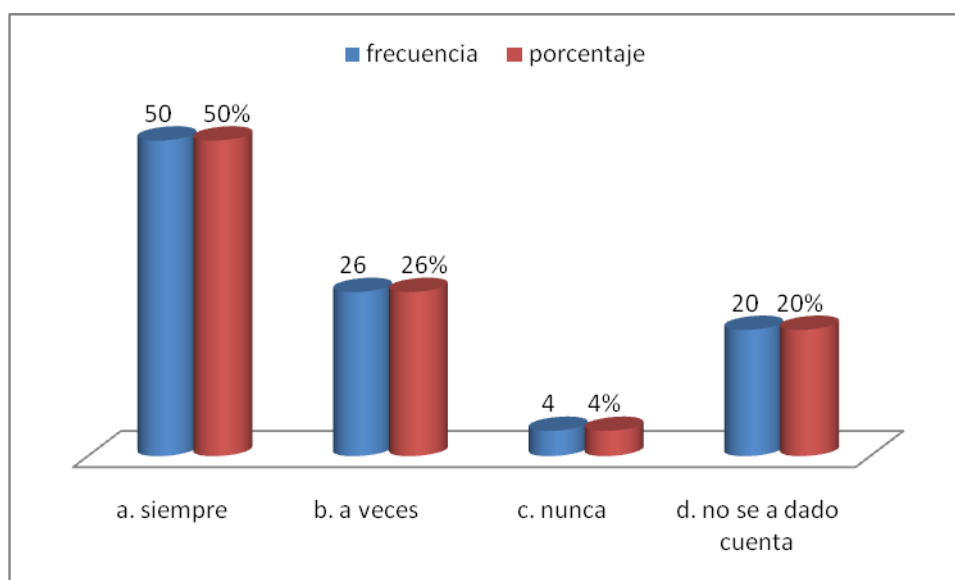
El mayor porcentaje revela que no todos los niños usan todos los medios necesarios para mantener una higiene dental adecuada, ya que el 60% de ellos solo usa pasta y cepillo dental.

### CUADRO Nº 9

¿Al cepillar los dientes su hijo también se cepilla la lengua?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Siempre	50	50%
b. A veces	26	26%
c. Nunca	4	4%
d. No se ha dado cuenta	20	20%
TOTAL	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 100 padres encuestados el 50% indicó que cuando sus hijos se cepillan los dientes, también se cepillan la lengua, mientras que el 26% dijo que solo a veces se la cepilla, el 4% de los niños nunca se cepilla la lengua, y el 20% de los padres no se ha dado cuenta si sus hijos se cepillan la lengua.

Según el Dr. Alberto Meriñan en su página web nos indica que “existen cepillos de lengua, estos remueven la mucosa de la superficie de manera que el dentífrico pueda matar las bacterias. La higiene de la lengua es tan importante, así como la de la boca. (P. 23).

De los resultados obtenidos se puede concluir que a pesar de que el 50% de los niños siempre se cepillan la lengua al cepillar los dientes, no todos se la cepillan y este es un órgano muy importante de la cavidad oral y los padres deben de saberlo para enseñar a sus hijos, para de esta manera evitar molestias en la boca de sus hijos desde pequeños.

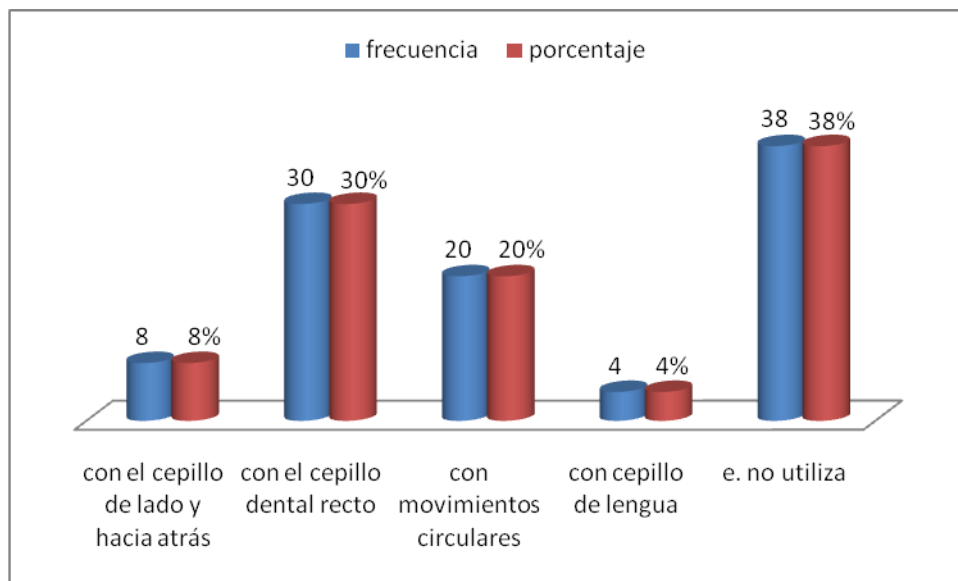


### CUADRO Nº 10

¿Si el niño se cepilla la lengua que técnica utiliza?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Con el cepillo de lado y hacia atrás	8	8%
b. Con el cepillo dental recto	30	30%
c. Con movimientos circulares	20	20%
d. Con cepillo de lengua	4	4%
e. No utiliza	38	38%
TOTAL	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tal como lo demuestra el gráfico, el 8% de los niños cuando se cepilla la lengua usa el cepillo de lado y hacia atrás, el 30% usa el cepillo dental recto, el 20% se cepilla con movimientos circulares, el 4% lo hace con cepillo de lengua, mientras que el 38% no utiliza ninguna técnica.

Según HIGASHIDA Bertha, en su texto odontología preventiva, manifiesta que “La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. (p.23).

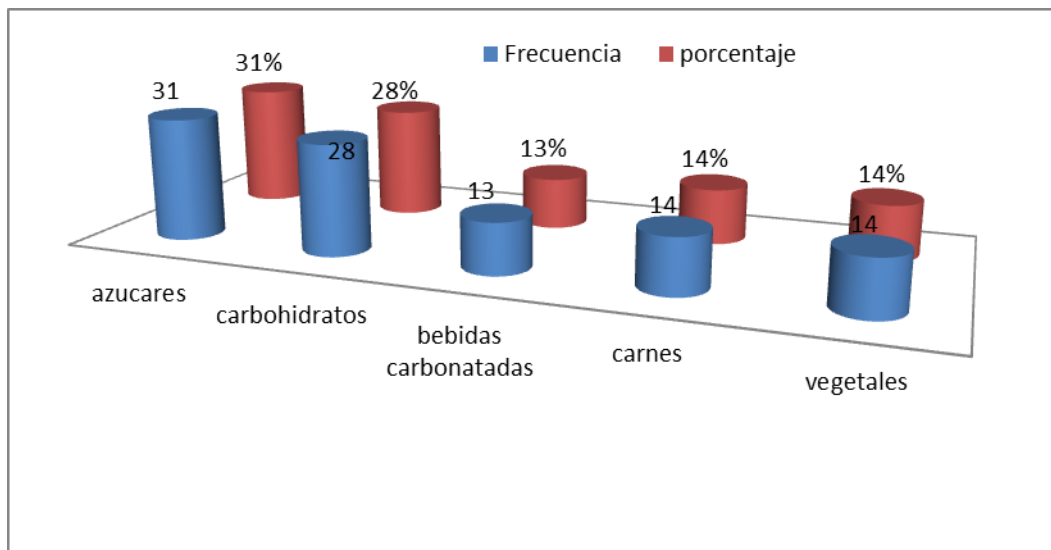
Como lo confirman los resultados no todos los niños al cepillarse la lengua usan la técnica adecuada, esto se debe a que los padres no visitan al odontólogo las veces necesarias porque no conocen lo suficiente de medidas preventivas para mantener la cavidad bucal sana.

### CUADRO N° 11

**¿Dentro de la dieta diaria del niño, cuál de los siguientes alimentos consume con mayor frecuencia?**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Azúcares	31	31 %
Carbohidratos	28	28 %
Bebidas carbonatadas	13	13 %
Carnes	14	14 %
Vegetales	14	14 %
Total	100	100 %

GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como lo demuestra el cuadro y el gráfico el 31 % de los niños consume azúcares; el 28% consume carbohidratos; el 13% consume bebidas carbonatadas o artificiales; el 14% consume carnes; y el 14% consume vegetales.

De acuerdo a lo expresado por Juan Boj y Luis Ferreira, en su *Atlas de Odontopediatría*, “La alimentación depende de la dieta y esta se integra con platillos, derivados industriales y alimentos, los cuales a su vez deben combinarse de manera adecuada. Es conveniente orientar a los padres sobre algunos ajustes que se pueden hacer en la dieta para disminuir el riesgo de caries dental y sus consecuencias”. (P.29).

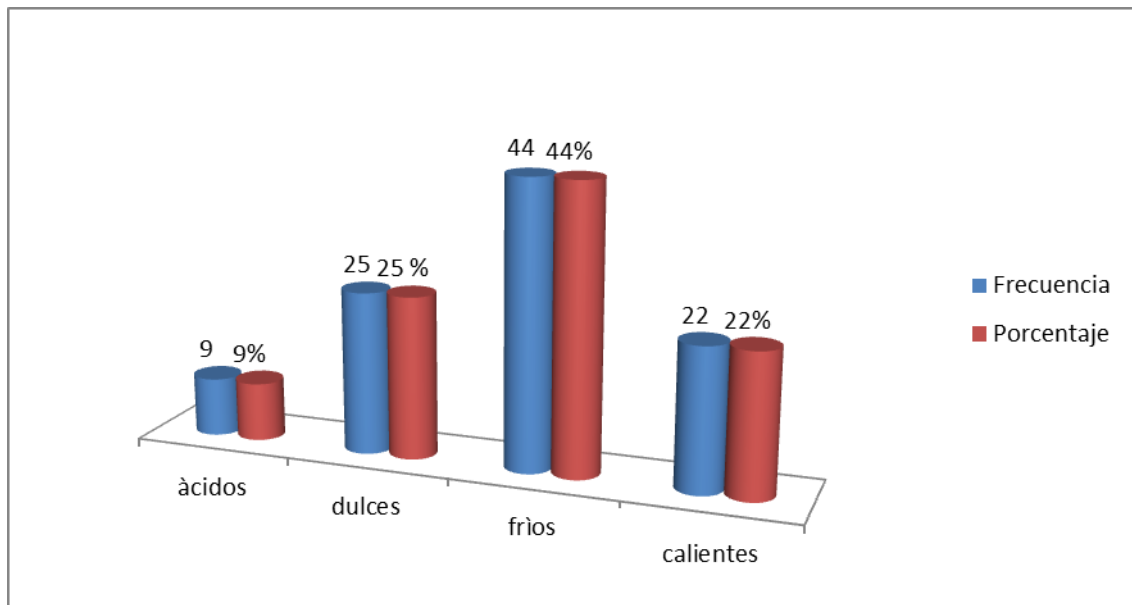
De acuerdo a los datos obtenidos de la población investigada, el 31 % de los niños consume azúcares, lo que significa que la probabilidad de lesiones en sus piezas temporarias es muy alta, debido a que la sacarosa junto con una mala higiene bucal desemboca en la presencia de caries.

## CUADRO Nº 12

**¿Refiere el niño dolor ante la ingesta de los siguientes alimentos?**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Ácidos	9	9 %
Dulces	25	25 %
Fríos	44	44 %
Calientes	22	22 %
Total	100	100 %

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 100 padres encuestados el 9% indicó que sus niños referían dolor al ingerir alimentos ácidos; el 25% refirió dolor al ingerir alimentos dulces; el 44% a los alimentos fríos; y el 22% a los alimentos calientes.

Henry Legere en su texto *100 secretos prácticos para alimentar bien a sus hijos*, expresa que “Obviamente no basta con conocer los principios básicos de la nutrición para tener buenos hábitos alimenticios. Los patrones de alimentación, que incluyen cuando, donde y como se come, son hábitos que se aprenden en la niñez y que pueden afectar la salud futura de sus hijos”. (p28-29).

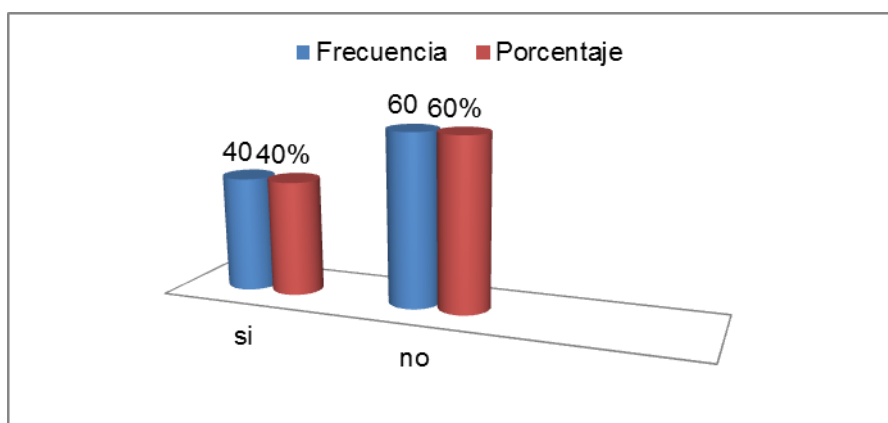
Del 100 % de los padres encuestados el 44% manifestó que sus niños refieren dolor al ingerir alimentos fríos, un factor que debe ser muy tomado en cuenta por los padres, pues es un claro sinónimo de una posible lesión pulpar en una de sus piezas dentarias o en algunas de ellas.

### CUADRO N° 13

¿Se alimenta el niño entre comidas?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	40	40%
No	60	60 %
Total	100	100 %

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de Odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos en el siguiente cuadro y gráfico se tiene que el 40% de los niños si se alimentan entre comidas; mientras que el 60% de los niños no lo hace.

Julio Meneghello en su texto de Pediatría indica que “La alimentación es el factor ambiental más importante en la determinación del crecimiento del niño. Los hábitos de vida de las poblaciones, hacen todavía más necesario un acabado de conocimiento de los fundamentos de la alimentación en el niño”. (p28).

De los resultados obtenidos el de mayor incidencia es el 60% de los niños que no se alimentan entre comidas, lo cual es un punto favorable si se trata de la higiene oral de los niños, aunque la cultura preventiva abarca otras medidas a explicarse.

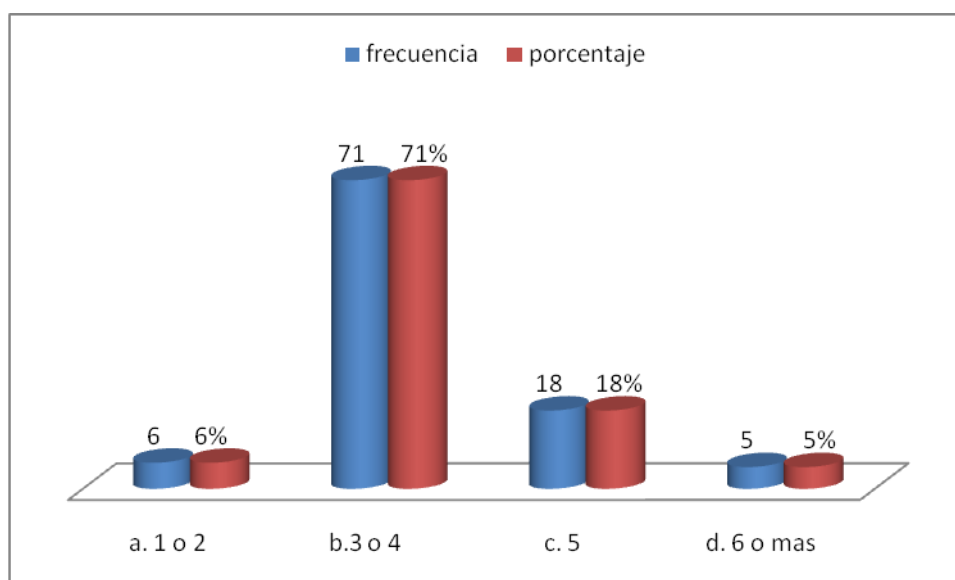


## CUADRO N° 14

¿Cuántas veces al día come su hijo o apoderado?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. 1 ó 2	6	6%
b. 3 ó 4	71	71%
c. 5	18	18%
d. 6 ó mas	5	5%
TOTAL	100	100%

## GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En los resultados obtenidos del 100% de los padres encuestados el 6% dijo que sus hijos comen de 1 a 2 veces al día, el 71% come de 3 a 4 veces al día, el 18% de los niños come 5 veces al día, y solo el 6% come 6 veces o más.

De acuerdo a Irene García en su pagina web “Para los niños es fundamental realizar 5 comidas al día, incluyendo una buena merienda por la tarde. (p.32).

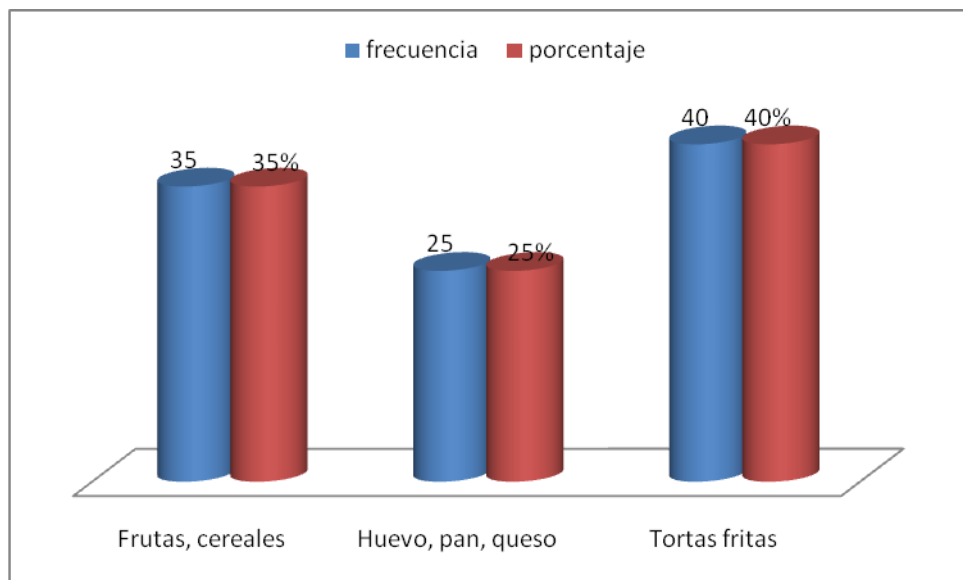
El 71% de los niños come de 3 a 4 veces al día, mientras que para que los niños se mantengan sanos y con una buena alimentación lo deben de hacer 5 veces al día, dato que confirma que en los hogares de estas familias no conocen sobre los hábitos alimenticios que deben de tener los padres con sus hijos.

### CUADRO Nº 15

¿En el desayuno cuál de los siguientes alimentos consume su niño con mayor frecuencia?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Frutas, cereales	35	35%
b. Huevo, pan, queso	25	25%
c. Tortas fritas	40	40%
TOTAL	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 100 niños investigados, el 35% desayuna con mayor frecuencia con frutas y cereales, el 25% lo hace con huevo, pan y queso, mientras que el 40% desayuna con tortas fritas.

La pagina web redacción en su texto indica, que el desayuno es la comida más importante del día para un niño, ya que le proporciona la energía necesaria para afrontar las tareas matinales. Además, equilibra el reparto diario de alimentos. Los alimentos más recomendados son: la leche, el pan, cereales y frutas frescas. También aportan buena calidad nutricional los vegetales, yogures, quesos, jamón, aceite de oliva y frutos secos. Se deben evitar comidas grasas, bollería industrial, refrescos y bebidas estimulantes, como el café o el té. (Pp.32).

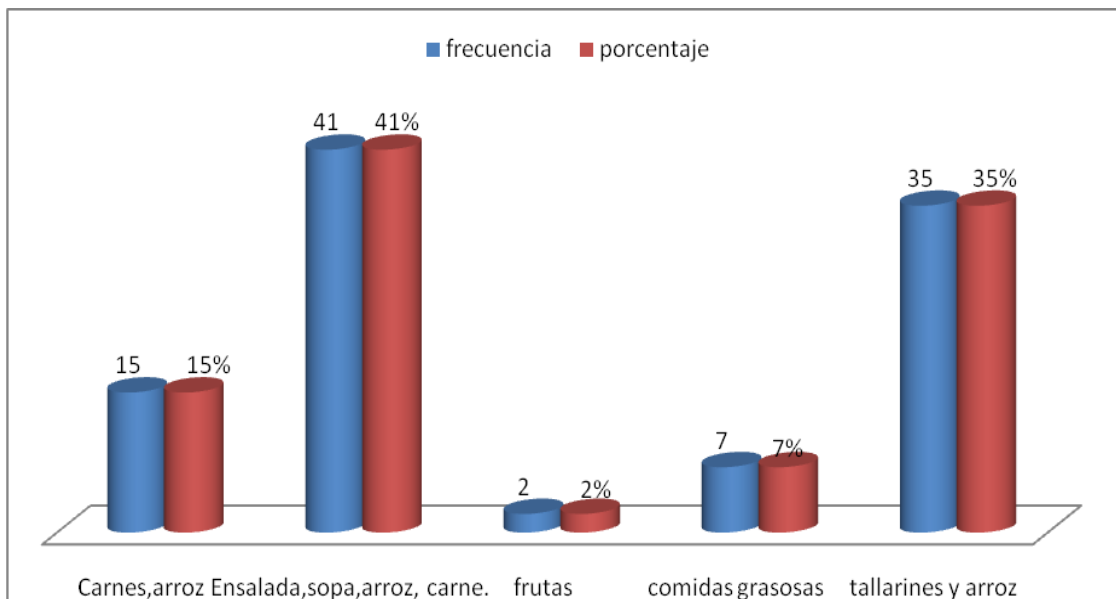
Un porcentaje significativo indica que los niños desayunan con tortas fritas, y lo recomendable es evitar las grasas en el desayuno, información que confirma que existen hábitos alimenticios inadecuados en los padres de los niños investigados.

### CUADRO Nº 16

¿Qué alimentos consume su niño en el almuerzo más a menudo?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Carnes y arroz	15	15%
b. Ensalada, sopa, arroz, algún tipo de carne.	41	41%
c. frutas	2	2%
d. Comidas grasosas	7	7%
e. Tallarines y arroz	35	35%
TOTAL	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tal como lo indica el gráfico y cuadro el 15% de los niños almuerza mas con carne y arroz, el 41% lo hace con ensalada, sopa, arroz, algún tipo de carne, el 2% lo hace con frutas, 7% almuerza con comidas grasosas, y el 35% lo hace con tallarines y arroz.

Paula Díaz en su página web menciona que “el almuerzo es un tiempo de comida a la mitad del día, y debe de ser completo. Este tiempo de comida brinda la energía necesaria para lo que falta del día. Se recomienda este tipo de comidas: Sopa de pollo con culantro, arroz, pechuga de pollo desmenuzado y vegetales. (p.32).

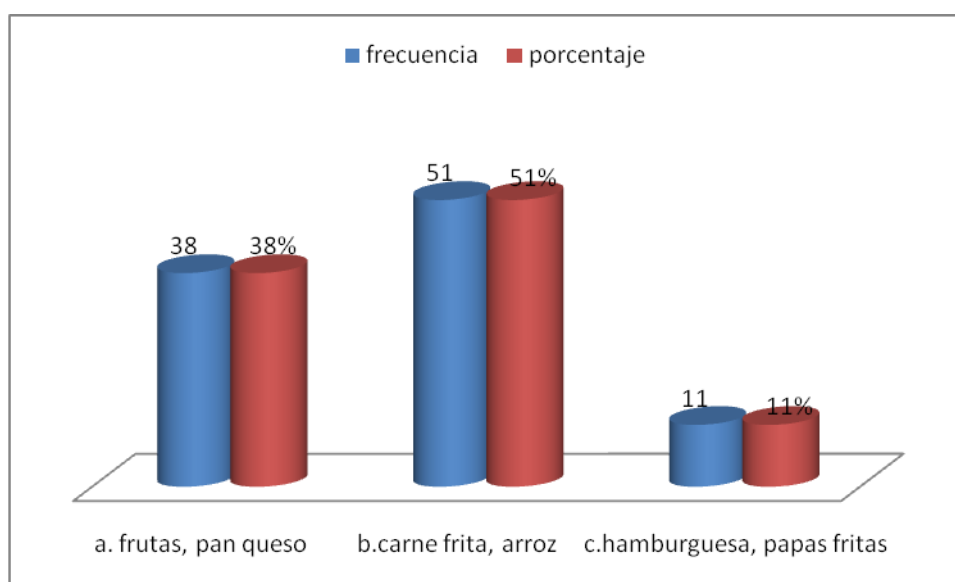
El 41% de los niños almuerza de una forma adecuada, pero el resto del porcentaje lo hace de tal forma en que el niño no se alimenta bien ya que los padres no tienen conocimientos suficientes para alimentar a sus hijos de una manera saludable.

### CUADRO Nº 17

¿Qué alimentos prefiere usted darle a su hijo para que coma en la merienda?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Frutas, pan queso	38	38%
b. Carne frita, arroz	51	51%
c. Hamburguesa, papas fritas	11	11%
TOTAL	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tal como se observa en los resultados del gráfico, el 38% de los padres prefiere alimentar a sus hijos en la merienda con frutas, pan y queso, el 51% lo hace con carne frita y arroz, mientras que el 11% lo hace con comidas grasosas como hamburguesas y papas fritas.

De acuerdo a Irene García en su pagina web “Para los niños es fundamental realizar 5 comidas al día, incluyendo una buena merienda por la tarde. Esta comida resulta fundamental en el crecimiento y desarrollo adecuado de los pequeños. Esta ingesta a media tarde puede ser una buena oportunidad de completar las raciones diarias recomendadas de frutas, cereales y lácteos, sin exagerar las grasas. (p 32).

El 51% de los padres alimenta sus hijos con carnes fritas y arroz, hábito alimenticio que no se debe aplicar en los niños, ya que lo recomendable es evitar las grasas.

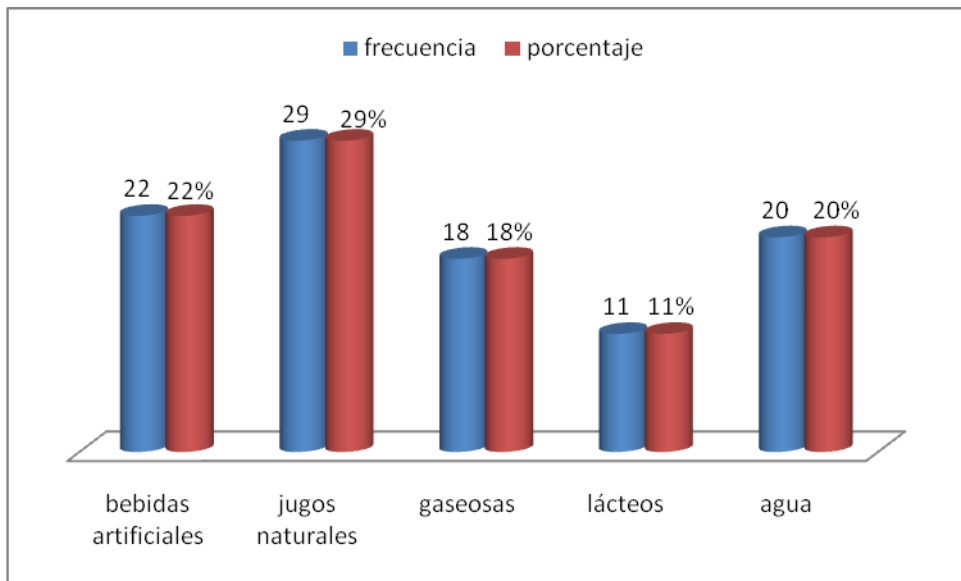


### CUADRO Nº 18

¿Cuál de las siguientes bebidas consume su hijo con mayor frecuencia?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Bebidas artificiales	22	22%
b. Jugos naturales	29	29%
c. Gaseosas	18	18%
d. Lácteos	11	11%
e. Agua	20	20%
Total	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del cuadro indican que el 22% de los niños consume con mayor frecuencia bebidas artificiales, el 29% jugos naturales, el 18% lo hace con gaseosa, y el 20% toma agua.

Según lo establece la ADA, en la página web máster dental “algunos hábitos alimenticios pueden causar estragos en su cuerpo y en sus dientes. Por ejemplo, tomar refrigerios durante el día puede aumentar el riesgo de caries dental. Tomar gaseosa y comer a bocaditos refrigerios aumenta el porcentaje de ataque del ácido dañino en el esmalte dental. Y la ingesta compulsiva, absorción impulsiva o alimentación continúa, puede hacer lo mismo”. (P29-30).

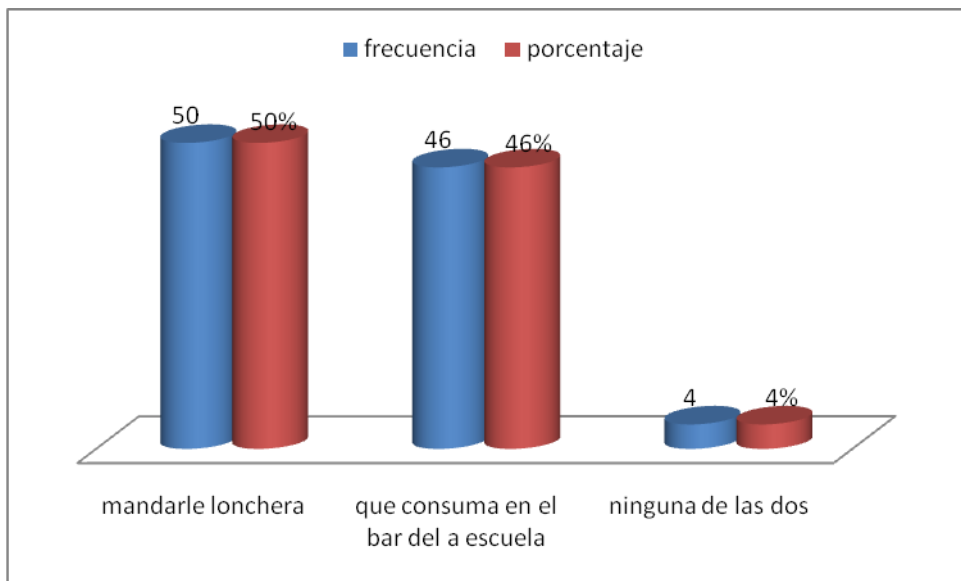
Nos podemos dar cuenta de acuerdo a los resultados que los niños no tienen buenos hábitos ya que la mayoría consume bebidas artificiales y gaseosas, elementos que son muy dañinos para los dientes y por este motivo aparecen las caries y su progreso a la lesión pulpar por el desconocimiento de medidas para prevenirlas.

### CUADRO Nº 19

¿En el tiempo de clases de su hijo, cuál de las siguientes opciones esta a su alcance hacer?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Mandarle lonchera	50	50%
b. Que consuma en el bar del a escuela	46	46%
c. Ninguna de las dos	4	4%
Total	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro y gráfico se demuestra que el 50% de los padres le manda lonchera a su hijo el tiempo de clases, el 46% prefiere que compren en el bar de la escuela, mientras que el 4% de los padres no hace ninguna de las dos.

Gustavo Jiménez Mora en su pagina web menciona que “es también fundamental para el niño la alimentación de la lonchera, ya que esta es el alimento portátil que recarga de energías y nutrientes a los niños en edad escolar para que su rendimiento académico se mantenga a lo largo de la mañana o de la tarde. (Pp.33).

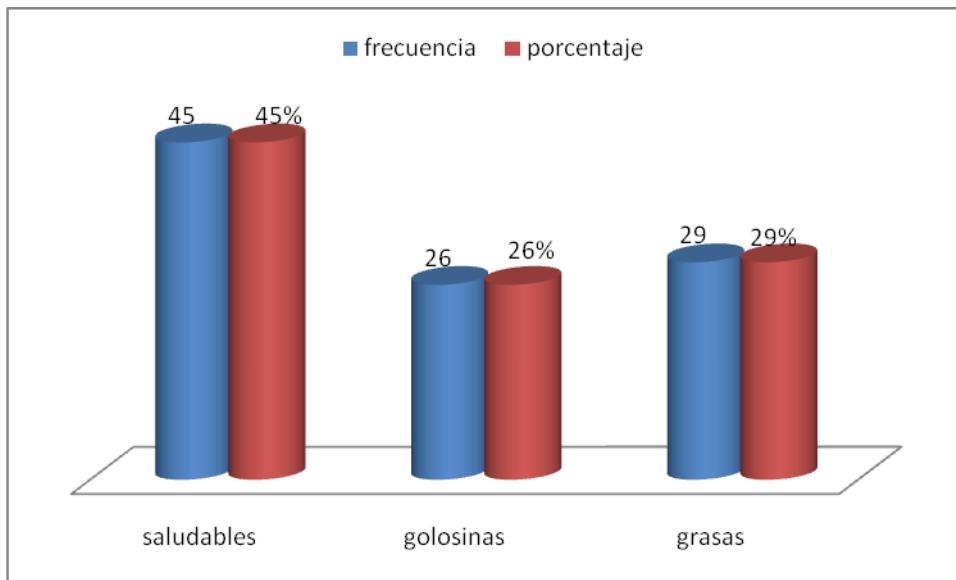
Que los padres permitan a los niños consumir en el bar de la escuela, es directamente perjudicarlos ya que ingieren alimentos no adecuados, ni con los nutrientes necesarios tanto para el organismo en general como para los dientes, esto por lo general sucede cuando los padres no tienen una buena educación sobre hábitos alimenticios adecuados.

## CUADRO N° 20

¿Si usted le manda una lonchera para que consuma en el recreo, con qué tipo de alimentos lo hace?

Alternativa	frecuencia	porcentaje
Saludables	45	45%
Golosinas	26	26%
Grasas	29	29%
Total	100	100%

## GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de los padres encuestados el 45% envía en la lonchera alimentos saludables, el 26% golosinas, y el 29% grasas.

Gustavo Jiménez Mora en su página web indica que es importante preparar la lonchera, de acuerdo a las exigencias según la edad del niño. Lonchera para niños pequeños de 2 a 5 años, es recomendable mandar alimentos como frutas en trozos, galletas pequeñas que debemos sacar del empaque y colocarlas dentro de un envase, para facilidad del niño, un sándwich de pan suave por el cambio de dientes, cortado en bocados fáciles de comer para el niño. Según algunos psicólogos infantiles aquellas loncheras con colores y figuras atractivos estimulan el apetito del niño a la vez que lo hacen con su imaginación, lo que ayuda tanto a la salud como a la inteligencia. (Pp.33).

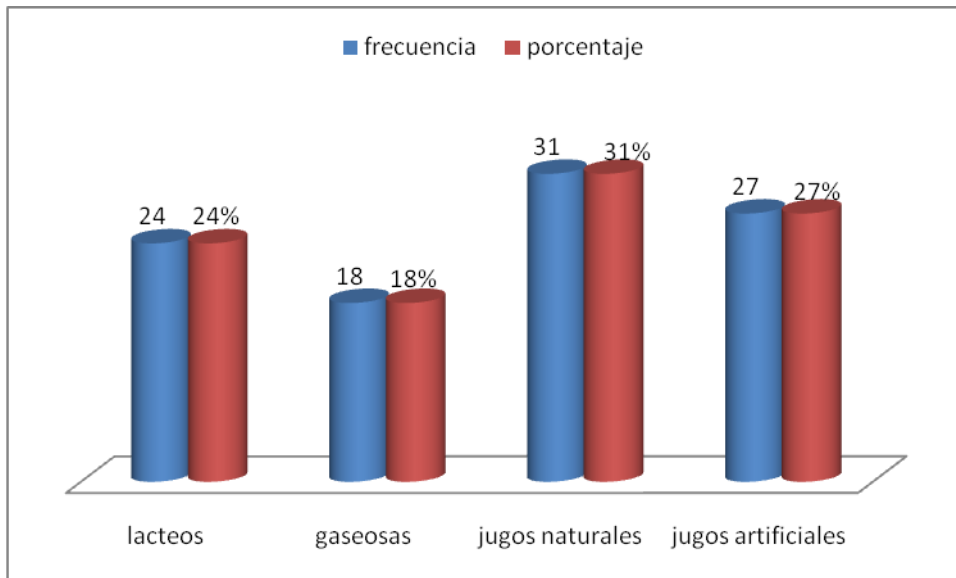
De acuerdo a los resultados, no todos los padres conocen que alimentos son los necesarios para mantener una salud óptima en sus hijos, ya que los resultados lo reflejan en las golosinas y en las grasas.

## CUADRO N° 21

¿Cuál de las siguientes bebidas manda en la lonchera de su hijo?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Lácteos	24	24%
b. Gaseosas	18	18%
c. Jugos naturales	31	31%
d. Jugos artificiales	27	27%
Total	100	100%

## GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del cuadro demuestran que el 24% de los padres manda en la lonchera de sus hijos lácteos, el 18% les envía gaseosas, el 31% jugos naturales, y el 27% jugos artificiales.

Ángel Gil en su tratado de Nutrición recomienda restringir en la infancia las bebidas y refrescos azucarados, evitando sobre todo, su ingesta entre las comidas y al acostarse. (p.31).

Tal como lo indican los resultados, los padres no toman conciencia sobre la salud de sus hijos ya que porcentajes significativos demuestran que consumen con mayor frecuencia gaseosas, jugos artificiales, bebidas que son muy dañinas para las piezas dentarias y su salud.

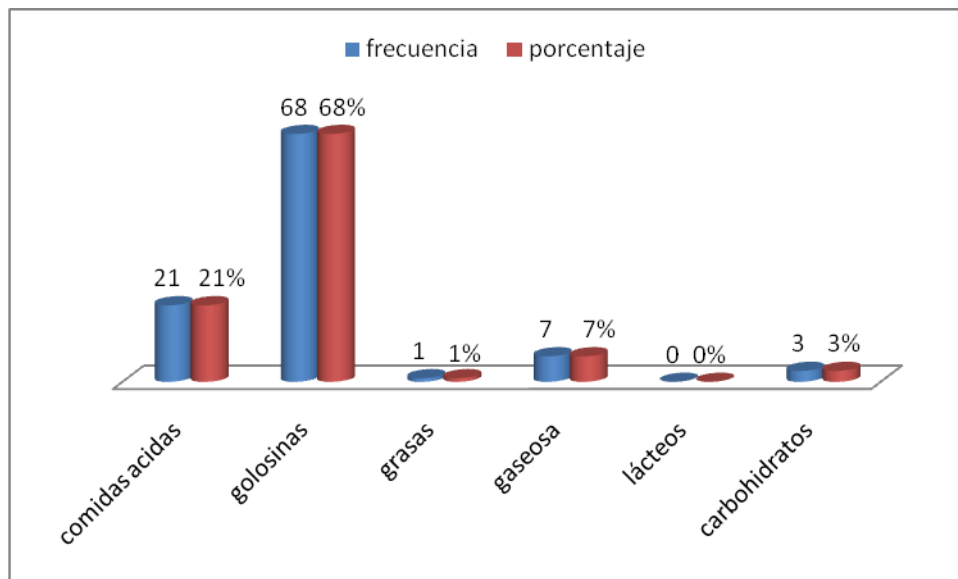


## CUADRO Nº 22

¿Cuál de los siguientes alimentos cree usted que son más dañinos para los dientes de su niño?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a. Comidas acidas	21	21%
b. Golosinas	68	68%
c. Grasas	1	1%
d. Gaseosa	7	7%
e. Lácteos	0	0%
f. Carbohidratos	3	3%
Total	100	100%

## GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos en el cuadro y gráfico demuestran que el 21% de los padres cree que los alimentos más dañinos para los dientes de sus niños son las comidas ácidas, el 68% las golosinas, 1% las grasas, el 7% de los padres cree que lo más dañino es la gaseosa, y el 3% cree que son los carbohidratos.

Según lo establece la ADA “Tomar gaseosa y comer a bocaditos refrigerios aumenta el porcentaje de ataque del ácido dañino en el esmalte dental”. (p.30).

J. Meneghello indica que “Los hábitos de vida de las poblaciones, hacen todavía más necesario un acabado de conocimiento de los fundamentos de la alimentación en el niño”. (p.28).

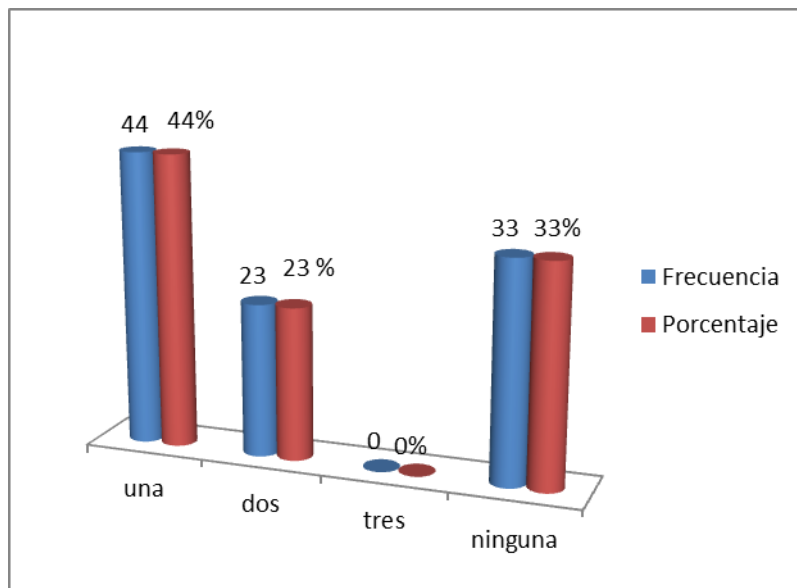
El 68% de los padres cree que las golosinas son los alimentos más dañinos para los dientes de sus niños, mientras que lo más dañino para los dientes son las gaseosas debido a sus alto contenido de azúcar y colorantes.

### CUADRO N° 23

¿Cuántas veces en el año lleva al niño a realizar el control odontológico?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Una	44	44 %
Dos	23	23 %
Tres	0	0 %
Ninguna	33	33 %
Total	100	100 %

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados de los cuadros demuestran que al año el 44 % de los padres lleva a sus hijos una sola vez a realizar el control odontológico; el 23 % de los padres los lleva dos veces al año; y el 33 % de los padres no los lleva ninguna vez. No hubo respuesta para la opción de 3 veces.

Göran Koch, en su texto *Odontopediatría: abordaje clínico*, indica que “La higiene dental es un proceso dinámico y se construye cada día. La higiene bucal apropiada se puede alcanzar y mantener por medios mecánicos y químicos llevados a cabo en el hogar y en el consultorio dental”. (Pp.19).

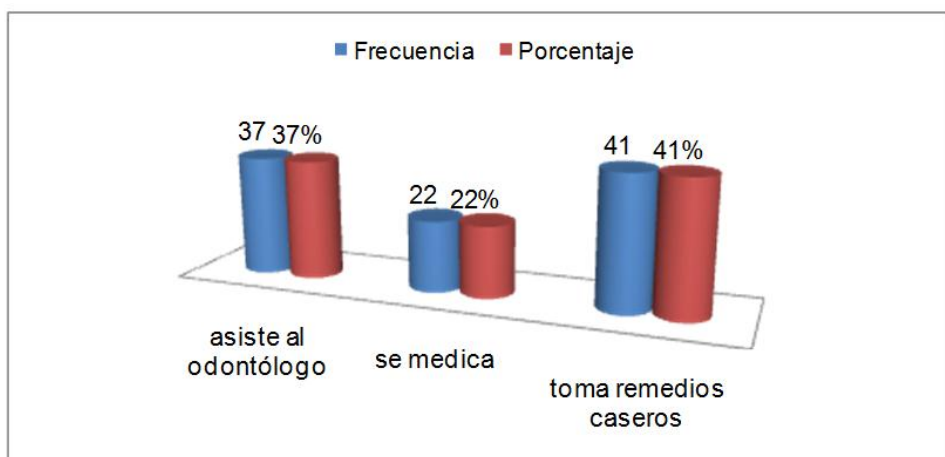
Tal como lo indica el cuadro el resultado de mayor significancia fue que el 44% de los padres lleva a sus niños a realizar el control odontológico una sola vez al año, mientras que el 33 % no lo lleva ninguna vez. Este es un indicador muy preocupante, que significa la poca importancia que los padres le dan al cuidado y salud bucal de sus pequeños, ya que desconocen lo vital que es una dentadura sana para un cuerpo sano, pues lo contrario, significa una enfermedad que merece un tratamiento profesional odontológico

## CUADRO N° 24

¿Cuál de las siguientes acciones toma para calmar el dolor del diente afectado cuando el niño lo presenta?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Asiste al odontólogo	37	37 %
Se medica	22	22 %
Toma remedios caseros	41	41 %
Total	100	100 %

## GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de 100 padres encuestados se pudo constatar que cuando el niño presenta dolor en el diente afectado, el 37% de los padres asiste al odontólogo; el 22% de los padres medica a sus niños; mientras que el 41% de los padres utiliza remedios caseros.

Según Juan Montane Lozoya en sus pagina web indica que uno de los problemas de tomar remedios caseros, es que en ocasiones al desconocer el origen del dolor de muelas, no se hace lo correcto, una de las causas más comunes del dolor de muelas son las caries dentales, y debido a que estos dolores son los más molestos, se busca el remedio casero pero no siempre es el necesario ni el indicado. (P.59)

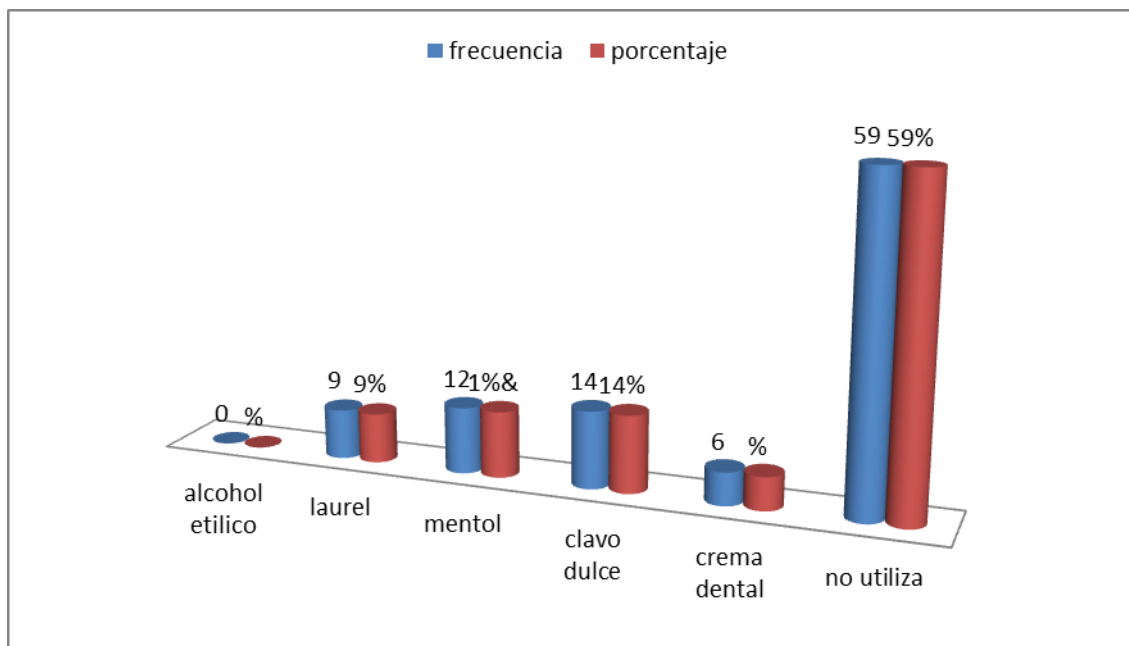
En los resultados obtenidos el de mayor incidencia es el 41% de los padres que utiliza remedios caseros cuando el niño presenta dolor en el diente afectado. Como es sabido la medicina natural es excelente para el tratamiento de distintas afecciones, pero es muy importante que los padres acudan inmediatamente al profesional de la odontología para que evalúe el estado de la pieza dental y prescriba el debido tratamiento.

**CUADRO N° 25**

**¿Cuál de los siguientes remedios caseros usa usted regularmente cuando el niño presenta dolor aplicando directamente al diente?**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol etílico	0	0 %
Laurel	12	12 %
Mentol	9	9 %
Clavo dulce (eugenol)	14	14 %
Crema dental	6	6 %
No utiliza remedios caseros	59	59 %
Total	100	100 %

**GRÁFICO**



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos en el presente cuadro demuestran que regularmente cuando el niño presenta dolor los padres aplican directamente sobre el diente los siguientes remedios caseros: el 12% utiliza laurel; el 9% de los padres aplica mentol; el 14% utiliza clavo dulce; el 6% aplica crema dental; mientras que el 59% de los padres no utiliza remedios caseros. No hubo respuestas para la opción del alcohol etílico.

Bonifacio Blanco, en su texto *Instrucción del practicante*, dice que “Se llaman anodinos a los medicamentos que amortiguan la sensibilidad en nuestros órganos y quitan o disminuyen el dolor: también se los conoce con las denominaciones de calmantes, sedantes o narcóticos. La mayor parte de los medicamentos que poseen estas virtudes, proceden del reino vegetal”. (p 58).

Los resultados obtenidos demuestran que el 59 % de los padres no utiliza remedios caseros cuando el niño presenta dolor, pero involucra cierto número de padres que médica químicamente a sus hijos, lo cual puede ser contraproducente, ya que se debe tener en cuenta los efectos secundarios del fármaco, a diferencia el remedio casero. El clavo dulce y el laurel son dos de las plantas medicinales más utilizadas por los padres cuando existe dolor en las muelas de los infantes.

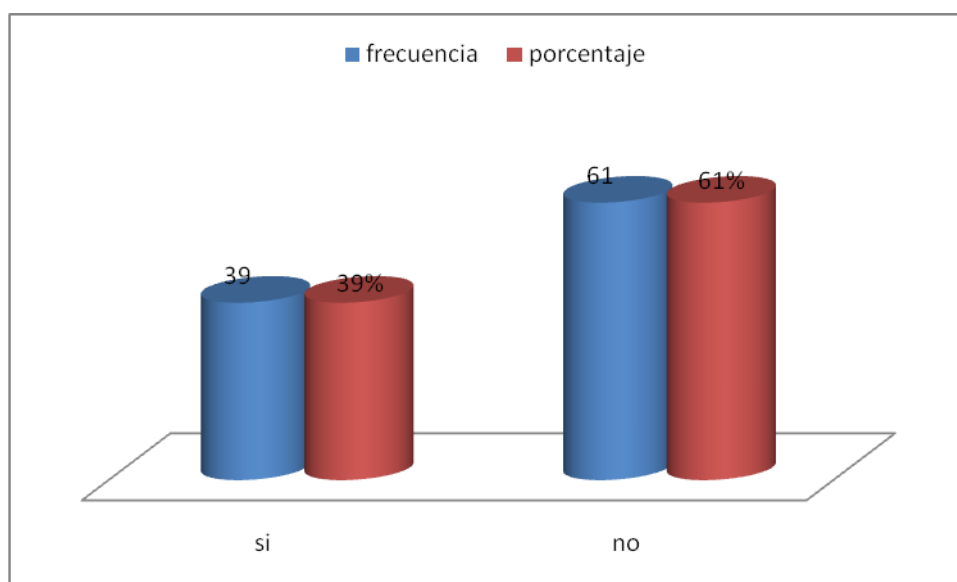


### CUADRO N° 26

¿Sabía usted que si usa remedios no indicados en la boca de su hijo cuando presenta dolor en la muela o diente afectado, va causar que se inflame más de lo normal, aun después que le calme el dolor?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	39	39%
No	61	61%
Total	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos en el cuadro demuestran que el 39% de los padres si sabía que usar remedios no indicados para la boca de sus hijos cuando presentan dolor en la muela o diente afectado, causa que se inflame más de lo normal, aun después que le calme el dolor, mientras que el 61% no lo sabía.

Daniele Ryman en su texto Aromaterapia indica que los nervios o determinados grupos de nervios de la cavidad bucal son particularmente delicados, es por esto que al usar este tipo de plantas o sustancias que alivian el dolor, se deben de proteger para no causar dolor de cabeza, migraña, irritación local, sinusitis, e incluso un mayor dolor dental. (Pp. 59-60).

El mayor porcentaje de los padres no conoce que usar estas sustancias o remedios caseros perjudica directamente la salud de su hijo, dato que confirma que por no conocer sobre las medidas necesarias y por no visitar periódicamente al odontólogo no toma las medidas adecuadas para combatir una enfermedad dental en este caso una lesión pulpar.

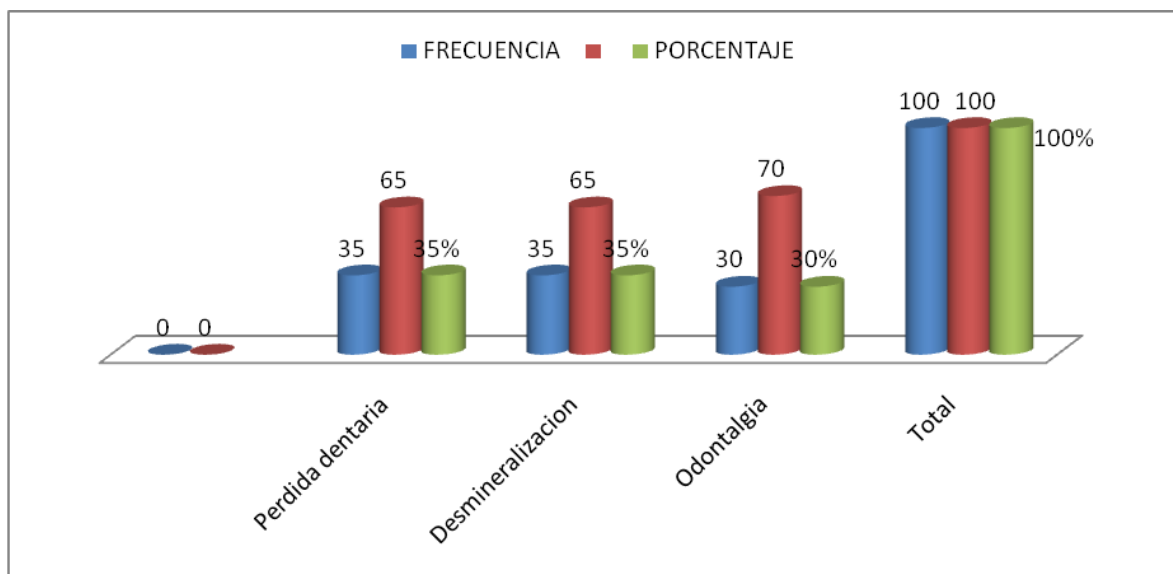
## 7.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN A LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS DE ODONTOPEDIATRÍA.

CUADRO Nº 1

### 1. Antecedentes odontológicos

ALTERNATIVA	FRECUENCIA		PORCENTAJE
	SI	NO	
Perdida dentaria	35	65	35%
Desmineralización	35	65	35%
Odontalgia	30	70	30%
Total	100	100	100%

GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del cuadro demuestran que de acuerdo a los antecedentes odontológicos de cada niño el 35% presenta pérdida dentaria; el 35% desmineralización dentaria; y el 30% presentó odontalgia.

Michael Bauman, en su texto *Endodoncia* expresa que “La rápida progresión de las caries y la afección precoz de la pulpa exigen un concepto terapéutico especial en la dentición temporal. A menudo, en estos casos la problemática reside en que, aparte del hallazgo odontológico y el estado de desarrollo de la dentición, también deben considerarse los componentes psicológicos. A pesar de ello el saneamiento de los dientes temporales es importante para evitar dolores e infecciones”. (p.63)

Del 100% de niños observados en las fichas clínicas el 35% presentó pérdida dentaria y el otro 35% presentó desmineralización dentaria. Resultados muy alarmantes, teniendo en cuenta que son niños que han perdido sus piezas dentales por una mala higiene oral y no por el cambio normal de las piezas temporarias a definitivas.

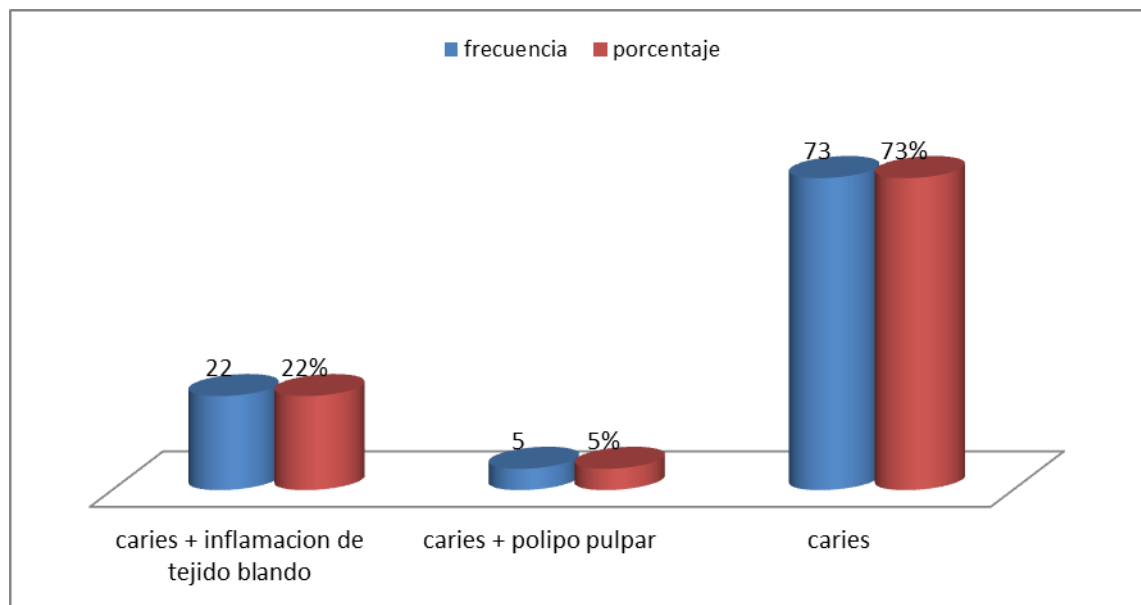
## CUADRO N° 2

### 2. Exploración clínica

#### 2.1. Inspección

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Caries + inflamación de tejido blando	22	22%
Caries + pólipo Pulpar	5	5%
Caries	73	73%
Total	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos demuestran que del 100% de los niños observados el 22% presenta caries más inflamación de tejido blando, el 5% caries más pólipo pulpar, y el 73% caries.

Michael, Bauman en su texto odontológico manifiesta que “la rápida progresión de las caries y la afección precoz de la pulpa exigen un concepto terapéutico especial en la dentición temporal”. (p 63).

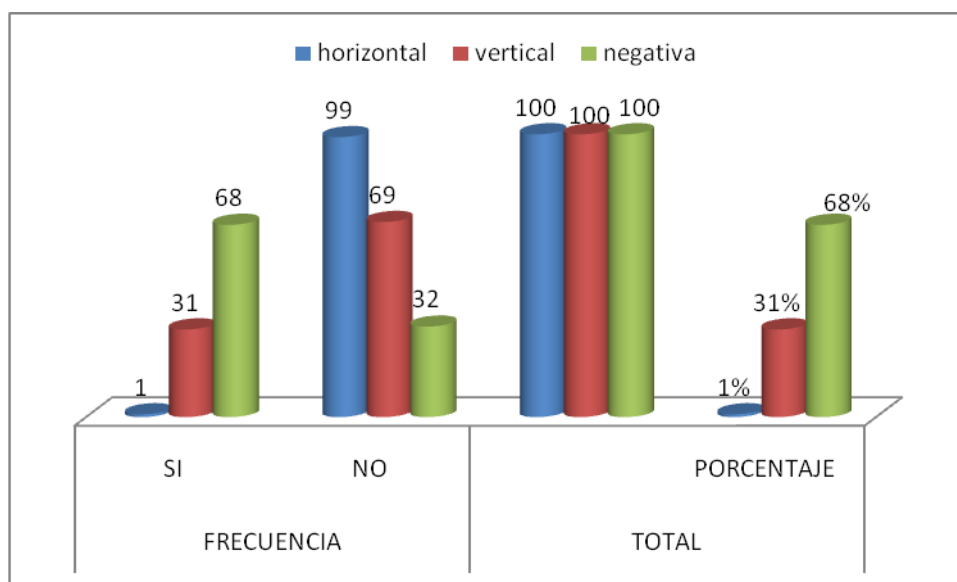
Del 100% de los niños observados se tiene que el 73% se inspeccionó con caries dental, dato que una vez más afirma que los padres de estos niños no cuentan con una adecuada información para el cuidado e higiene oral de sus hijos.

### CUADRO Nº 3

#### 2.2. Dolor a la Percusión

ALTERNATIVA	FRECUENCIA		TOTAL	PORCENTAJE
	SI	NO		
Horizontal	1	99	100	1%
Vertical	31	69	100	31%
Negativa	68	32	100	68%

#### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del cuadro indican que del 100% de los niños observados el 1% respondió a la percusión horizontal, el 31% respondió a la percusión vertical, mientras que el 68% se mostró con percusión negativa.

Noemí Bordoni, y otros, en su texto *Odontología pediátrica: Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*, menciona “Esta prueba es particularmente útil para determinar el estado de dientes anteriores afectados por un traumatismo o una reacción aguda que permite ubicar el diente afectado”. (p 75)

Producto de los resultados de la investigación se comprobó que del 100% de los niños a los cuales se les realizó la prueba de percusión el 68% respondió negativamente, cifra de la cual se estima que a pesar de que todos ellos presentan lesión pulpar no todos presentan la misma patología.

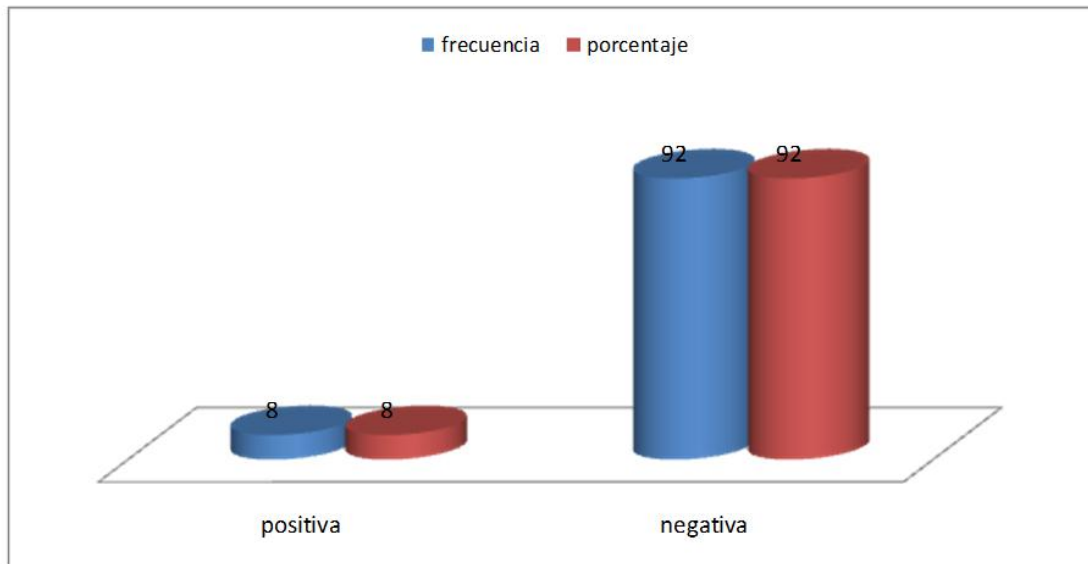


## CUADRO Nº 4

### 2.3. Movilidad

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	8	8%
Negativa	92	92%
Total	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como lo demuestra el cuadro del 100% de los niños atendidos y observados el 8% presentó movilidad positiva, mientras que el 96% presentó movilidad negativa.

Acuña, B. Camacho, Diego R, F. Hernández, y Carlos F en su página web dice que “la actitud del niño podría influenciar la confiabilidad de las pruebas diagnósticas en terapia pulpar, ya que los niños con este tipo de patología acuden a la consulta generalmente irritables, aprensivos y poco colaboradores”.

(Pp.69-70)

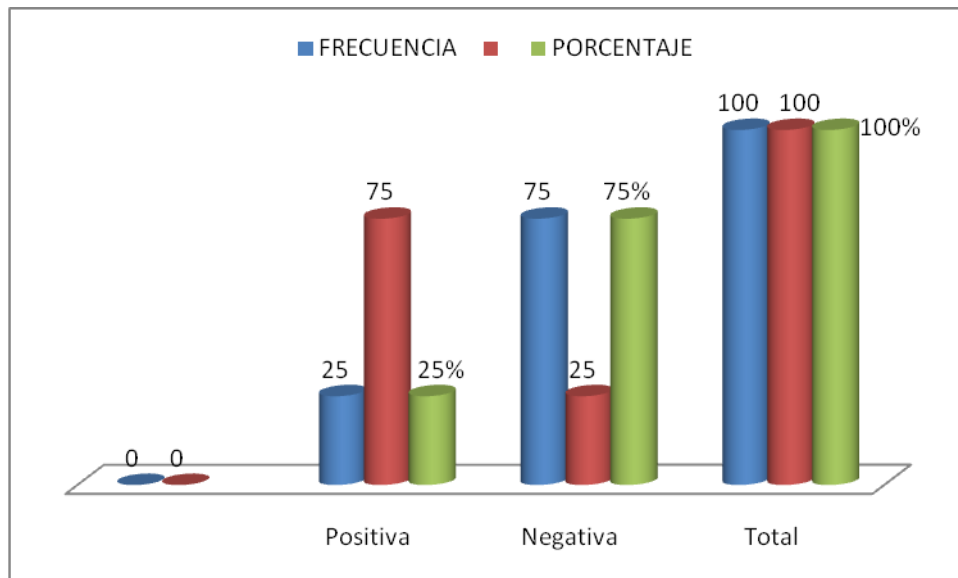
De acuerdo a los datos obtenidos de la población investigada, el 96% de los niños observados presentó movilidad negativa, este porcentaje nos indica que no todos los niños muestran la misma patología y que algunos padres han llevado a sus hijos a una revisión odontológica mucho más temprano que otros.

## CUADRO Nº 5

### 2.4. Dolor a la Palpación

ALTERNATIVA	FRECUENCIA		PORCENTAJE
	SÍ	NO	
Positiva	25	75	25%
Negativa	75	25	75%
Total	100	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de 100 niños observados a los cuales se les realizó la prueba de palpación, el 25% respondió positivamente, mientras que el 75% respondió negativo.

Noemí Bordoni. En su texto *Odontología pediátrica: Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual* manifiesta que “El clínico debe confiar principalmente en los signos que presenta el paciente más que en los síntomas relatados por el mismo”. (p.69)

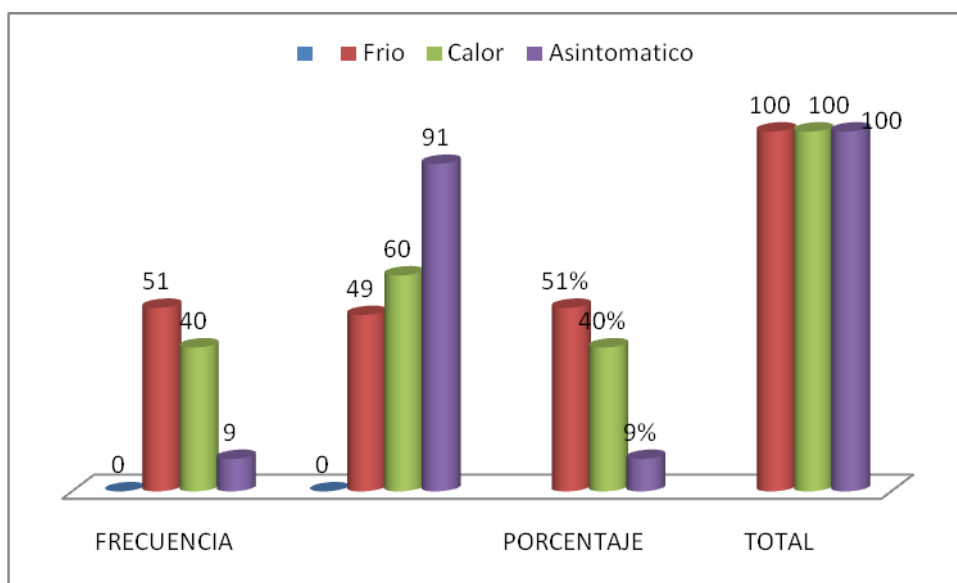
En los resultados obtenidos el de mayor incidencia es el 75% que en la prueba de palpación reaccionó negativo, los factores causantes de las lesiones pulpares son varios y unos afectan más que otros dependiendo de la progresión de la lesión y del cuidado que tengan los padres con sus hijos es por esto que se debe hacer énfasis en ellos en que deben de llevar a sus hijos a realizar los controles odontológicos sin esperar que el niño presente algún tipo de dolor.

## CUADRO Nº 6

### 3. Vitalometría

ALTERNATIVA	FRECUENCIA		TOTAL	PORCENTAJE
	SI	NO		
Frio	51	49	100	51%
Calor	40	60	100	40%
Asintomático	9	91	100	9%

### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos en el presente cuadro demuestran que en la prueba de Vitalometria el 51% reaccionó al frio, el 40% reaccionó al calor, mientras que el 9% fue asintomático.

Noemí Bordoni en su texto *Odontología pediátrica: Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual expresa que* “La reacción dolorosa al frío o al calor es normal en dientes con pulpa sana. Si el dolor persiste lo más probable es que esta pulpa se encuentre afectada. La ausencia total de respuesta al cambio de temperatura es indicación de una pulpa necrótica”. (Pp. 75-76)

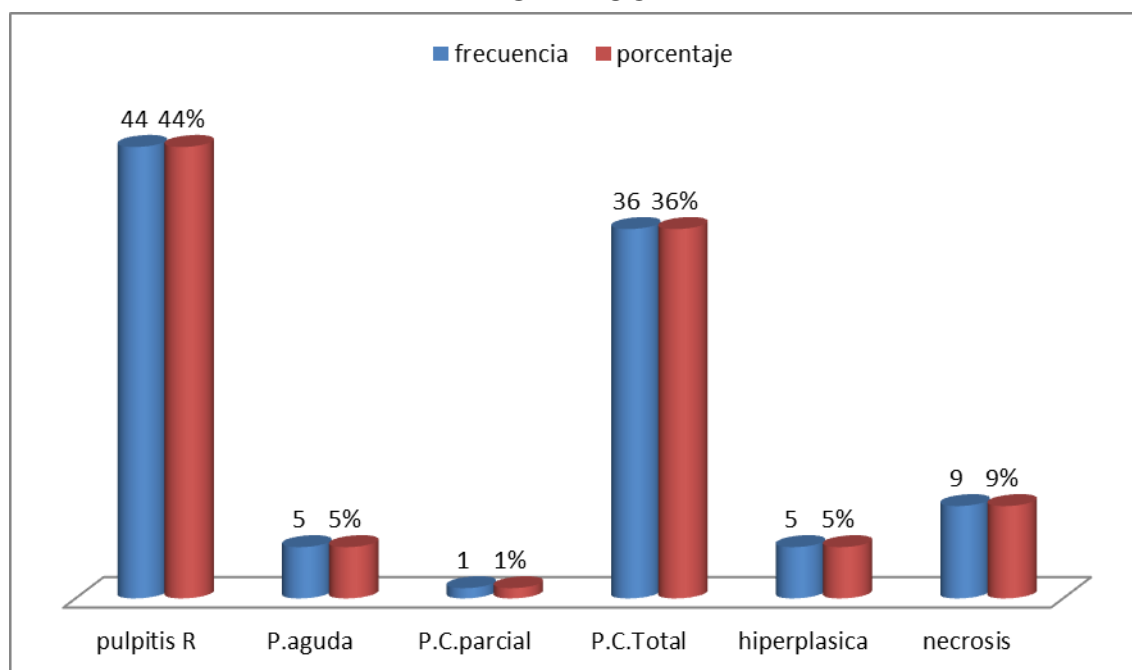
De acuerdo a los resultados expuestos del 100% de los niños que se les realizo la prueba de vitalidad, el 51% reaccionó al frio, los padres de estos infantes deberían de tener un poco más de cuidado en la higiene bucal de sus hijos, pero para esto es muy necesario que conozcan de medidas preventivas los cuales muchos no conocen, y es aquí donde se necesita de manera urgente que ellos conozcan de estas medidas.

## CUADRO Nº 7

### 2 DIAGNÓSTICO

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Hiperemia o pulpitis reversible	44	44 %
Pulpitis aguda	5	5 %
P. crónica parcial	1	1 %
P. crónica total	36	36 %
P. crónica hiperplásica	5	5 %
Necrosis	9	9 %
Total	100	100 %

### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 100 niños observados los resultados del cuadro indica que el 44% fueron diagnosticados con hiperemia o pulpitis reversible; el 5% con pulpitis aguda; el 1% con pulpitis crónica parcial; el 36% con pulpitis crónica total; él 5 % con pulpitis crónica hiperplásica; y el 9% de los niños fueron diagnóstico con necrosis.

Mahmoud, Torabinejad en su texto Endodoncia, principio y práctica expresa que “Las lesiones pulpares son la respuesta de la pulpa, en presencia de un irritante, a la que se adapta primero y en la medida de la necesidad se opone, organizándose para resolver favorablemente la lesión o disfunción ocurrida por la agresión”. (p 61)

De acuerdo a los resultados expuestos, el 44% de los niños que presentarán lesiones pulpares fueron diagnosticados con hiperemia o pulpitis reversible, considerando además que un porcentaje significativo del 36% presentarán pulpitis crónica total, un resultado bastante alarmante cuando se trata de niños, puesto que el único tratamiento a aplicar es estos casos es la pulpotomía y la pulpectomía.

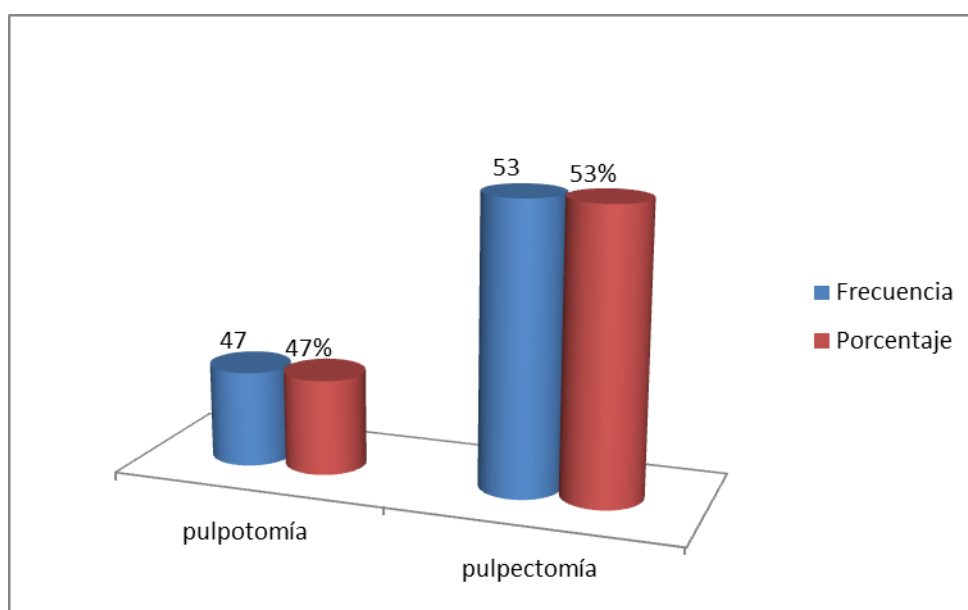


## CUADRO Nº 8

### 3 TRATAMIENTO

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Pulpotomía	47	47 %
Pulpectomía	53	53 %
Total	100	100 %

### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como lo demuestra el presente cuadro de los niños que presentan lesión pulpar al 47 % se realizó pulpotomía y al 53 % se le efectuó una pulpectomía.

Mahmoud, Torabinejad, en su texto Endodoncia principio y práctica manifiesta que “En los tratamientos pulpares que se realizan en dientes deciduos, sus características anatómicas e histopatológicos, son de suma importancia”. (p 61)

Producto de los resultados de la investigación, se comprobó que el tratamiento que más se realizó fue el de pulpectomía al 53 % de los niños, lo cual significa que fueron diagnosticados con una pulpitis crónica total, pulpitis crónica hiperplásica y con necrosis.

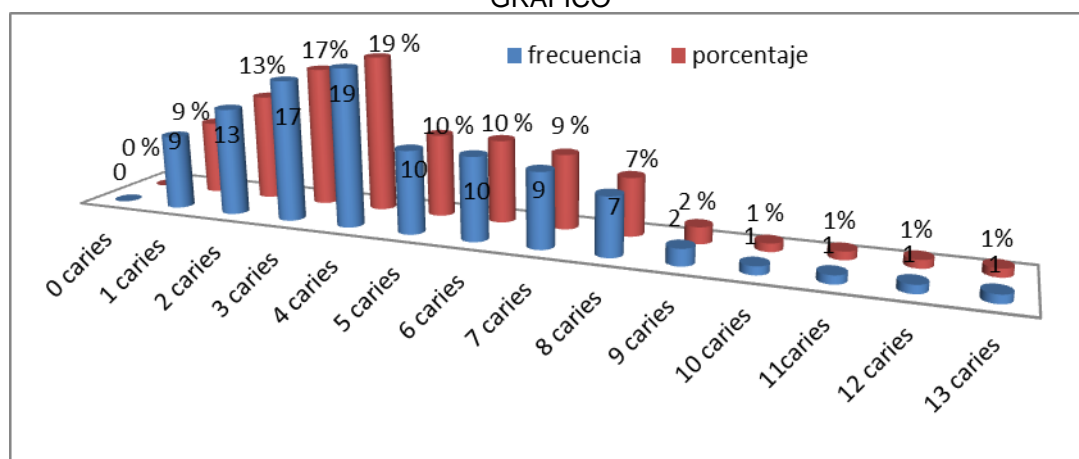
## CUADRO Nº 9

### 6. Índice C E O

#### 6.1. CARIES

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
0 caries	0	0 %
1 caries	9	9 %
2 caries	13	13 %
3 caries	17	17 %
4 caries	19	19 %
5 caries	10	10 %
6 caries	10	10 %
7 caries	9	9 %
8 caries	7	7 %
9 caries	2	2 %
10 caries	1	1 %
11 caries	1	1 %
12 caries	1	1 %
13 caries	1	1 %
total	100	100 %

GRAFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de los 100 niños observados de acuerdo al índice, el 100% de los ellos presentaron caries, el 9% de los niños tuvo 1 caries, el 13% 2 caries, el 17% 3 caries, el 19% 4 caries, el 10% 5 caries, el 10% 6 caries, mientras que el 9% presentarán 7 caries, el 7% 8 caries, el 2 % 9 caries, el 1% 10 caries, el 1% 11 caries, el 1% 12 caries, y el 1% 13 caries.

Juan Boj y Luis Ferreira, en su texto *Atlas de Odontopediatría* indica que “El odontólogo debe utilizar las visitas periódicas de los pacientes para seleccionar las medidas de prevención más adecuadas en cada caso, que eviten la aparición de caries y sus consecuencias. Y también debe tener como fin entrenar a los padres para examinar periódicamente la boca de sus hijos y así detectar tempranamente estas apariciones”. (Pp.52- 53).

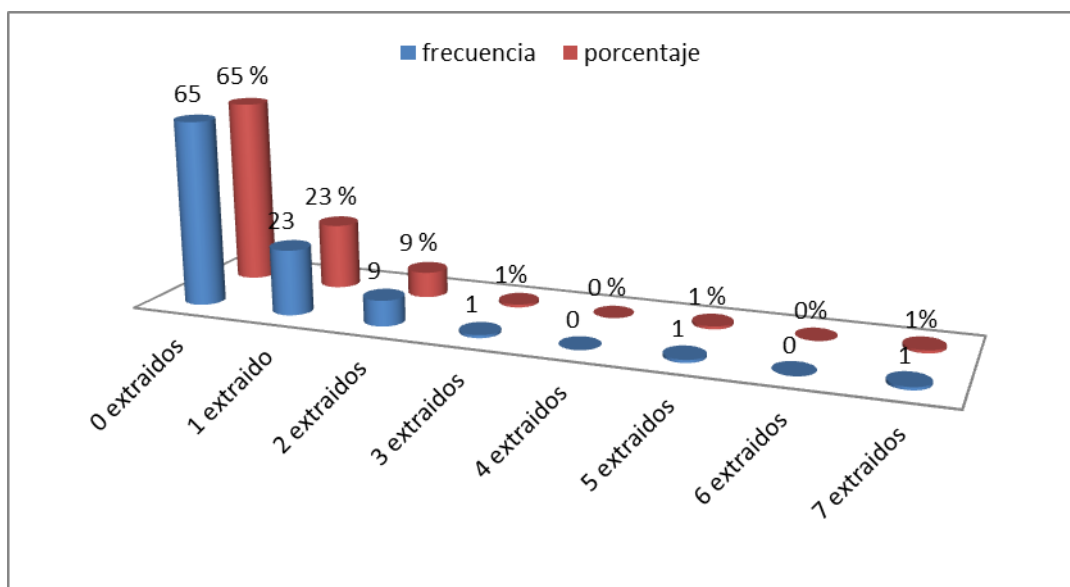
De acuerdo a los datos obtenidos de la población investigada el 100% de los niños presenta caries, pero aun asi el 19% presenta 4 caries, y el 17% 3 caries, mientras que un 1% presenta 13 caries. Los resultados indican que el mayor porcentaje del 19% presenta 4 caries, lo cual es un número significativo si se considera al grupo que presenta 3 y 2 caries, totalizando un 49% de niños afectados por las caries

**CUADRO N° 10**

**6.2. Dientes Extraídos**

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
0 extraídos	65	65 %
1 extraídos	23	23 %
2 extraídos	9	9 %
3 extraídos	1	1 %
4 extraídos	0	0 %
5 extraídos	1	1 %
6 extraídos	0	0 %
7 extraídos	1	1 %
Total	100	100 %

**GRÁFICO**



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de los 100 niños a los que se le realizó la ficha clínica de observación al 65% no se le han extraído piezas dentarias, el 23% 1 pieza extraída, él 9% 2 piezas extraídas, él 1% 3 piezas extraídas, él 1% 5 piezas extraídas, él 1% 7 piezas extraídas.

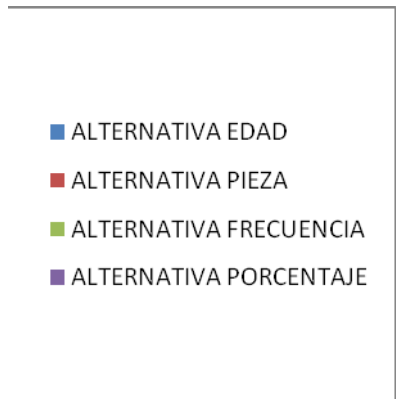
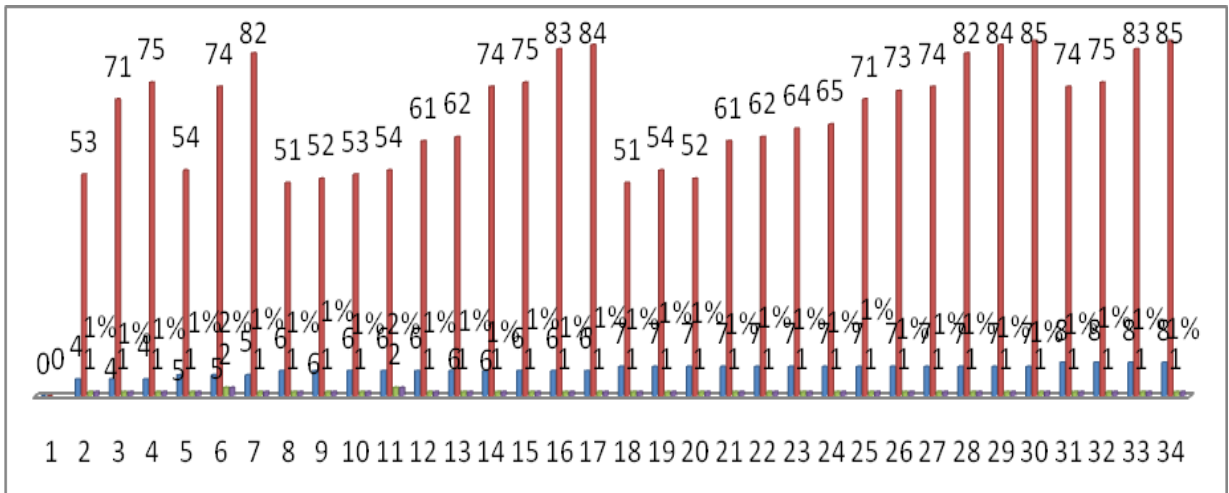
Mahmoud, Torabinejad, en su texto Endodoncia, principio y práctica expresa que “Conservar estas piezas ayuda al desarrollo de la fonación, alimentación, respiración y armonía estética del niño, es por esto que el profesional de la odontología debe instruir y orientar a los padres en materia de conservación de los dientes hasta que su periodo de rizólisis concluya”. ( p 61)

Del 100% de los niños que se atendieron en las clínicas el 23% presentaron 1 pieza extraída, lo cual para el caso de los niños ya es representativo y puesto que aún no se cuenta con la dentadura definitiva.

## CUADRO N° 11

### DIENTES EXTRAÍDOS POR CARIES SEGÚN LA EDAD

ALTERNATIVA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD AÑOS	PIEZA DENTARIA		
4	53	1	1%
4	71	1	1%
4	75	1	1%
5	54	1	1%
5	74	2	2%
5	82	1	1%
6	51	1	1%
6	52	1	1%
6	53	1	1%
6	54	2	2%
6	61	1	1%
6	62	1	1%
6	74	1	1%
6	75	1	1%
6	83	1	1%
6	84	1	1%
7	51	1	1%
7	54	1	1%
7	52	1	1%
7	61	1	1%
7	62	1	1%
7	64	1	1%
7	65	1	1%
7	71	1	1%
7	73	1	1%
7	74	1	1%
7	82	1	1%
7	84	1	1%
7	85	1	1%
8	74	1	1%
8	75	1	1%
8	83	1	1%
8	85	1	1%
<b>NO EXTRAÍDOS POR CARIES</b>		65	65%
<b>TOTAL</b>		100	100%



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del gráfico indican que las piezas extraídas por caries según la edad de los niños son las siguientes:

De 4 años de edad: el 1% de niños perdió la pieza dentaria 53, el 1% perdió la pieza dentaria 71, el 1% la pieza 75.

De 5 años de edad: el 1%perdió la pieza dentaria 54, el 2% la pieza 74, el 1% la pieza número 82.

De 6 años de edad: el 1% perdió la pieza numero 51, el 1% perdió la 52, el 1% la pieza dentaria 53, el 2% la 54, el 1% la 61, el 1% la pieza número 62, el 1% la pieza 74, el 1% la 75, el 1% la pieza 83, y el 1% la pieza número 84.

De 7 años de edad: el 1% perdió la pieza número 51, el 1% perdió la 54, el 1% la pieza 52, y el 1% la pieza 61, el 1% perdió la 62, y el 2% perdió la 64, el 1% perdió la 65, el 1% perdió la 71, el 1% perdió la 73, el 1% perdió la pieza dentaria 74, el 1% perdió la 82, el 1% perdió la pieza 84, y el 1% perdió la pieza 85.

De 8 años de edad: el 1% perdió la pieza 74, el 1% la pieza 75, el 1% la pieza 83, y el 1% la pieza número 85.

Según OJD Polegar en su página web indica que existe una secuencia que sirve de guía a los padres para que conozcan cuándo suelen caer los dientes de leche o temporales y cuándo serán reemplazados por dientes más grandes y fuertes, conocidos como dientes permanentes o definitivos. (p. 81).

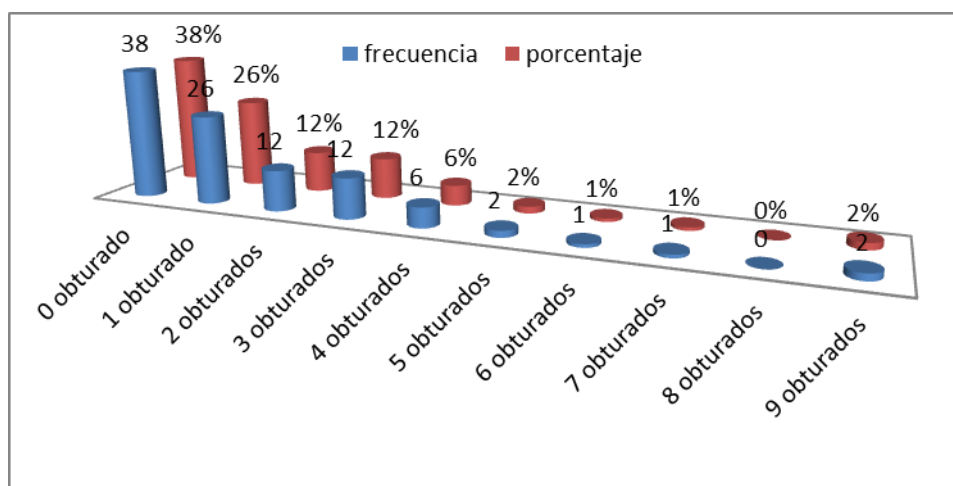
Tal como lo indican los resultados del cuadro el 53% de los niños investigados ha perdido piezas dentarias debido a caries dentales, esta pérdida se debe a que los padres no conocen las medidas de prevención necesarias para mantener las piezas en boca.

**CUADRO N° 12**

**6.3. Dientes Obturados**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
0 obturados	38	38 %
1 Obturado	26	26 %
2 obturados	12	12 %
3 obturados	12	12 %
4 obturados	6	6 %
5 obturados	2	2 %
6 obturados	1	1 %
7 obturados	1	1 %
8 obturados	0	0 %
9 obturados	2	2 %
Total	100	100 %

**GRÁFICO**



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de 100 niños atendidos en las clínicas de la universidad el 38% no presentaron piezas obturadas, el 26% 1 pieza obturada, el 12% 2 piezas obturadas, otro 12% 3 piezas obturadas, un 6% 4 piezas obturadas, un 2% 5 piezas obturadas, un 1 % 6 piezas obturadas, otro 1% 7 piezas obturadas, y el 2 % 9 piezas obturadas.

Emili Cuenca en su texto odontológico dice que “En sentido amplio prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión”. (p14)

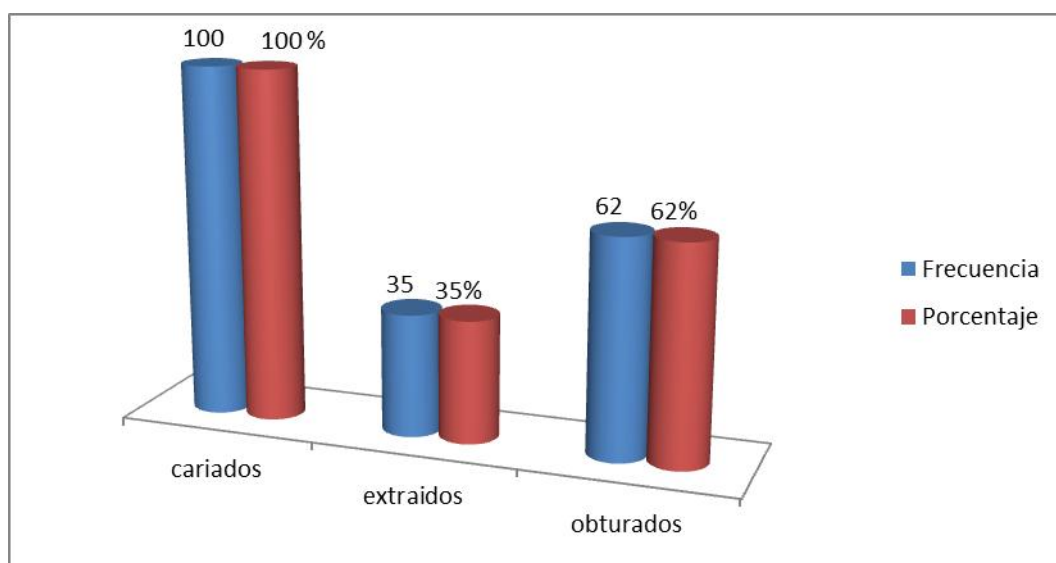
Tan solo un 26% presentaron 1 pieza obturada, resultados que de cualquier modo deben tenerse en cuenta a futuro como mecanismo de prevención para posibles lesiones pulpares en los infantes.

### CUADRO Nº 13

#### INDICADOR CEO (CARIADOS, EXTRAÍDOS, OBTURADOS).

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARIADOS	100	100%
EXTRAÍDOS	35	35 %
OBTURADOS	62	62 %

#### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Del total de los 100 niños investigados en cuanto al indicador C E O (cariados, extraídos, obturados), se tiene 100 niños con caries que corresponden al 100%, 35 niños que tienen piezas extraídas que corresponden al 35%, 65 niños con piezas obturadas que corresponden al 65%.

María Nahás, en su texto odontológico cita lo siguiente “la Odontopediatría contempla una filosofía de tratamiento donde la prevención y la educación desempeñan un papel de fundamental importancia”. (p 15)

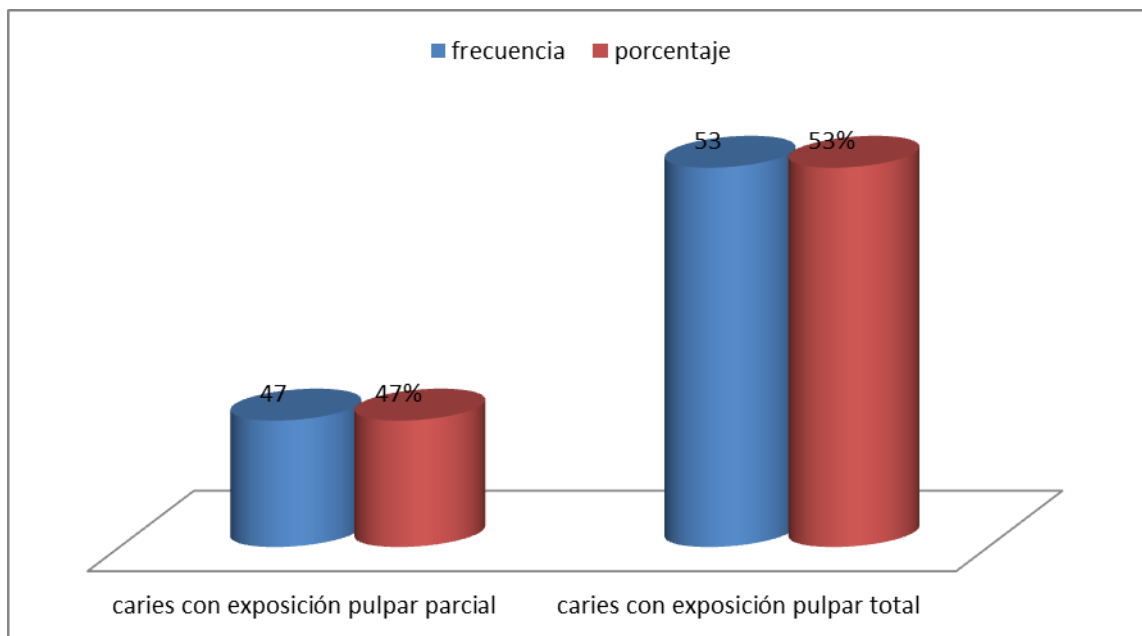
En los resultados obtenidos el de mayor incidencia es 100% de pacientes con caries dental, lo cual comprueba una vez más que no todos los padres cuentan con el conocimiento de las medidas odontológicas necesarias para prevenir este tipo de lesiones en sus hijos.

## CUADRO N° 14

### 7. DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Caries con exposición pulpar parcial	47	47%
Caries con exposición pulpar total	53	53%
Total	100	100%

### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 100 radiografías tomadas a los niños observados el resultado del cuadro indica que el 47% presenta caries con exposición pulpar parcial, y 53% caries con exposición pulpar total.

Concicao Nochi en su texto *Odontología restauradora* expresa que “Las radiografías son un complemento esencial, pues enseñan detalles no detectados en el examen clínico”. (p 73)

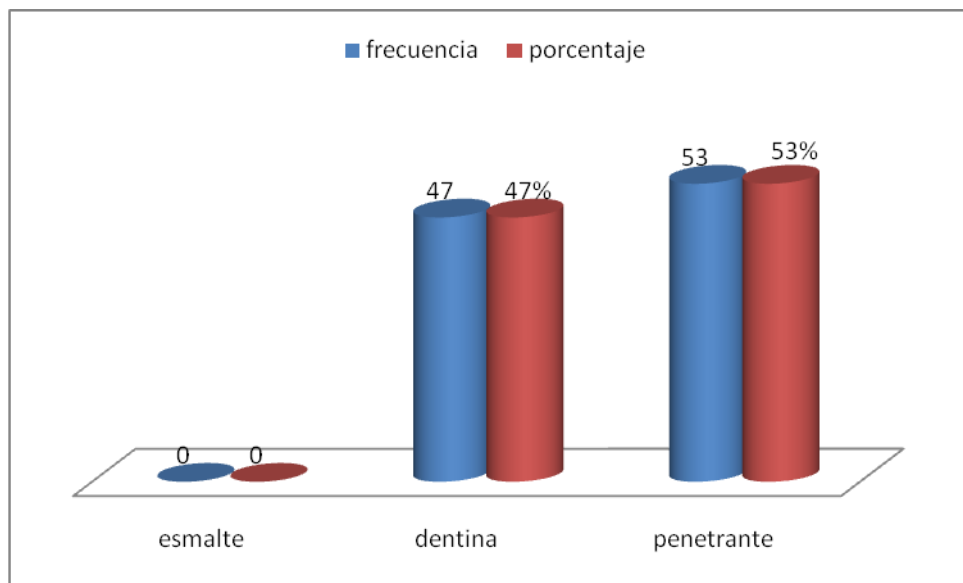
De acuerdo a los resultados obtenidos el 53% de los niños presenta caries con exposición pulpar total, lo que quiere decir que los padres de familia carecen de conocimientos sobre medidas preventivas odontológicas ya que si los tuvieran no existiría este porcentaje de lesiones, en donde no estaría demás que reciban una charla para que tengan conocimientos de prevención y de esta manera tengan cuidado en la higiene bucal de sus hijos.

## CUADRO Nº 15

Diagnóstico radiográfico de acuerdo a la profundidad de la caries dental

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Esmalte	0	0%
Dentina	47	47%
Penetrante	53	53%
Total	100	100%

## GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De acuerdo a los datos del gráfico en el diagnóstico radiográfico según la profundidad de la caries el 47% de los niños consta con caries de dentina, mientras que el 53% tiene caries penetrante.

Según Negroni, M. en su texto Microbiología Estomatológica manifiesta que: Respecto a las caries estas pueden agredir según su profundidad en esmalte, dentina o pueden ser penetrantes. (p.62).

Los resultados obtenidos el de mayor porcentaje es el 53% de niños con diagnósticos radiográficos con caries penetrantes, este dato es de mayor importancia, ya que es aquí donde se nota el progreso y evolución de la caries dental ya que los padres no cuentan con la información dental necesaria ni con los controles odontológicos adecuados para poder prevenir este tipo de lesión, en este caso pulpar.

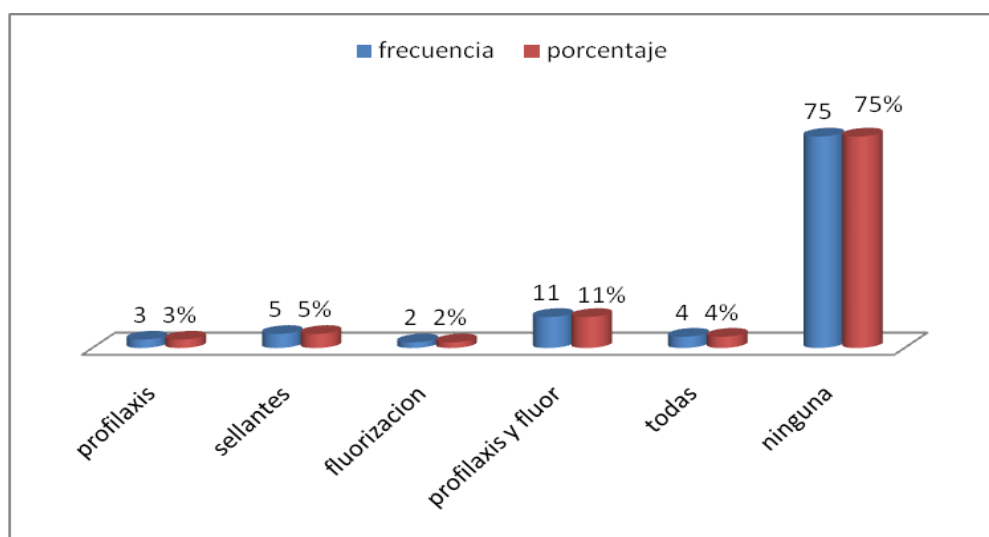
### 7.3 MATRIZ DE OBSERVACIÓN A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS CARPETAS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CUADRO Nº 1

#### Tratamientos preventivos realizados antes de tratar la lesión pulpar

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Profilaxis	3	3%
Sellantes	5	5%
Fluorización	2	2%
Profilaxis y flúor	11	11%
Todas	4	4%
Ninguna	75	75%
Total	100	100%

GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos nos indican que solo el 3% de los niños antes de realizarse el tratamiento pulpar se hicieron profilaxis dental, el 5% se realizó sellantes, el 11% de los niños se realizó tanto profilaxis como flúor, el 4% se realizó todas las medidas y el 75% de los niños no se realizó ninguna de las medidas de prevención.

Buscobic Yerkatar en su página web expone en uno de los objetivos del control odontológico Interesar y educar al niño en los cuidados de higiene bucal o educarlo para que acepte el tratamiento necesario y periódico de sus dientes. (p.53).

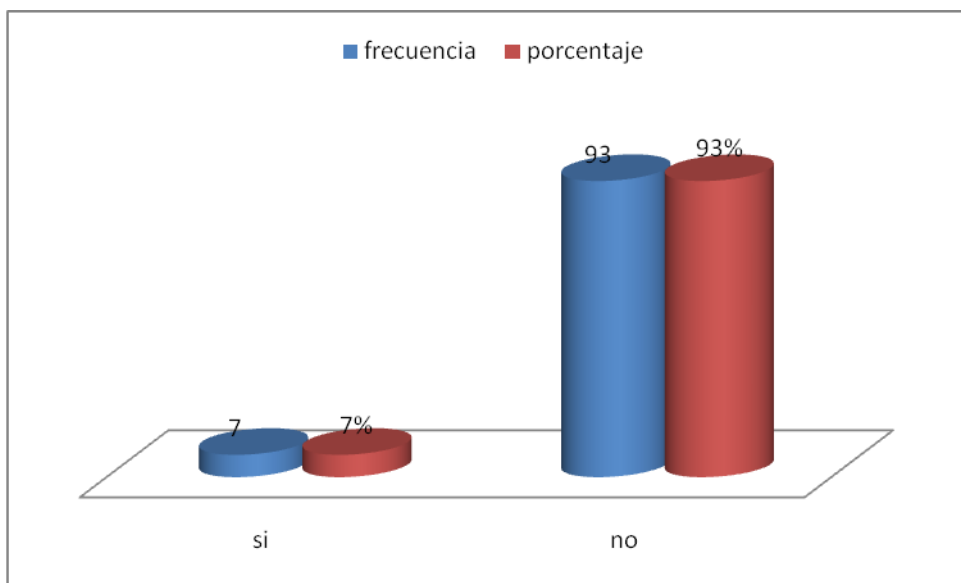
Según los resultados del gráfico el 75% de los niños no se ha realizado ninguna medidas de prevención claramente revela que las lesiones pulpares que en ellos se ha progresado es por la falta de conocimientos que tienen sus padres sobre las medidas de prevención odontológica.

## CUADRO Nº 2

Restauraciones anteriores de la pieza afectada antes de realizarse el tratamiento pulpar.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	7%
no	93	93%
Total	100	100%

## GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del cuadro nos indican que el 7% de los niños sí se realizó una restauración en la pieza afectada antes de haberse tratado la lesión pulpar, mientras que 93% de los niños nunca se realizó ninguna restauración.

Según HIGASHIDA, Bertha. En su texto odontológico *Odontología Preventiva* en el Nivel de prevención terciaria se desarrollan actividades encaminadas a devolver las funciones que se han visto disminuidas o acabadas por la pérdida de estructuras, elementos, órganos o sistemas de un organismo, tratando de conservar la salud del mismo. Esta prevención es realizada por los profesionales del área de salud, pero también es responsabilidad del estado garantizar a la población igualdad de oportunidades para tener acceso a los servicios de salud. (Pp.18-19).

Tal como lo indican los resultados del gráfico, el 93% de los niños no se realizó antes una restauración en la pieza afectada, esto nos indica que los padres no tomaron en cuenta realizar como medida de prevención una restauración para que lesión cariosa no avance a lesión pulpar como sucedió, esto ocurre cuando los padres no conocen sobre el cuidado dental y sobre lo importante que es asistir a controles odontológicos ya sean privados o públicos.

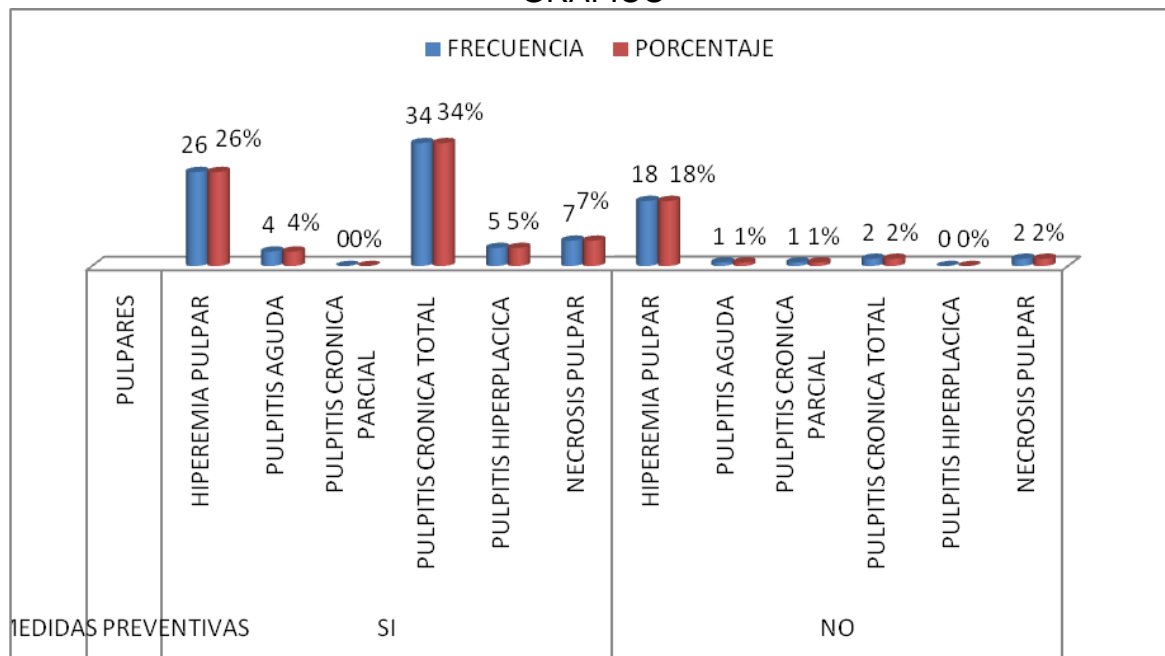
## CUADRO N° 1

### INFORMACIÓN OBJETIVO ESPECIFICO 1

Indagar el conocimiento de medidas preventivas por parte de los padres para relacionarlo con la presencia de lesiones pulpares.

DESCONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS	LESIONES PULPARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SÍ</b>	HIPEREMIA PULPAR	26	26%
	PULPITIS AGUDA	4	4%
	PULPITIS CRÓNICA PARCIAL	0	0%
	PULPITIS CRÓNICA TOTAL	34	34%
	PULPITIS HIPERPLÁSICA	5	5%
	NECROSIS PULPAR	7	7%
<b>NO</b>	HIPEREMIA PULPAR	18	18%
	PULPITIS AGUDA	1	1%
	PULPITIS CRÓNICA PARCIAL	1	1%
	PULPITIS CRÓNICA TOTAL	2	2%
	PULPITIS HIPERPLÁSICA	0	0%
	NECROSIS PULPAR	2	2%
<b>TOTALES</b>		100	100%

### GRÁFICO



Fuente: Encuestas a los padres de familia de los pacientes de odontopediatría de la USGP.  
Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de 100 padres encuestados durante la investigación del 76% que dijo que sí cree por el desconocimiento de medidas preventivas fue la causa de la aparición de la lesión pulpar, sus niños tienen el 26% hiperemia pulpar, el 4% pulpitis aguda, el 0% pulpitis crónica parcial, el 34% pulpitis crónica total, el 5% pulpitis hiperplásica, y un 7% necrosis pulpar. En cambio del 24% de los padres que dijo que la causa de la aparición de la lesión pulpar no era el desconocimiento de medidas preventivas, el 18% tiene hiperemia pulpar, el 1% tiene pulpitis aguda, el 1% pulpitis crónica parcial, el 2% tiene pulpitis crónica total, el 0% pulpitis hiperplásica, y 2% tiene necrosis pulpar.

Carlos Redondo, en su texto odontológico manifiesta que “Fomentar desde niños el uso de materiales que contribuyen a la limpieza y mantenimiento de los dientes servirá de mucho para evitar enfermedades o lesiones dentales”. (p 54)

Como revelan los resultados del cuadro la mayoría de los padres no cuenta con los conocimientos necesarios para mantener en sus hijos medidas de prevenciones adecuadas para evitar que los dientes de los niños se dañen, y pasen ellos por un mal momento de dolor y molestias dentales debido a la presencia de caries y su rápido progreso a la lesión pulpar.

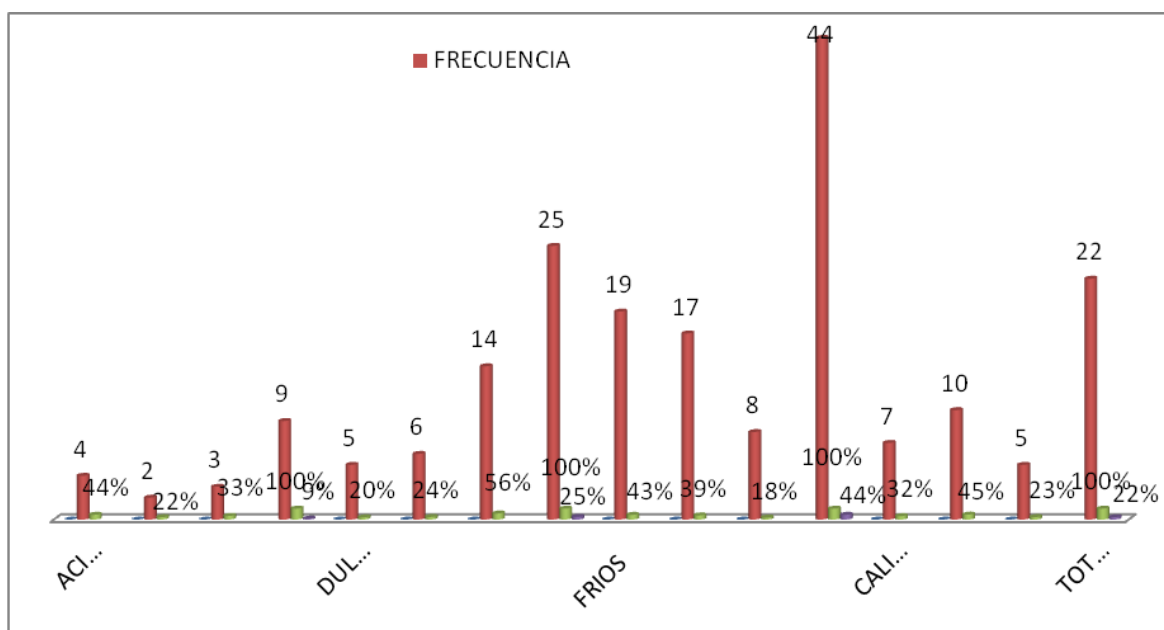
## CUADRO Nº 2

### INFORMACIÓN OBJETIVO ESPECIFICO 2

Identificar los hábitos alimenticios y sus influencia en la odontalgia

HÁBITOS ALIMENTICIOS	DESMINERALIZACION DENTARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE FINAL
<b>ÁCIDOS</b>	PÉRDIDA DENTARIA	4	44%	
	DESMINERALIZACION	2	22%	
	ODONTALGIA	3	33%	
		9	100%	9%
<b>DULCES</b>	PÉRDIDA DENTARIA	5	20%	
	DEMINERALIZACION	6	24%	
	ODONTALGIA	14	56%	
		25	100%	25%
<b>FRÍOS</b>	PÉRDIDA DENTARIA	19	43%	
	DEMINERALIZACION	17	39%	
	ODONTALGIA	8	18%	
		44	100%	44%
<b>CALIENTES</b>	PÉRDIDA DENTARIA	7	32%	
	DEMINERALIZACION	10	45%	
	ODONTALGIA	5	23%	
<b>TOTALES</b>		22	100%	22%
		100		100%

### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP y formulario de encuesta a los padres.

Elaborado: Gema Montes Intriago



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Así como lo indica el cuadro y gráfico de del 9% de los padres que dijo que sus hijos refieren dolor al comer alimentos ácidos, el 4% tuvo perdida dentaria, el 2% tubo desmineralización dentaria, y el 3% tubo odontalgia, del 25% de los padres que dijeron que los niños refieren dolor al ingerir dulces, el 5% tiene pérdida dentaria, 6% tiene desmineralizacion dentaria, y el 14% tien odontalgia. del 44% de los padres los cuales sus hijos refieren dolor al comer alimentos frios el 19% tiene perdida dentaria, el 17% desmineralización, y el 8% odontalgia. Y del 22% de los padres que dijeron que sus hijos presentan dolor a los alimentos calientes el 7% tuvo pérdida dentaria, el 10% desmineralización, y el 5% odontalgia.

Según la pagina web fundacion Eroski el abuso de los dulces puede tener consecuencias sobre la salud de la población infantil, ya que la elevada concentración de azúcares simples favorece la aparición de caries. (p.30)

consumir alimentos no adecuados por tener un mal hábito va a producir que al ingerir otros alimentos se produzca dolor y como tal la desmineralización dentaria ya que esta muchas veces causa sensibilidad, de los 100 niños el 35% tiene desmineralización dentaria, esto es producto de los malos hábitos y como tal esta es su consecuencia.

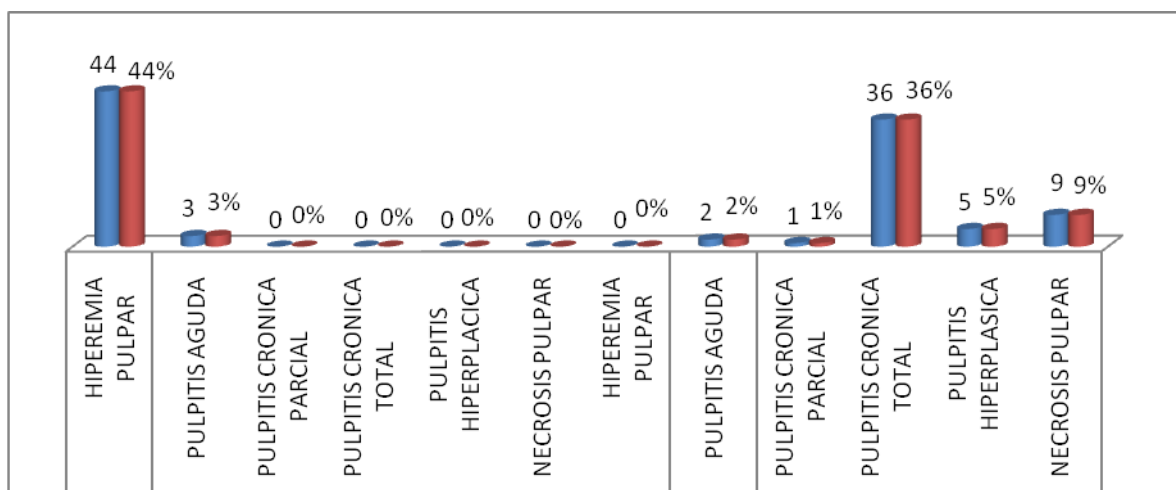
### CUADRO Nº 3

#### INFORMACIÓN OBJETIVO ESPECIFICO 3

Establecer un control radiografico para valorar las lesiones pulpares

CONTROL RADIOGRAFICO	LESIONES PULPARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARIES CON EXPOSICIÓN PULPAR PARCIAL	HIPEREMIA PULPAR	44	44%
	PULPITIS AGUDA	3	3%
	PULPITIS CRONICA PARCIAL	0	0%
	PULPITIS CRONICA TOTAL	0	0%
	PULPITIS HIPERPLÁSICA	0	0%
	NECROSIS PULPAR	0	0%
CARIES CON EXPOSICIÓN PULPAR TOTAL	HIPEREMIA PULPAR	0	0%
	PULPITIS AGUDA	2	2%
	PULPITIS CRÓNICA PARCIAL	1	1%
	PULPITIS CRÓNICA TOTAL	36	36%
	PULPITIS HIPERPLÁSICA	5	5%
	NECROSIS PULPAR	9	9%

#### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP.

Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de 100 niños observados el 44% se diagnosticó con hiperemia o pulpitis reversible, de los cuales radiográficamente el 44% presentaron caries con lesión pulpar parcial, y el 0% con caries con lesión pulpar total; del 100% de los niños el 5% se diagnóstico con pulpitis aguda, de los cuales el 3% presentó caries con lesión pulpar parcial, y el 2% con caries con exposición pulpar total; del total de los 100 niños observados el 1% se diagnosticó con pulpitis crónica parcial, de los cuales el 1% presentó caries con lesión pulpar total; del 100% de los niños atendidos el 36% presento pulpitis crónica total, de los cuales el 36% presentó caries con lesión pulpar total; de los 100 niños observados el 5% se diagnóstico con pulpitis crónica hiperplásica, mientras que el 5% presentó caries con lesión pulpar total; del total de 100 niños atendidos el 9% se diagnóstico con necrosis, mientras que el 9% presentó caries con exposición pulpar total.

Noemí Bordoni en su texto odontológico expresa que “La precisión de un buen diagnóstico pulpar es importante; sin embargo, en niños muy pequeños es muy difícil correlacionar la sintomatología clínica con el verdadero estado pulpar, debido a que los niños en general pueden presentar problemas de conducta, temores.(Pp.68-69)

De la información obtenida en el cuadro del 100% de los niños observados el de mayor incidencia se tiene que el 44% de los niños presentaron caries con lesión pulpar parcial, diagnosticados todos ellos con hiperemia o pulpitis reversible; mientras que un 36% presentó caries con exposición pulpar total los cuales fueron diagnosticados con pulpitis crónica total, dato alarmante el cual necesita solución y medidas preventivas inmediatas.

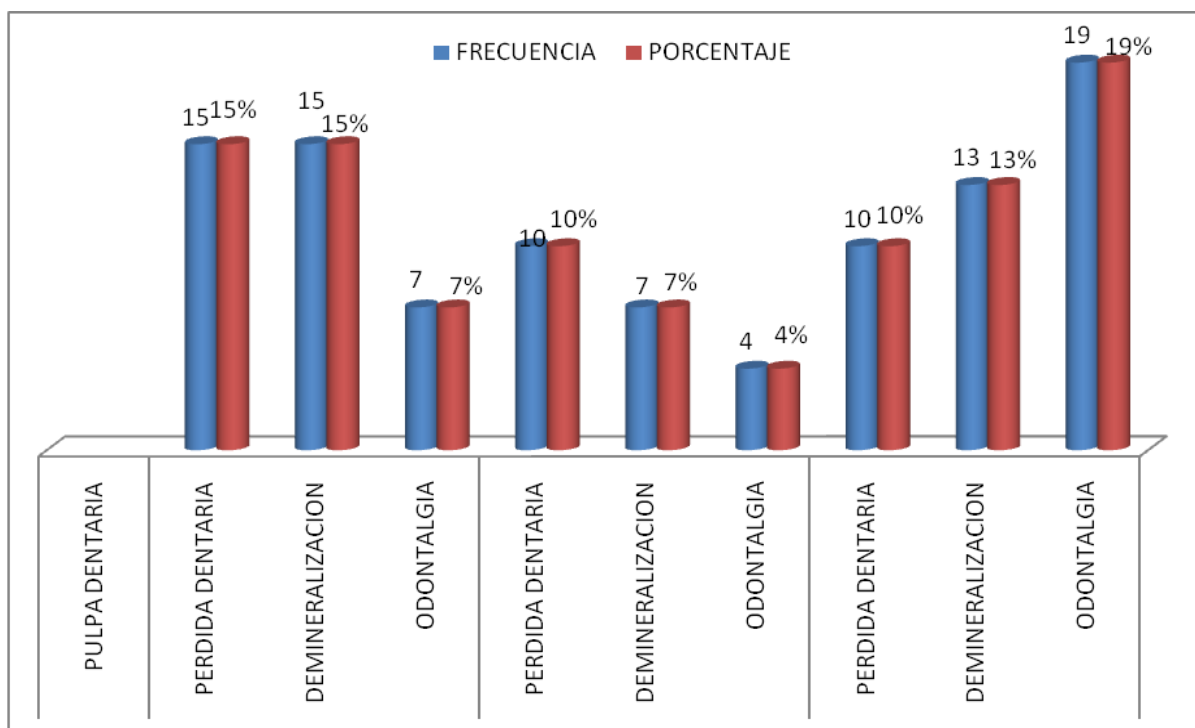
## CUADRO Nº 4

### INFORMACIÓN OBJETIVO ESPECIFICO 4

Investigar el uso de sustancias anodinas y su relacion con la irritacion de la pulpa dentaria.

USO DE SUSTANCIAS ANODINAS	IRRITACION DE LA PULPA DENTARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ASISTE AL ODONTOLOGO	PÉRDIDA DENTARIA	15	15%
	DEMINERALIZACIÓN	15	15%
	ODONTALGIA	7	7%
SE MEDICA	PÉRDIDA DENTARIA	10	10%
	DEMINERALIZACIÓN	7	7%
	ODONTALGIA	4	4%
TOMA REMEDIOS CASEROS	PÉRDIDA DENTARIA	10	10%
	DEMINERALIZACIÓN	13	13%
	ODONTALGIA	19	19%
<b>TOTALES</b>		100	100%

### GRÁFICO



Fuente: fichas de observación a los pacientes de odontopediatría de la USGP y formulario de encuesta a los padres

Elaborado: Gema Montes Intriago

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tal como lo revela el cuadro y gráfico del 100% de los padres el 37% asiste al odontólogo de ese porcentaje, el 15% tiene pérdida dentaria, 15 tiene desmineralización, y el 7% tiene odontalgia. Del 22% de los padres que medican a sus hijos el 10% tiene pérdida dentaria, el 7% tiene desmineralización, y el 4% tiene odontalgia. Del 41% de los padres que dan a sus hijos remedios caseros el 10% tiene pérdida dentaria, el 13% tiene desmineralización, y el 19% tiene odontalgia.

Según Daniéle Ryman en su texto de aromaterapia: los nervios o determinados grupos de nervios de la cavidad bucal son particularmente delicados, es por esto que al usar sustancias o plantas que alivian el dolor se deben de proteger para no causar dolor de cabeza, migraña, irritación local, sinusitis, e incluso un mayor dolor de muelas. (Pp. 59-60)

Como se puede observar el mayor porcentaje de los padres utiliza remedios caseros ante la presencia de un dolor dental, y de estos mismos pacientes el mayor porcentaje refiere odontalgia en un 19% es decir que tal como lo indica el texto muchas veces los padres no saben el origen del dolor y si esa sustancia que utiliza es la adecuada o no, por lo tanto debido a la irritación dental de estos niños es que existe odontalgia.

### 4.3. CONCLUSIONES

Después de realizado el análisis e interpretación de los resultados, se llegó a las siguientes conclusiones.

1. Por medio de los resultados obtenidos en la investigación se comprueba que la cultura preventiva odontológica incide en las lesiones pulpares de piezas temporarias, debido al desconocimiento de medidas preventivas por parte de los padres, y por esta misma razón los niños no cumplen con los controles odontológicos que necesitan para su salud dental, ya que el 76% de los padres de los niños que son atendidos en las clínicas de odontología del área de odontopediatría, confirma a través de las encuestas que desconocen de medidas de prevención, siendo esta la causa principal de la presencia de las lesiones pulpares en los niños, ya que la mayoría de los padres no enseñan a sus hijos que deben cepillar sus dientes todos los días, y es el motivo de que los niños no lo hacen las veces correctas al día, además muchos de ellos no saben cuantas veces es necesario visitar al odontólogo para evitar enfermedades, caries, molestias o lesiones pulpares en la boca de sus hijos.

2. Realizando la investigación se pudo constatar con el resultado de las encuestas a los padres, que los niños no tienen hábitos alimenticios adecuados, ya que los padres de familia no cuentan con los conocimientos necesarios para una alimentación saludable de sus hijos, como indican los resultados por medio de los gráficos, el mayor porcentaje de ellos no se alimenta entre comidas, porcentaje significativo come alimentos azucaradas, no comen las veces necesarias al día, y aun más preocupante es que las veces que lo hacen no consumen alimentos ni bebidas 100% saludables tanto para su salud en general como para sus dientes,

es por esto que el 30 % de estos niños presentó odontalgia debido a los inadecuados hábitos alimenticios, ya que estos influyen de manera importante en las piezas dentarias de los niños.

3. Durante el proceso de la investigación se estableció un control radiográfico para valorar cada lesión pulpar del niño investigado, en los datos obtenidos en este diagnóstico se comprobó que el mayor porcentaje de los niños tuvo lesiones pulpares irreversibles debido a la profundidad de la lesión cariosa, todas estas lesiones recibieron su debido tratamiento ya sea pulpotomía o pulpectomía dependiendo del tipo de lesión que presentaban.

4. Por medio de las encuestas que se realizaron a los padres se pudo concluir que la mayor parte de ellos usa sustancias anodinas o remedios caseros ante la presencia de un dolor dental en sus niños, esto sucede por el desconocimiento de medidas preventivas odontológicas, ya que si conocieran llevarían a sus hijos al odontólogo, y como no saben cuál de las sustancias que usan en sus hijos sea necesaria u oportuna conllevan a la irritación dentaria debido al dolor que presentan los niños aun después de usarlas.

#### **4.4 RECOMENDACIONES:**

1. Masificar las campañas de salud oral que la carrera realiza con los establecimientos educativos particularmente a nivel básico en donde los profesionales en formación brinden charlas sobre higiene oral y cultura preventiva.
2. Educar a los padres sobre cultura preventiva y la importancia que existe de visitar al odontólogo, y de obtener buenos hábitos alimenticios para prevenir lesiones dentales en los niños.
3. Concienciar a los padres acerca de la importancia de tener conocimientos básicos sobre higiene oral para que los transmitan a sus hijos y de esta manera formar en ellos hábitos de higiene.
4. Recomendar a los padres que no utilicen sustancias o remedios caseros, sino que por el contrario busquen ayuda especializada.



## **CAPÍTULO V**

### **PROPUESTA ALTERNATIVA**

Capacitación sobre la cultura preventiva odontológica para evitar las lesiones pulpares en piezas temporarias, dirigida a los padres y niños que asistieron a las Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

#### **5.1. FECHA DE PRESENTACIÓN**

Enero de 2013

#### **5.2. ENTIDAD EJECUTORA**

Universidad San Gregorio de Portoviejo

#### **5.3. CLASIFICACIÓN DE LA PROPUESTA**

Tipo social de orden educativo

#### **5.4. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA**

Avenida Metropolitana, vía a Manta, diagonal al colegio Nacional Olmedo.

## 5.5 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La investigación de campo permitió obtener resultados proporcionados a través de la encuesta realizada a los padres y la ficha clínica de observación realizada a los niños que fueron a ser atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, pudiéndose notar la inadecuada cultura preventiva odontológica, lo que tiene relación directa con la aparición de lesiones pulpares en piezas temporarias.

Los factores que intervienen directamente en la aparición de lesiones pulpares son el nivel cultural de los padres, el nivel económico, el escaso conocimiento de medidas preventivas odontológicas, uso de sustancias anodinas o remedios caseros, los hábitos alimenticios inadecuados, poco control odontológico, entre otros.

Con todo lo expuesto, la propuesta implica concienciar a los padres y a los niños desde pequeños para que adquieran un mayor conocimiento acerca de las medidas preventivas odontológicas, y por ende tengan una mayor preocupación en la higiene oral de sus niños, yendo periódicamente a los controles odontológicos, sin tener que esperar a que se presente el dolor dental para acudir al odontólogo, y así de esta manera puedan evitar la aparición de lesiones pulpares por causa de la deficiente cultura preventiva.

## **5.6. MARCO INSTITUCIONAL**

Descrito en la página 12

## **5.7. OBJETIVOS**

### **5.7.1. Objetivo general**

Realizar capacitaciones de prevención que permitan disminuir las lesiones pulpares en piezas dentarias temporarias.

### **5.7.2. Objetivos específicos**

- Fomentar la cultura preventiva odontológica a los padres de familia.
- Brindar información correspondiente a todo lo relacionado a las medidas preventivas odontológicas.
- Enseñar a los padres de familia la importancia de los hábitos alimenticios relacionados con la salud dental.

## **5.8. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA**

La investigadora pudo constatar que los niños que fueron atendidos en las clínicas odontológicas de la USPG, tienen alta incidencia de lesiones pulpares, producto de la inadecuada cultura preventiva odontológica, ya que la mayoría de los padres de los pacientes no le otorgan la importancia adecuada a este problema.

## **5.9. BENEFICIARIOS**

Los beneficiarios son:

Directos: los niños atendidos en las Clínicas Odontológicas de la USGP.

Indirectos: los padres de familia.

## **5.10. DISEÑO METODOLÓGICO**

Para el cumplimiento de los objetivos se realizarán las siguientes actividades:

### **PRIMERA ETAPA:**

Reunión con el personal de la Carrera de Odontología para socializar los resultados que se obtuvieron en la investigación de campo.

### **SEGUNDA ETAPA:**

1. Elaboración del cronograma de actividades
2. Elaboración del material didáctico
3. Dictado de charlas educativas a los padres de familia, las cuales comprenderán los siguientes temas :

Higiene dental, beneficios, aplicaciones

Medidas preventivas: profilaxis, sellantes, fluorización.

Buenos y malos hábitos alimenticios que afectan a los dientes.

4. Diseño de trípticos y banner con información relativa a la problemática identificada.
5. Entrega de trípticos y de kits de limpieza oral a los asistentes
6. Entrega de la gigantografía informativa.

### 5.11. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

CRONOGRAMA	E N E R O			
	21	22	23	24
Socialización de la propuesta con las autoridades de la USGP	X			
Elaboración del material didáctico para la capacitación (trípticos, banner, diapositivas)	X			
Adquisición de kits de limpieza oral		X		
Capacitación y entrega de trípticos y kits de limpieza a los padres de familia y niños, y colocación de banner.				X

## 5.12. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
GIGANTOGRAFÍA	1	unidad	35	35.00
KITS DE LIMPIEZA TRÍPTICOS	50	unidad	3.00	150.00
VIÁTICOS	100	Unidad	0.10	10.00
SUBTOTAL	8	Global		50.00
IMPREVISTOS10%				245.00
TOTAL				28.25
				273,25

## SOSTENIBILIDAD

La presente propuesta es sostenible debido a que se cuenta con el apoyo de las autoridades de la USGP para poder llevar a cabo las actividades planteadas. También se cuenta con la colaboración de los padres de familia que llevan a sus hijos con lesiones dentales a ser atendidos en las clínicas del área de odontopediatría de esta institución. Complementariamente la colocación del banner en un lugar visible en el área de las clínicas de manera que los pacientes puedan informarse acerca de la importancia de la cultura preventiva y la aparición de lesiones pulpares en las piezas temporarias, información valiosa que les ayudará a conservar una buena salud oral.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO



La propuesta fue financiada en su totalidad por la autora de la investigación.

## ACTA DE COMPROMISO


Siendo las 3:00 pm horas, del día jueves 24 de enero del 2013, en el departamento de coordinación de carrera se reúne: la Dra. Ángela Mercedes Murillo Almache, Coordinadora de la Carrera de Odontología de la "Universidad San Gregorio de Portoviejo", y la Srta. Gema Elizabeth Montes Intriago egresada de Odontología, para suscribir un acta de compromiso en el que se llega al siguiente acuerdo:

La egresada Gema Elizabeth Montes Intriago se compromete a dar una charla sobre Cultura Preventiva Odontológica para evitar lesiones pulpares en dientes temporarios, dirigida a los padres de los niños atendidos en las Clínicas Odontológicas de la USGP, se utilizó diapositivas, trípticos como material educativo y se hizo la entrega de kits de Higiene Oral.

Para constancia de lo acordado, firman en unidad de criterio.



Dra. Ángela Mercedes Murillo Almache Mg. SP  
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



Srta. Srta. Gema Elizabeth Montes Intriago  
EGRESADA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

## BIBLIOGRAFIA

1. ARBOLEDAS, David. *Jerarquía estructural de las proteínas*, España: Editorial club universitario, 2011, pagina 13-14.
2. BARCELÓ, Enna Beatriz, *Odontología para Bebés*, México: Editorial Trillas, 2007, página 9.
3. BAUMAN, Michael. y BEER Rodolf. *Endodoncia*, 2da Edición. Barcelona – España: Editorial Elsevier Masson, 2008, página 351.
4. BLANCO, Bonifacio. *Instrucción del practicante*. Madrid-España: Editorial Maxtor, 2010, página 98, 99.
5. BORDONI, Noemí; ESCOBAR, Alfonso y CASTILLO, Ramón. *Odontología Pediátrica: La Salud Bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2010, capítulo 6.pág 468-470.
6. BOJ, Juan Ramón; CATALÁ, Monserat; GARCIA, Carlos; MENDOZA, Asunción y PLANELLS, Paloma. *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*, Madrid-España: Editorial Ripano, 2011, página 341-342.
7. BOJ, Juan Ramón y FERREIRA, Luis Pedro. *Atlas de Odontopediatría*, Madrid-España: Editorial Ripano, 2010,pagina 47 y 55.
8. CAMERON. Richard. WIDMER. *Manual de Odontología Pediátrica*, España: Editorial Elsevier, 2010, página 44
9. COHEN, Stephen y BURNS, Richard. *Endodoncia, Los caminos de la pulpa*, 4ta Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1998 cuarta edición, Página 22.
10. COHEN, Stephen y HARGREAVES, Kenneth. *Vías de la pulpa*. Decima edición. Maryland Usa: Editorial Elsevier Mosby, 2011. Página 37.
11. CUENCA, Emili. y BACA, Pilar. *Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones*. España: Editorial Masson, 2005 tercera edición, página1.
12. CHALLEN, Jack y BROWN, Liz *Vitaminas y minerales esenciales para la salud*, Madrid-España: Editorial Nowtilus, 2007, página 13.
13. DE LIMA, Manoel. *Endodoncia de la biología a la técnica*. Sao Paulo Brasil: Santos Editora, 2009, página 2.



14. DIÉGUEZ, Eduardo; PASCUAL, Francisco; VELA, Carlos y VISUERTE, José. Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales. Indicaciones y técnicas de colocación. 1era edición. España: Ideaspropias Editorial, 2009, pág. 172.
15. DOROSZ, Dr. PH. *Tabla de vitaminas, sales, minerales y oligoelementos*, Barcelona-España: Editorial Hispano Europea, 2008, página 9-10.
16. GIL, Ángel *Tratado de nutrición*, Madrid – España: Editorial Médica Panamericana, 2010, capítulo 11.
17. HIGASHIDA, Bertha Yoshiko. *Odontología Preventiva*, 2da Edición. México: Editorial Mc Graw Hill, 2009, páginas 145-154
18. HOEKELMAN, Robert, FRIEDMAN, Stanford y otros. *Atención primaria en Odontopediatría*. España: Editorial Harcourt Brace, 1998 tercera edición, página 159.
19. KLIEGMAN, Robert MD; BEHRMAN, Richard E. MD; JENSON, Halb. MD y STANTON, Bonita F. MD. Nelson Tratado de Pediatría. 18 edición. Volumen I. Barcelona España: Elsevier Saunders. 2009, pág. 28.
20. KOCH, Göran y POULSEN, Sven. *Odontopediatría, Abordaje Clínico*, Venezuela: Editorial Amolca, 2011, página 98.
21. LEGERE, Henry MD. *100 secretos prácticos para alimentar bien a sus hijos*. Colombia: Editorial Norma, 2008, página 24.
22. LÓPEZ, Cano Jorge. Higiene Oral. Colombia: Zamora Editores Ltda. 2010, página 167- 170.
23. LÓPEZ, Francisco y ÁLAMO, Castro. *Historia de la Psicofarmacología*. Tomo I. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, 2007, página 134,135.
24. MARIN, Alejandro; JARAMILLO, M; GÓMEZ, R. y GÓMEZ, U. *Manual de Pediatría Ambulatoria*. Colombia: Editorial Médica Panamericana, 2008, página 240.
25. MENEGHELLO, Julio; FANTA Enrique; PARIS, Enrique y PUGA, Teodoro. *Pediatría*. 5ta Edición. Argentina-Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997, página 306.
26. MORAL, Antonio Dr. *Gel de limpieza dental para infantes*. Quito-Ecuador: Laboratorio Farmacéutico Lamosan Cía. Ltda., 2012.
27. NAHÁS, María. *Odontopediatría en la primera infancia*. Sao Paulo Brasil: Santos Editora, 2009, página 99.

28. NAHÁS, María Salete; SCHMITT, Rosangela María y KIM, Soo Young. *Salud Bucal del Bebe al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores.* Sao Paulo- Brasil: Livraria Santos Editora Ltda. 2009. Pág. 67, 70, 71,85, 87.
29. NOCCHI, Conceicao. *Odontología Restauradora.* Buenos Aires-Argentina: Editorial Médica Panamericana, 2008, página 32.
30. PALMA, Ascensión y SANCHEZ, Fátima. *Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica.* 1er edición. España: Ediciones Panamericana S.A. 2010, pág. 183.
31. REDONDO, Carlos; GALDÓ, Gabriel y GARCIA, Miguel. *Atención al adolescente,* Cantabria España: Editorial Publican, 2008, página 179.
32. RODRIGUEZ, Víctor y MAGRO, Edurne. *Bases de la alimentación humana,* la Coruña-España: Editorial Netbiblo, 2008, página 441.
33. ROHEN, Johannes y LÜTJEN-DRECOLL. *Embriología funcional,* Madrid España: Editorial Médica Panamericana, 2008, página 126.
34. TORABINEJAD, Mahmoud y WALTON, Richard. *Endodoncia: Principios y Práctica.* 4ta edición. Barcelona-España: Elsevier, 2010, página 1.
35. VELAYOS, José. *Anatomía de la cabeza para odontólogos,* Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, 2007, página 130.
36. WEINE, Franklin S. *Tratamiento Endodontico.* 5ta Edición España: Editorial Harcourt Brace. 2010, pág. 2-6.
37. WHITTEN, Kenneth; DAVIS, Raymond; PECK y STANLEY. *Química,* México: Editorial Cengage Learning, 2008, página 236.
38. WILMORE, Jack H. *Fisiología del esfuerzo y del deporte.* 6ta edición España: Editorial Paidotribo, 2007, pagina 459
39. WINWOOD, Anne. *Acelerar el metabolismo para quemar grasas.* 1era edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial Lea, 2007, pagina 21.

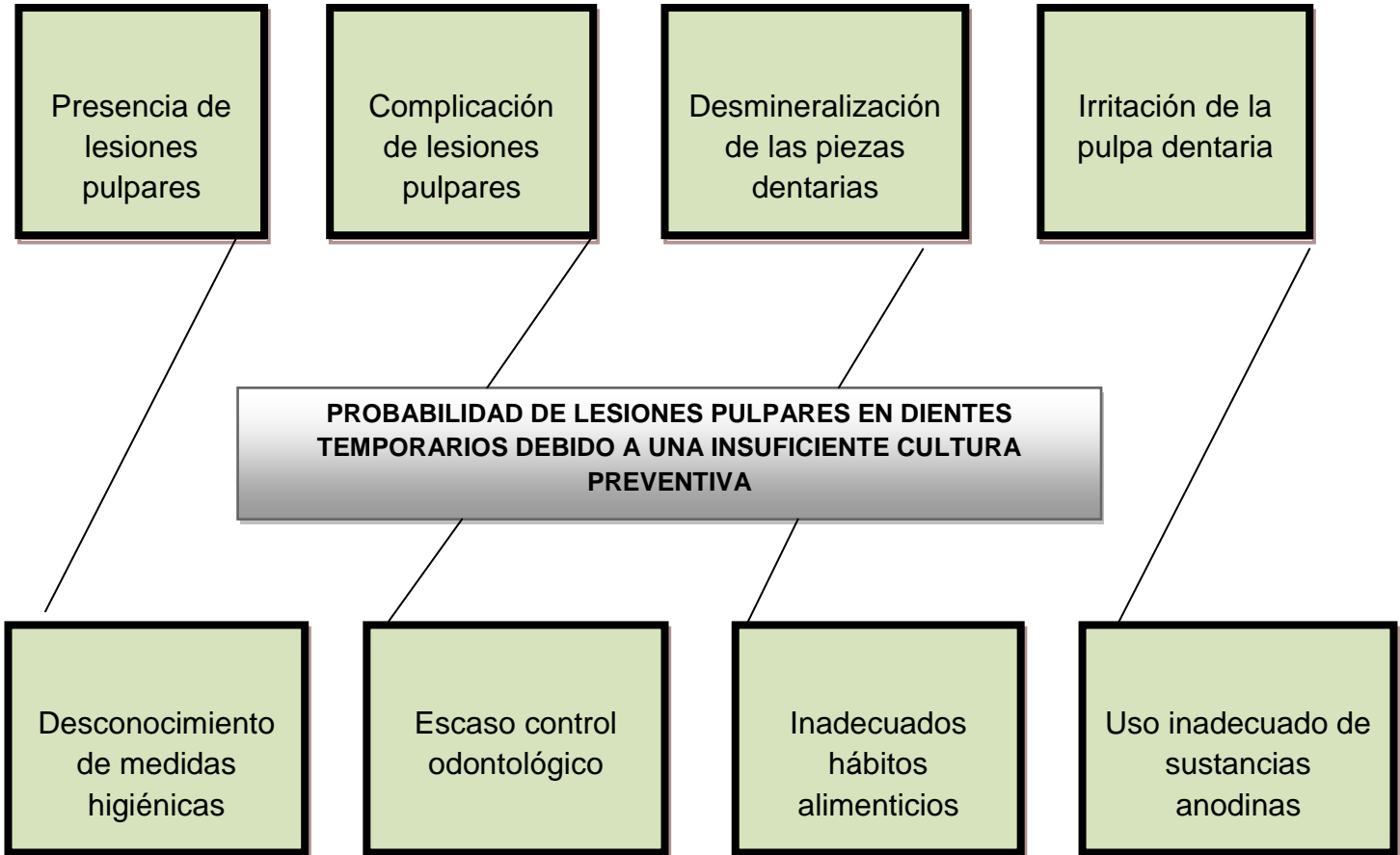
## WEBGRAFÍA

1. GONZÁLES, Natalia. *Guía de anatomía dentaria*, 27 del septiembre 2010  
<http://www.slideshare.net/natita1308/anatoma-dientes-temporales>.
2. HON Code, *Fluorizaciones*, Agosto 2012  
[www.tuotromedico.com/odontologia/fl](http://www.tuotromedico.com/odontologia/fl).
3. OSORNO Ángela, *Profilaxis o limpieza dental*, 14 junio 2012  
[http://www.draosorno.com/profilaxis\\_o\\_limpieza\\_dental\\_sin.htm](http://www.draosorno.com/profilaxis_o_limpieza_dental_sin.htm)
4. YERKATAR BUSCOBIC, *Control odontológico del niño sano*, abril 2012  
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Control-Odontol%C3%B3gico-Del-Ni%C3%B1o-Sano/3874862.html>.
5. GOTTAU Gabriela, *Dietas*, 24 febrero 2011  
[,http://www.vitonica.com/dietas/recomendaciones-de-ingesta-de-agua-en-los-ninos](http://www.vitonica.com/dietas/recomendaciones-de-ingesta-de-agua-en-los-ninos)
6. Copyright, *Dietetica y salud*,  
<http://www.revistadieticaysalud.com/articulos/ninos/minerales.htm>
7. ARISTIZÁBAL, Claudia y Maribel, MONTOYA, Silvia. *Las Vitaminas*, 18 septiembre 2012  
<http://www.monografias.com/trabajos11/lasvitam/lasvitam.shtmlCarne>.
8. Asociación dental americana, máster dental, 2009  
<http://www.odontologosenquito.com/noticias-novedades-eventos-odontologia-dentistas-dental-quito-ecuador.php?p=75>.
9. Dental Oré. *Fluorización*. 2009  
<http://www.clinicadentalore.com/fluorizacion.htmlrupcionado>.
10. <http://cuidadoinfantil.net/la-fluorizacion-en-los-bebes.html>. Cuidado Infantil. *La fluorización en los niños*. julio 1, 2009.
11. Acuña C., Camacho B., Diego R, Hernández F, Carlos F  
<Http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005197/capitulos/cap5/542.htm>.  
*TERAPIA PULPAR*. dic 04, 2012.

# **ANEXOS 1**

## ÁRBOL DEL PROBLEMA

### EFFECTOS



### CAUSAS



## PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
Fotocopias	2000	Unidad	0,03	60,00	60,00	
Papel	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
INTERNET mes	25	Horas	1,00	25,00	25,00	
Materiales de Oficina	14	Unidad		12,00	12,00	
Pendrive	1	Unidad	10,00	10,00	10,00	
Viáticos	1	Dólar	250,00	250,00	250,00	
Guantes	2	Caja	8,00	16,00	16,00	
Mascarillas	1	Caja	4,00	4,00	4,00	
Espejo, exploradores	20	Unidad	60,00	60,00	60,00	
Anillados	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
Empastados	5	Unidad	10,00	50,00	40,00	
<b>Subtotal</b>				502.00	502.00	
<b>Imprevistos</b>				100.00	100.00	
<b>TOTAL</b>				602.00	602.00	

# **ANEXOS 2**





## UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

### FORMULARIO DE ENCUESTA DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA QUE ACUDEN CON LOS NIÑOS A LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

Gema Montes egresada de la Carrera de Odontología, solicita que responda con la mayor sinceridad a las siguientes las preguntas, ya que sirven para conocer las medidas de prevención que aplica su hijo o apoderado, así como su conocimiento relacionado a prevención, de modo que no hay preguntas correctas o equivocadas. Usted contestará a su modo, todo lo que tiene que hacer es tratar de responder diciendo lo que realmente piensa y conoce.

Debe estar seguro que la información obtenida será confidencial, solamente se utilizará con fines estadísticos.

Su parentesco con el niño en estudio \_\_\_\_\_

Edad en años del niño o apoderado (a) \_\_\_\_\_

Sexo del niño \_\_\_\_\_

#### Instrucciones:

Esta encuesta es confidencial. Sírvase responder encerrando en un círculo, uno de los literales de cada una de las preguntas, al responder hágalo con sinceridad y veracidad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos proponemos realizar.

**¿Creé usted que el desconocimiento de medidas preventivas fue la causa de la aparición de las lesiones pulpares en los dientes temporarios de su niño?**

- a. Si
- b. No

**¿Cuál cree usted que fue la causa de la lesión dental?**

- b. Poco control odontológico
- c. Desconocimiento de medidas preventivas
- d. Hábitos alimenticios inadecuados

**¿Cuál de las siguientes medidas preventivas odontológicas conoce usted?**

- a. Profilaxis

- b. Sellantes
- c. Fluorización
- d. Ninguna

**Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo o apoderado?**

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. Más de tres
- e. No se cepilla

**¿Para evitar molestias en la boca del niño cada qué tiempo es necesario que le realicen un chequeo odontológico?**

- a) Cada mes
- b) Cada dos meses,
- c) Cada tres meses,
- d) Cada seis meses,
- e) Cada año,
- f) Cuando existe molestia

**¿Enseña usted a su hijo que se cepille los dientes todos los días para mantenerlos sanos?**

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

**¿Qué técnica de cepillado dental usa su niño?**

- a. Movimientos circulares
- b. Hacia delante y hacia atrás
- c. Hacia arriba y abajo con una ligera presión
- d. Todas
- e. No utiliza

**¿Cuál de los siguientes medios dentales usa el niño para la higiene oral diaria?**

- a. Cepillo y pasta
- b. Cepillo, pasta e hilo dental
- c. Cepillo, pasta, enjuague bucal
- d. Cepillo , pasta, enjuague bucal e Hilo dental
- e. Solo cepillo
- f. Solo Pasta dental
- g. Enjuagues bucales
- h. Ninguno

**¿Al cepillar los dientes, su hijo también se cepilla la lengua?**

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca
- d. No se ha dado cuenta

**¿Si el niño se cepilla la lengua, Qué técnica utiliza?**

- a. Con el cepillo de lado y hacia atrás
- b. Con el cepillo dental recto

- c. Con movimientos circulares
  - d. Con cepillo de lengua
- No utiliza técnica

**¿Dentro de la dieta diaria del niño, cuál de los siguientes alimentos consume con mayor frecuencia?**

- a. Azúcares
- b. Carbohidratos (almidones, levaduras, pastas)
- c. Bebidas carbonatadas - artificiales
- e. Carnes
- e. Vegetales

**5.) ¿Refiere el niño dolor ante la ingesta de los siguientes alimentos?**

- a. Ácidos
- b. Dulces
- c. Fríos
- d. Calientes

**6) ¿Se alimenta el niño entre comidas?**

- a. Si
- b. No

**7) ¿Cuántas veces en el año lleva al niño a realizar el control odontológico?**

- a. Una
- b. Dos
- c. Tres
- d. Ninguna

**¿Cuántas veces al día como su hijo o apoderado?**

- a. 1 ó 2
- b. 3 ó 4
- c. 5
- d. 6 ó mas

**¿En el desayuno cual de los siguientes alimentos consume su niño con mayor frecuencia?**

- a. Frutas, cereales
- b. Huevos, pan, queso
- c. Tortas fritas

**¿Qué alimentos consume su niño en el almuerzo más a menudo?**

- a. Carnes y arroz
- b. Ensaladas, sopa, arroz y algún tipo de carne
- c. Frutas
- d. Comidas grasosas
- e. Tallarines y arroz

**¿Qué alimentos prefiere usted darle a su hijo para que coma en la merienda?**

- a. Frutas, pan, queso
- b. Carnes fritas con arroz
- c. Hamburguesa o papas fritas

**¿Cuál de las siguientes bebidas consume su hijo con mayor frecuencia?**

- a. Bebidas artificiales
- b. Jugos naturales
- c. Gaseosas
- d. Lácteos ( yogurt, leche)
- e. Agua

**¿En el tiempo de clases de su hijo, cuál de las siguientes opciones esta a su alcance hacer?**

- a. Mandarle lonchera
- b. Que consume en el bar de la escuela
- c. Ninguna de las dos

**¿Si usted le manda una lonchera para que consuma en el recreo con qué tipo de alimentos lo hace?**

- a. (Saludables)Frutas, cereales, yogurt o leche
- b. (golosinas) Chocolate, galletas, papas o doritos
- c. (grasas) Comidas fritas

**¿Cuál de las siguientes bebidas manda en la lonchera de su hijo?**

- a. Lácteos ( leche, yogurt)
- b. Gaseosa
- c. Jugos naturales
- d. Bebidas artificiales

**¿Cuál de los siguientes alimentos cree usted que son más dañinos para los dientes de su niño?**

- a. Comidas acidas
- b. Golosinas
- c. Grasas
- d. Gaseosas
- e. Lácteos
- f. Carbohidratos

**¿Cuál de las siguientes acciones toma para calmar el dolor del diente afectado cuando el niño lo presenta?**

- a. asiste al odontólogo
- b. se médica
- c. toma remedios caseros

**¿Cuál de los siguientes remedios caseros usa usted regularmente cuando el niño presenta dolor aplicando directamente al diente?**

- a. Alcohol etílico
- b. Laurel
- c. Mentol
- d. Clavo dulce (eugenol)
- e. Crema dental
- f. No utiliza

**¿Sabía usted que si usa remedios no indicados para usarlos en la boca de su hijo cuando presenta dolor en la muela o diente afectado, va causar que se inflame más de lo normal, aun después que le calme el dolor?**

- a. Sí
- b. No



## Ficha clínica de observación

**Ficha clínica:**

**edad:**

**Nombre del paciente:**

**Pieza:**

**Teléfono:**

**dirección:**

**Fecha de iniciación:**

### 1. Antecedentes odontológicos:

Pérdida dentaria:

Desmineralización dentaria

Odontalgia

### 2. Exploración clínica:

#### 2.1. Inspección:

Caries + inflamación de tejido blando

Caries + pólipo pulpar

Caries

#### a. Percusión:

Horizontal

Vertical

Negativa

2.3. Movilidad:

Positiva

Negativa

2.4. Palpación:

Positiva

Negativa

### 3. VITALOMETRÍA

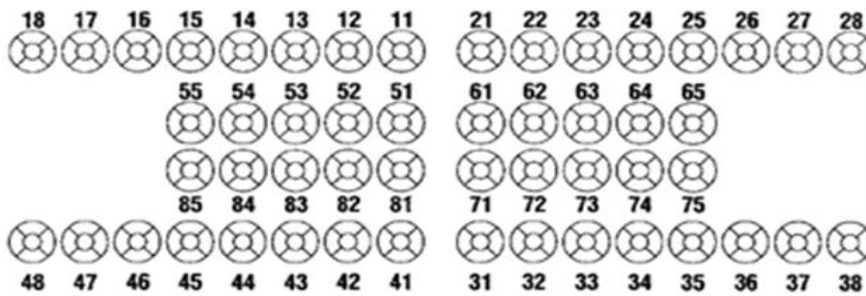
PRUEBA TÉRMICA: Frio  Calor  Asintomático

### 4. DIAGNÓSTICO:

- a. Hiperemia o pulpitis reversib
- b. Pulpitis aguda
- c. P. crónica parcial
- d. P. crónica total
- e. P. crónica hiperplásica
- f. Necrosis

### 5. TRATAMIENTO: PULPOTOMÍA PULPECTOMÍA

### 6. Índices CPO CEO



INDICES CPO-ceo				
D	C	P	O	TOTAL
D	c	E	o	TOTAL

### 7. Diagnóstico radiográfico:

- Caries con exposición pulpar parcial
- Caries con exposición pulpar total

DE ACUERDO A SUS PROFUNDIDAD	ESMALTE	DENTINA	PENETRANTE
CARIES			

**MATRIZ DE OBSERVACIÓN A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS  
CARPETAS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA UNIVERSIDAD SAN  
GREGORIO DE PORTOVIEJO**

MEDIDAS PREVENTIVAS ANTES DE HABER EMPEZADO EL TRATAMIENTO  
DE LA LESIÓN PULPAR

PROFILAXIS

SELLANTES

FLUORIZACIÓN

NINGUNA

**RESTAURACIONES**

RESTAURACION ANTES DE HABERSE ELABORADO EL TRATAMIENTO  
PULPAR EN LA PIEZA AFECTADA

SÍ

NO

NÚMERO DE CARPETA

NOMBRE DEL PACIENTE



# **ANEXOS 3**

## VERIFICADORES DE DATOS

Investigadora realizando la encuesta a los padres



Realizando la encuesta a los padres de familia



Realizando la encuesta a los padres de familia



Realizando la observación a los niños investigados



Realizando la observacion a los niños investigados

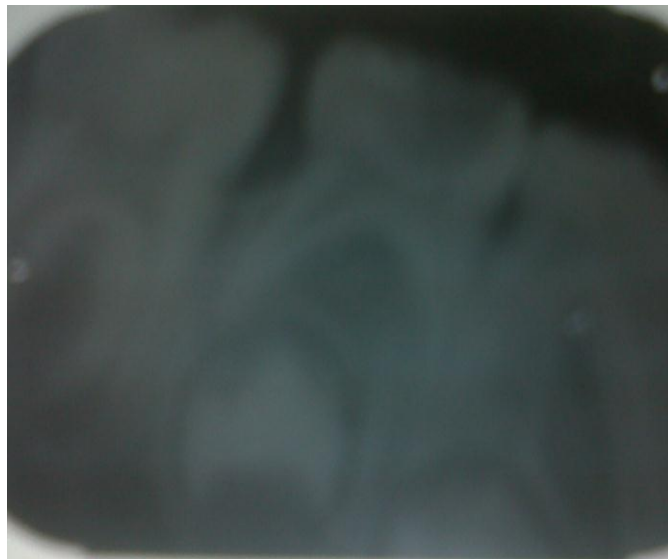


Realizando la observación a los niños investigados





## Radiografías con Lesion Pulpar





# **ANEXOS 4**

# Material didáctico para la capacitación

## Diapositivas



### CARRERA DE ODONTOLOGÍA

#### TEMA

CAPACITACION SOBRE LA CULTURA PREVENTIVA ODONTOLOGICA PARA EVITAR LAS LESIONES PULPARES EN PIEZAS TEMPORARIAS, DIRIGIDA A LOS PADRES Y NIÑOS QUE ASISTIERON A LAS CLINICAS ODONTOLOGICAS DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO.

#### AUTORA

GEMA ELIZABETH MONTES INTRIAGO

PORTOVIEJO  
2013

## QUE ES UNA LESION PULPAR

Es cuando la pulpa o nervio del diente se encuentra afectado, irritado o inflamado, por algunas causas entre ellas la caries dental, que por lo general progresa ya que los padres no llevan a los niños a realizar el control odontológico en el tiempo adecuado, consumen muchos azucares o bebidas artificiales, o porque muchas veces utilizan remedios caseros que en lugar de hacer bien irritan mas el nervio del diente.



## LOS PADRES DEBEN CUIDAR LOS DIENTES DE SUS HIJOS

LOS NIÑOS NO PUEDEN MANTENER UNA HIGIENE BUCAL EFICAZ POR SÍ MISMOS. SE RECOMIENDA AYUDARLOS HASTA LOS 8 O 10 AÑOS.

EL CEPILLADO CORRECTO LLEVA AL MENOS DOS MINUTOS. 3 VECES AL DÍA

EL CEPILLADO DE LOS DIENTES ELIMINA LA PLACA BACTERIANA Y OTROS RESIDUOS DE ALIMENTOS, PREVIENIENDO LAS CARIES Y LA ENFERMEDAD PULPAR.

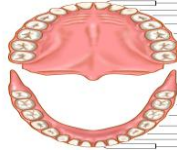




## TECNICA DE CEPILLADO

Las superficies oclusales se cepillan con un movimiento hacia atrás y hacia adelante

Limpie las superficies externas de los dientes superiores y luego las de los dientes inferiores



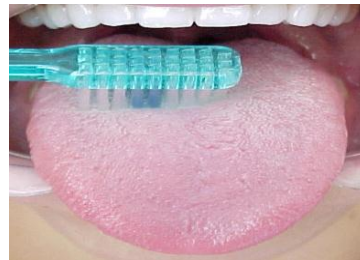
DEBE REEMPLAZAR SU CEPILLO DENTAL CUANDO MUESTRE SEÑALES DE DESGASTE O CADA TRES MESES



Para tener un aliento más fresco, no olvide cepillarse también la lengua

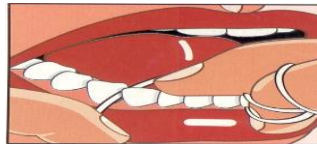
## CEPILLADO DE LENGUA

La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea



## MEDIDAS DE PREVENCIÓN MÁS ESPECÍFICAS

Hilo dental  
Enjuagues bucales  
Pasta dental: **FLÚOR**



## CONTROL ODONTOLÓGICO

SE RECOMIENDA QUE EL NIÑO ASISTA A VISITAS DE CONTROL CADA 6 MESES

El campo odontopediátrico está definido por tres actores: el niño, los padres y el equipo de salud



Cuando existe confianza con el profesional, los problemas de salud se resuelven más rápidamente



**Medidas de prevención en el control odontológico**  
 Dentro de las medidas de prevención el control odontológico están:

- Profilaxis
- Sellantes
- Fluorización



el procedimiento odontológico de mayor importancia para la prevención



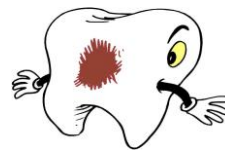
Los sellantes dentales son películas para prevenir la aparición de caries a edades tempranas



procedimiento por el que se aplica flúor tópico sobre los dientes con el fin de prevenir la aparición de caries

**HÁBITOS ALIMENTICIOS**

**LA ALIMENTACIÓN ES EL FACTOR AMBIENTAL MÁS IMPORTANTE EN LA DETERMINACIÓN DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO**



**HÁBITOS ALIMENTICIOS QUE PUEDEN DAÑAR LOS DIENTES**

tomar refrigerios durante el día puede aumentar el riesgo de caries dental.

Tomar gaseosa y comer a bocaditos aumenta el porcentaje de ataque del ácido dañino en el esmalte dental.



**RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:**

- Evitar ingestas de alimentos azucarados
- (biberón para dormir y chupete endulzado en niños pequeños).
- Evitar los caramelos de regalos entre comidas.
- Restringir en la infancia las bebidas y refrescos azucarados, evitando sobre todo, su ingesta entre las comidas y al acostarse.
- Limitar el consumo de chicles





**QUE ES LO QUE NO DEBEN HACER LOS PADRES?**

NO DEBEN COLOCAR EN LA MUELA O DIENTE DEL NIÑO SUSTANCIAS O REMEDIOS CASEROS, YA QUE ESTOS VAN A QUITAR EL DOLOR QUIZAS EN EL MOMENTO, PERO LUEGO VA IRRITAR Y A DAÑAR MAS EL DIENTE DEL NIÑO

COMO POR EJEMPLO:  
PASTA DENTAL  
MENTOL  
LAUREL  
CLAVO DULCE  
ALCOHOL ETILICO.

ESTAS SUSTANCIAS MUCHAS VECES AFECTAN PRINCIPALMENTE AL CEREBRO, YA QUE NO ESTAN INDICADOS PARA USO DENTAL .

**RECOMENDACIONES:**

NO ESPERAR QUE LOS NIÑOS PRESENTEN DOLOR DENTAL PARA LLEVARLOS AL ODONTOLOGO, LO MEJOR QUE PODRIAN HACER ES LLEVARLOS A LOS CONTROLES ODONTOLOGICOS DE LA ESCUELA EN DONDE ESTUDIAN O AL SUBCENTRO MAS CERCANO, DE ESTA MANERA EVITARIAN MOLESTIAS O DOLORES DENTALES Y ASI TENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE DENTAL DESDE MUY PEQUEÑOS .



**GRACIAS**



## Realizando la capacitación a los padres y niños





## Entrega de trípticos y kits Dentales





Colocación de la Gigantografía

