



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA

“Higiene Oral y Problemas Bucales en los Estudiantes de la Escuela

Antonio Neumane

de Sancán”

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTOR

Andrés Javier Ayón Ponce

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Freddy Cañarte Ávila

Portoviejo-Manabí-Ecuador

2011

CERTIFICACIÓN

Dr. Freddy Cañarte Ávila, certifica que la tesis de investigación titulada **“Higiene oral y problemas bucales en los estudiantes de la escuela Antonio Neumane de Sancán”** durante el periodo Septiembre 2010 a Febrero 2011, es trabajo original de **ANDRÉS JAVIER AYÓN PONCE** la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Freddy Cañarte Ávila
DIRECTOR DE TESIS



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA

“Higiene Oral y Problemas Bucales en los Estudiantes de la Escuela

Antonio Neumane de Sancán”

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de Grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención
del título de odontólogo

Dra. Gladys M. Vaca G. MgSc.

Presidenta

Dr. Freddy Cañarte Ávila

Director de Tesis

Miembro Tribunal

Miembro Tribunal

Ab. Ramiro Molina

Secretario Académico de la Carrera de Odontología

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios, que bajo su bendición ha sido mi guía y mi amigo a lo largo de mi carrera profesional y de mi vida.

A mis padres María Auxiliadora Ponce González y Cesar Tulio Ayón Villao quienes me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, gracias por sus consejos y valores que quedaron en mi memoria y corazón y que por ellos soy quien soy hoy en día, todos mis logros y mis metas alcanzados son por y para ustedes.

A mis hermanos Cesar José Ayón Ponce y José Antonio Ayón Ponce con quienes he compartido momentos especiales en mi vida que solo se pueden vivir entre hermanos y quienes me inspiran y motivan a seguir y superarme en la vida, a todos ustedes los amo.

A ti, la persona que llegó a mi vida y con la cual viví y compartí momentos especiales que no olvidare, siempre vivirás en mi mente y en mi corazón.

Que esta pequeña meta hoy alcanzada, sea el inicio de una nueva etapa en mi vida.

Andrés Javier Ayón Ponce

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos a Dios, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, quien ha hecho posible que mis días sean llenos de felicidad bajo su bendición, quien me ha protegido y me ha hecho vencer los obstáculos que se presentan en mi camino.

A mi familia, de manera especial a mi padre Cesar Ayón, por su paciencia y por estar pendiente de mí, en todo el transcurso de mi carrera preocupándose en que concluyera con éxito los casos clínicos de mi carrera.

A mi madre María y hermanos Cesar José y José Antonio, pilares fundamentales de mi vida; gracias por estar pendientes en todo momento, por el ánimo, alegría y apoyo que me brindan para seguir adelante.

A mis amigos Silvia, Alex, Diana, Karen, Vicky a todos ustedes que nombrarlos no termino, gracias por todos aquellos momentos compartidos juntos, cada experiencia vivida la llevaré conmigo. Gracias por escuchar de ustedes un adelante, tu puedes, que fue muy importante para mí y por estar cuando más los necesite, siempre los llevaré en mi corazón, que Dios bendiga siempre nuestra amistad, a todos gracias.

Andrés Javier Ayón Ponce

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | I |
| ANTECEDENTES..... | II |
| CAPITULO I..... | 1 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 3 |
| CAPITULO II..... | 4 |
| 2.1 JUSTIFICACIÓN..... | 4 |
| CAPITULO III- FORMULACIÓN DE OBJETIVOS..... | 6 |
| 3.1 Objetivo General..... | 6 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 6 |
| CAPITULO IV..... | 7 |
| 4.1 HIPÓTESIS..... | 7 |
| CAPITULO V..... | 8 |
| MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| 5.1 MARCO INSTITUCIONAL..... | 8 |
| 5.2 HIGIENE ORAL..... | 9 |
| 5.2.1 Generalidades..... | 9 |
| 5.2.1.1 Definición..... | 9 |
| 5.2.1.2 Higiene Dental Razonada..... | 9 |
| 5.2.1.3 Objetivo..... | 10 |
| 5.2.1.4 Higiene Bucal en el Niño..... | 10 |

| | |
|--|-----------|
| 5.2.1.5 Niveles de Prevención..... | 14 |
| 5.2.2 Cepillado..... | 15 |
| 5.2.2.1 Definición..... | 15 |
| 5.2.2.2 Objetivos..... | 15 |
| 5.2.2.3 Partes del Cepillo Dental..... | 15 |
| 5.2.3 Técnicas de Cepillado..... | 16 |
| 5.2.3.1 Técnica Circular o Rotacional..... | 16 |
| 5.2.3.2 Técnica de Bass..... | 17 |
| 5.2.3.3 Técnica de Charters..... | 17 |
| 5.2.3.4 Técnica de Stillman..... | 18 |
| 5.2.3.5 El Cepillado de los Dientes..... | 18 |
| 5.2.3.6 Frecuencia de Cepillado..... | 18 |
| 5.2.3.7 Características del Cepillado..... | 19 |
| 5.2.3.8 Cepillo idóneo para los niños..... | 20 |
| 5.2.4 Métodos auxiliares de higiene oral..... | 21 |
| 5.2.4.1 Hilo Dental..... | 21 |
| 5.2.4.2 Estimulador Dental..... | 23 |
| 5.2.4.3 Cepillo Interdental..... | 23 |
| 5.2.4.4 Palillos..... | 23 |
| 5.2.4.5 Irrigador Bucal..... | 23 |
| 5.2.4.6 Dentífrico o Pasta Dental..... | 24 |
| 5.2.4.7 El enjuague..... | 25 |
| 5.2.4.8 Cepillado de la Lengua..... | 26 |
| 5.2.4.9 Chicles..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2.4.10 La Visita Periódica al Dentista..... | 26 |
| 5.3 PROBLEMAS BUCALES..... | 27 |
| 5.3.1 Placa Bacteriana..... | 27 |
| 5.3.1.1 Etapas de Formación..... | 27 |
| 5.3.1.1.1 Película adquirida..... | 27 |
| 5.3.1.1.2 Transporte bacteriano a la película adquirida..... | 27 |
| 5.3.1.1.3 Adhesión reversible a la película adquirid..... | 27 |
| 5.3.1.1.4 Colonización..... | 27 |
| 5.3.1.1.5 Placa madura..... | 27 |
| 5.3.1.1.6 Fase de mineralización..... | 28 |
| 5.3.1.2 Clasificación de la placa bacteriana: Supragingival y Subgingival | 28 |
| 5.3.1.2.1 Placa Supragingival..... | 28 |
| 5.3.1.2.2 Placa Subgingival..... | 28 |
| 5.3.1.3 Como Remover la Placa Dental..... | 28 |
| 5.3.1.4 Como Reconocer la Placa Bacteriana a Simple Vista..... | 28 |
| 5.3.2 Calculo Dental..... | 29 |
| 5.3.2.1 Calculo Supragingival y Subgingival..... | 29 |
| 5.3.2.2 Como Identificar la Presencia del Cálculo..... | 30 |
| 5.3.2.3 Como Prevenir la Formación de Cálculo en los Dientes..... | 31 |
| 5.3.3 Caries..... | 31 |
| 5.3.3.1 Caries de Primer Grado..... | 32 |
| 5.3.3.2 Caries de Segundo Grado..... | 32 |
| 5.3.3.3 Caries de Tercer Grado..... | 32 |
| 5.3.3.4 Caries de Esmalte..... | 32 |

| | |
|--|----|
| 5.3.3.5 Mancha Blanca..... | 34 |
| 5.3.3.6 Caries de la Dentina..... | 34 |
| 5.3.3.7 Caries de Cemento y de Raíz..... | 35 |
| 5.3.3.7.1 Activa o Aguda..... | 35 |
| 5.3.3.7.2 Crónica o Retenida..... | 35 |
| 5.3.3.8 Susceptibilidad de los Dientes a la Caries..... | 36 |
| 5.3.3.9 La Saliva y la Caries Dental..... | 36 |
| 5.3.3.10 Efectos de la Pérdida de Salivación..... | 37 |
| 5.3.4 Enfermedad Periodontal..... | 37 |
| 5.3.4.1 Introducción..... | 37 |
| 5.3.5 Gingivitis..... | 38 |
| 5.3.5.1 Causas..... | 38 |
| 5.3.5.2 Síntomas..... | 38 |
| 5.3.5.3 Prevención y Tratamiento..... | 39 |
| 5.3.6 Periodontitis..... | 39 |
| 5.3.6.1 Patogenia de la Enfermedad Periodontal..... | 39 |
| 5.3.6.2 Repercusiones generales de la enfermedad periodontal..... | 40 |
| 5.3.6.3 Síntomas..... | 40 |
| 5.3.6.4 Tratamiento..... | 41 |
| 5.3.6.5 Prevención de la Periodontitis..... | 42 |
| 5.3.7 Clasificación de la Periodontitis..... | 43 |
| 5.3.7.1 Periodontitis Leve..... | 43 |
| 5.3.7.2 Periodontitis Moderada..... | 43 |
| 5.3.7.3 Periodontitis Avanzada..... | 44 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3.8 Subdivisiones de la Periodontitis..... | 45 |
| 5.3.8.1 Periodontitis del Adulto (asociada a placa)..... | 45 |
| 5.3.8.2 Periodontitis Juvenil Localizada..... | 45 |
| 5.3.8.3 Periodontitis Prepuberal..... | 45 |
| 5.3.8.4 Pericoronitis..... | 45 |
| 5.3.8.5 Periodontitis Rápidamente Progresiva..... | 46 |
| 5.3.8.6 Periodontitis Asociada a Enfermedades Sistémicas..... | 46 |
| 5.3.9 Hiperestesia Dentinaria..... | 46 |
| 5.3.9.1 Tratamiento..... | 46 |
| 5.3.10 Halitosis..... | 47 |
| 5.3.10.1 Clasificación de la Halitosis..... | 47 |
| 5.3.10.1.1 Transitoria..... | 47 |
| 5.3.10.1.2 Patológica..... | 47 |
| 5.3.10.1.3 Prevención para evitar el mal aliento..... | 48 |
| 5.3.11 Boca Seca (Xerostomía)..... | 49 |
| 5.3.11.1 Causas que provocan Xerostomía..... | 49 |
| 5.3.11.2 Tratamiento..... | 50 |
| 5.3.12 Aftas Bucales..... | 50 |
| 5.3.12.1 Cuidados..... | 51 |
| CAPITULO V..... | 52 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 52 |
| 6.1 MÉTODOS..... | 52 |
| 6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN... | 52 |
| 6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 52 |

| | |
|---|------------|
| 6.2 TÉCNICAS..... | 53 |
| 6.3 INSTRUMENTOS..... | 53 |
| 6.4 RECURSOS..... | 53 |
| 6.4.1 Materiales..... | 53 |
| 6.4.2 Talento Humano..... | 53 |
| 6.4.3 Tecnológicos..... | 54 |
| 6.4.4 Económicos..... | 54 |
| 6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 54 |
| 6.5.1 Población..... | 54 |
| 6.5.2 Tamaño de la Muestra..... | 54 |
| CAPITULO VII..... | 55 |
| 7.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 7.1.1 Análisis e Interpretación de los resultados de las Encuestas realizada a los estudiantes de la Escuela Antonio Neumane de Sancán..... | 55 |
| 7.1.2 Análisis e Interpretación de los resultados de las Historias Clínicas, Índice Epidemiológico C.P.O..... | 83 |
| 7.1.3 Análisis e Interpretación de los resultados de las Historias Clínicas, Índice Epidemiológico c.e.o..... | 89 |
| 7.1.4 Análisis e Interpretación de los resultados de Historias Clínicas, Indicadores de Salud Bucal..... | 95 |
| CONCLUSIONES..... | 101 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 102 |
| PROPUESTA | |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE GRAFICUADROS

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA ANTONIO NEUMANE DE SANCÁN..... 55

GRAFICUADRO #1

¿Sus padres están pendientes del cuidado de la higiene de su boca?..... 55

GRAFICUADRO #2

¿Les han enseñado a cepillarse los dientes?..... 57

GRAFICUADRO #3

¿Se cepillan sus dientes después de cada comida?..... 59

GRAFICUADRO #4

¿Cada qué tiempo cambia de cepillo dental?..... 61

GRAFICUADRO #5

¿Utiliza usted enjuagues bucales?..... 63

GRAFICUADRO #6

¿Usa hilo dental?..... 65

GRAFICUADRO #7

¿Ha recibido charlas de cómo cuidar sus dientes?..... 67

GRAFICUADRO #8

¿Donde recibió las charlas de higiene oral?..... 69

GRAFICUADRO #9

¿Ha ido alguna vez al odontólogo?..... 71

GRAFICUADRO #10

¿Ha presentado mal aliento?..... 73

| | |
|--|-----------|
| GRAFICUADRO #11 | |
| ¿Ha presentado sequedad de la boca?..... | 75 |
| GRAFICUADRO #12 | |
| ¿Ha sufrido de llagas bucales?..... | 77 |
| GRAFICUADRO #13 | |
| ¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes?..... | 79 |
| GRAFICUADRO #14 | |
| ¿Aparte del cepillado dental que otra medida utiliza para una buena higiene?.... | 81 |
| 7.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS- GRAFICUADROS DE HISTORIAS CLÍNICAS, ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO C.P.O..... | 83 |
| GRAFICUADRO #1 Cariados..... | 83 |
| GRAFICUADRO #2 Perdidos..... | 85 |
| GRAFICUADRO #3 Obturados..... | 87 |
| 7.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS- GRAFICUADROS DE HISTORIAS CLÍNICAS ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO c.e.o..... | 89 |
| GRAFICUADRO #1 Cariados..... | 89 |
| GRAFICUADRO #2 Extraídos..... | 91 |
| GRAFICUADRO #3 Obturados..... | 93 |
| 7.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS- GRAFICUADROS DE HISTORIAS CLÍNICAS INDICADORES DE SALUD BUCAL..... | 95 |
| GRAFICUADRO #1 Placa..... | 95 |
| GRAFICUADRO #2 Calculo..... | 97 |
| GRAFICUADRO #3 Gingivitis..... | 99 |

INTRODUCCIÓN

La mala higiene bucal es un hábito que afecta a personas de todo el mundo, de todas las razas, condiciones sociales y culturales, lo que conlleva que las personas tengan mayor índice de placa bacteriana, sarro y cálculos dentales, que después ocasionaran caries, pérdida prematura de los dientes tanto permanentes como temporales, halitosis, movilidad dentaria entre otros.

La mayoría de niños y adultos de bajos recursos económicos más que todo, jamás en su vida han recibido una charla de como cepillarse correctamente las piezas dentales, ni se les ha enseñado a ir periódicamente a un odontólogo para realizarse un chequeo dental y una profilaxis como mínimo una vez al año como seria lo indicado, casi todas las personas suelen ir al odontólogo, solo cuando duele una pieza dental, y en estos casos la mayoría de las veces están demasiado afectadas las piezas y la única cosa que se les puede realizar es una extracción.

Para prevenir este tipo de acontecimientos que va a perjudicar la mala condición de la cavidad bucal, se ha tomado como referencia a los niños de la Escuela Antonio Neumane de la Comuna Sancán, se les realizo los diagnósticos correspondientes a cada uno de ellos y se dejó planteada una propuesta alternativa.

Concluida la investigación, la tesis quedó estructurada de dos partes: una parte teórica producto de la investigación bibliográfica en internet, textos, folletos, revistas, etc. y la otra, la parte práctica, la resultante de la investigación de campo, lo que permitió organizar un trabajo teórico-práctico interesante y funcional.

ANTECEDENTES

En Venezuela las autoras Carolina Rasquin, Mónica Domínguez, Mónica Alarcón, Iliana Prieto, Vanesa Bellorin de la Universidad Central de Venezuela escribieron acerca de los cambios en la valoración de la salud oral en los pacientes que acuden al Servicio Odontológico del Municipio Arismendi en el año 2005 y las conclusiones a las que llegaron fueron:

Conclusiones:

Desde que se dio inicio al Proyecto Arismendi en 1998, se ha observado cómo la colectividad ha cambiado de manera progresiva la percepción que tenía del Odontólogo. La presencia de los pasantes de la Facultad de Odontología de la UCV, a través de los seminarios de Docencia Servicio durante 4 años, ha transformado la práctica odontológica que tradicionalmente se prestaba en este Centro. En la actualidad, esta situación ha cambiado, gracias a que nos hemos encargado de mantener y mejorar la salud bucal de todos los pacientes que lleguen a nuestro servicio, con considerables métodos de prevención que han ayudado a mantener en boca la mayor cantidad de tejido dentario sano y, a su vez, a fomentar la enseñanza de la técnica de cepillado y usos de los medios auxiliares, que hace que los individuos que las reciban puedan transmitir esta información técnica básica a sus familiares más cercanos. Como respuesta a esta labor, hemos podido constatar que ha aumentado el número de pacientes atendidos a través del Proyecto Arismendi por los bachilleres-pasantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. De esta manera, gracias a este proyecto contribuimos a preservar en la población una actitud positiva hacia el tratamiento odontológico.

El incremento en el número de pacientes atendidos se debe, en gran parte, al cambio de actitud que hemos logrado en la comunidad de Río Caribe, donde el Odontólogo no es sólo el encargado de velar por la salud de las personas, sino que también es el

amigo y el maestro que ayuda a prevenir las lesiones bucales que, en algunos casos extremos pueden acabar con la vida del paciente.

En la escuela Antonio Neumane de Sancán se pretende lograr también que los estudiantes reciban una atención odontológica de calidad, además de que se les brinde charlas de cómo prevenir y mejorar el estado de salud oral, para mejorar la calidad de vida de los estudiantes de su familia y de toda la comunidad.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas bucodentales, como la placa bacteriana, la caries dental, la periodontitis, las maloclusiones y los cánceres de la boca y la faringe constituyen problemas de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres. La OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido de enfermedades bucodentales.

Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo.

En el Asia centro meridional, los problemas bucales figuran como uno de los problemas más comunes. No obstante, también ha habido un aumento considerable de problemas bucales en varios países y regiones como Alemania, Dinamarca, Escocia, Europa central y oriental y, en menor grado, Australia, los Estados Unidos, el Japón y Nueva Zelanda. El fumar, usar tabaco sin humo, mascar betel y consumir alcohol son factores de riesgo.

El índice de enfermedades bucales que afecta a un alto porcentaje de la población mundial es una situación de la cual no escapa Ecuador, tal como indican los estudios sobre Enfermedades Orales que conllevan al desequilibrio en el desarrollo integral del individuo.

A lo largo de los años, los distintos Gobiernos han destinado programas de salud en pro de una orientación y proyección hacia el avance de las políticas de atención médico-asistencial masivas; pero se reconoce que esta atención se ve mayormente definida en áreas poblacionales con mayor posibilidad de atención, debido a la accesibilidad económica, socio-cultural, distribución geográfica, entre otros.

La premisa de atención concibe que antes de presentarse la enfermedad, deben implementarse programas de prevención y no de curación. Esta política resulta ventajosa para las áreas donde logran llegar a través del personal y los medios de expansión comunicacional que se disponen. Existe la otra realidad, donde estos programas no llegan ni siquiera a proyectarse. Las zonas rurales no escapan de esta situación, unas con mayor proporción que otras.

En el área de salud, las zonas rurales inclusive las urbanas no reciben la suficiente atención y supervisión de los programas de salud implementados a nivel nacional, de allí que se desencadenen enfermedades y patologías bucales que conllevan a crear cuadros epidémicos de proporción.

La población de la Comuna Sancán del Cantón Jipijapa y en este caso los estudiantes de la escuela Antonio Neumane presentan un margen de pobreza relevante y con una población desatendida en todos los niveles: educación, salud, fuentes de trabajo, entre otros; conllevando a la incidencia de enfermedades bucales que de una u otra manera propician el empobrecimiento individual y colectivo.

Los sistemas de salud bucodental han de estar orientados hacia los servicios de atención primaria de salud y la prevención.

La premisa de atención concibe que antes de presentarse la enfermedad, deben implementarse programas de prevención y no de curación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la higiene oral en el desarrollo de problemas bucales de los estudiantes de la escuela Antonio Neumane de Sancán?

CAPITULO II

2.1 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realiza, debido a que en la comuna Sancán, y en especial en los estudiantes de la escuela Antonio Neumane, existen problemas bucales basados en la deficiencia y carencia de higiene oral que estos presentan por falta de atención estomatológica a esta población.

La importancia de esta investigación es llegar a conocer cuáles son los principales problemas bucales que afectan a los estudiantes por su escasa higiene oral, logrando así incrementar y sistematizar en conocimiento sobre higiene bucal a los niños y padres de esta comunidad. Además de controlar y eliminar en edades tempranas los malos hábitos de higiene oral, que pueden causar alteraciones estéticas y funcionales además de un problema social en el niño.

La información que ayudará con el desarrollo de esta investigación se la realizará primeramente basándose en información obtenida a través de libros, en la web y en el mismo plantel educativo, además de realizar encuestas y observaciones a los estudiantes, para conocer el grado de higiene oral que estos presentan, así como el nivel de conocimiento sobre cultura preventiva e higiene bucal.

Aportando así esta investigación con las Ciencias de la Educación creándose métodos innovadores de enseñanza, con la Ciencias Económicas por considerarse a la prevención como una inversión a futuro. Se aportará a las Ciencia Sociales por considerarse a los problemas bucales como una problemática social y por supuesto a la Ciencia de la Salud.

El beneficio de esta investigación será directamente para los niños de esta escuela pues se conseguirá, fortalecer el aseo personal, afianzar la técnica de determinar el cepillado y se les fomentará que deben acudir al odontólogo periódicamente; se beneficiarán indirectamente los padres de la comunidad pues se le hará concientizar de la importancia de tener un cuerpo sano y saludable y una higiene oral completa. Además de que los padres comprendan que deben concurrir al profesional de la salud oral no solo en caso de algún problema bucal sino también como medida de prevención.

CAPITULO III

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de la higiene oral en los problemas bucales de los estudiantes de la escuela Antonio Neumane de Sancán.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar los hábitos de higiene oral de los estudiantes.
- Analizar la técnica de cepillado de los estudiantes para relacionarla con los problemas bucales de los estudiantes.
- Establecer el estado de salud oral de los estudiantes.
- Diseñar una propuesta alternativa para solucionar los problemas bucales de los estudiantes de la escuela Antonio Neumane de la Comuna Sancán.

CAPITULO IV

4.1 HIPÓTESIS

La Higiene Oral incide en los problemas bucales de los estudiantes de la escuela Antonio Neumane de Sancán.

CAPITULO V

MARCO TEÓRICO

5.1 MARCO INSTITUCIONAL

La escuela fiscal mixta “Antonio Neumane” de la Comuna Sancán, se inició como particular y municipal “Sin Nombre” en el año de 1929 con 12 alumnos, para el año de 1964 pasa a convertirse en municipal “Sin Nombre”. Por las gestiones realizadas con los moradores se logró fiscalizar la escuela siendo su primera profesora la señora Elvia Núñez, quien más tarde agilizo los trámites legales para lograr el nombre de “Antonio Neumane” el que hasta la presente tiene.

A medida que las necesidades educativas de la comunidad se fueron multiplicando, hubo la necesidad de incrementar el número de profesores para satisfacer la demanda educativa.

En noviembre de 1972 el señor José Bermúdez Rodríguez reemplaza a la señora Elvia Núñez, quien se entregó al trabajo comunitario, y logro la organización de la comuna, consiguiéndole vida jurídica, así como también ciertos servicios básicos, tales como el fluido eléctrico, y dentro del servicio médico comunitario el seguro social campesino, debido al crecimiento del sitio y la población estudiantil.

La institución cuenta además con un dispensario del seguro campesino, donde las personas afiliadas a él son las únicas que tienen oportunidad de hacer tratar a sus hijos.

En las pocas ocasiones que por gestión de las autoridades del plantel se han tratado a los estudiantes en el mencionado dispensario, donde se les han brindado charlas únicamente una vez al año, se les ha donado cepillos dentales y vasos; pero esto no

ha sido suficiente para que ellos asuman con responsabilidad el control de la higiene bucal.

5.2 HIGIENE ORAL

5.2.1 Generalidades

5.2.1.1 Definición

“La higiene oral hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento.

5.2.1.2 Higiene Dental Razonada

La correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención de la caries dental, la enfermedad periodontal y la halitosis bucal.

Para lograr la correcta higiene personal dental diaria, es necesario limpiar los restos de alimentos retenidos entre los dientes y diluir o neutralizar los ácidos corrosivos y desmineralizadores de los dientes lo que es propiedad exclusiva de una correcta higiene dental acompañada de un buen cepillado dental.

La correcta higiene dental personal diaria:

- Limpia los restos de los alimentos retenidos entre los dientes y en sus fisuras dentales.
- Diluye (neutraliza) los ácidos corrosivos y desmineralizadores de los dientes.
- Previene la caries dental, la enfermedad periodontal y la halitosis dental.”¹

¹Vicente Laserna Santos; Higiene Dental Personal Diaria; Págs. 95-97

5.2.1.3 Objetivo

“El objetivo fundamental de la higiene oral es reducir el nivel de bacterias que provocan estas enfermedades, es decir controlar el nivel de placa bacteriana que puede provocar la caries dental y la enfermedad periodontal. La higiene oral puede efectuarse de dos formas complementarias: mecánica mediante el uso de cepillos dentales, y química, mediante la utilización de sustancias antisépticas en pastas o enjuagues.”²

5.2.1.4 Higiene Bucal en el Niño

“La higiene bucal es de los hábitos que hay que inculcar en el niño desde que está recién nacido. Aunque no tenga dientes, es importante que los residuos de leche materna o de fórmula sean eliminados, para que no causen infecciones. Por otro lado, acostumbrarlo al hábito por más tiempo, para que el niño lo aprenda de verdad y realmente se le vuelva un hábito.

Ahora, mientras esté muy bebé y no tenga dientes, lo indicado es limpiar las encías con una gasa limpia y húmeda. Cuando aparece el primer diente, es momento de empezar a utilizar el cepillo de dientes, el cual debe tener la cabeza del tamaño de tres dientes del bebé como máximo. Las cerdas deben ser suaves, flexibles y redondeadas.

Las zonas donde el bebé todavía no presenta dientes deben ser limpiadas todavía con la gasa. El cepillado debe ser circular, con movimientos que toquen la encía y los dientecitos, tanto por dentro como por fuera. La pasta dental no es recomendable, pues el bebé tiende a tragarse la pasta, lo cual promueve la aparición de manchas en los dientes permanentes.

El método más fácil y más seguro para lavarle los dientes al bebé, es colocándolo en una superficie horizontal. El baño no es el mejor lugar, porque hay distracciones para

²www.saludalia.com

el niño, y además la superficie es resbalosa. Sostenga la cabecita de su hijo con una mano, y con la otra proceda a la limpieza.

Cuando los niños ya son más grandes y han aparecido los dientes primarios (promedio tres años), se debe iniciar la limpieza bucal infantil, ya con hilo dental, en especial en las zonas molares. La primera cita con el dentista debe ser cuando el niño cumple un año de edad. Él los podrá orientar acerca de los pasos a seguir.

Si el proceso de limpieza no se inicia a tiempo, el hábito no se creará, la aparición de caries es muy factible y problemas más graves creados por los residuos de leche que se quedan en las encías y destruyen el esmalte de los dientes, aunque estén en formación.

Por último, hay varias recomendaciones que deberías seguir para cuidar los dientes de tu bebé. Primero, es mejor que la lactancia o biberón no continúe después del año de edad. Por otra parte, no utilices el biberón como tranquilizante, y si lo usas para dormir al niño, dale agua en lugar de leche. No pongas miel o azúcar en el chupe del niño, pues el dulce es lo que produce caries. Recuerda revisar las medicinas, pues muchas tienen un alto contenido de azúcar. Para evitarlo, recuerda limpiar la boca del bebé después de cada toma del medicamento.”³

“La higiene de los dientes es muy importante desde que nuestros hijos son pequeñitos. Debemos estar pendientes y saber cómo proceder tanto en su higiene como en su educación dental desde el principio.

Antes de la erupción dentaria, limpiar los rodetes maxilares con una gasa o tela suave y limpia enrollada en el dedo índice. Esta práctica puede continuar hasta la aparición de los primeros cuatro dientes. Luego puede hacerse con dediles de látex o pequeños cepillos para niños.

³www.solonosotras.com

El mejor lugar para la higiene de la boca es el lugar en que se cambian normalmente los pañales después del baño para incorporar la higiene de la boca a la del resto del cuerpo.

De los 9 a los 12 meses ya erupcionaron los ocho dientes anteriores y a medida que se completa la dentición el ciclo de masticación se estabiliza. Cuando los dientes superiores e inferiores se tocan, la musculatura de los maxilares comienza a aprender nuevas funciones; los primeros movimientos son irregulares como los que se ven durante el primer estadio de cualquier habilidad motora.

De los 12 a los 24 meses continúa el desarrollo y maduración del sistema masticatorio que se completará a los 30 meses con la presencia de 20 dientes en la boca.

Hay que evitar alimentos que contengan alto porcentaje de hidratos de carbono, ya que se adhieren a los dientes y son de disolución lenta. La higiene bucal en este período se realiza sin pasta dental, es suficiente humedecer el cepillo con agua. La limpieza más importante es la que se realiza antes de dormir.

De los 2 a los 5 años el niño completó su dentición y todos los cuidados se centrarán en la prevención y diagnóstico precoz de enfermedades dentarias y alteraciones en el sistema masticatorio que impidan el normal crecimiento y desarrollo de los maxilares.

El niño utilizará el cepillo dental para introducir el hábito de higiene pero hasta los seis años el cepillado debe ser completado por los padres o adultos responsables, porque no tienen la capacidad motora suficiente para realizar una correcta eliminación de los microbios adheridos a los dientes.

A partir de los 3 años, si no ingieren pasta dental pueden utilizarse pastas dentales fluoradas que tienen comprobada acción anticaries. Debe colocarse en el cepillo muy

poca cantidad, es suficiente una cantidad similar al del tamaño de una lenteja.

Las tendencias actuales en cuanto al uso de fluoruros como preventivos de caries se centran en la aplicación de fluoruros locales en forma de pastas dentales de uso diario, buches diarios o semanales y chequeo profesional de acuerdo al riesgo del paciente. La utilización de suplementos fluorados por ingesta cuando no existe Flúor en las aguas de consumo se reduce a su acción local en casos de niños con alto riesgo de enfermedad dentaria.

Es vital seguir estos pasos para crear buenos hábitos en nuestros hijos y así evitarles futuros problemas como las caries y enfermedades peritonaes.”⁴

“Es importante también en cuanto a la higiene oral del niño, dar charlas educativas a madres y padres, y a los niños en especial, sobre la importancia de la higiene bucal y la necesidad de crear el hábito de hacer limpieza diaria de sus dientes, desde que el niño o la niña tiene su dentadura, aunque sea de leche, ya que conservar las piezas dentarias hasta su caída natural, es fundamental para que la dentadura esté correctamente ubicada en la boca.

Las charlas educativas se las debe brindar en el centro de atención odontológico, o en el establecimiento educativo del niño, con el objetivo principal de involucrar a todas las personas a que promuevan la necesidad de cuidar una de las partes más importantes del cuerpo, como lo es la boca.

La idea de esta actividad es inculcar la importancia de la salud bucal en los niños y que mantengan una dentición sana a lo largo de sus vidas.”⁵

⁴ <http://www.salud.com/salud-dental/higiene-bucal-desde-chiquitos.asp>

⁵ www.poetamontianoplaceres.blogspot.com, www.colgatecentralamerica.com

5.2.1.5 Niveles de Prevención

“La visión clásica de los niveles de prevención se fundamenta en la modificación de las pautas de comportamiento de los individuos y en las actuaciones clínicas para modificar los determinantes de la salud. La doctrina actual, sin embargo, enfatiza la importancia de los condicionantes ambientales como influyentes decisivos en el comportamiento de individuos y comunidades. Entre los niveles de prevención mencionamos:

- **Cambios medios ambientales**

Medidas: Económicas, sociales, físicas.

Actividades: promoción de la salud.

- **Cambios conductuales.**

Medidas: uso de flúor, higiene oral, hábitos dietéticos.

Actividades: personal

- **Diagnostico precoz**

Medidas: revisiones dentales.

Actividades: personal y servicios odontológicos.

- **Terapia preventiva**

Medidas: aplicación de flúor y restauraciones.

Actividades. Personal y servicio odontológico.

- **Terapia rehabilitadora**

Medidas: tratamiento restaurador.

Actividades. Servicios odontológicos

- **Diagnóstico y prevención de traumatismos**

Medidas: tratamiento restaurador de causas de impacto sociodental.

Actividades: servicios odontológicos.”⁶

5.2.2 Cepillado

5.2.2.1 Definición

“El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana.

5.2.2.2 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.

5.2.2.3 Partes del Cepillo Dental

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas.

La cabeza el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos se une al mango por medio del latón, las cerdas son de nailon y miden de 10 a 12 mm de largo, sus partes libres pueden tener diferentes grados de redondez conforme al uso estas se expanden. Los cepillos se dividen de acuerdo al tamaño en grandes medianos y chicos, en su perfil se dividen en planos, cóncavos y convexos, según la dureza de las cerdas se dividen en suaves, medios y duros. La dureza de las cerdas está en función del diámetro. Es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar lesiones gingivales y de cerdas blandas o

⁶Cuenca Sala Emily; Odontología Preventiva; Págs. 227,228

medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente. Se cree que los penachos que están separados son más eficientes que aquellos que están juntos.

El cepillo para que sea eficaz debe estar seco antes de utilizarse, es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.

Las personas que utilizan dentadura parcial removible y aparatos de ortodoncia removibles deben utilizar dos cepillos, uno para los dientes naturales y otro para la aparatología (brackets).

5.2.3 Técnicas de Cepillado

Las técnicas de cepillado son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además pueden combinarse; pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca entre ellas la lengua y paladar.

5.2.3.1 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 las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud como barrera con una escoba. De ese modo las cerdas pasan por la encía siguen por la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario y pasan por los espacios interproximales.

En las superficies linguales de los dientes anteriores el cepillo debe tomarse de manera vertical las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo. Si cada arcada se divide en seis zonas (dos posteriores, dos medias y dos anteriores) cada una de éstas tiene dos caras linguales y vestibular o labial. Las zonas a cepillar son 24 ya que se recomienda realizar de 8 a 12 cepillados por zona lo cual hace un total de 192 a 288 cepilladas. (Figura 1 y 2)

5.2.3.2 Técnica de Bass

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos.

El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en el maxilar superior 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. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área. Si al cabo de esos, movimiento el cepillo se desliza en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales de los dientes se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerda; indica presión excesiva de la vibración o movimientos desmesurados el mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los molares y premolares pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores en las caras oclusales se cepillan, haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores. (Figura 3 y 4)

5.2.3.3 Técnica de Charters

El cepillado con esta técnica 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. Al cepillar las superficies oclusales se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Esta técnica se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está

desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas. (Figura 5 y 6)

5.2.3.4 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 descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.”⁷

5.2.3.5 El Cepillado de los Dientes

“El correcto cepillado permite remover los restos de alimentos y los microorganismos que se adhieren a los dientes, dejando las superficies dentarias limpias. Así se favorece la acción de la saliva que contiene elementos químicos que protegen el esmalte.

La mejor marca de cepillo es la que sostiene la mano de la mamá, es un dicho empleado en nuestra profesión, ya que los niños difícilmente logran limpiar bien sus dientes, por lo que la ayuda y control de los padres siempre será fundamental.

Es muy importante que se cepille perfectamente los dientes antes de ir a dormir, pues durante la noche transcurren muchas horas en las que sus dientes serán perjudicados por las bacterias formadoras de caries”

5.2.3.6 Frecuencia de Cepillado

El número de veces que el niño debe cepillar los dientes, depende del número de veces que coma. Así de simple.

Con el cepillado de los dientes sucede lo mismo que con otras partes del cuerpo. Lo habitual es que un niño se duche una vez al día, pero si hace deporte y suda o si se ensucia por alguna razón, deberá bañarse nuevamente. Lo mismo sucede respecto a la

⁷ www.monografias.com/higiene-bucal

limpieza de las piezas dentarias. Si come algún alimento, se deberá cepillar inmediatamente.

Siempre hemos sabido que nos debemos cepillar los dientes, por lo menos 3 veces al día, ya que ese es el número de comidas que habitualmente hacemos. Si el niño tiene la mala costumbre de ingerir alimentos más veces en un día, más frecuente deberá cepillar sus dientes.

El cepillar los dientes es como barrer el suelo con una escoba, cuando se barre, se debe mirar si se ha limpiado bien e igual será al cepillar los dientes, ya que deberá observar si se han higienizado debidamente.

La mejor manera de cepillar es observándose con atención frente a un espejo y limpiar todas las superficies de todos los dientes. Practique junto a sus hijos y enséñeles con el ejemplo. Acuda donde su odontólogo para que le enseñe la mejor manera de cepillar los dientes.”⁸

5.2.3.7 Características del Cepillado

“No existe uniformidad de criterios respecto de la frecuencia óptima del cepillado. Según Sheiham la investigación existente ha mostrado que aumentando la frecuencia del cepillado a dos veces por día se logra una mejoría del estado periodontal.

La mayoría de las personas no se cepillan los dientes durante el tiempo necesario para conseguir la remoción total de la placa. Para cubrir los cuatro cuadrantes, se requieren aproximadamente dos minutos y medio, por lo que el tiempo mínimo estimado para cubrir todas las zonas que deben limpiarse con la cantidad de movimientos apropiados es de tres minutos.

La frecuencia debe incrementarse cuando aumenta la frecuencia del consumo de hidratos de carbono.

⁸www.odontomarketing.com/bocasana

Asimismo, existen diferentes posturas respecto de la oportunidad del cepillado. En general puede recomendarse que:

- Un único cepillado realizado adecuadamente es suficiente para mantener la salud del diente, siempre y cuando la frecuencia del consumo de hidratos de carbono no sea superior a cuatro veces diarias.
- Es conveniente realizarlo después de la cena debido a que durante el sueño disminuye el flujo salival y otros mecanismos fisiológicos de autolimpieza.”⁹

5.2.3.8 Cepillo idóneo para los niños

“El cepillo idóneo para los niños debería ser pequeño, suave, con cerdas de nailon y un mango grande para que resulte fácil manejar. Los niños no tienen la misma coordinación neuromuscular que un adulto, razón por la cual es muy difícil enseñarles una técnica compleja y de precisión. Hasta los 7-8 años de edad basta con que se cepillen como mejor sepan, incluso siguiendo la técnica horizontal, que es la más fácil para todos, con tal de que aprendan y eliminen el revelador de placa. El tipo de higiene que enseña depende mucho de la edad del niño.

En los primeros años de vida (de 0 a 2-3 años) la higiene oral del niño corre a cargo de los padres, que pueden eliminar la placa y los residuos alimentarios utilizando una gasa estéril enrollada alrededor del dedo o bien una especie de dedil largo de goma suave con un cepillito terminal. Después para garantizar una adecuada higiene oral y con fines educativos, los padres deben ayudar al niño a cepillarse los dientes, al menos hasta los 6, años es decir, hasta que este adquiere cierta destreza manual. Para asegurar una aceptable higiene oral, los padres deberían cepillar los dientes del niño al menos hasta la edad escolar.”¹⁰

⁹ Julio Barrancos Mooney; Operatoria Dental; Pág. 379

¹⁰ Viviana Cortesi; Manual para el auxiliar de odontología; Págs. 248, 249

5.2.4 Métodos auxiliares de higiene oral

“Además del cepillado dental es necesario utilizar otros métodos auxiliares de higiene oral para la eliminación de la placa dentobacteriana que constituye un factor causal importante de las dos enfermedades más frecuentes: caries y periodontopatías por eso es fundamental eliminarlo a través de los siguientes métodos:”¹¹

5.2.4.1 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.

La fabricación del hilo dental o nylon es altamente especializada y requiere de experiencia en la técnica textil. Las especificaciones de que sea preferentemente tejido se mantienen hasta hoy. Las propiedades químicas del nylon como: uniformidad, resistencia a la tensión y a la abrasión y elasticidad, así como su bajo costo, hacen que la fibra de nylon sea de elección para el hilo dental.

El hilo está constituido por filamentos continuos individuales de dos o tres denier de espesor. El hilo dental puede variar su espesor entre 4 y 18 terminaciones. A medida que las terminaciones (fibras formadas por filamentos) disminuyen, aumenta el riesgo de que el hilo se deshilache y por el contrario, si aumentan, esta posibilidad disminuye. En ocasiones se realiza el encerado del hilo para reducir el riesgo de que se deshilache.

La seda dental permite eliminar la placa de las superficies dentales proximales inaccesibles para el cepillo, por lo tanto, se debe emplear el hilo dental como parte de la práctica normal en la higiene bucal.”¹²

¹¹www.monografias.com/higiene-bucal

¹² http://bvs.sld.cu/revistas/abr/vol41_1_02/abr06102.htm

“El hilo dental se utiliza para eliminar la placa de las superficies interproximales y debe utilizarse al menos una vez al día (preferiblemente después de la cena) para prevenir y reducir la aparición de caries interproximales e inflamaciones gingivales. Dado que su uso requiere bastante habilidad, se aconseja a partir de los 8-10 años, o a edades aun más avanzadas. Además el uso del hilo dental requiere la existencia de un punto de contacto entre los dientes situación que a menudo no se da por el cambio de los mismos, por lo que el procedimiento resulta más complejo e ineficaz. La ausencia de sangrado o edema de los tejidos, señala una adecuada eliminación de la placa y una buena resistencia de los tejidos duros.”¹³

“Para conseguir que el infante complemente ambos procedimientos cepillado y utilización del hilo dental, se le muestra cómo utilizar el hilo en los dientes anteriores para abarcar luego a los posteriores; de manera alternativa, se puede motivar a la madre para que esta inculque y demuestre a su hijo la correcta utilización de la seda dental.

El hilo dental tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo "floss", una zona central distensible con varias fibrillas.

Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60 cm se enrolla alrededor del dedo medio de una mano pero se deja suficiente hilo para sostenerlo firme con el dedo medio de la otra mano.

Conforme se va utilizando el hilo, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental, también es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 mm de hilo y mantenerlo tenso

¹³ Viviana Cortesi; Manual para el auxiliar de odontología; Pág. 249

para controlar los movimientos. El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de cierra o de vaivén en sentido vestibulo lingual a continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares o con un pulgar y el índice en los dientes inferiores con los índices. (Figura 7, 8, 9 y 10)

5.2.4.2 Estimulador Dental

Es una punta flexible de hule o plástico que está adherida al extremo libre del mango del cepillo. Se utiliza solo para eliminar residuos del espacio interdentario cuando este se encuentra muy abierto se ha reducido.

5.2.4.3 Cepillo Interdental

Es un cepillo de forma cónica con fibras dispuestas en espiral. Se usa únicamente para asear espacios interproximales amplios. (Figura 11)

5.2.4.4 Palillos

Hay palillos de madera para limpiar los espacios interproximales pero sólo se utilizan cuando dichos espacios son amplios y es necesario tener cuidado de no lesionar la papila gingival,

Hay un limpiador interdental de puntas romas que constituye un auxiliar de gran utilidad para la higiene dental.

5.2.4.5 Irrigador Bucal

Los irrigadores bucales son aparatos que se conectan directamente 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.

Algunos autores afirman que el irrigador no elimina la matriz pegajosa de la placa dentobacteriana pero reduce el potencial patógeno;

Otros, en cambio no lo consideran de utilidad. Actualmente, el irrigador "waterpik" ya no está en la lista de recomendaciones de la Asociación Dental Americana (ADA, Consejo de Materiales y Dispositivos Dentales. 1974).

5.2.4.6 Dentífrico o Pasta Dental

El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes. El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias saporíferas, como la menta, al grado de que muchas personas no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental. Algunos dentífricos contienen sustancias desensibilizantes, las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema. Otro componente es el fluoruro, el cual puede ser sodio o estaño o monofluorofosfato de sodio; pero independientemente del tipo adicionado, todos contienen la misma cantidad del ion, es decir, 0.1% o 1 000 partes por millón (ppm). Se recomienda usar poca cantidad de dentífrico para evitar la ingestión excesiva de fluoruro en caso de consumo accidental.

Hay dentífricos que contienen triclosán un antibacteriano de amplio espectro eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras.”¹⁴

¹⁴www.monografias.com/higiene-bucal

5.2.4.7 El enjuague

“El enjuague bucal o colutorio es una solución que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Existen enjuagues con funciones específicas; según su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir, el mal aliento; otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir su eficacia

Tras pasar el cepillo y la seda, puede ser conveniente un enjuague con un colutorio, especialmente en caso de gingivitis. Los colutorios con clorhexidina parecen poseer una importante actividad antibacteriana.

Tampoco se recomienda abusar del colutorio, es decir, está especialmente indicado para la eliminación de la placa bacteriana y un mantenimiento periódico, pero abusar de él puede ser totalmente contraproducente para la protección del esmalte dental.

Además los colutorios eliminan todas las bacterias de la boca, tanto las dañinas como las beneficiosas que defienden, por lo que deja vulnerable la boca durante cierto tiempo.

Siempre fijarse que los colutorios no contengan alcohol, ya que se ha demostrado que el abuso de dichos productos incide en una mayor probabilidad de contraer cáncer bucal.”¹⁵

¹⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/Higiene_bucodental, http://es.wikipedia.org/wiki/Enjuague_bucal

5.2.4.8 Cepillado de la Lengua

“El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos la placa bacteriana y el número de microorganismos la técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible sin Inducir nausea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, y el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área. El uso de dentífrico lleva a obtener mejores resultados.

5.2.4.9 Chicles

No adherentes, que permiten lavar los dientes sin cepillo, para ocasiones especiales. Son un buen elemento para contribuir a la higiene dental cuando contienen flúor.

5.2.4.10 La Visita Periódica al Dentista

Debería realizarse una visita al dentista u odonto-estomatólogo al menos una vez al año, incluso cuando no hay problemas aparentes.”¹⁶

“Es una tarea fundamental insistir a los padres y a los pequeños pacientes sobre la importancia de las visitas periódicas de control que han de realizarse cada 3-6 meses, con el objeto de que el odontopediatra pueda controlar el desarrollo esquelético y dental y diagnosticar en una fase precoz, la aparición de caries, de patología periodontal, ortodoncia, etc. Las visitas periódicas al higienista tiene además la finalidad de sensibilizar al paciente sobre la necesidad de una correcta y regular higiene bucal alimentaria, además de contribuir a mejorar y aumentar la comunicación y la buena relación entre el niño y el equipo odontológico.”¹⁷

¹⁶ www.monografias.com/higiene-bucal.com

¹⁷ Viviana Cortesi, Manual para el auxiliar de odontología; Pág. 251

5.3 PROBLEMAS BUCALES

“Una deficiente higiene bucal provoca la acumulación de suciedad (placa bacteriana) en la superficie de nuestros dientes, y por consiguiente la aparición de problemas bucales.

5.3.1 Placa Bacteriana

La placa dental se puede definir como una película formada por colonias bacterianas que se pegan a la superficie de los dientes y a la encía cuando una persona no se cepilla bien los dientes.”

5.3.1.1 Etapas de Formación

5.3.1.1.1 “Película adquirida: se trata de una capa amorfa acelular de algo menos de 1 mm. de espesor que se forma en la superficie de los dientes a los pocos minutos de una higiene.

5.3.1.1.2 Transporte bacteriano a la película adquirida: casi simultáneamente a la formación de la película adquirida comienza a llegar a ella microorganismos gracias al flujo salival.

5.3.1.1.3 Adhesión reversible a la película adquirida: Se establece entre las 0 y 4 h de la formación de la película adquirida.

5.3.1.1.4 Colonización: se produce una adhesión irreversible y específica entre receptores de la película adquirida y moléculas bacterianas conocidas como adhesivas.

5.3.1.1.5 Placa madura: puede establecerse después de las dos semanas. En las zonas más profundas ya se detectan treponemas y en estas áreas la falta de nutrientes, de oxígeno pueden disminuir el número de células.

5.3.1.1.6 Fase de mineralización: transcurrido un tiempo variable, la placa madura puede mineralizarse y formar el cálculo.”¹⁸

5.3.1.2 Clasificación de la placa bacteriana: Supragingival y Subgingival

5.3.1.2.1 “Placa Supragingival.- La placa Supragingival se acumula especialmente en el tercio gingival del diente y se evidencia con tinciones especiales que se conocen con el nombre de soluciones reveladoras. La solución reveladora se aplica localmente, el paciente se enjuaga y el elemento teñido que persiste en la vecindad del margen gingival corresponde a la placa supragingival. La substancia reveladora se usa también en forma de pastillas. La PB supragingival se adhiere aprovechando pequeñas rugosidades de la superficie dentaria, márgenes de obturaciones y de restauraciones protésicas, lo mismo que bandas de ortodoncia.

5.3.1.2.2 Placa Subgingival.- La placa Subgingival se encuentra ocupando la luz del surco gingival o del saco periodontal”¹⁹

5.3.1.3 Como Remover la Placa Dental

“Existen formas muy simples de removerla. Puede ser eliminada por medio de un cepillado correcto y del uso de hilo dental. Para obtener mejores resultados es conveniente hacerlo más de una vez al día.

Es conveniente evitar los productos azucarados, ya que les sirven de alimentos a la flora bacteriana, y el consumo de tabaco.

5.3.1.4 Como Reconocer la Placa Bacteriana a Simple Vista

Para poder verla a simple vista existen diferentes colorantes que tiñen la placa y permiten un mejor limpiado. Se pueden encontrar unas tabletas rojas que, al ser

¹⁸Cuenca Sala Emily; Odontología Preventiva; Pags 320,321

¹⁹ Gustavo Barrios; Operatoria; Pág. 263

masticadas, revelan cuáles son los lugares en los que hay presencia de bacterias. También es posible utilizar un colorante verde que se usa en las comidas.”²⁰

5.3.2 Calculo Dental

“El sarro, también conocido como tártaro o cálculo dental, es simplemente la placa bacteriana que por estar mucho tiempo depositada sobre los dientes, ha terminado por endurecerse. El sarro también puede formarse alrededor de los dientes, entre ellos y sobre las encías.

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

Pero el sarro no sólo es un problema de salud, sino también estético. Al ser el sarro una superficie porosa, absorbe las manchas con mucha mayor facilidad que si los dientes estuvieran libres de él. Así, el café, el té o el tabaco, mancharán con mucha mayor facilidad y velocidad a las piezas dentales.”²¹ (Figura 12)

5.3.2.1 Calculo Supragingival y Subgingival

“Según su localización, puede ser supragingival estos son visibles y están depositados en la corona del diente en relación con el margen gingival libre de la encía. Generalmente son blancos o blanco/amarillentos, duros y se desprenden fácilmente de la superficie dentaria. Con frecuencia se presenta recurrencia en su formación, especialmente en el área lingual. La coloración se modifica por el tabaco y la ingestión de bebidas y alimentos (café, té, vinos); en efecto los cálculos se observan de coloración carmelitosa, negra o verdosa.

Los cálculos supragingivales pueden estar localizados en un solo diente, en un grupo de dientes o en todos los dientes presentes en la boca. Se encuentran depósitos

²⁰ www.odontomarketing/bocasana

²¹ <http://losdientes.info/sarro-dental>

especialmente en la superficie vestibular de primeros molares superiores en la desembocadura del conducto de Stenon y sobre la superficie lingual de los dientes anteriores inferiores, cerca de la desembocadura del conducto de Wharton. La formación de estos cálculos en la zona anterior inferior se presenta principalmente en la región de centrales inferiores.

Los cálculos subgingivales hacen referencia a depósitos calcificados que se presentan por debajo del margen gingival en la encía normal, o por debajo de la pared blanda de los sacos periodontales, en casos de periodontitis. Generalmente no son visibles al examen oral. Clínicamente su detección se logra observar por transparencia una coloración negruzca en la pared gingival, por la introducción de un elemento romo como la sonda o de un elemento agudo como el explorador o una cureta. El sentido del tacto orienta al clínico en la presencia de cálculos subgingivales. También es posible evidenciar en algunas ocasiones al separar la pared blanda del surco o del saco periodontal con aire. Los cálculos supra y subgingivales se evidencian a veces con la radiografía. Sin embargo los cálculos situados en zonas de reabsorción del cemento son difíciles, si no imposibles de diagnosticar por medio de estos sistemas. Como se comprende, son más seguras las técnicas quirúrgicas a campo abierto para la detección de los depósitos subgingivales que aquellas en las cuales el operador no tiene visión adecuada.

La masa de cálculo se aprecia como un cuerpo duro, negruzco o carmelito, firmemente adherido a la superficie radicular. Generalmente los supra y subgingivales se encuentran de forma simultánea, pero uno puede estar presente sin el otro.”²²

5.3.2.2 Como Identificar la Presencia del Cálculo

“El sarro, a diferencia de la placa que es incolora, es fácilmente visible. El indicador principal de la presencia de sarro es la presencia de un color marrón o amarillento en

²² Gustavo Barrios; Operatoria; Págs. 285,286,287

los dientes o encías. Pero, de todos modos, el único modo seguro de detectar la presencia de sarro y también de eliminarlo es concurrir al odontólogo.

5.3.2.3 Como Prevenir la Formación de Cálculo en los Dientes

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

Es importante prevenir la formación de sarro en los dientes porque una vez que éste se ha depositado sobre las piezas dentales, solamente el dentista podrá retirarlo mediante un proceso denominado “raspado radicular”.²³

5.3.3 Caries

“La caries puede definirse como la destrucción progresiva de la estructura dental.

La placa bacteriana (bacterias, saliva y restos alimenticios) que se adhiere permanentemente a la superficie del esmalte dental, genera ácidos que destruyen primero al esmalte, luego a la dentina y, finalmente a la pulpa. Ésta última posee vasos sanguíneos y nervios; si la infección llega hasta la pulpa genera un intenso dolor.

Las bacterias aprovechan las oquedades de los diente para formar colonias y convierten los azúcares en ácidos. Si la placa bacteriana se remueve después de cada comida, las bacterias no tienen material alimenticio para degradar, entonces, no se producen ácidos.

Los síntomas evidentes de aparición de una caries son sensaciones dolorosas al consumir alimentos muy dulces, muy fríos o muy calientes.

²³ <http://losdientes.info/sarro-dental>

5.3.3.1 Caries de Primer Grado

Afecta únicamente al esmalte. Por lo general no duele y por tanto es más difícil de detectar. En este momento es cuando un buen tratamiento puede asegurar mejores resultados, ya que es poca la cantidad de tejido dañado.

5.3.3.2 Caries de Segundo Grado

Afecta al esmalte y la dentina. Puede reconocerse a simple vista por cambios en la transparencia del diente.

Todavía no es un tipo de caries excesivamente dolorosa, lo cual es un inconveniente, puesto que se buscan los servicios profesionales demasiado tarde.

5.3.3.3 Caries de Tercer Grado

Es la que afecta a la pulpa dentaria. El proceso ha ido avanzando en profundidad hasta llegar a la pulpa. En este momento ya es muy dolorosa.

La mayoría de las veces el dentista, si quiere mantener la pieza, debe extirpar el nervio y reconstruir luego la corona del diente. Cuando esto no es posible se debe proceder a la exodoncia.”²⁴ (Figura No. 13)

5.3.3.4 Caries de Esmalte

“El esmalte está constituido por materia orgánica y por materia inorgánica.

El Esmalte superficial en un espesor de 0.1 a 0.2 mm tiene menos materia orgánica que el esmalte subyacente. Si desgastamos con una piedra de diamante, eliminamos esta capa superficial más resistente y menos reactiva y dejamos expuesto un esmalte con menor resistencia y mayor susceptibilidad al ataque de las caries. El mayor grado de calcificación del esmalte superficial se debe a su constante exposición a la saliva cargada de iones fosfatos y carbonato de calcio. El proceso requiere cierta

²⁴ www.monografias.com/higiene-bucal

permeabilidad del esmalte para permitir el pasaje de iones y la formación y el crecimiento de cristales de apatita. Esta calcificación ocurre con mayor intensidad en el esmalte joven y luego va decreciendo por maduración del diente, ya que los poros se van cerrando y la permeabilidad disminuye.

Tanto la maduración como la constante exposición al medio bucal provocan cambios en la composición química del esmalte superficial, que va adquiriendo sustancias diversas en cantidades mínimas de flúor, plomo, hierro, estaño). Para iniciar el proceso carioso la presencia de hidratos de carbono fermentables de la dieta no es suficiente, sino que estos deben actuar durante un tiempo bien prolongado para mantener un pH ácido constante en la interfaz biopelícula dental-esmalte. El tiempo de desmineralización del esmalte por la ingesta de hidratos de carbono se estima que es aproximadamente de unos veinte minutos. Este tiempo es el que se requiere para la recuperación del pH por sobre el nivel crítico de la disolución de cristal de apatita. Todos los métodos que tienden a acortar este tiempo de recuperación de pH normal disminuyen los periodos de desmineralización y favorecen y prolongan los periodos de remineralización.

La lesión cariosa es resultado de la desmineralización del esmalte durante la exposición del ácido producido por las bacterias y en esas circunstancias los hidrogeniones de la biopelícula dental se difunden en el esmalte. El punto crítico para la desmineralización se encuentra en un pH de 5,5 o 5.6. Cuando las bacterias disponen de sustratos adecuados pueden producir este medio ácido mientras prosiguen con su actividad metabólica normal. Si se disminuyen los niveles de hidratos de carbono ingeridos los microorganismos pueden utilizar polisacáridos de reserva como dextranos y lévanos. Estos son desdoblados por los estreptococos para generar ATP también producir sustancias ácidas capaces de desmineralizar los cristales de hidroxiapatita y de esta manera comienza el proceso carioso.

5.3.3.5 Mancha Blanca

La primera manifestación de la caries de esmalte es la mancha blanca. Las superficies dentarias en las que se observa este proceso son las superficies libres vestibular y lingual, en las caras proximales por debajo del punto de contacto, y en las paredes que limitan las fosas y fisuras. Clínicamente la desmineralización se ve como un esmalte opaco sin traslucidez cuando se la observa luego de haber resecado la superficie. La mancha blanca presenta etapas de desmineralización seguidas de etapas de remineralización, cuando el proceso de remineralización es mayor que el de desmineralización la caries es reversible.

5.3.3.6 Caries de la Dentina

De acuerdo con la localización inicial de la caries de esmalte, esta adopta diferentes formas propagación. Cuando la caries alcanza el límite amelodentinario avanza a un ritmo mayor que en el esmalte. La presencia de los túbulos dentinarios ayuda a que los microorganismos invadan la pulpa con la evolución natural, de la enfermedad. Desde el punto de vista clínico las caries dentinarias se presentan como caries dentinaria aguda, caries dentinaria crónica y crónica detenida. La primera tiene un aspecto blanco amarillento y consistencia blanda. La segunda es dura, más resistente y de color amarillo oscuro marrón.

Luego de extenderse por el límite amelodentinario la caries ataca directamente a los conductillos, en dirección a la pulpa. El proceso se inicia por una desmineralización de la dentina, lo que a su vez provoca una acción de defensa en la parte más alejada del ataque.

La defensa consiste en una remineralización u obliteración de la luz de los conductillos por un precipitado de sales cálcicas. Si el avance hacia la pulpa llega a las cercanías de la cámara pulpar, se forma dentina terciaria o de reparación frente al avance de la lesión.

5.3.3.7 Caries de Cemento y de Raíz

El cemento radicular es un tejido mesenquimático calcificado que tiene el menor espesor de todos los tejidos duros del diente, contiene un 45% de sustancias inorgánicas, un 22% de sustancias orgánicas y un 33% de agua. En condiciones normales de salud bucal el cemento recubre la dentina y no se encuentra expuesta al medio bucal. Para que esta sufra una lesión cariosa es necesario que se produzca alguna alteración del periodonto marginal y que se permita la exposición a agentes cariogénicos.

Histológicamente el cemento se clasifica en acelular y celular según la presencia o no de cementocitos. El cemento celular se localiza con mayor frecuencia en la región apical radicular y en la zona de las furcas; el acelular o primario se ubica en la porción más cervical de la raíz y por lo tanto es el más expuesto a la caries. Existen varios factores que se asocian con la caries de cemento: edad, recesión gingival, mala higiene, pH crítico, fármacos y enfermedades que disminuyen el flujo salival. El pH crítico del cemento es de 6.7 por lo tanto es más soluble a los ácidos que el esmalte. Clínicamente la caries de cemento se clasifica en caries cementaria activa o aguda y caries cementaria crónica o detenida.

5.3.3.7.1 Activa o Aguda

Suele presentarse en pacientes con diabetes mellitus del tipo I y también en pacientes con otras enfermedades sistémicas o locales que favorecen la retracción gingival.

Clínicamente es una cavidad amplia y extensa que sobrepasa con rapidez el cemento y compromete la dentina, e incluso la pulpa y por lo tanto puede presentar sintomatología dolorosa

5.3.3.7.2 Crónica o Retenida

Se caracteriza por ser extendida y poco profunda, con una estructura superficial lisa y de color marrón oscuro o negro. En este tipo de lesión no hay sintomatología

dolorosa debido a la atrofia pulpar y al estrechamiento progresivo de la cámara pulpar.”²⁵

5.3.3.8 Susceptibilidad de los Dientes a la Caries

“Algunos de los factores que afectan a las estructuras de los dientes durante su formación pueden hacerlos resistentes a las caries. Se han hecho grandes esfuerzos para confirmar la creencia equivocada de que la caries dental se debía a hipocalcificación de los dientes y que esencialmente se trataba de una enfermedad por deficiencia de vitaminas. Es obvio que esta idea simplista ignoraban las amplias observaciones epidemiológicas de que los peores registros de enfermedad dental, eran los de las personas bien nutridas, mientras que, como ya se ha dicho en las comunidades azotadas por la pobreza y que consumían dietas deficitarias la prevalencia de la caries era baja.

La hipoplasia o la hipocalcificación hereditaria de los dientes en las que existen graves alteraciones de la estructura, tampoco aumentan la susceptibilidad de la caries y no existen pruebas de que el grado de calcificación de los dientes influya sobre su resistencia a esta enfermedad. Sin embargo los dientes recién erupcionados, suelen ser sensibles a las caries, quizás debido a la hipomineralización de la estructura del esmalte que progresivamente se va haciendo menos vulnerable a medida que se depositan materiales desde la saliva.

5.3.3.9 La Saliva y la Caries Dental

“El entorno próximo de los dientes lo constituyen la placa bacteriana, pero la saliva es el medio en el cual la placa se desarrolla y actúa. Aunque la saliva inevitablemente desempeñe alguna función en el proceso de la caries, se trata de una secreción compleja cuyos niveles de flujo, composición y propiedades no son fáciles de determinar.

²⁵ Julio Barrancos Mooney; Operatoria Dental, Integración Clínica; Págs.307,308,310,316,317,318,320,328

5.3.3.10 Efectos de la Pérdida de Salivación

El flujo salival es muy importante para eliminar los elementos cariogénicos de la boca. La caries dental también puede aumentar de manera espectacular en el ser humano con la xerostomía, secundaria a las enfermedades de las glándulas salivales.”²⁶

5.3.4 Enfermedad Periodontal

5.3.4.1 Introducción

“Para entender cómo se inicia y progresa esta enfermedad, primero es necesario conocer cómo son esos tejidos en salud y en enfermedad.

En una boca sana los dientes están sostenidos por las encías, el hueso maxilar, la membrana periodontal que rodea las raíces de los dientes.

La encía está constituida por un tejido fibroso y compacto que cubre la región alveolar. Una de sus funciones es defender al ligamento periodontal de la agresión que implica la masticación de los alimentos.

Entre diente y diente forma un saliente que llena el espacio llamado papila gingival. Ésta es la primera en alterarse en caso de enfermedad.

El color normal de la encía es rosado pálido, pero cuando se altera a causa de una infección o inflamación, cambia a un color rojo vino amoratado. Cuando la encía se inflama o sangra consulte inmediatamente con el odontólogo. Él es la única persona autorizada para resolver ese problema. Antiguamente esta enfermedad se conocía como piorrea alveolar, nombre derivado del griego y que significa salida de pus.

La enfermedad periodontal tiene su origen cuando depósitos de placa bacteriana de cada región del cuello de los dientes causan irritación en las encías e inflamación.

²⁶ www.geosalud.com/saluddental/Higiene_Oral.htm

En esta fase de la enfermedad estamos hablando de un problema de Gingivitis.

5.3.5 Gingivitis

Significa inflamación de las encías. Cuando las encías se inflaman, producen dolor y sangran fácilmente. Esta afección aparece, casi siempre, debido a una deficiente higiene bucal, un mal cepillado de los dientes que permite el desarrollo y proliferación de las bacterias. Estas bacterias forman lo que se conoce por placa dental o placa bacteriana, una capa viscosa y blanda que se acumula principalmente en los empastes defectuosos y alrededor de las piezas dentales cercanas a dentaduras postizas poco limpias, a puentes y aparatos de ortodoncia. Cuando esa capa permanece más de 3 días en los dientes, forma lo que se llama sarro.

Las bacterias presentes en la placa que rodea los dientes liberan las enzimas colagenasas, las cuales pueden dañar y erosionar los tejidos de las encías. Las encías infectadas se inflaman, sangran con facilidad, se retraen y se separan de los dientes. La gingivitis causa la pérdida de los dientes con mayor frecuencia que la caries dental. (Figura No. 14)

5.3.5.1 Causas

Aunque la causa número uno de la gingivitis es la placa bacteriana o sarro, hay otros factores que favorecen la inflamación, como algunos fármacos (inmunosupresores como la ciclosporina, anticonceptivos y bloqueadores de calcio) la falta de vitaminas (especialmente la vitamina C) y el embarazo. Unas encías inflamadas son más difíciles de limpiar, y por tanto, más propensas al desarrollo de la placa bacteriana.

5.3.5.2 Síntomas

Úlceras orales, Encías inflamadas, Encías con coloración roja brillante o roja púrpura, Encías brillantes, Encías que sangran con facilidad y aparece sangre en el cepillo dental, inclusive con un cepillado suave, Encías que se muestran sensibles sólo al tacto, si no se tocan son indoloras.

5.3.5.3 Prevención y Tratamiento

El primer paso para prevenir la gingivitis es tener una buena higiene bucal y dental cepillando todos los días los dientes y utilizando luego los palillos dentales o el hilo dental. Cuando la placa es abundante, puede cepillarse los dientes con una pasta específica que contiene pirofosfato, aunque una vez que se ha formado sólidamente el sarro es difícil de eliminar y sólo un profesional puede hacerlo desaparecer. Después de eliminar la placa dental, las encías sanarán rápidamente debido a que tendrán una mejor irrigación, eso sí, siempre y cuando se mantenga una buena higiene y un buen cepillado.

Las encías se inflaman, se debilitan y la infección progresa, produciéndose así el sangrado de las encías.

Sin el tratamiento adecuado, la infección avanza y se desarrollan bolsas entre los dientes y las encías, que son el espacio ideal para la acumulación de bacterias.

5.3.6 Periodontitis

La periodontitis se caracteriza por la destrucción progresiva de los tejidos que soportan el diente, incluyendo ligamento, cemento y hueso alveolar. Al principio no presenta síntomas y sus signos clínicos son la hemorragia gingival (de las encías), movilidad dental y en algunos casos secreción purulenta.

La causa primaria es una serie de infecciones, causadas por algunas de las 300 especies bacterianas reconocidas en cavidad oral, dentro de las que se destacan los anaerobios Gram negativos.”²⁷

5.3.6.1 Patogenia de la Enfermedad Periodontal

“Las lesiones provocadas por las periodontopatías, en las estructuras de sostén del diente durante los primeros años de la edad adulta son irreparables. En la edad

²⁷ www.monografias.com/higiene-bucal

madura la enfermedad destruye gran parte de la dentadura natural, priva a muchas personas de todos sus dientes, mucho antes de la vejez. Todas estas cosas nos indican cual es el verdadero problema y magnitud social que tiene esta enfermedad. La gingivitis afecta a más del 80% de los niños de corta edad y casi toda la población adulta ha sufrido de gingivitis, periodontitis o ambas dolencias.

5.3.6.2 Repercusiones generales de la enfermedad periodontal

La patología periodontal o inflamación crónica de las encías tiene repercusiones orgánicas a nivel general ya que hace que el organismo libere un fluido constante para combatir los gérmenes de la infección. Estos agentes químicos son perjudiciales a nivel orgánico general.

Las infecciones de la cavidad bucal deben controlarse desde su origen ya que pueden ser responsables de secuelas funcionales, sobre todo en pacientes de edad avanzada. Los sistemas más afectados por dicha patología son el musculo-esquelético y el sistema cardiovascular.

Diversos estudios han asociado dicha patología con infarto agudo del miocardio, neumonía por aspiración y pérdida del hueso alveolar.”²⁸

5.3.6.3 Síntomas

“Como generalmente esta enfermedad se presenta sin dolor, el paciente suele desconocer que la padece. Por esos es importante conocer cuáles son los síntomas que se presentan, y consultar inmediatamente a su dentista

- Sangrado de las encías cuando se cepilla los dientes.
- Encías rojizas, hinchadas, blandas o doloridas.
- Mal aliento.
- Pus entre sus dientes y las encías.
- Pérdida de dientes.

²⁸Cawson R.A. Medicina y Patología Oral

- Encías que se separaron de sus dientes.
- Retracción de las encías, dando la apariencia de dientes más largos.
- Cambios en su mordida.
- Cambios en la adaptación de las dentaduras parciales.

5.3.6.4 Tratamiento

En todas las formas de periodontitis, la primera fase del tratamiento consiste en una higiene oral adecuada, un raspado y alisado radicular exhaustivo para eliminar los depósitos de sarro y una revisión al cabo de 3 meses.

El tratamiento de la periodontitis juvenil localizada incluye siempre la cirugía periodontal y la administración de antibióticos (Tetraciclina, 250 mg cuatro veces al día, o metronidazol, 250 mg tres veces al día durante 14 d). Si tras el tratamiento inicial las bolsas no tienen más de 3-4 mm de profundidad, no se necesita más tratamiento. Si siguen existiendo bolsas profundas, se pueden administrar antibióticos sistémicos para alterar la flora presumiblemente patogénica. Se pueden administrar 250 mg de tetraciclina cuatro veces al día durante 10 d. Algunas tetraciclinas inhiben la colagenasa y limitan la destrucción del tejido óseo. Además, se concentran en el surco gingival.

También se pueden introducir hilos impregnados en tetraciclina en los surcos más recalcitrantes durante 7-10 d. Otra opción consiste en la supresión quirúrgica de la bolsa y la remodelación del hueso para que el paciente pueda limpiar adecuadamente las bolsas en toda su extensión.

También se puede intentar la cirugía regeneradora y algunas técnicas biológicas para estimular el crecimiento del hueso alveolar. En algunos casos es necesario inmovilizar los dientes flojos y proceder a una remodelación selectiva de las superficies dentales para suprimir una oclusión traumática. A veces es inevitable extraer algunos dientes cuando la enfermedad está muy avanzada. Antes de iniciar el

tratamiento periodontal se deben controlar los posibles factores sistémicos que puedan existir.

5.3.6.5 Prevención de la Periodontitis

Para mantener sus dientes completos y sanos durante toda la vida, es necesario remover la placa bacteriana mediante un cepillado frecuente y cuidadoso y con la ayuda de la seda dental.

Las visitas regulares al odontólogo son igualmente importantes. La limpieza diaria mantendrá la formación de cálculos reducida a un mínimo, pero no la puede prevenir completamente. Una limpieza profesional efectuada por el odontólogo removerá los cálculos endurecidos que se hayan formado en sitios donde el cepillo o la seda, dado un difícil acceso, no hayan prevenido su formación.

La remoción de cálculos lleva por nombre raspaje y curetaje. Muchos odontólogos utilizan máquinas de ultrasonido que, por vibración, causan el desprendimiento del cálculo de la pared dentaria, para luego, valiéndose de instrumentos manuales, terminar la limpieza con un alisado final.

Su odontólogo puede diseñarle un programa personalizado de higiene oral diaria que se adapte a sus necesidades específicas. Este programa incluiría técnicas de cepillado adecuadas para remover completamente la placa bacteriana sin causar daño a las encías o dientes.

Usted así aprendería también a utilizar de manera correcta la seda dental, ella le permitirá limpiar la placa bacteriana de zonas interdentarias que son de difícil acceso para el cepillo.

Una visita al odontólogo le puede servir para seleccionar mejor los productos dentales de higiene oral. Existe una amplia gama de cepillos, enjuagues bucales y sedas dentales en el mercado. Los irrigadores orales, las puntas de caucho y los cepillos

interdentales amplían aún más la selección. Su odontólogo puede ayudarle a escoger los productos que sean más adecuados para usted.

La principal diferencia entre gingivitis y periodontitis es que la periodontitis afecta al hueso de soporte del diente y la gingivitis no.”²⁹ (Figura 15)

5.3.7 Clasificación de la Periodontitis

5.3.7.1 “Periodontitis Leve

Los siguientes hallazgos clínicos pueden estar presentes:

- El sangrado al sondaje puede estar presente en la fase activa.
- Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 3 a 4 mm.
- Áreas localizadas de recesión
- Posibles áreas de lesión de furca de clase I.

Los hallazgos radiográficos pueden incluir:

- Pérdida ósea horizontal puede ser común.
- Ligera pérdida del septum interdental.
- El nivel de hueso alveolar está a 3 o 4 mm del área de la unión cemento esmalte.

5.3.7.2 Periodontitis Moderada

Los siguientes hallazgos clínicos pueden estar presentes:

- Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 4 a 6 mm.
- Sangrado al Sondaje.
- Áreas de lesión de furca grado I y/o II.
- Movilidad dental clase I.

²⁹ www.monografias.com/higiene-bucal

Los hallazgos radiográficos:

- Se puede presentar pérdida ósea horizontal o vertical.
- El nivel de hueso alveolar esta de 4 a 6 mm del área de la unión cemento esmalte.
- Furcaciones radiográficas grado I y/o II.
- La proporción corona raíz es 1:1 (pérdida de 1/3 de hueso alveolar de soporte).

5.3.7.3 Periodontitis Avanzada

Los hallazgos clínicos comunes son:

- Sangrado al Sondaje.
- Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de más de 6 mm.
- Lesión de furca grado II y III.
- Movilidad dental de clase II o III.

Los hallazgos radiográficos incluyen:

- Pérdida ósea horizontal y vertical
- El nivel de hueso alveolar esta a 6 mm o mas de área de unión cemento esmalte.
- Furcas de evidencia radiográfica.
- La proporción corona raíz es de 2:1 o mas (pérdida de más de 1/3 de hueso alveolar de soporte)

5.3.8 Subdivisiones de la Periodontitis

5.3.8.1 Periodontitis del Adulto (asociada a placa)

La periodontitis del adulto es la forma crónica más común de la periodontitis. La presencia de factores locales como la placa es también comparable con la progresión de la enfermedad. Se da en pacientes mayores de 35 años.

5.3.8.2 Periodontitis Juvenil Localizada

En estos pacientes, los factores locales son mínimos, con pérdida rápida de inserción, la simetría bilateral suele ser común, la destrucción ósea es localizada usualmente en los primeros molares permanentes, puede existir destrucción generalizada en los incisivos permanentes con respuesta inflamatoria leve o moderada.

5.3.8.3 Periodontitis Prepuberal

Una enfermedad periodontal rara, cuya aparición se da durante o inmediatamente después de la dentición decidua. Los indicios clínicos incluyen la destrucción del hueso de manera rápida, generalizada y severa. Se encuentran presente otras condiciones médicas.”³⁰

5.3.8.4 Pericoronitis

“Se caracteriza por inflamación aguda del capuchón pericoronario que recubre al último molar, generalmente terceros molares inferiores. La lesión puede ser supurativa, la encía se encuentra enrojecida y edematosa. Hay gran sensibilidad al tacto y generalmente el paciente manifiesta dolor con la masticación, ya que hay trauma ocasionado por la oclusión con el molar antagonista.

El tratamiento de la fase aguda de la Pericoronitis consiste en la remoción suave de la placa Subgingival con curetas, previa aplicación de soluciones antisépticas y anestésicas. El área se lava profusamente. Se le aconseja al paciente enjuagatorios

³⁰ <http://www.dent.ucla.edu/pic/members/pdr/classifications.html>

salinos calientes periódicos, con el propósito de ayudar en la disminución del proceso inflamatorio. Con el drenaje adecuado el paciente mejora en 24 horas. Pasada la crisis aguda, el clínico determina si se justifica o no la conservación del molar. Si se va a conservar se procede a la eliminación quirúrgica del capuchón pericoronario.”³¹

5.3.8.5 Periodontitis Rápidamente Progresiva

“En este tipo de casos las manifestaciones clínicas de la inflamación están presentes, los factores locales son mínimos, con destrucción ósea generalizada, severa y rápida. Se da en pacientes de 25 a 35 años.

5.3.8.6 Periodontitis Asociada a Enfermedades Sistémicas

“Con ciertas condiciones sistémicas la respuesta inflamatoria se altera en presencia de irritantes locales, acelerando la progresión de la enfermedad periodontal.”³²

5.3.9 Hiperestesia Dentinaria

“Es un problema común que padece una de cada siete personas.

Sensación de hipersensibilidad provocada por la exposición de la dentina a estímulos externos, debido a un deterioro del esmalte.

Estos estímulos son directamente transmitidos al nervio a través de los túbulos dentinarios que están al descubierto provocando una fuerte sensación de dolor.

5.3.9.1 Tratamiento

El tratamiento de esta afección pasa por bloquear los mecanismos de transmisión mediante la oclusión de los túbulos dentinales (con sales de oxalato) y el bloqueo de la transmisión neural a través de los nervios pulpares (sales de potasio).

³¹ Gustavo Barrios; Operatoria; Pag. 625

³² <http://www.dent.ucla.edu/pic/members/pdr/classifications.html>

5.3.10 Halitosis

Halitosis, o mal aliento, es una afección de la que se da cuenta muy a menudo. Sea en forma de mal aliento ocasional que siente casi todo adulto sano al levantarse en la mañana, o sea en forma de problemas más serios o graves, desde trastornos metabólicos hasta tumores pulmonares, se dice que la halitosis afecta a casi 50 % de una población. A juzgar por la magnitud del mercado de ventas de colutorios y otros productos contra el mal aliento (de casi un billón de dólares según las últimas estadísticas), la halitosis es un problema personal que preocupa a mucha gente. La halitosis puede ser también un síntoma de ciertas enfermedades que afectan a todo el organismo, como una enfermedad del hígado, una diabetes mal controlada, insuficiencia renal o una enfermedad de los pulmones o de la boca. Pero la causa principal es, sin duda alguna, la combinación de residuos alimentarios entre los dientes y una mala o escasa higiene bucal, la cual crea un buen caldo de cultivo para las bacterias y, por tanto, para las infecciones.

El 85% de los casos de halitosis tienen su origen en la cavidad bucal.

Existen más de 300 especies de bacterias que, en función de la flora de cada persona, provocan un olor u otro. La causa principal del mal olor es la presencia en el aire expulsado de compuestos volátiles de sulfuro (CVS).

De forma más concreta, el mal olor proviene de la microflora del dorso posterior de la lengua.

5.3.10.1 Clasificación de la Halitosis

5.3.10.1.1 Transitoria

Presente de forma esporádica en ciertos momentos del día.

5.3.10.1.2 Patológica

Presente por espacios largos de tiempo y a distintas horas del día

5.3.10.1.3 Prevención para evitar el mal aliento

Lávese los dientes por lo menos 2 veces al día, usando pasta de dientes con fluoruro. Asegúrese de usar el cepillo sobre las encías, y en toda la superficie de los dientes. Cada vez que se lave los dientes, use el cepillo para lavarse la superficie de su lengua.

Use hilo dental por lo menos una vez al día para sacarse la comida entre los dientes.

Coma más frutas y vegetales todos los días. Coma menos carnes.

Evite las comidas que puedan causar el mal aliento. Estas comidas incluyen las cebollas y ajos. Las bebidas alcohólicas muchas veces causan el mal aliento.

Evite el uso de productos de tabaco. Cualquier tipo de tabaco causa halitosis.

A veces la boca seca puede tener un mal olor. Si su boca está seca, chupe caramelos de menta sin azúcar, masque chicle de menta sin azúcar o tome agua.

La mayoría de los enjuagues de boca no tienen efectos significativos contra el mal aliento. Si usa un enjuague de boca, mantenga el enjuague dentro de la boca por 30 segundos antes de escupirlo.

Quítese las dentaduras todas las noches, si puede quitárselas. Cepille las dentaduras y manténgalas en una solución desinfectante toda la noche. También debería lavar todos los aparatos dentales que se puedan quitar. Siga las instrucciones de su dentista.

Visite su dentista 2 veces al año para que le limpie los dientes.

Si todavía sufre de mal aliento, visite a su médico familiar para averiguar cuál es la causa.³³

³³ www.monografias.com/higiene-bucal

5.3.11 Boca Seca (Xerostomía)

“El Centro Nacional para la Información Sobre la Higiene Bucal (NOHIC siglas en inglés) define boca seca o xerostomía como la condición de no tener suficiente saliva o escupir para mantener la boca húmeda. Tal vez no suene como algo drástico, pero la boca seca puede tener serios efectos secundarios. Puede causar dificultad al probar, morder, tragar y al hablar. Puede llevar a labios partidos y/o ampollas. También puede incrementar el riesgo de desarrollar decaimiento dental y otras infecciones bucales.

La gente contrae boca seca cuando las glándulas en la boca que producen la saliva no funcionan apropiadamente.

5.3.11.1 Causas que provocan Xerostomía

Causas potenciales incluyen:

Medicamento.- Más de 400 medicamentos pueden causar que las glándulas salivales produzcan menos saliva. Medicamentos para la presión arterial y la depresión frecuentemente causa boca seca.

Enfermedad.- Algunas enfermedades afectan las glándulas salivales. Todas las enfermedades como el síndrome de Sjögren, el VIH / SIDA, Diabetes, y la enfermedad de Parkinson pueden causar boca seca.

Terapia de radiación.- Las glándulas salivales pueden dañarse si se exponen a la radiación durante el tratamiento del cáncer.

Quimioterapia.- Medicamentos usado para tratar el cáncer puede crear saliva más gruesa, causando que la boca se sienta seca.

Daño a los nervios.- Lastimadura de cabeza o cuello puede dañar los nervios que indican a las glándulas salivales a crear saliva.

5.3.11.2 Tratamiento

El tratamiento depende en la causa de la boca seca. Se le culpa a los medicamentos, pregúntele a su médico sobre como reemplazarlos. También hay medicamentos que su médico puede sugerir para ayudar a las glándulas salivales a que funcionen mejor.

Otras cosas que pueden ayudar incluyen:

- El uso de saliva artificial u otros productos que se venden en farmacias
- El tomar suficientes líquidos
- Masticar chicle (goma de mascar) sin azúcar
- Evitar el tabaco, alcohol o comida picante.
- Recuerde, si tiene boca seca, necesita ser muy cuidadoso para mantener sus dientes saludables.”³⁴

5.3.12 Aftas Bucales

“Las aftas son heridas abiertas y benignas de la boca que aparecen como una ulcera de color blanco o amarillo en el centro y un área de color rojo vivo alrededor.

Las aftas dolorosas son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, se pueden presentar a cualquier edad, pero suelen hacer su primera aparición entre los 10 y 40 años de edad.

Las aftas suelen aparecer en la mucosa de la boca, en los carrillos, en los labios, en la lengua o en el paladar blando y la base de las encías. Suelen comenzar con una sensación de hormigueo o ardor seguido de una mancha o protuberancia roja que se ulcera y duele.

Si aparecen muchas aftas a la vez puede dar sensación de fiebre y malestar general.

³⁴ http://www.stayinginshape.com/4union/libv_espanol/p51s.shtml

Se desconoce la razón por la que aparecen, pero algunos expertos creen que pueden estar involucrados problemas del sistema inmunológico, el sistema de nuestro organismo que combate las enfermedades, las bacterias y los virus. La fatiga, el estrés o las alergias pueden aumentar sus probabilidades de contraer un afta. Las aftas suelen ser pequeñas y suelen curarse solas en una a tres semanas. Sin embargo, si tiene un afta grande (de más de 1 centímetro), puede que deba ser tratada con medicamentos. (Figura 16)

5.3.12.1 Cuidados

Evitar los alimentos picantes puede aliviar el dolor.

También puede ser beneficioso usar enjuagues bucales suaves o agua salada, o limpiar el afta con leche de magnesia o con una mezcla de agua y agua oxigenada.

No existe una forma comprobada de prevenir las aftas, pero si el adulto mayor las contrae a menudo, tome nota de lo que sea que pueda estar irritando su boca, y hable con su dentista o higienista dental.³⁵

³⁵ <http://www.veria.com/aphthous-mouth-ulcers.html>

CAPITULO VI

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 MÉTODOS

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La modalidad básica de la investigación será:

Bibliográfica.-Por cuanto para el desarrollo de esta investigación se recopiló información de libros, internet, etc.

De Campo.-Porque se realizó encuestas a los estudiantes de la escuela Antonio Neumane de Sancán que permitió recopilar información de primera mano, además se realizó observaciones sobre la higiene oral que presenten los estudiantes.

Cuasi Experimental.-Cuando la hipótesis es validada

6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratorio. Porque se consideró como el primer acercamiento científico a un problema específico.

Descriptiva. Porque se describió los problemas bucales relacionados a la escasa higiene oral de los estudiantes de la escuela Antonio Neumane de Sancán.

Analítica. Porque se evaluó la incidencia de higiene oral en los problemas bucales que afectan a los estudiantes de la escuela Antonio Neumane de Sancán

Sintética. Porque toda la información recopilada la cual medió el alcance de los objetivos se sintetizó mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva. Porque al final de la investigación se diseñó una propuesta.

6.2 TÉCNICAS

Esta investigación se realizara empleando diferentes técnicas como:

Encuestas dirigidas a los estudiantes de la escuela Antonio Neumane, así como Observación para determinar el nivel de higiene oral que presenten los estudiantes.

6.3 INSTRUMENTOS

Cuestionario de Preguntas

Ficha de Observación

6.4 RECURSOS

6.4.1 Materiales

Textos relacionados al tema de la investigación.

Fotocopias

Encuadernación

Materiales de Oficina

Suministro de Impresión

Viáticos

6.4.2 Talento Humano

Tutor de Tesis

Investigador

Estudiantes de la escuela Antonio Neumane de Sancán

6.4.3 Tecnológicos

Internet

Equipo de cómputo

Cámara fotográfica

Impresora

Memory

Cd

6.4.4 Económicos

La investigación tuvo un costo aproximado de \$ 327.50

6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.5.1 Población

La población la constituyen 273 estudiantes de la escuela Antonio Neumane de la Comuna Sancán del Cantón Jipijapa.

6.5.2 Tamaño de la Muestra

La muestra es de 83 estudiantes.

CAPITULO VII

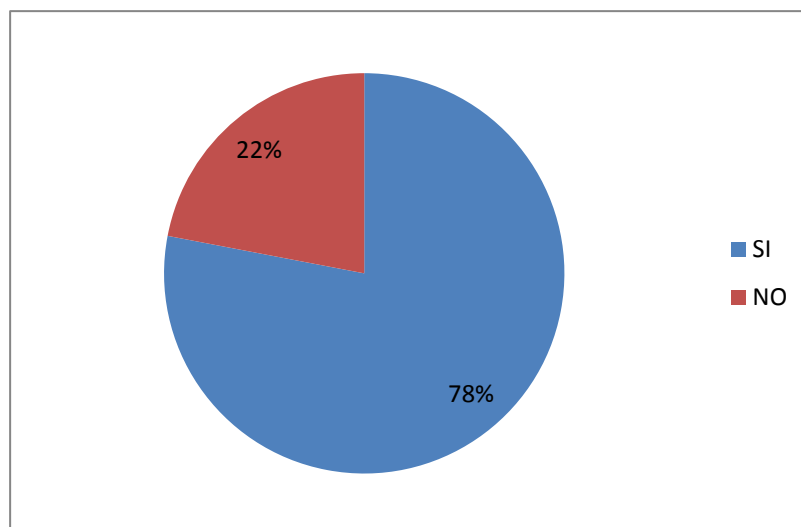
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA ANTONIO NEUMANE DE SANCÁN

GRAFICUADROS DE ENCUESTAS

GRAFICUADRO # 1

| Sus padres están pendientes del cuidado de la higiene de su boca | | |
|---|----|------|
| Si | 65 | 78% |
| No | 18 | 22% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

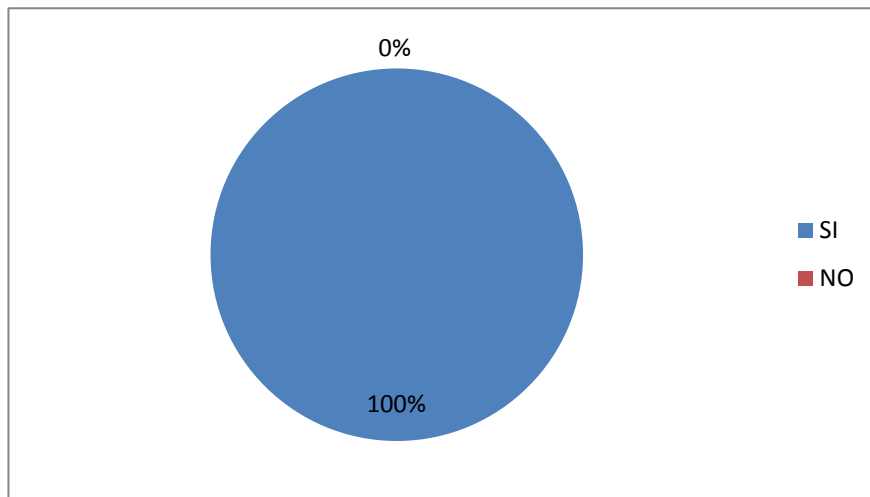
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: en el gráfico # 1 se puede observar que de los 83 estudiantes, el 78% sus padres si están pendiente del cuidado de la higiene bucal de sus hijos mientras que el 22% no están pendiente.

Según lo encuestado el 78% de los estudiantes indican que sus padres si están pendientes de la higiene oral, lo que sería lo más indicado según lo cita la página <http://www.salud.com/salud-dental/higiene-bucal-desde-chiquitos.asp>, **“La higiene de los dientes es muy importante desde que nuestros hijos son pequeños. Debemos estar pendientes y saber cómo proceder tanto en su higiene como en su educación dental desde el principio.”**

GRAFICUADRO # 2

| Les han enseñado a cepillarse los dientes | | |
|--|----|------|
| Si | 83 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

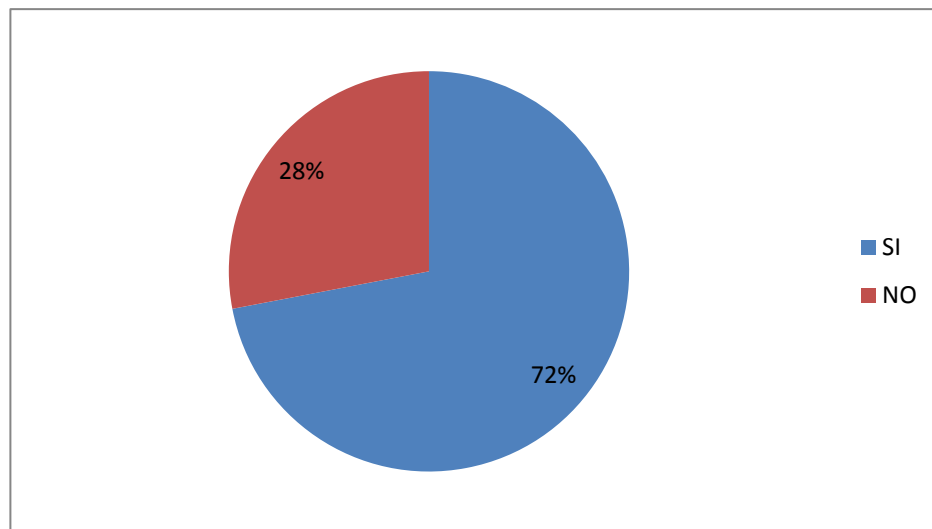
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: en el gráfico # 2 se puede observar que a los 83 estudiantes, si les han enseñado a cepillarse los dientes.

Según lo encuestado el 100% de los estudiantes si les han enseñado a cepillarse los dientes, pues esto es lo más lógico e indicado según lo cita Viviana Cortesi **“En los primeros años de vida (de 0 a 2-3 años) la higiene oral del niño corre a cargo de los padres, que pueden eliminar la placa y los residuos alimentarios utilizando una gasa estéril enrollada alrededor del dedo o bien una especie de dedil largo de goma suave con un cepillito terminal. Después para garantizar una adecuada higiene oral y con fines educativos, los padres deben ayudar al niño a cepillarse los dientes, al menos hasta los 6, años es decir, hasta que este adquiere cierta destreza manual.”**

GRAFICUADRO # 3

| Se cepillan sus dientes después de cada comida | | |
|--|----|------|
| Si | 60 | 72% |
| No | 23 | 28% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

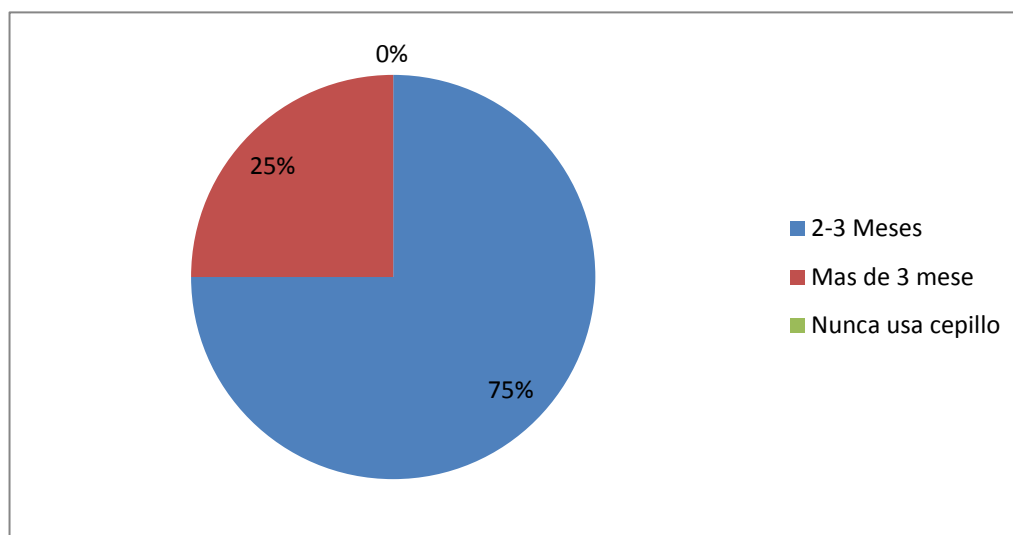
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 3 se puede observar que de los 83 estudiantes el 72% se cepillan sus dientes después de cada comida mientras que el 28% restante no se cepillan los dientes después de cada comida.

Se pudo evidenciar que el 72% de los estudiantes encuestados si se cepillan los dientes después de cada comida que es lo recomendable según lo cita Julio Barrancos Mooney **“un cepillado realizado adecuadamente es suficiente para mantener la salud del diente siempre y cuando la frecuencia de hidratos de carbono sea de tres veces al día, y sobre todo es conveniente realizarlo después de la cena debido a que durante el sueño disminuye el flujo salival y otros mecanismos fisiológicos de autolimpieza.”**

GRAFICUADRO # 4

| Cada qué tiempo usted cambia de cepillo dental | | |
|--|----|------|
| 2-3 Meses | 62 | 75% |
| Más de 3 meses | 21 | 25% |
| Nunca usa cepillo | 0 | 0% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

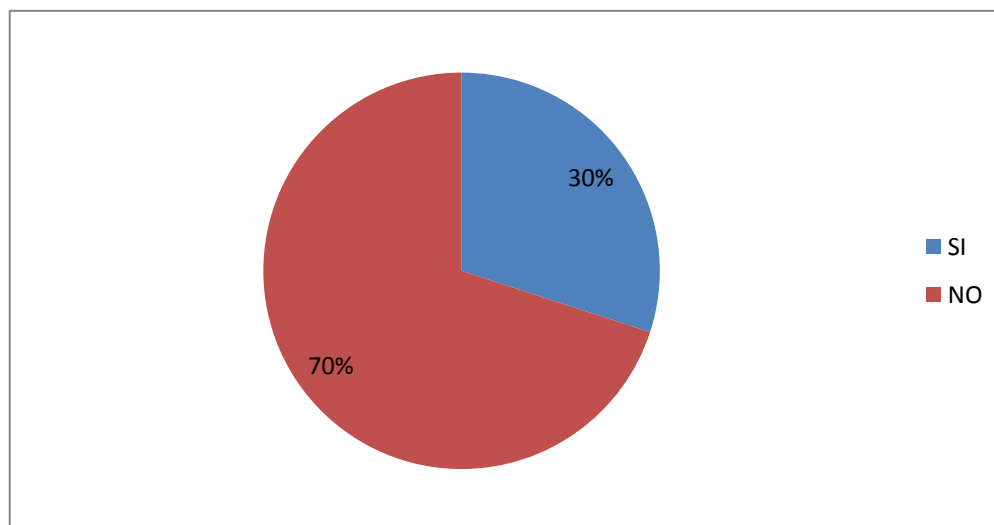
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico #4 se puede observar que de los 83 estudiantes encuestados el 75% de ellos cambian de cepillo dental cada 2-3 meses, y el 25% cambian de cepillo dental más de 3 meses.

Según lo encuestado el 75% de los estudiantes si cambian de cepillo cada 2-3 meses que sería lo ideal según lo cita la página www.monografias.com/higiene-de-boca“**el cepillo es necesario remplazarlo cada mes a tres meses en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.**”

GRAFICUADRO #5

| Utiliza usted enjuagues bucales | | |
|---------------------------------|----|------|
| Si | 25 | 30% |
| No | 58 | 70% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

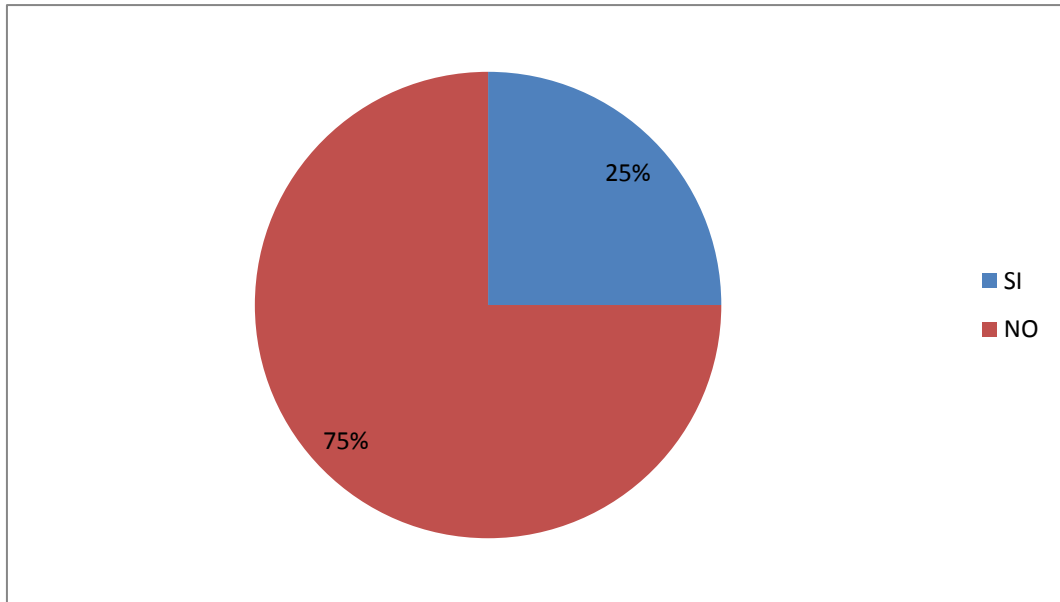
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico #5 se puede observar que de los 83 estudiantes el 30% de los estudiantes encuestados si utilizan enjuagues bucales, mientras que el 70% no utiliza enjuague bucal.

Según lo encuestado el 30% de los estudiantes encuestados si utilizan enjuague bucal como mantenimiento integral de su boca, que es lo indicado según lo cita la página www.wikipedia.org/enjuague-bucal, **“el enjuague suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.”**

GRAFICUADRO # 6

| Usa hilo dental | | |
|------------------------|----|------|
| Si | 21 | 25% |
| No | 62 | 75% |
| Total | 83 | 1005 |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

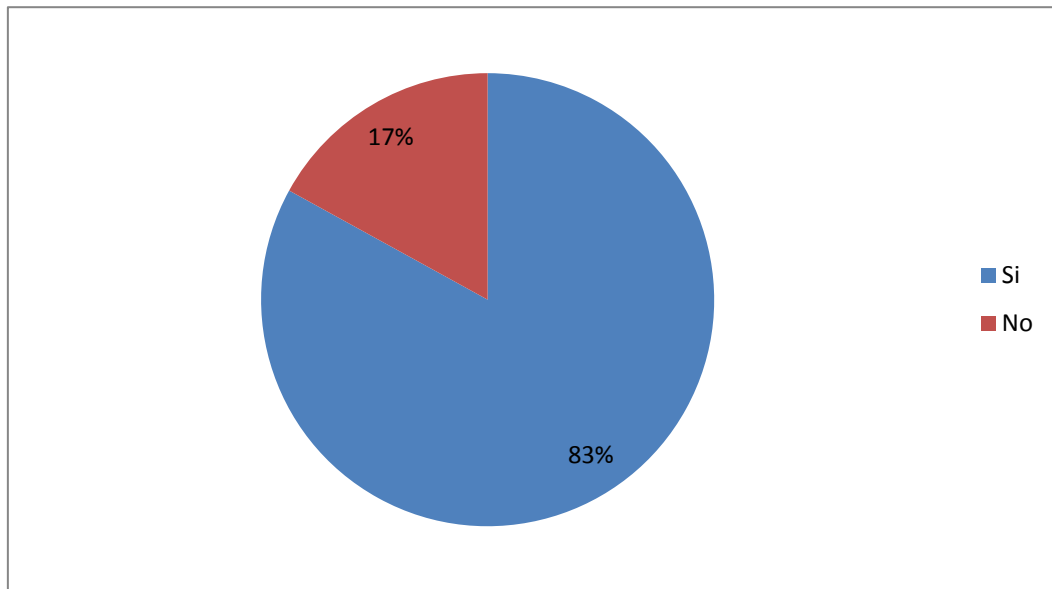
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 6 se pudo observar que de los 83 estudiantes encuestados el 25% de ellos si utilizan hilo dental, mientras que el 75% de los estudiantes no hace uso del hilo dental.

Según lo encuestado solo el 25% de los estudiantes utilizan hilo dental que sería lo indicado para complementar una correcta limpieza e higiene de la boca según lo cita Viviana Cortesi, **“El hilo dental se utiliza para eliminar la placa de las superficies interproximales y debe utilizarse al menos una vez al día (preferiblemente después de la cena) para prevenir y reducir la aparición de caries interproximales e inflamaciones gingivales.”**

GRAFICUADRO # 7

| Ha recibido charlas de cómo cuidar sus dientes | | |
|--|----|------|
| Si | 60 | 83% |
| No | 14 | 17% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

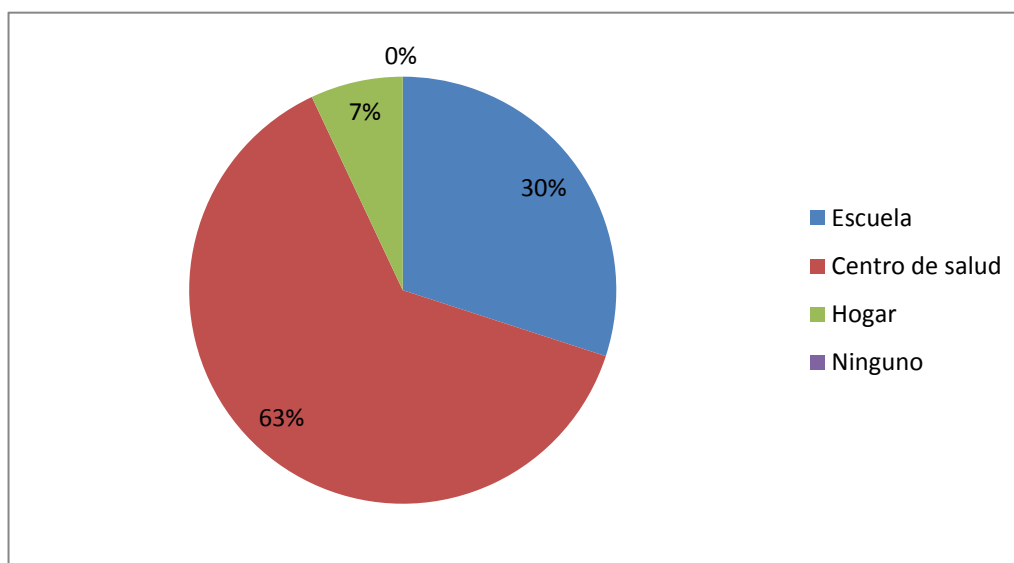
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 7 se puede observar que de los 83 estudiantes encuestados el 83% si ha recibido charlas de cómo cuidar sus dientes, mientras que el 17% restante no ha recibido charlas de cómo preservar sus dientes.

Según lo encuestado el 83% de los estudiantes si ha recibido charlas de cómo cuidar sus dientes lo que es lo más recomendable para el mantenimiento de sus dientes según lo cita la página www.poetamontianoplaceres.blogspot.com, **“Es importante también en cuanto a la higiene oral del niño el dar charlas a los niños, sobre la importancia de la higiene bucal y la necesidad de crear el hábito de hacer limpieza diaria de sus dientes, ya que conservar las piezas dentarias hasta su caída natural es fundamental para que la dentadura esté correctamente ubicada en la boca.”**

GRAFICUADRO # 8

| Donde recibió las charlas de higiene oral | | |
|--|----|------|
| Escuela | 25 | 30% |
| Centro de salud | 52 | 63% |
| Hogar | 6 | 7% |
| Ninguno | 0 | 0% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

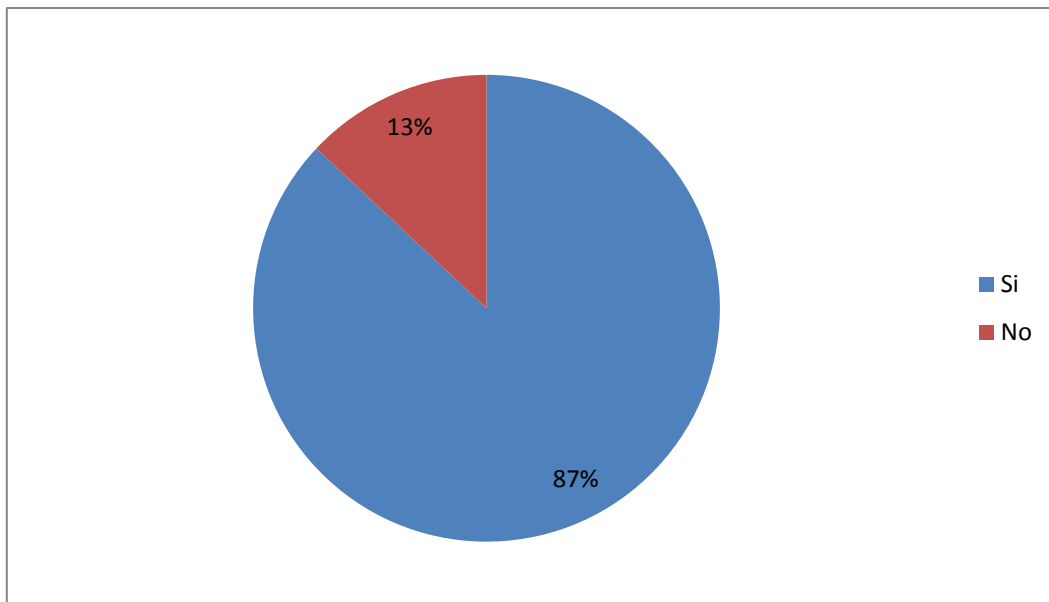
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 8 se puede observar que el 63% de los estudiantes ha recibido charlas de higiene oral en el centro de salud, el 30% ha recibido charlas de higiene oral en la escuela y el 7% restante las ha recibido en sus casas.

Según lo encuestado los 83 estudiantes han recibido charlas de higiene oral, el 63% la recibió en el centro de salud, el 30% en la escuela y el 7% en su hogar lo que sería beneficioso para la conservación de su higiene oral según lo cita la página www.colgatecentralamerica.com, **“las charlas educativas se las debe brindar con el objetivo principal de involucrar a todas las personas a que promuevan la necesidad de cuidar una de las partes más importantes del cuerpo, como lo es la boca.”**

GRAFICUADRO # 9

| Ha ido alguna vez al odontólogo | | |
|---------------------------------|----|------|
| Si | 72 | 87% |
| No | 11 | 13% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

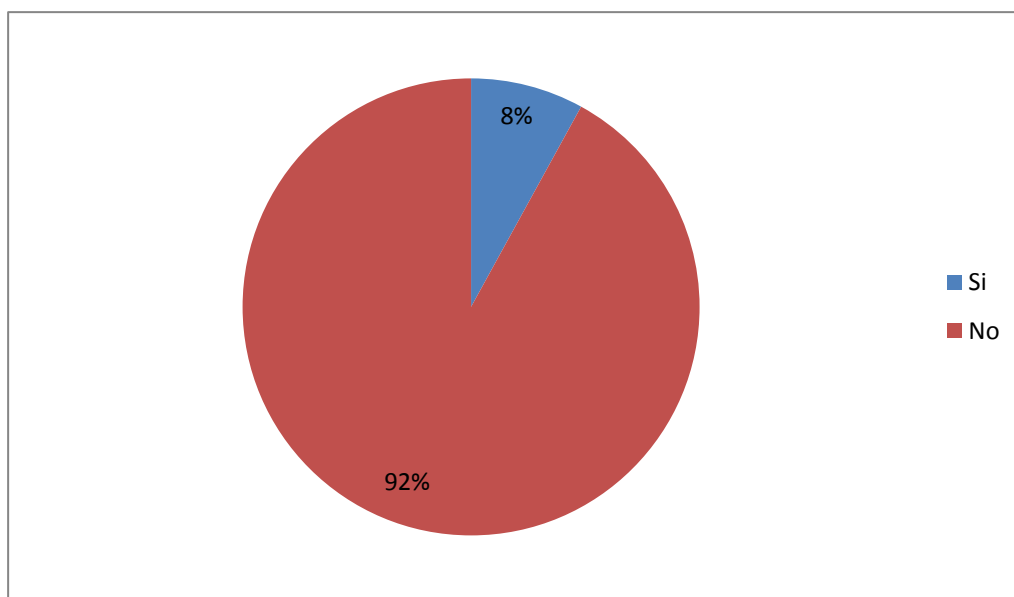
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 9 se puede observar que el 87% de los estudiantes encuestados si han asistido al odontólogo, mientras que el 13% de los estudiantes no han asistido al odontólogo.

Según lo encuestado el 87% de los estudiantes si han asistido al odontólogo lo cual sería lo más indicado, asistiendo al menos una vez al año, para evitar alteraciones en su higiene bucal y sus piezas dentales según lo cita Viviana Cortesi **“Es una tarea fundamental insistir a los padres y a los pequeños pacientes sobre la importancia de las visitas periódicas de control que han de realizarse cada 3-6 meses, con el objeto de que el odontopediatra pueda controlar el desarrollo esquelético y dental y diagnosticar en una fase precoz, la aparición de caries, de patología periodontal, ortodoncia, etc.”**

GRAFICUADRO # 10

| Ha presentado mal aliento | | |
|----------------------------------|----|------|
| Si | 7 | 8% |
| No | 76 | 92% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

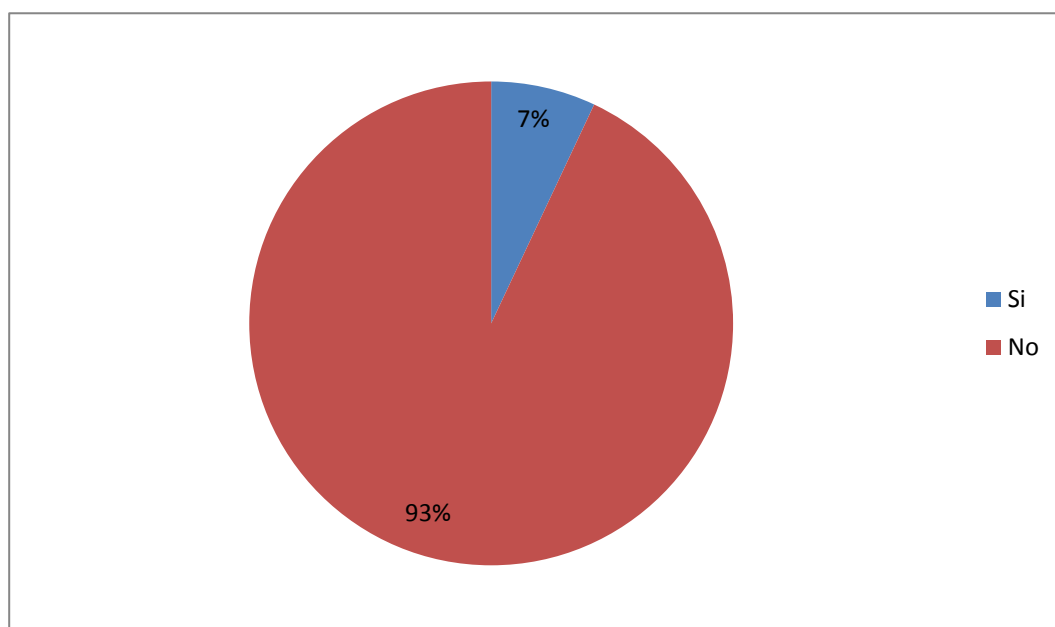
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 10 se puede observar que de los 83 estudiantes encuestados el 92% no ha presentado mal aliento, mientras que el 8% de ellos si ha presentado mal aliento.

Según lo encuestado el 92% de los estudiantes no presentan mal aliento, que sería lo más lógico en este caso para evitar infecciones y complicaciones de la salud en general y mantener así una buena higiene bucal según lo cita la página www.monografias.com/higiene-de-boca **“La halitosis puede ser también un síntoma de ciertas enfermedades que afectan a todo el organismo, como una enfermedad del hígado, insuficiencia renal o una enfermedad de los pulmones o de la boca. Pero la causa principal es, sin duda alguna, la combinación de residuos alimentarios entre los dientes y una mala o escasa higiene bucal, la cual crea un buen caldo de cultivo para las bacterias y, por tanto, para las infecciones.”**

GRAFICUADRO # 11

| Ha presentado sequedad de la boca | | |
|--|----|------|
| Si | 6 | 7% |
| No | 77 | 93% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

Realizado por: Andrés Ayón Ponce

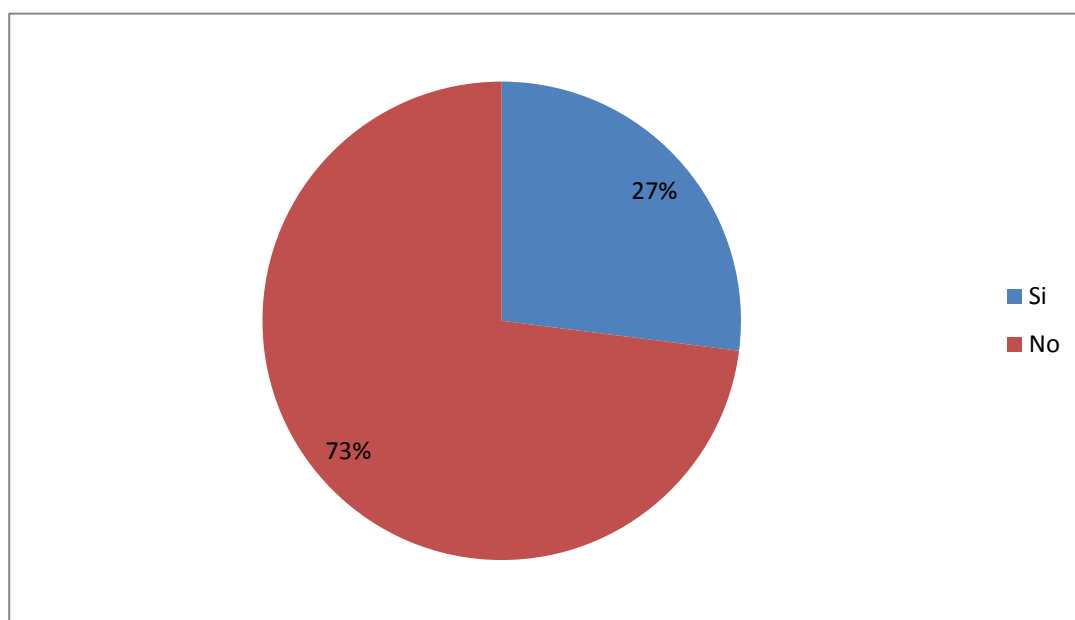
Análisis e Interpretación: En el gráfico # 11 se puede observar que el 7% de los estudiantes si ha presentado sequedad de la boca, mientras que el 93% de los estudiantes encuestados no ha presentado sequedad de la boca.

Según lo encuestado el 93% de los estudiantes no ha presentado sequedad de la boca lo que significa que los estudiantes presentan un correcto funcionamiento de su boca y glándulas salivales según lo cita la página www.monografias.com/higiene-bucal
“La boca seca puede tener serios efectos secundarios. Puede causar dificultad al probar, morder, tragar y al hablar. Puede llevar a labios partidos y/o ampollas. También puede incrementar el riesgo de desarrollar decaimiento dental y otras infecciones bucales.

La gente contrae boca seca cuando las glándulas en la boca que producen la saliva no funcionan apropiadamente.”

GRAFICUADRO # 12

| Ha sufrido de llagas bucales | | |
|-------------------------------------|----|------|
| Si | 22 | 27% |
| No | 61 | 73% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

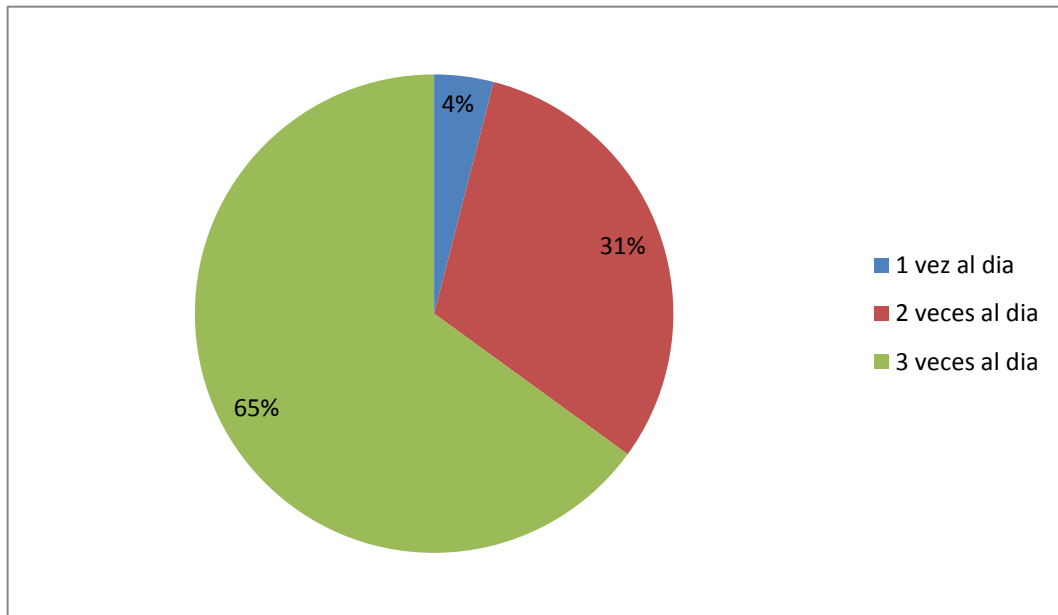
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 12 se puede observar que de los 83 estudiantes encuestados el 27% si ha sufrido de llagas bucales, mientras que el 73% restante no ha sufrido de llagas bucales.

Según lo encuestado el 73% de los estudiantes no han sufrido de llagas bucales, lo que indica que este porcentaje de estudiantes mantiene una buena higiene oral, así como una correcta salud en general, como lo indica la página www.tuotromedico.com/aftas_bucales **“Se desconoce la razón por la que aparecen, pero algunos expertos creen que pueden estar involucrados problemas del sistema inmunológico, el sistema de nuestro organismo que combate las enfermedades, las bacterias y los virus. La fatiga, el estrés o las alergias pueden aumentar sus probabilidades de contraer un afta. Las aftas suelen ser pequeñas y suelen curarse solas en una a tres semanas.”**

GRAFICUADRO # 13

| Cuántas veces al día cepilla sus dientes | | |
|---|----|------|
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2 veces al día | 26 | 31% |
| 3 veces al día | 54 | 65% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

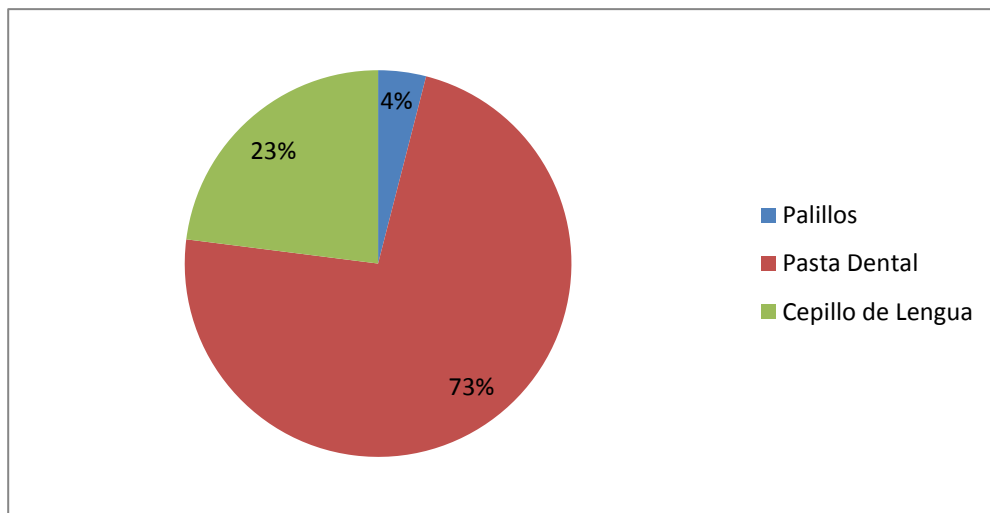
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 13 se puede observar que de los 83 estudiantes encuestados el 4% se cepilla los dientes una vez al día, el 31% se cepilla los dientes dos veces al día, mientras que el 65% se cepilla los dientes tres veces al día.

Según lo encuestado solo el 65% de los estudiantes encuestados se cepillan los dientes tres veces al día, lo cual es lo recomendable para mantener una buena higiene oral como lo cita la página www.odontomarketing.com/bocasana **“Siempre hemos sabido que nos debemos cepillar los dientes, por lo menos 3 veces al día para mantener una correcta higiene bucal”**

GRAFICUADRO # 14

| Aparte del cepillado dental que otras medidas utiliza para una buena higiene oral | | |
|--|----|------|
| Palillos | 3 | 4% |
| Pasta Dental | 61 | 73% |
| Cepillo de Lengua | 19 | 23% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 14 se puede observar que de los 83 estudiantes encuestados el 4% utilizan los palillos como medida preventiva para una buena higiene oral, el 23% utiliza el cepillo de lengua como medida preventiva para una buena higiene oral, y el 73% utiliza la pasta dental como medida preventiva para una buena higiene oral.

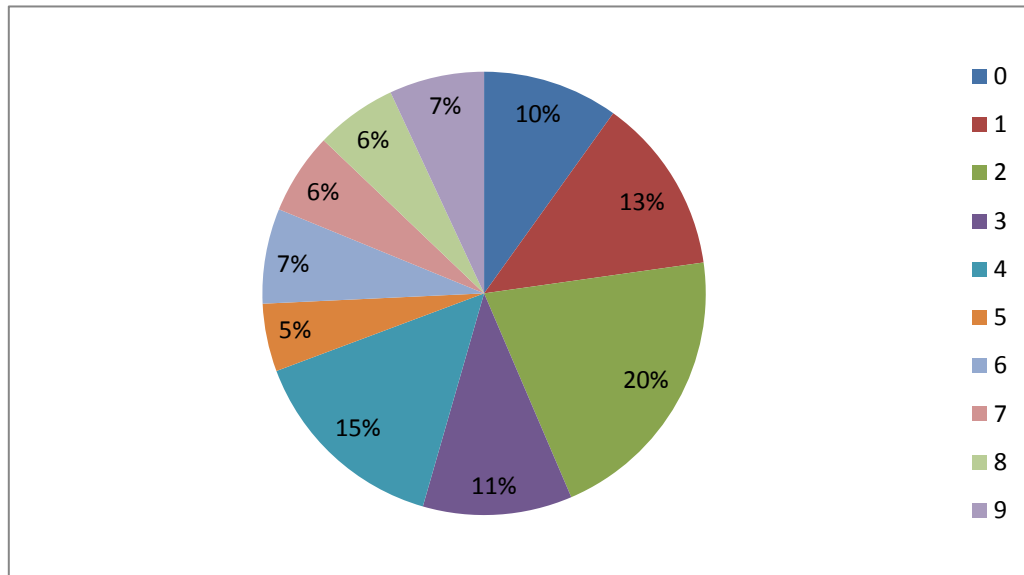
Según lo encuestado los 83 estudiantes utilizan diferentes medidas preventivas para complementar y mantener una buena higiene oral que es lo más indicado según lo cita la página www.monografias.com/higiene-de-boca **“Además del cepillado dental es necesario utilizar medios auxiliares para complementar una buena higiene oral como palillos, hilo dental, pasta dental, cepillo de lengua”**

7.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

GRAFICUADROS DE HISTORIAS CLÍNICAS ÍNDICE

EPIDEMIOLOGICO C.P.O GRAFICUADRO # 1

| Cariados | | |
|-----------------|------------|------|
| Grados | Frecuencia | % |
| 0 | 8 | 10% |
| 1 | 11 | 13% |
| 2 | 17 | 20% |
| 3 | 9 | 11% |
| 4 | 12 | 15% |
| 5 | 4 | 5% |
| 6 | 6 | 7% |
| 7 | 5 | 6% |
| 8 | 5 | 6% |
| 9 | 6 | 7% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

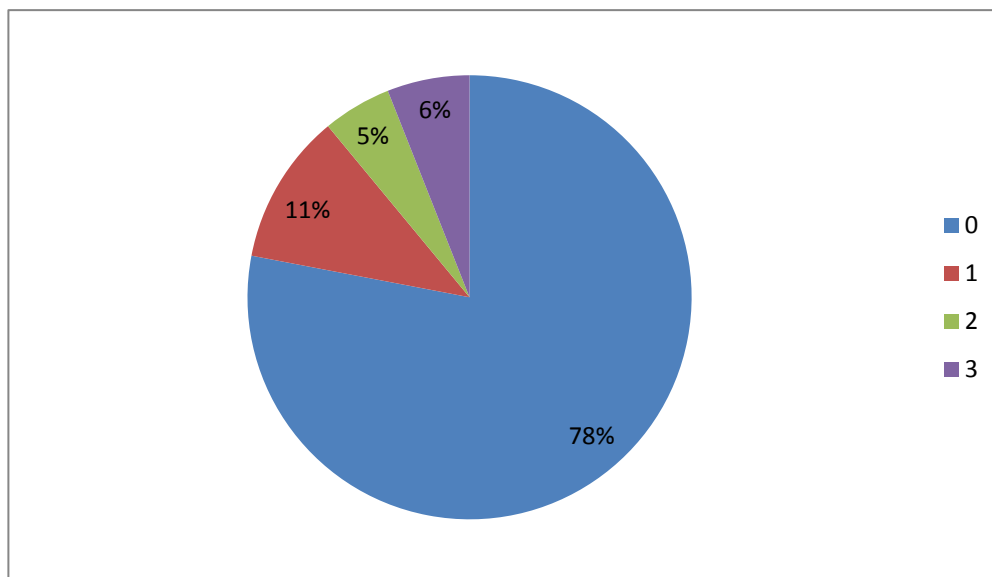
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 1 se puede observar que de los 83 estudiantes a los que se les realizó la historia clínica un 10% de ellos obtuvo cero caries, un 13% obtuvo una caries, el 20% obtuvo dos caries, el 11% obtuvo tres caries, el 15% obtuvo cuatro caries, el 5% obtuvo 5 caries, el 7% obtuvo seis caries, el 6% obtuvo siete caries, el otro 6% obtuvo ocho caries y el 7% restante obtuvo nueve caries.

De acuerdo a las historias clínicas el 90% de los estudiantes, unos en mayor porcentaje que otros presentan sus piezas dentales permanentes afectadas con caries.

GRAFICUADRO # 2

| Perdidos | | |
|-----------------|------------|------|
| Grados | Frecuencia | % |
| 0 | 65 | 78% |
| 1 | 9 | 11% |
| 2 | 4 | 5% |
| 3 | 5 | 6% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

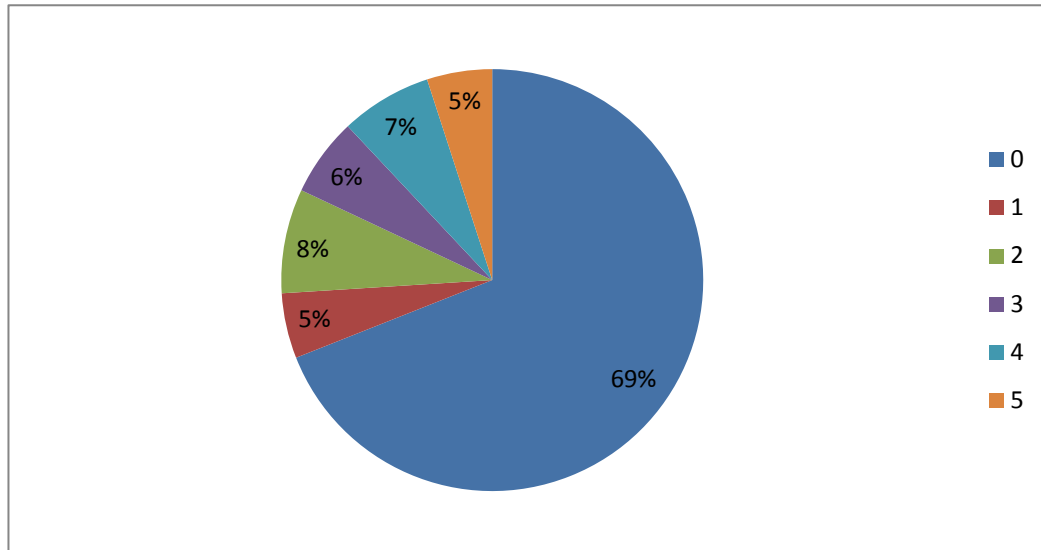
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 2 se puede observar que de los 83 estudiantes a los cuales se les realizó la historia clínica, el 78% presentan cero piezas perdidas, el 11% presentan una pieza perdida, el 5% presentan dos piezas perdidas, y el 6% restante presenta tres piezas perdidas.

De acuerdo a las historias clínicas, el 22% de los estudiantes encuestados presentan piezas dentales permanentes perdidas, del mismo modo unos en mayor proporción que otros.

GRAFICUADRO # 3

| Obturados | | |
|------------------|-------------------|----------|
| Grados | Frecuencia | % |
| 0 | 57 | 69% |
| 1 | 4 | 5% |
| 2 | 7 | 8% |
| 3 | 5 | 6% |
| 4 | 6 | 7% |
| 5 | 4 | 5% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el grafico # 3 se puede observar que de los 83 estudiantes a los cuales se les realizo la historia clínica, el 69% presentan cero piezas dentales obturadas, el 5% presentan una pieza obturada, el 8% presentan dos piezas obturadas, el 6% presentan tres piezas obturadas, el 7% presentan cuatro piezas obturadas, y el otro 5% restante presentan cinco piezas obturadas.

De acuerdo a las historias clínicas el 31% de los estudiantes presentan sus piezas dentales permanentes obturadas, es decir que en dichas piezas dentales existió algún proceso carioso y fue tratado.

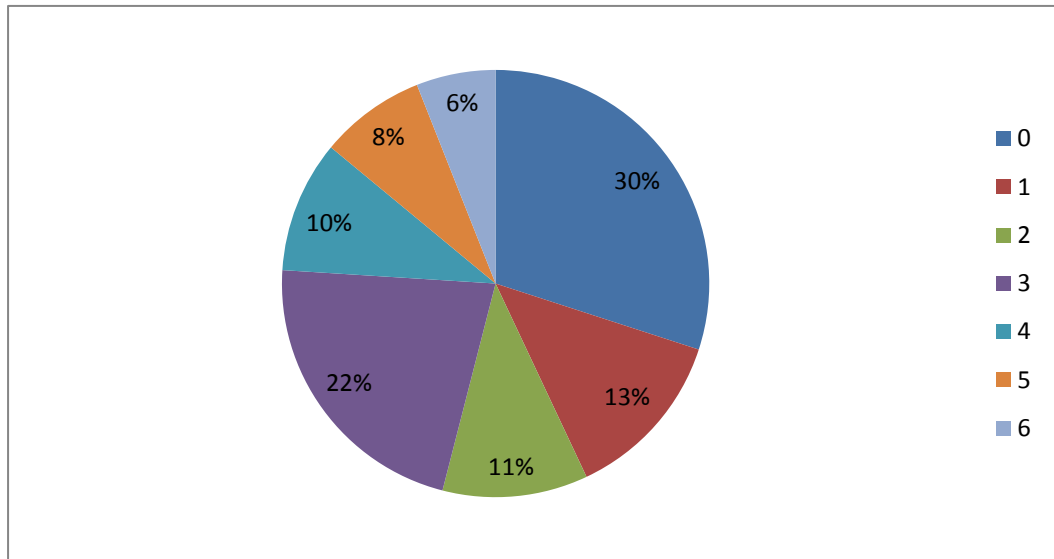
7.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

GRAFICUADROS DE HISTORIAS CLÍNICAS

ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO c.e.o

GRAFICUADRO # 1

| Cariados | | |
|-----------------|-------------------|----------|
| Grados | Frecuencia | % |
| 0 | 25 | 30% |
| 1 | 11 | 13% |
| 2 | 9 | 11% |
| 3 | 18 | 22% |
| 4 | 8 | 10% |
| 5 | 7 | 8% |
| 6 | 5 | 6% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

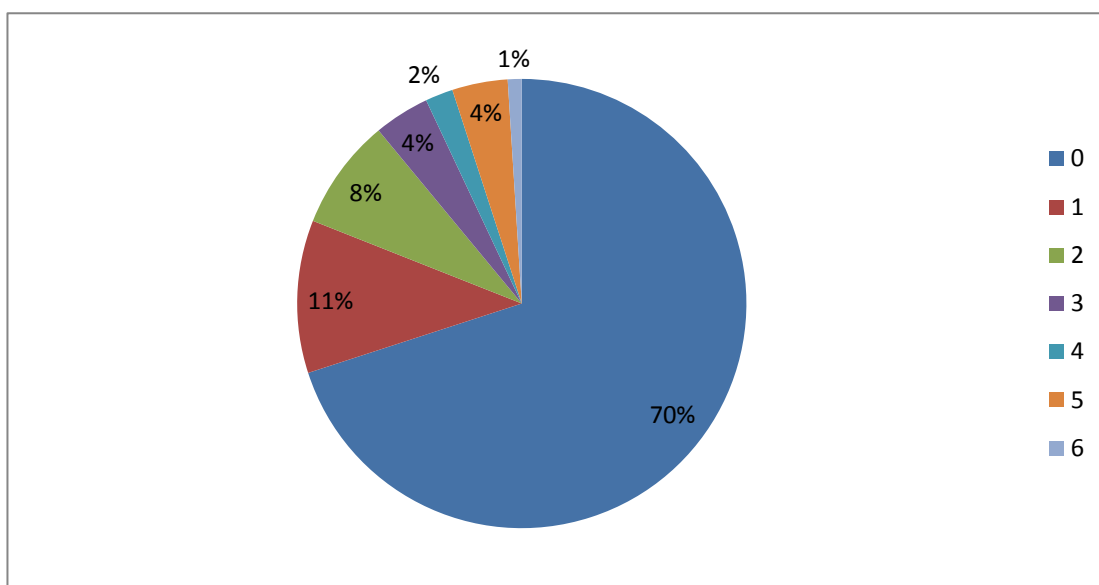
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el grafico # 1 se puede observar que de los 83 estudiantes a los cuales se les realizo la historia clínica un 30% de ellos obtuvo cero caries, un 13% obtuvo una caries, el 11% obtuvo dos caries, el 22% obtuvo tres caries, el 10% obtuvo cuatro caries, el 8% obtuvo cinco caries, y el 6% obtuvo seis caries.

De acuerdo a las historias clínicas el 70% de los estudiantes, unos en mayor porcentaje que otros, presentan sus piezas dentales temporarias afectadas con caries.

GRAFICUADRO # 2

| Extraídos | | |
|------------------|-------------------|----------|
| Grados | Frecuencia | % |
| 0 | 58 | 70% |
| 1 | 9 | 11% |
| 2 | 7 | 8% |
| 3 | 3 | 4% |
| 4 | 2 | 2% |
| 5 | 3 | 4% |
| 6 | 1 | 1% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

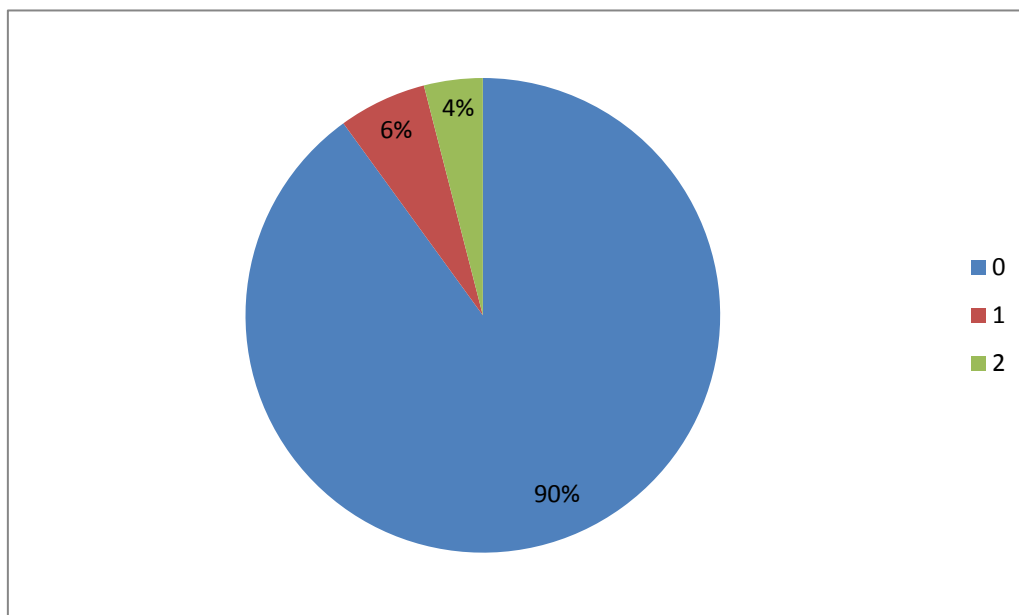
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 2 se puede observar que de los 83 estudiantes a los que se les realizó la historia clínica el 70% presenta cero piezas extraídas, el 11% presenta una pieza extraída, el 8% presenta dos piezas extraídas, el 4% presenta tres piezas extraídas, el 2% presenta cuatro piezas extraídas, el 4% presenta cinco piezas extraídas, y el 1% restante presenta seis piezas extraídas.

De acuerdo a las historias clínicas el 30% de los estudiantes, de igual manera unos en mayor proporción que otros, presentan sus piezas dentales temporarias extraídas.

GRAFICUADRO # 3

| Obturados | | |
|------------------|-------------------|-------------|
| Grados | Frecuencia | % |
| 0 | 75 | 90% |
| 1 | 5 | 6% |
| 2 | 3 | 4% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

Realizado por: Andrés Ayón Ponce

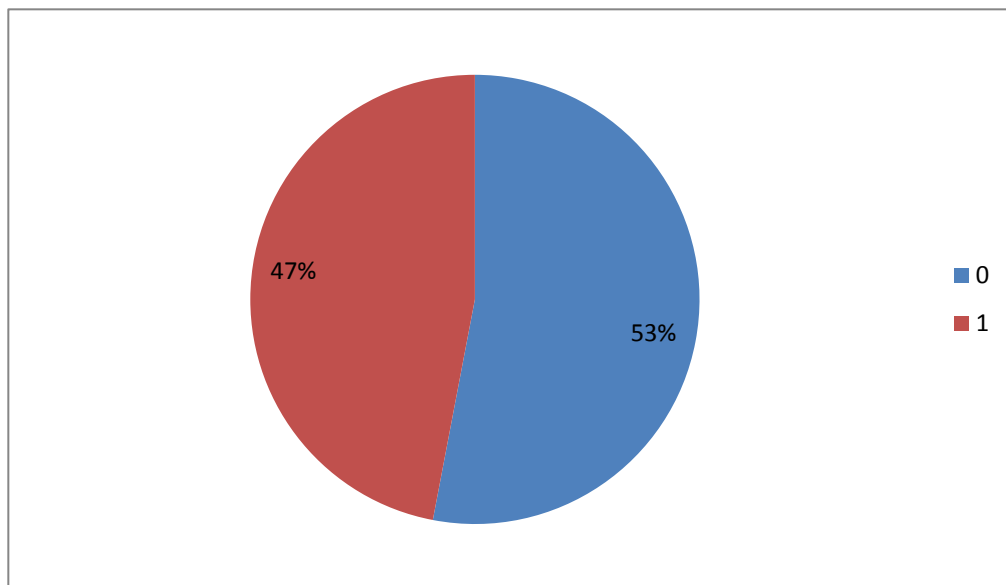
Análisis e Interpretación: En el grafico # 3 se puede observar que de los 83 estudiantes a los cuales se les realizo la historia clínica el 90% presentan cero piezas dentales obturadas, 6% presenta 1 pieza dental obturada, y el 4% restante presenta dos piezas dentales obturadas.

De acuerdo a las historias clínicas el 10% de los estudiantes presentan sus piezas dentales temporarias obturadas.

7.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS GRAFICUADROS DE HISTORIAS CLÍNICAS

INDICADORES DE SALUD BUCAL- GRAFICUADRO # 1

| Placa | | |
|--------|------------|------|
| Grados | Frecuencia | % |
| 0 | 44 | 53% |
| 1 | 39 | 47% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas realizadas a los estudiantes entre 10-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

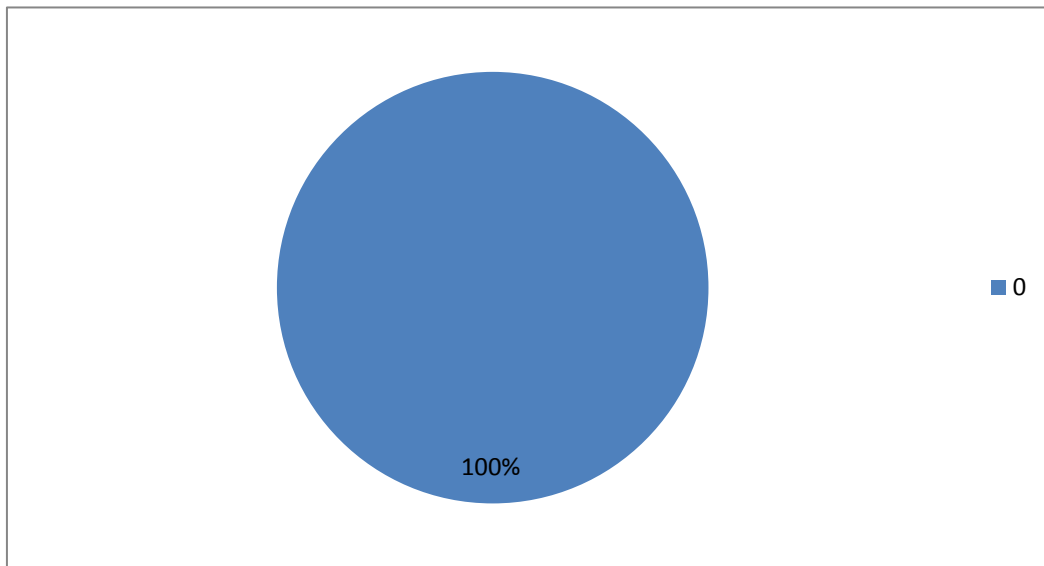
Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el grafico # 1 se puede observar que de los 83 estudiantes que se les realizo la historia clínica el 53% presentan grado 0 en cuanto al nivel de placa, mientras que el 47% restante presenta el grado 1 en cuanto al nivel de placa.

De acuerdo a las historias clínicas el 47% de los estudiantes presentan un nivel de placa grado 1, índice que se debería eliminar para mantener una correcta adecuada higiene oral.

GRAFICUADRO # 2

| Calculo | | |
|---------|------------|------|
| Grados | Frecuencia | % |
| 0 | 83 | 100% |
| Total | 83 | 100% |



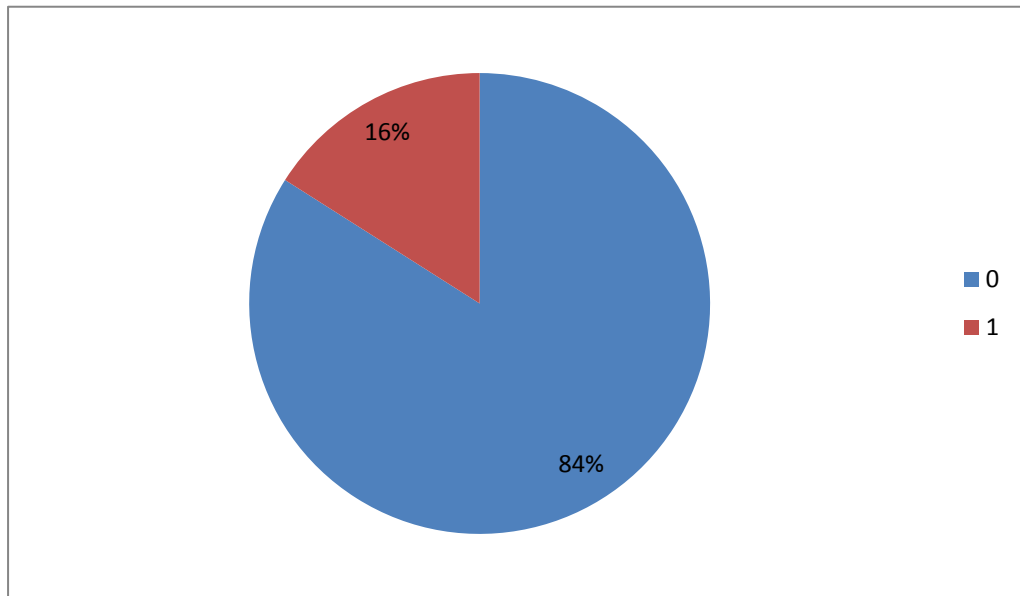
Fuente: Historias Clínicas realizadas a los estudiantes entre 10-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el grafico # 2 se puede observar que de los 83 estudiantes a los cuales se les realizo la historia clínica en el 100% de ellos hay ausencia de cálculo dental.

GRAFICUADRO # 3

| Gingivitis | | |
|-------------------|-------------------|-------------|
| Grados | Frecuencia | % |
| 0 | 70 | 84% |
| 1 | 13 | 16% |
| Total | 83 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas realizadas a los estudiantes entre 11-12 años del Centro Educativo Antonio Neumane

Realizado por: Andrés Ayón Ponce

Análisis e Interpretación: En el gráfico # 3 se puede observar que de los 83 estudiantes a los cuales se les realizó la historia clínica el 84% no presenta gingivitis, mientras que el 16% restante si presenta gingivitis.

CONCLUSIONES

De acuerdo a las encuestas y observaciones realizadas se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- A menor higiene bucal mayor índice de CPO y ceo.
- Se comprobó que un porcentaje mayor de niños 70% y 62% respectivamente no utiliza enjuague ni hilo dental, como medida complementaria de higiene oral.
- Se evidenció que los estudiantes no practican los hábitos de higiene oral (como es el cepillarse los dientes al menos tres veces al día, todos los días, el uso de enjuagues bucales, la visita periódica al dentista) lo que ocasiona un aumento de problemas bucales.
- Se analizó también que la técnica de cepillado de los estudiantes no es la correcta, para el mantenimiento de una buena higiene oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrancos Monney. (2006), Operatoria Dental, Buenos Aires, Argentina, Editorial Medica Panamericana.
2. Barrios Gustavo. (2004), Odontología, Colombia, Editar LTDA
3. Bertha Y. Higashida, (2009) Odontología Preventiva, Capitulo 9, Medidas Preventivas en Odontología, pp. 145 – 154; Segunda Edición, Mc.Graw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.; México.
4. Cuenca Sala Emily, (2005), Odontología Preventiva, España, Editorial Mansson S.A
5. Cawson R.A., (2009), Medicina y Patología Oral, Barcelona, España, Elsevier.
6. Cortesi Viviana, (2008), Manual para el auxiliar de Odontología, España, Elsevier.
7. Laserna Santos Vicente, (2008), Higiene Dental Personal Diaria, Victoria BC, Canadá, Trafford Publishing.
8. www.poetamontianoplaceres.blogspot.com
9. www.colgatecentralamerica.com
10. www.solonosotras.com
11. http://www.geosalud.com/saluddental/Higiene_Oral.htm
12. www.odontomarketing/bocasana
13. www.salud.com/salud-dental/higiene-bucal-desde-chiquitos.asp
14. <http://www.lular.info/a/belleza/2010/08/Que-es-la-higiene-oral.html>
15. <http://www.monografias.com>
16. <http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>
17. <http://www.monografias.com/trabajos904/cambios-valoracion-odontologico/cambios-valoracion-odontologico2.shtml>
18. <http://www.perio.org/consumer/children.sp.htm>.

PROPUESTA ALTERNATIVA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

TITULO

“Capacitación sobre higiene bucal dirigido a los niños de la escuela Antonio Neumane de la comuna Sancán del cantón Jipijapa”

ENTIDAD EJECUTORA

Escuela Antonio Neumane de Sancán

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

De Tipo Educativo

LOCALIZACIÓN Y LÍMITES

La escuela Antonio- Neumane se encuentra localizada en la Comuna Sancán del Cantón Jipijapa de la Provincia de Manabí

2. JUSTIFICACIÓN

En calidad de egresado de la facultad de odontología he creído prioritario efectuar un proyecto de implementación de un programa educativo sobre higiene bucal dirigido a los niños de la escuela Antonio Neumane de Sancán que permita disminuir el índice de enfermedades bucales frecuentes en los niños de dicha institución.

En el ámbito humano y contemporáneo podemos decir que todo lo que implica aplicar normas y procedimientos correctos para mejorar los hábitos de higiene bucal, es beneficioso, por lo que, al ejecutar este proyecto, espero que la propuesta de acción logre un impacto positivo y productivo en cuanto a cambios de conducta en lo

referente a la problemática, y concienciar a los estudiantes para evitar la presencia de enfermedades bucodentales y que junto a la familia, la sociedad y el estado realicemos la aplicación adecuada de los conocimientos adquiridos en beneficio de todos.

Razón por la cual en este contexto para este proyecto, los beneficiarios corresponden a los estudiantes de la escuela Antonio Neumane de Sancán.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La escuela fiscal mixta “Antonio Neumane” de la Comuna Sancán, se inició como particular y municipal “Sin Nombre” en el año de 1929 con 12 alumnos, para el año de 1964 pasa a convertirse en municipal “Sin Nombre”. Por las gestiones realizadas con los moradores se logró fiscalizar la escuela siendo su primera profesora la señora Elvia Núñez, quien más tarde agilizo los trámites legales para lograr el nombre de “Antonio Neumane” el que hasta la presente tiene.

A medida que las necesidades educativas de la comunidad se fueron multiplicando, hubo la necesidad de incrementar el número de profesores para satisfacer la demanda educativa.

En noviembre de 1972 el señor José Bermúdez Rodríguez reemplaza a la señora Elvia Núñez, quien se entregó al trabajo comunitario, y logro la organización de la comuna, consiguiéndole vida jurídica, así como también ciertos servicios básicos, tales como el fluido eléctrico, y dentro del servicio médico comunitario el seguro social campesino, debido al crecimiento del sitio y la población estudiantil.

La institución cuenta además con un dispensario del seguro campesino, donde las personas afiliadas a él son las únicas que tienen oportunidad de hacer tratar a sus hijos.

En las pocas ocasiones que por gestión de las autoridades del plantel se han tratado a los estudiantes en el mencionado dispensario, donde se les han brindado charlas

únicamente una vez al año, se les ha donado cepillos dentales y vasos; pero esto no ha sido suficiente para que ellos asuman con responsabilidad el control de la higiene bucal.

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Mejorar la higiene bucal de los niños de la escuela Antonio Neumane de la Comuna Sancán

Objetivos Específicos:

- Incentivar a los niños que acudan a las Charlas Educativas sobre higiene bucal.
- Lograr que los niños sean partícipes activos dentro de la capacitación..

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Para que esta propuesta pueda llevarse a cabo, es necesaria de la colaboración no solo de los niños, sino también de los profesores y comunidad en general.

El problema detectado en la escuela Antonio Neumane de Sancán es el desconocimiento de hábitos de higiene bucal, que es lo que impulsa a la realización de esta propuesta.

Esta propuesta tiene como finalidad que los niños, tomen conciencia de que las enfermedades bucales afectan a gran parte de la población de niños de esta comuna, y dediquen más tiempo a la enseñanza-aprendizaje de la higiene oral.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de este proyecto son los niños de la escuela Antonio Neumane de la Comuna Sancán que viven en esta Comuna y son de escasos recursos económicos, mismos que anteriormente se les realizó el diagnóstico.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

El desarrollo de este proyecto se basa en dos etapas:

En la primera etapa se recopilará toda la información necesaria sobre los temas a tratar en las charlas y que irán también en el tríptico, información de la cual se sacaran copiadados, con una buena redacción y fácil entendimiento, lo que se llevara a cabo durante la primera semana del mes de diciembre del 2010

Teniendo recopilada la información se procedió a la realización de la socialización del proyecto a la directora de dicha institución y a la elaboración del plan de charlas que se les dará a los estudiantes con ayuda de la misma, esto se realizó la segunda semana del mes de diciembre.

Los temas a tratar serán:

- Conocimiento de la Enfermedades Bucales más frecuentes y sus consecuencias.
- Técnicas de Cepillado
- Uso del Hilo Dental y Enjuagues Bucales
- Tratamientos Preventivos

Por motivos de fiestas del mes de diciembre, tanto en la escuela Antonio Neumane, como en la Universidad San Gregorio la segunda etapa se la inicia a partir del mes de enero del 2011.

Posterior a esto la segunda etapa consiste, en la socialización de las charlas educativas, lo cual permitió el conocer el contenido de las mismas a los estudiantes de dicha institución. Para concluir la segunda etapa se realizara la entrega de trípticos con las normas básicas de higiene oral y materiales de aseo dental a los niños y a la directora de la institución que será posible por autogestión, esto se lo realizo en la segunda semana del mes de enero del 2011.

8. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

| ETAPAS | ACTIVIDADES | MESES | | | | | | | |
|-----------|---------------------------------|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|
| | | DICIEMBRE | | | | ENERO | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1RA ETAPA | Recopilación de la Información | X | | | | | | | |
| | Diseño del Tríptico | X | | | | | | | |
| | Socialización del Proyecto | | X | | | | | | |
| | Elaboración del Plan de Charlas | | X | | | | | | |
| 2DA ETAPA | Charlas Educativas | | | | | X | | | |
| | Entrega del material didáctico | | | | | X | | | |

9. PRESUPUESTO

| ACTIVIDADES | RECURSOS | COSTOS | | | A FINANCIAR | FUENTE DE FINANCIAMIENTO |
|---|----------|--------|----------------|-------|-------------|--------------------------|
| | | CANT. | VALOR UNITARIO | TOTAL | | |
| Conferencias | Carteles | 2 | 10 | 20 | 20 | Investigador |
| Distribución de elementos de Higiene Oral | Cepillos | 83 | 2.16 | 15.12 | 15.12 | Investigador |
| | Pastas | 83 | 0.50 | 40 | 40 | Investigador |

| | | | | | | |
|----------------------------|--------|-----|------|------|-------|--------------|
| Distribución de Trípticos. | Copias | 166 | 0.02 | 6.64 | 6.64 | Investigador |
| TOTAL | | | | | 81.76 | Investigador |

10.SOSTENIBILIDAD

Este proyecto tiene sostenibilidad por estar garantizado y aprobado por la Directora de la Escuela Antonio Neumane de la Comuna Sancán, y por el personal que labora en la institución, quienes se comprometen a seguir reproduciendo el tríptico de información sobre higiene oral y problemas bucales para ser entregados a los estudiantes durante el año escolar, además de continuar con las charlas educativas con ayuda de los maestros de la institución.

Así mismo existen dificultades y limitaciones que pueden poner en riesgo la ejecución de la propuesta como son:

- Falta de Presupuesto
- Falta de Interés de la Comunidad
- Paralizaciones

11.FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El financiamiento de este proyecto estará solventado económicamente por el investigador como contribución y agradecimiento a la cooperación por parte de los niños, profesores y directora de la escuela Antonio Neumane de la Comuna Sancán.

ANEXOS

ANEXO I

ÁRBOL DEL PROBLEMA

E
F
E
C
T
O
S

POCO CONTROL
EN LA HIGIENE
BUCAL DE LOS
NIÑOS

MAYOR
NUMERO DE
CARIES Y DAÑOS
EN LOS TEJIDOS

POCA PREOCUPACIÓN
POR PARTE DE LOS
PADRES EN EL
CEPILLADO DENTAL

AUMENTO DE
PROBLEMAS
BUCALES

ACUMULACIÓN E
PLACA BACTERIANA,
CARIES E
INFLAMACIÓN

MANTENIMIENTO DE
LA MALA HIGIENE Y
PROBLEMAS
BUCALES

PROBLEMA

PROBLEMAS BUCALES RELACIONADOS A LA ESCASA HIGIENE EN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO "ANTONIO NEUMANE" DE LA COMUNA SANCÁN DEL CANTÓN JIPIJAPA

C
A
U
S
A
S

DESCUIDO DE LOS
PADRES DE
FAMILIA

EXCESO DE
AZUCARES Y
CARBOHIDRATOS
EN LOS NIÑOS

ESCASO
CEPILLADO
DENTAL

FALTA DE
INFORMACIÓN
SOBRE HIGIENE
BUCAL

ESCASA
ASISTENCIA A LA
CONSULTA
ODONTOLÓGICA.

FALTA DE INTERÉS
DE LAS
AUTORIDADES DEL
PLANTEL.

CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN

| Id | Modo de | Nombre de tarea | Duración | Comienzo | Fin | Prede | Nombres de los recursos |
|----|---------|--|----------------|---------------------|---------------------|-------|-------------------------|
| 1 | | DISEÑO DEL PROYECTO DE TESIS | 45 días | lun 06/09/10 | sáb 06/11/10 | | |
| 2 | | Capacitación sobre diseño de proyectos | 30 días | lun 06/09/10 | vie 15/10/10 | | Docente de proyectos |
| 3 | | Elaboración del borrador del proyecto | 28 días | lun 06/09/10 | mié 13/10/10 | 2 | Autor de tesis |
| 4 | | Presentación del proyecto | 1 día | vie 15/10/10 | vie 15/10/10 | 3 | Autor de tesis |
| 5 | | Defensa del proyecto y correcciones de errores | 11 días | lun 25/10/10 | sáb 06/11/10 | 4 | Autor de tesis |
| 6 | | APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS | 8 días | mar 26/10/10 | jue 04/11/10 | | |
| 7 | | Presentación del proyecto en especies valoradas | 1 día | jue 04/11/10 | jue 04/11/10 | 5 | Autor de tesis |
| 8 | | Designación del Tutor de tesis | 1 día | mar 26/10/10 | mar 26/10/10 | 7 | Consejo directivo de la |
| 9 | | RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA | 15 días | lun 18/10/10 | sáb 06/11/10 | | |
| 10 | | Recopilación de textos acordes con el tema investigado | 10 días | lun 18/10/10 | vie 29/10/10 | 2 | Autor de tesis |
| 11 | | Selección de la información bibliográfica | 3 días | lun 01/11/10 | mié 03/11/10 | 10 | Autor de tesis |
| 12 | | Depuración de los contenidos | 3 días | jue 04/11/10 | sáb 06/11/10 | 11 | Autor de tesis |
| 13 | | REDACCIÓN DEL MARCO TEÓRICO | 9 días | lun 08/11/10 | jue 18/11/10 | | |
| 14 | | Redacción del marco teórico | 6 días | lun 08/11/10 | lun 15/11/10 | 12 | Autor de tesis |
| 15 | | Correcciones del marco teórico | 1 día | jue 18/11/10 | jue 18/11/10 | 14 | Tutor de tesis |
| 16 | | APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO | 5 días | lun 22/11/10 | vie 26/11/10 | | |
| 17 | | Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos | 1 día | lun 22/11/10 | lun 22/11/10 | 15 | Autor de tesis |
| 18 | | Aplicación de las encuestas | 2 días | mar 23/11/10 | mié 24/11/10 | 17 | Autor de tesis |
| 19 | | Aplicación de la observación | 2 días | jue 25/11/10 | vie 26/11/10 | | Autor de tesis |
| 20 | | TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN | 5 días | sáb 27/11/10 | vie 03/12/10 | | |

Página 1

| Id | Modo de | Nombre de tarea | Duración | Comienzo | Fin | Prede | Nombres de los recursos |
|----|---------|---|----------------|---------------------|---------------------|-------|----------------------------------|
| 21 | | Tabulación de los resultados | 2 días | sáb 27/11/10 | dom 28/11/10 | 19 | Autor de tesis |
| 22 | | Graficación estadística de la información | 2 días | lun 29/11/10 | mar 30/11/10 | 21 | Autor de tesis |
| 23 | | Análisis e interpretación de los resultados | 2 días | mié 01/12/10 | jue 02/12/10 | 22 | Autor de tesis |
| 24 | | Evaluación del alcance de los objetivos específicos | 1 día | vie 03/12/10 | vie 03/12/10 | 23 | Autor de tesis |
| 25 | | REDACCIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 1 día | sáb 04/12/10 | lun 06/12/10 | | |
| 26 | | Redacción de las conclusiones | 1 día | sáb 04/12/10 | sáb 04/12/10 | 24 | Autor de tesis |
| 27 | | Redacción de las recomendaciones | 1 día | lun 06/12/10 | lun 06/12/10 | 26 | Autor de tesis |
| 28 | | DISEÑO DE LA PROPUESTA | 8 días | mar 07/12/10 | jue 16/12/10 | | |
| 29 | | Planificación de la propuesta | 3 días | mar 07/12/10 | jue 09/12/10 | 27 | Autor de tesis |
| 30 | | Elaboración de la propuesta | 4 días | vie 10/12/10 | mié 15/12/10 | 29 | Autor de tesis |
| 31 | | Corrección del diseño de la propuesta | 1 día | jue 16/12/10 | jue 16/12/10 | 30 | Tutor de tesis |
| 32 | | REDACCIÓN DEL INFORME FINAL | 15 días | vie 17/12/10 | jue 06/01/11 | | |
| 33 | | Redacción del borrador del informe final | 2 días | vie 17/12/10 | dom 19/12/10 | 31 | Autor de tesis |
| 34 | | Correcciones del borrador del informe final | 4 días | lun 03/01/11 | jue 06/01/11 | 33 | Tutor de tesis |
| 35 | | CORRECCIÓN DEL INFORME FINAL | 10 días | lun 10/01/11 | sáb 22/01/11 | | |
| 36 | | Presentación del borrador del informe final para correcciones | 1 día | lun 10/01/11 | lun 10/01/11 | 34 | Autor de tesis |
| 37 | | Correcciones finales del borrador del informe | 6 días | lun 17/01/11 | sáb 22/01/11 | 36 | Tutor de tesis |
| 38 | | DEFENSA DEL INFORME FINAL | 9 días | mar 01/02/11 | sáb 12/02/11 | | |
| 39 | | Aprobación de la tesis | 10 días | mar 01/02/11 | sáb 12/02/11 | 37 | Consejo directivo de la facultad |

Página 2

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

| Rubros | Cantidad | Unidad de Medida | Costo Unitario | Costo Total | Fuentes de Auto gestión | Financiamiento Aporte externo |
|----------------|---------------|------------------|----------------|-------------|-------------------------|-------------------------------|
| Fotocopias | 500 | Unidad | 0.03 | 15 | 15 | |
| Papel Bond | 2 | Resma | 4 | 8 | 8 | |
| Internet | 3 | Meses | 40 | 80 | 80 | |
| Tinta | 2 | Cartucho | 50 | 100 | 100 | |
| Viáticos | 60 | Días | 3 | 120 | 120 | |
| Encuadernación | 3 | Resma | 1.50 | 4.50 | 4.50 | |
| Total | 327.50 | | | | | |

ANEXO II



Universidad San Gregorio de Portoviejo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

Carrera de Odontología

FORMULARIO DE ENCUESTAS

(Dirigidas a los alumnos de la escuela “Antonio Neumane” de Sancán)

Sobre: La Higiene Oral y los Problemas Bucales

Indicaciones:

- a. La encuesta es anónima para darle mayor libertad en sus expresiones.
- b. Se requiere que responda a todas las preguntas del caso, con la mayor sinceridad posible.
- c. Por favor conteste únicamente a una alternativa en cada pregunta.
- d. Soy estudiante de la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.
- e. Agradezco la gentileza de haberme proporcionado información.

CONTENIDO

1. ¿Sus padres están pendientes del cuidado de la higiene de su boca? (OE

1)

A. SI

B. NO

2. ¿Les han enseñado a cepillarse los dientes? (OE 1)

A. SI

B. NO

3. ¿Se cepilla sus dientes después de cada comida? (OE 2)

A. SI

B. NO

4. ¿Cada qué tiempo usted cambia de cepillo dental? (OE 2)

2-3 Meses

Más de 3 meses

Nunca usa cepillo

5. ¿Utiliza usted enjuagues bucales? (OE 3)

A. SI

B. NO

6. Usa Hilo Dental (OE 3)

A. SI

B. NO

7. ¿Ha recibido charlas de cómo cuidar sus dientes? (OE 4)

A. SI

B. NO

8. ¿Dónde recibió las charlas de higiene oral? (OE 4)

Escuela

Centro de Salud

Hogar

Ninguno

9. ¿Ha ido alguna vez al odontólogo? (OE 5)

A. SI

B. NO

10. ¿Ha presentado mal aliento?

A. SI

B. NO

11. ¿Ha presentado sequedad de la boca?

A. SI

B. NO

12. ¿Ha sufrido de llagas bucales?

A. SI

B. NO

13. ¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes?

1 vez al día

2 veces al día

3 veces al día

14. ¿Aparte del cepillo dental que otras medidas preventivas utiliza para una buena higiene oral?

Palillos

Pasta Dental

Cepillo de la lengua



Universidad San Gregorio de Portoviejo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

Carrera de Odontología

FICHA DE OBSERVACIÓN

Dirigidas al proceso del estado de higiene oral de los estudiantes de la escuela

“Antonio Neumane” de la Comuna Sancán

Aspectos a Observar

- 1. ¿Cómo realizan los estudiantes el cepillado de sus dientes?**

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MATRIZ DE OBSERVACIÓN

ESTUDIANTES DE LA ESCUELA ANTONIO NEUMANE DE LA COMUNA SANCÁN PARA DETERMINAR LA MANERA EN QUE LOS ESTUDIANTES REALIZAN EL CEPILLADO DENTAL

| No. | NIÑOS | TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL | |
|-----|-------|-----------------------------|------------|
| | | CORRECTA | INCORRECTA |
| 1 | | X | |
| 2 | | X | |
| 3 | | | X |
| 4 | | | X |
| 5 | | | X |
| 6 | | | X |
| 7 | | | X |
| 8 | | X | |
| 9 | | | X |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 10 | | | X |
| 11 | | | X |
| 12 | | X | |
| 13 | | X | |
| 14 | | X | |
| 15 | | | X |
| 16 | | X | |
| 17 | | | X |
| 18 | | | X |
| 19 | | | X |
| 20 | | | X |
| 21 | | | X |
| 22 | | | X |
| 23 | | X | |
| 24 | | | X |
| 25 | | | X |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 26 | | | X |
| 27 | | X | |
| 28 | | | X |
| 29 | | X | |
| 30 | | | X |
| 31 | | X | |
| 32 | | | X |
| 33 | | | X |
| 34 | | | X |
| 35 | | | X |
| 36 | | | X |
| 37 | | | X |
| 38 | | X | |
| 39 | | X | |
| 40 | | | X |
| 41 | | | X |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 42 | | | X |
| 43 | | | X |
| 44 | | | X |
| 45 | | X | |
| 46 | | X | |
| 47 | | X | |
| 48 | | | X |
| 49 | | | X |
| 50 | | | X |
| 51 | | X | |
| 52 | | X | |
| 53 | | | X |
| 54 | | X | |
| 55 | | | X |
| 56 | | | X |
| 57 | | X | |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 58 | | X | |
| 59 | | | X |
| 60 | | | X |
| 61 | | | X |
| 62 | | X | |
| 63 | | X | |
| 64 | | | X |
| 65 | | X | |
| 66 | | | X |
| 67 | | | X |
| 68 | | X | |
| 69 | | | X |
| 70 | | | X |
| 71 | | | X |
| 72 | | X | |
| 73 | | | X |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 74 | | | X |
| 75 | | | X |
| 76 | | | X |
| 77 | | X | |
| 78 | | X | |
| 79 | | | X |
| 80 | | | X |
| 81 | | | X |
| 82 | | | X |
| 83 | | | X |

Universidad San Gregorio de Portoviejo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

Carrera de Odontología

HISTORIA CLÍNICA

| ESTABLECIMIENTO | NOMBRE | APELLIDO | SEXO (M-F) | EDAD | Nº HISTORIA CLÍNICA |
|-----------------|--------|----------|------------|------|---------------------|
| | | | | | |

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| RECESIÓN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MOVILIDAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VESTIBULAR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LINGUAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VESTIBULAR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MOVILIDAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RECESIÓN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

| HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA | | | | ENFERMEDAD PERIODONTAL | MAL OCLUSIÓN | FLUOROSIS |
|---------------------------|----|----|----------|------------------------|--------------|-----------|
| PIEZAS DENTALES | | | PLACA | CÁLCULO | GINGIVITIS | |
| | | | 0-1-2-3- | 0-1-2-3 | 0-1 | |
| 16 | 17 | 55 | | | | |
| 11 | 21 | 51 | | | | |
| 26 | 27 | 65 | | | | |
| 36 | 37 | 75 | | | | |
| 31 | 41 | 71 | | | | |
| 46 | 47 | 85 | | | | |
| TOTALES | | | | | | |

8 ÍNDICES CPO-ceo

| | C | P | O | TOTAL |
|---|---|---|---|-------|
| D | | | | |
| d | | | | |

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

| | | | | | |
|--------|---------------------|-------|----------------------|--------|----------------|
| * rojo | SELLANTE NECESARIO | ⊗ | PÉRDIDA (OTRA CAUSA) | ≡ | PRÓTESIS TOTAL |
| * azul | SELLANTE REALIZADO | △ | ENDODONCIA | ◻ | CORONA |
| X rojo | EXTRACCIÓN INDICADA | □ | PRÓTESIS FIJA | ○ azul | OBTURADO |
| X azul | PÉRDIDA POR CARIES | (---) | PRÓTESIS REMOVIBLE | ○ rojo | CARIES |

FIGURAS DEL MARCO TEÓRICO

Figura No. 1



Figura No. 2

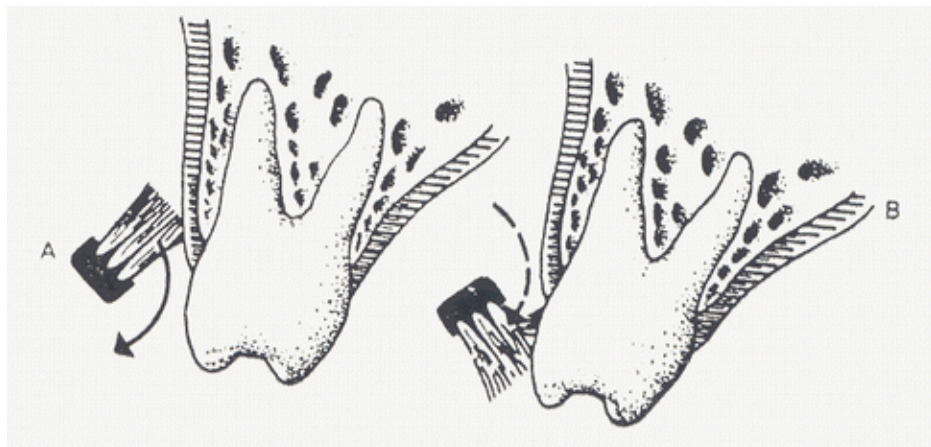


Figura No. 3

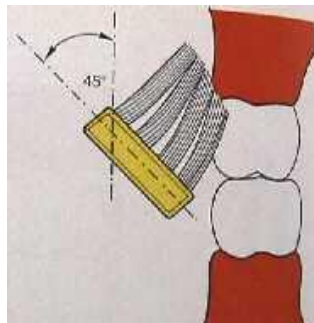


Figura No .4

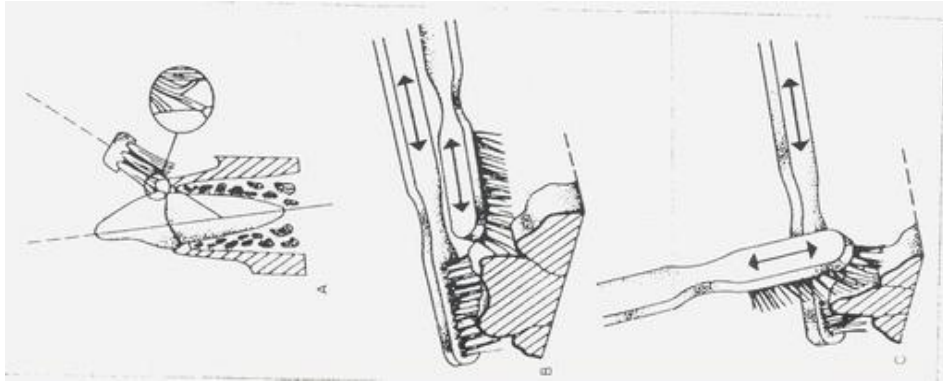


Figura No. 5

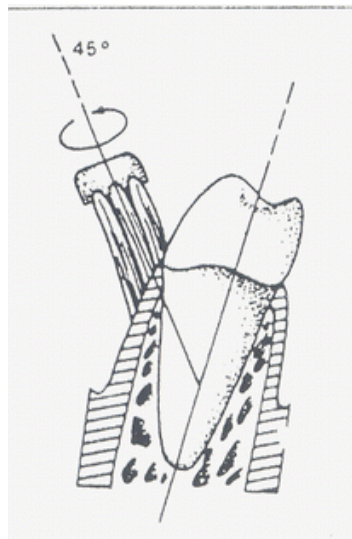


Figura No. 6

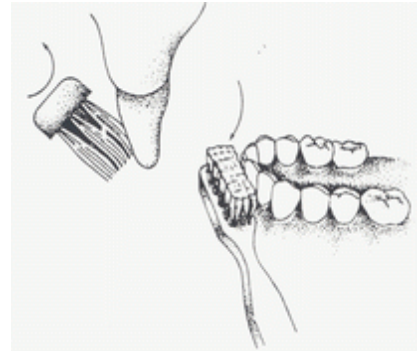


Figura No. 7

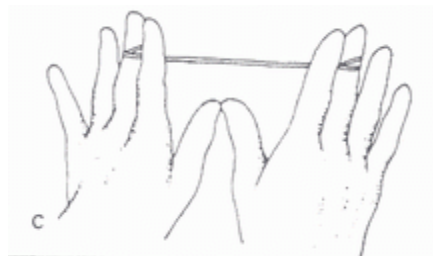


Figura No. 8

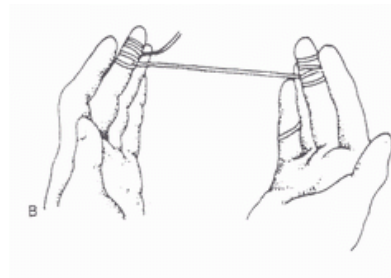


Figura No. 9

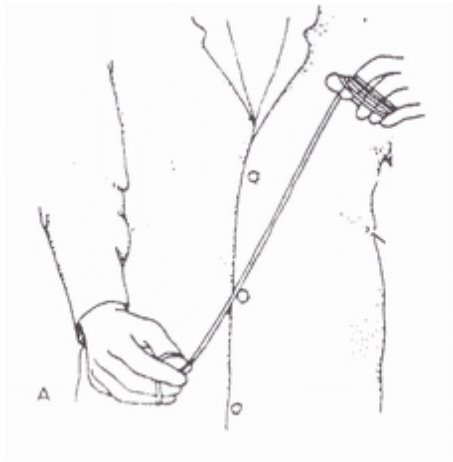
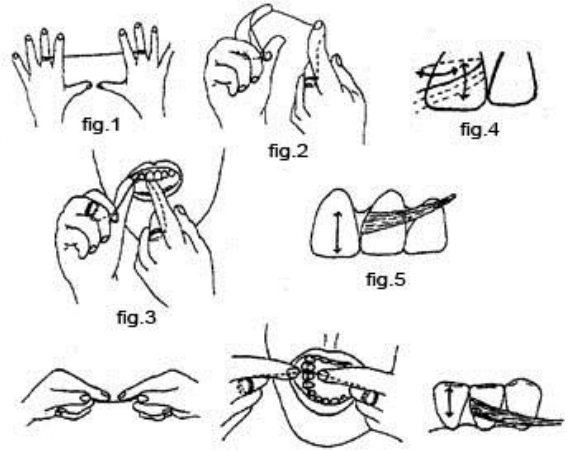


Figura No. 10



técnica para el maxilar inferior

Figura No. 11



Figura No. 12



Figura No. 13

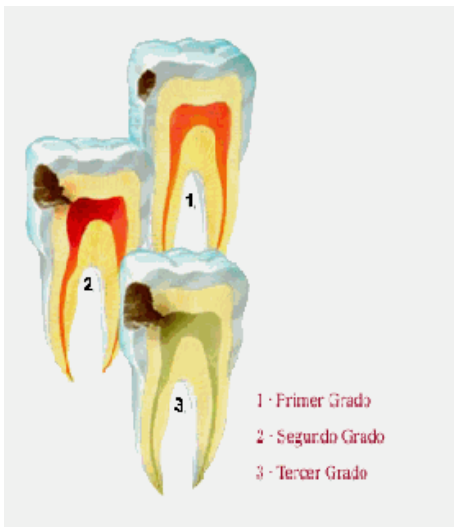


Figura No. 14

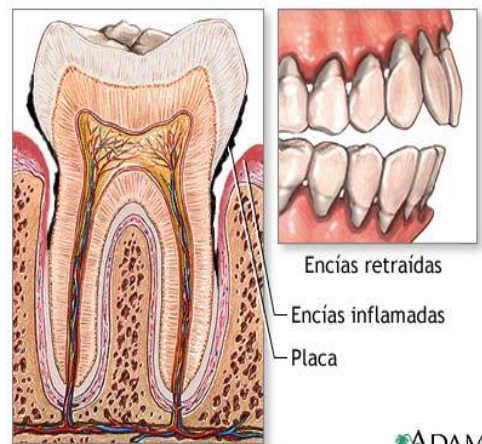


Figura No. 15



Figura No. 16



FOTOGRAFÍAS DE INVESTIGACIÓN

ENCUESTAS





HISTORIAS CLÍNICAS





FICHA DE OBSERVACIÓN

OBSERVACIÓN DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL





ANEXO III

ENTREGA DEL MATERIAL DE ASEO BUCAL







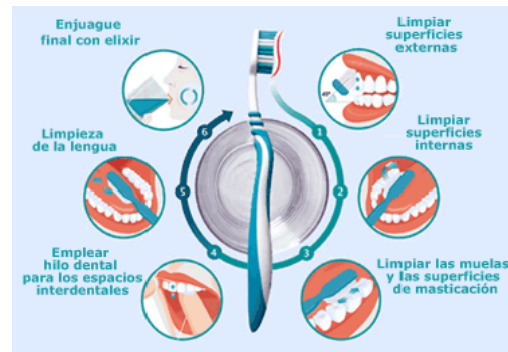
¡Atención! Si quieres tener unos dientes sanos y fuertes, sin caries, que no duelan y que no se pongan negros como a los piratas malos, hay que cepillarse los dientes tres veces al día:

- Por la mañana, después del desayuno.
- A mediodía, después de almorzar.
- En la cena, después de comer.

Hay que dedicar por lo menos 3 minutos en cada lavado para que queden bien limpios y comprobarlo mirándonos los dientes en el espejo al terminar.

Igual que nos duchamos, nos lavamos la cara, nos vestimos, nos peinamos... también hay que ¡cepillarse los dientes!

Lo ideal es cepillarse los dientes después de cada comida y, sobre todo, durante la noche. Mientras se duerme, las glándulas salivares producen menos saliva y los dientes están menos protegidos frente a los microbios. Un correcto cepillado incluye movimientos cortos y suaves, con especial atención a la línea de la encía, los dientes posteriores de difícil acceso y las zonas situadas alrededor de obturaciones, coronas y otras reparaciones.



FLÚOR

Es un componente importante del organismo humano y animal, especialmente asociado a tejidos calcificados (huesos y dientes) por su gran afinidad con el calcio. Es bien conocido por su habilidad para inhibir la iniciación y progresión de la caries dental como así también su habilidad para estimular la formación ósea



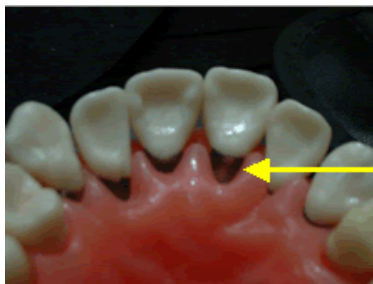
- **Enfermedades Bucales más frecuentes**
- **Técnicas de Cepillado**
- **Uso del Hilo Dental y Enjuagues Bucales**
- **Tratamientos Preventivos**

Principales Enfermedades Bucales

Placa. Conjunto de bacterias que hay en la superficie de los dientes y de las encías. Es incolora y pegajosa, se deposita sobre los dientes y es la principal causa de las caries y de enfermedad de las encías.



Sarro. Es la placa bacteriana endurecida. Cuando se encuentra en la base del diente, sólo lo puede eliminar el dentista con una limpieza. También se puede formar en el borde de las encías y debajo de éstas, lo que irrita el tejido gingival. Su color es marrón o amarillento.



Caries. Una higiene bucal deficiente permite que se acumulen en la boca restos alimenticios que producen ácidos que destruyen el esmalte. Estos restos, principalmente azúcar, alimentan a otros microbios que atacan la estructura debilitada de los dientes.



Enfermedad periodontal. Es una patología crónica causada por la placa bacteriana y que conduce a la pérdida de soporte periodontal de los dientes, es decir, del hueso en el que éstos se sujetan y de las encías. El tabaco agrava esta enfermedad.



Mal Aliento (halitosis). Aproximadamente, el 40% de la población padece o ha padecido halitosis debido a una higiene bucal incorrecta o a enfermedad de las encías, entre otras causas. Este problema disminuye con un buen cepillado y una limpieza profunda con hilo y enjuague bucal.

Cepillo, pasta e hilo dental

Son los tres aliados de la higiene bucal, siempre que se adapten a las características dentales de cada persona.



Cepillo. Su función es eliminar los restos de alimentos y las bacterias sin dañar el esmalte. Debe ser ergonómico, con mango antideslizante, cerdas suaves y cabeza pequeña para llegar a todas las zonas de la boca y, especialmente, a las muelas. Hay que sustituirlo por uno nuevo cada tres meses o cuando las cerdas estén estropeadas.

Pasta dentífrica. Ayuda al cepillo a acabar con la placa. Es importante que contenga flúor y pequeñas dosis de abrasivos como la sílica u otros, que ayudan a remover las manchas.

Hilo o seda dental. Sirve para limpiar entre los dientes y eliminar la placa depositada en este espacio y debajo de la encía. En ningún caso sustituye al cepillado.

