UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

NIVEL DE PREGRADO

TEMA:

"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS NIÑOS DE SEGUNDO, TERCERO, CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA ESCUELA "RAMÓN BURNEO" DEL BARRIO ZALAPA BAJO DE LA PARROQUIA EL VALLE, CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA; MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PERIODO MARZO – SEPTIEMBRE DEL 2010"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: YADIRA ELIZABETH LEÓN AGUILAR.

DIRECTOR: DR. GONZALO ALVARADO ASTUDILLO

LOJA – ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

Dr. Gonzalo Alvarado Astudillo

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber revisado el trabajo de investigación denominado: **"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS NIÑOS DE SEGUNDO, TERCERO, CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA ESCUELA "RAMÓN BURNEO" DEL BARRIO ZALAPA BAJO DE LA PARROQUIA EL VALLE, CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA; MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PERIODO MARZO – SEPTIEMBRE DEL 2010"** previo a la incorporación de Odontóloga de la autora Yadira Elizabeth León Aguilar, por consiguiente autorizo la presentación final del mismo para su respectiva evaluación y calificación.

Dr. Gonzalo Alvarado Astudillo

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Todos los conceptos, ideas y resultados obtenidos en la presente investigación son de absoluta responsabilidad de la autora.

Yadira Elizabeth León Aguilar

Autora

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer especialmente a Dios por ser mi guía y haberme permitido culminar parte de mis estudios; a la Universidad Nacional de Loja, a la Carrera de Odontología; a mi Director de tesis Dr. Gonzalo Alvarado Astudillo por su acertada orientación en la realización de este trabajo.

Sr. Máximo Riofrío Director de la Escuela “Ramón Burneo” que me permitió realizar mi trabajo de campo en su plantel educativo.

A mis padres, hermanos, sobrinos y amigos que con su apoyo incondicional logré culminar mi Carrera.

Yadira Elizabeth León Aguilar

DEDICATORIA

El presente trabajo le dedico a mis padres Efrén y Aidé que con su apoyo y sacrificio incondicional hicieron posible terminar mi carrera. De igual manera a mis hermanos Ronald, Silvana, a mis cuatro sobrinos: Ronald David, Josué Medardo, Ángel Efrén, José Manuel que son la razón de mi existir, luz que guía mi camino.

Yadira Elizabeth León Aguilar.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN II
AUTORÍA III
AGRADECIMIENTO IV
DEDICATORIA V
ÍNDICE VI
TEMA: 1
RESUMEN 2
SUMMARY 3
INTRODUCCIÓN 4
MARCO TEÓRICO 5
METODOLOGÍA 49
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS 52
DISCUSIÓN 62
CONCLUSIONES 64
RECOMENDACIONES 65
BIBLIOGRAFÍA 66
ANEXOS 68

TEMA:

“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS NIÑOS DE SEGUNDO, TERCERO, CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA ESCUELA “RAMÓN BURNEO” DEL BARRIO ZALAPA BAJO DE LA PARROQUIA EL VALLE, CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA; MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PERIODO MARZO – SEPTIEMBRE DEL 2010.”

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivos: conocer las patologías prevalentes y realizar el levantamiento del perfil epidemiológico de las Enfermedades Bucodentales en los niños de segundo, tercero, cuarto y quinto año de la Escuela "Ramón Burneo" de la Ciudad de Loja, para mejorar la calidad de vida de los escolares.

Para este estudio, se diagnosticó 33 niños y niñas de esta escuela, a quienes se les realizó los tratamientos respectivos y posterior a ello se analizó los resultados, los cuales indican que el índice **CPOD** presenta valores de: 1,57 (**Riesgo Bajo**) en los niños de cuarto año y de 4,08 (**Riesgo Alto**) en las niñas de quinto año. Los niños de 10 años presentan un valor de 3 (**Riesgo Moderado**) y las niñas un índice de 3,16 (**Riesgo Moderado**). Además se realizó el índice **Ceod,** presentándose un valor de 8,85 (**Riesgo Alto**) en los niños de tercer año y un 10,35 (**Riesgo Alto**) en las niñas. En la edad de 6 años, los niños presentan un valor de 10 (**Riesgo Alto**) y las niñas de 9 años un índice de 8,83 (**Riesgo Alto**), observándose un elevado índice de Ceod en las niñas.

Para determinar la incidencia de **caries** tanto en niños como en las niñas, se realizó una valoración clínica en la cual se encontró un **88.23%** en niños y **100%** en las niñas.

La deficiente higiene bucodental, provoca la acumulación de placa bacteriana, materia alba y cálculo, los mismos que son factores predisponentes en la aparición de las enfermedades periodontales, como gingivitis. En el presente estudio, se encontró valores del **100%** de placa bacteriana y materia alba en niños, mientras que en las niñas presentan porcentajes del **93.75%.**

En cuanto a la rehabilitación bucal en los niños, se realizaron las siguientes actividades: 253 operatorias dentales, 105 sellantes, 55 exodoncias, 4 tratamientos pulpares, y 33 profilaxis con aplicación de flúor.

Palabras Clave: Índice Ceod, Índice CPOD, Caries, Gingivitis.

SUMMARY

This research work aims to: know the most prevalent and make the lifting of the epidemiological profile of oral diseases in children in second, third, fourth and fifth years of the School "Ramon Burneo" Loja City to improve the quality of life of the school.

For this study, 33 children diagnosed in this school, who underwent the respective treatments and after it was analyzed the results, which indicate the DMFT values: 1.57 (low risk) in children in the fourth year and 4.08 (High Risk) in fifth-grade girls. Children 10 years have a value of 3 (moderate risk) and girls an index of 3.16 (moderate risk). Besides was made the dmft index, with a value of 8.85 (high risk) in children in third year and a 10.35 (High Risk) in girls. At the age of 6 years, children had a value of 10 (High Risk) and girls of 9 years a rate of 8.83 (High Risk), showing a deft high rate of girls.

To determine the incidence of caries in boys and in girls, was conducted a clinical assessment in which 88.23% was found in children and 100% in girls.

Poor oral hygiene leads to the accumulation of bacterial plaque, food remains and calculus, this are predisposing factors in the development of periodontal diseases such as gingivitis. In this study, were found values of 100% of plaque and food remains in boys, while girls have ratios of 93.75%.

As for oral rehabilitation in children performed the following activities: 253 operative dental, 105 sealants, 55 extractions, 4 pulp treatments, and 33 prophylaxis with fluoride application.

Keywords: dmft index, DMFT index, dental caries, gingivitis

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o garganta, defectos congénitos como: labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal.

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis y los cánceres de la boca y la faringe son un problema 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 caries es una enfermedad infecciosa de origen microbiano que se localiza en los tejidos duros del diente, caracterizada por la desmineralización del esmalte debido a los ácidos orgánicos producidos por las bacterias como: el Streptococos mutans y lactobacilos que metabolizan los hidratos de carbono de la dieta.

La falta de conocimiento acerca de la salud bucodental, hace que las personas no den la importancia necesaria a sus piezas dentarias y debido al bajo nivel socioeconómico, muchas personas no acceden a los servicios de salud.

Debido a todo esto se presentan diferentes problemas a nivel bucal, tales como: odontalgias, abscesos, pigmentaciones, caries, gingivitis, y halitosis por falta de higiene bucal. Una mala alimentación retrasa la erupción dentaria, extracciones prematuras, y erupciones ectópicas.

Gracias a las facilidades brindadas por la escuela, como por los padres de familia, se pudo poner en práctica los conocimientos y destrezas adquiridas durante mi carrera y mediante ello se logró alcanzar los objetivos planteados al inicio de este trabajo, los mismos que fueron: elaborar el perfil epidemiológico bucodental de los escolares; educar sobre salud oral a los niños y padres de familia de la escuela; y además, rehabilitar las principales patologías bucodentales según el perfil epidemiológico.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

POLÍTICAS DE SALUD

1.1. CONSIDERACIONES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.

1.2. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

1.2.1. Programas de Atención Odontológica en la Provincia de Loja.

1.2.2. Funciones del Consejo Cantonal de Salud.

1.3. EQUIPO BÁSICO DE SALUD ODONTOLÓGICA

CAPÍTULO II

ENFERMEDADES BUCODENTALES

2.1 LA CARIES

2.1.1. Definición

2.1.2. Etiología

2.1.3. Factores causales

2.2 GINGIVITIS

2.2.1. Causas

2.2.2. Sintomatología

2.2.3. Factores agravantes

2.3. INFLAMACIÓN PULPAR.

CAPÍTULO III.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.

3.1. EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO.

3.1.1. Protocolos de atención

3.1.2. Entorno del paciente odontopediátrico

3.1.3. Consentimiento informado

3.1.4. Primera visita, la primera impresión

3.2. HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN.

3.2.1. Antecedentes dentales

3.2.2. Examen extraoral

3.2.3. Examen intraoral

3.3. RESTAURACIONES DENTALES
3.3.1. Materiales y técnicas de restauración en dentición temporal**.-**
3.3.2. Instrumental
3.4. TRATAMIENTOS PULPARES EN DENTICIÓN TEMPORAL.
3.4.1. Diagnóstico de la patología
3.4.2. Historia dental
3.4.3. Examen clínico
3.4.4. Examen radiográfico
3.4.5. Recubrimiento pulpar indirecto
3.4.6. Recubrimiento pulpar directo
3.4.7. Pulpotomía
3.4.7.1. Formocresol
3.4.7.2. Alternativas
3.4.7.3. Técnica
3.4.7.4. Indicaciones
3.4.7.5. Contraindicaciones
3.4.8. Pulpectomía
3.4.8.1. Óxido de zinc eugeno
3.4.8.2 Técnica
3.4.8.3. Indicaciones:
3.4.8.4. Contraindicaciones
3.5 EXTRACCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
3.5.1 Concepto
3.5.2 Indicaciones
3.5.3 Contraindicaciones

CAPÍTULO IV
MÉTODOS PREVENTIVOS Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL
4.1. LAS DIFERENTES PARTES DE LA BOCA
4.2. El diente y sus partes.
4.3. Funciones de los Dientes
4.4 Dieta equilibrada
4.5. Higiene bucal
4.5.1. Elementos básicos de limpieza dental

4.5.2. Uso del Dentífrico
4.5.3. Uso del enjuague bucal
4.5.4. Uso del hilo dental
4.5.4.1. Características del hilo dental
4.5.4.2. Manejo del hilo dental
4.5.4.3. Modo de uso del hilo dental:
4.5.5. Cepillo dental
4.5.5.1. Tipos de cepillos dentales
4.5.5.2. Técnicas de cepillado

CAPÍTULO I

POLÍTICAS DE SALUD

1.3. CONSIDERACIONES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.

“Una rápida mirada al sector salud en el Ecuador en las últimas décadas, refleja una realidad bastante problemática y la presencia de limitantes en su accionar: acceso inequitativo a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, modelo de atención curativo y biologista, gestión centralizada y de bajas coberturas de atención, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, alto costo de insumos y tecnologías, situación similar a la de otros países de la región, que sin embargo ha sufrido algunos cambios en los últimos años, cuando se empiezan a implementar acciones relacionadas con la reforma del sector salud, que inicia en la década de los ochenta.

El Ministerio de Salud Pública a inicios del nuevo milenio, se pronunció mediante la emisión de un documento para discusión, posicionamiento del MSP frente a la Reforma del Sector Salud. (Abril de 2001.), que el Ecuador se encuentra aún en la fase de formulación de la Reforma en Salud. Sin embargo, debido a que las transformaciones de esta magnitud son el resultado de procesos acumulativos y complejos, que involucran tanto a la sociedad como a las organizaciones públicas y privadas del sector, este proceso de Reforma Sanitaria se ha insinuado a través de esfuerzos generados tanto del Estado, como de organizaciones autónomas y organismos internacionales.

Estas experiencias acumuladas permiten evaluar la validez de ciertas propuestas y definir los principales lineamientos de la Reforma que le convienen al Ecuador.

Protección sanitaria

Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, c on el control de la contaminación del

suelo, agua, aire y de los alimentos y recursos. Además se incluye la seguridad social que detectan factores de riesgo para la población y elaborar programas de salud para la sociedad. Dar alternativas de solución a enfermedades que implican a cualquier población.

Promoción sanitaria

Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Prevención epidemiopatológica

Se basa en intervenciones de prevención primaria (vacunaciones), prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y/o rehabilitación de la secuelas dejadas por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas y/o sociales que debe ser así para todos.

Restauración sanitaria

Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en dos niveles: atención primaria y atención hospitalaria”[1].

[1]http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=view&id=240&Itemid=84 (12 de Agosto de 2010, 2:30am).

1.4. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

"En este contexto, la intervención del profesional odontólogo provincial es mandatorio para los procesos de capacitación a los maestros y maestras, personal auxiliar de salud, promotores, líderes y otras audiencias, por lo que el Subproceso de Promoción se ha propuesto contar con su valioso contingente, que garantizará la Promoción de la Salud bucal en forma coordinada con el resto de intervenciones con el fin de optimizar las acciones.

La participación y disposición de trabajo de este personal es digna de encomio debido a que muchas veces han trabajado sin un presupuesto asignado, por lo que recomiendan la creación de una instancia técnica de Odontología en el nivel central, a fin de coordinar un Programa nacional, basado en las políticas de salud oral existentes, para cumplir con objetivos y metas que se establezcan en esta área tan importante de la salud bucal"[2]

1.2.1. Programas de Atención Odontológica en la Provincia de Loja.

Programa de atención gratuita para mujeres embarazadas; para niñas y niños menores de cinco años.

La cantidad de atenciones de salud para mujeres embarazadas, niñas y niños menores de cinco años que se realizan en las unidades de salud del MSP, son reportadas a la UELMGAI (Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia) para que se valoren y se calculen los montos que se asignará a cada cantón (Comité de Gestión Local), área de salud u hospital para que cumplan con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Las mujeres y niños menores de 5 años beneficiarías acuden a los hospitales, centros, subcentros y puestos de salud para ser atendidos en forma gratuita en las prestaciones definidas por la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia descritas en la base matriz, que permitirán disminuir la morbi- mortalidad materna e infantil.

---

[2] PLAN CANTONAL DE SALUD DE LOJA" Trabajando Unidos por El Bienestar Individual Y Social De la Población del Cantón Loja".2007. Tomo Editorial GRÁFICA AMAZONAS Loja. pp. 60, 79,80

El presupuesto para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se encuentra garantizado por la actual Constitución del Estado y está disponible para su utilización.

Programa de atención gratuita para niños escolares pertenecientes a primero y séptimo año de educación básica.

Este programa basado en la gratuidad de la atención se lo lleva a cabo en estos años de educación debido a la etapa de recambio dentario. Para mantener en buen estado las piezas temporales y por la presencia de la pieza seis; y para séptimo año que tienen casi completa la dentición permanente y poder cuidar y tratar a tiempo ciertas lesiones cariosas presentes.

En sí las actividades que se llevan a cabo son: Prevención, curaciones, restauraciones, extracciones.

1.2.2. Funciones del Consejo Cantonal de Salud.

"El Consejo de Cantonal de Salud es un organismo público de carácter funcional, dotado de autonomía administrativa, encargado de coordinar la gestión y ejecución de las políticas y planes de salud, de conformidad con lo prescrito en la Ley del Sistema Nacional de Salud.
En concordancia con la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento, son funciones del Consejo Cantonal de Salud las siguientes:
a) Aplicar la Política Nacional de Salud adaptada al ámbito Cantonal, mediante la planificación local.
b) Apoyar la Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en el Cantón Loja (Sistema Cantonal de Salud).
c) Formular y evaluar el Plan Cantonal de Salud, el cual será elaborado participativamente con los actores.
d) Remitir los Planes Cantonales Anuales al Consejo Provincial de Salud de Loja, para su incorporación en el Plan Provincial.
e) Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad.
f) Apoyar la organización de la red de servicios de salud.

g) Avalar los compromisos interinstitucionales requeridos para el funcionamiento de la Red Plural de prestadores de servicios y el sistema de referencia y contra referencia y vigilar su cumplimiento.
h) Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios/as.
i) Evaluar el grado de cumplimiento de compromisos de los integrantes en la ejecución del Plan Local de Salud.
j) Apoyar al Concejo Municipal en la formulación e implementación de políticas saludables.
k) Gestionar proyectos enmarcados en el cumplimiento de sus obligaciones y buscar alternativas de financiamiento, provenientes de organismos públicos y privados de carácter nacional e internacional.
l) Conformar las comisiones que fueren necesarias para ejecutar los planes aprobados.
m) Vigilar que la celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre entidades públicas y privadas del Cantón guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del sistema.
n) Promover, monitorear y evaluar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita; y,
o) Concertar e impulsar el Modelo de Gestión y de Atención en Salud."[3]

1.3. EQUIPO BÁSICO DE SALUD ODONTOLÓGICA

"La clínica dental como establecimiento sanitario, es un espacio físico destinado al cuidado de la salud. Constará de distintas salas y áreas y de un instrumental y aparatos propios.

El equipo de salud odontológica estará formado por el odontólogo o estomatólogo, el higienista y el auxiliar.

El equipo de salud bucodental comprende el conjunto de profesionales cuyas actividades se encuentran supervisadas directa o indirectamente por el odontoestomatólogo.

[3] Op cit; PLAN CANTONAL DE SALUD DE LOJA, 2007. Tomo I. pp. 60, 79,80.

El odontólogo suele ser el titular de la consulta, su acción facultativa es completamente autónoma y puede delegar ciertos aspectos, como la prevención, en el higienista. Actualmente en el campo de la odontología se suele cada vez más trabajar en equipo, lo cual proporciona ventajas importantes al odontólogo, que se dedica a realizar los trabajos más complejos, delegando el resto de labores en otros profesionales adecuadamente capacitados. Todos tienen un papel definido en aras de conseguir la máxima eficacia en el trabajo y en conjunto se ocupan de tareas asistenciales, administrativas, formativas e investigadoras.

Odontoestomatólogo: Está capacitado para actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca y de sus tejidos anexos, tanto sobre personas aisladas como de forma comunitaria. También puede prescribir medicamentos, prótesis y productos sanitarios relacionados con el área bucodental.

Dentro del equipo asume el papel de regidor, siendo el encargado de delegar todas las tareas y supervisar los trabajos realizados, evaluando la calidad de los servicios. Por tanto, además de su labor clínica, actúa como administrador y nexo de unión entre todos los miembros del equipo de salud bucodental.

Otras funciones son:

Participar en programas de educación sanitaria para promoción de la salud bucodental.

Llevar a cabo tareas de prevención, estableciendo diagnósticos y necesidades de tratamiento.

Efectuar acciones curativas, como la ejecución de tratamientos restauradores y rehabilitadores, de competencia exclusiva del Odonto-estomatólogo, aunque con ayuda del resto del equipo.

Higienista dental: Los higienistas dentales son fundamentales en un equipo de salud, efectuando una serie de funciones complementarias e intervenciones en

la cavidad bucal y constituyéndose en un miembro esencial. Dentro de sus funciones están:

En el campo de la salud pública:

Recogida de datos acerca del estado de la cavidad oral.

Educación sanitaria individual o colectiva.

Control de medidas de prevención realizadas por pacientes.

Realizar exámenes de salud bucodental a la población.

En materia técnico asistencial:

Aplicación de fluoruros tópicos.

Colocación de selladores de fisuras con técnicas no invasivas.

Control de la placa bacteriana

Control de la dieta.

Colocación y retirada de hilos retractores.

Colocación y retirada de matrices de obturación.

Pulido de obturaciones y eliminación de zonas desbordantes.

Colocación y retirada del dique de goma.

Eliminación de cálculos y tinciones dentales.

Toma de impresiones.

Realización de radiografías

En actividades administrativas:

Colaborar en la programación y organización del trabajo, así como en el registro de datos y evaluación de resultados.

Auxiliar de odontología: Profesional sanitario que realiza tareas de apoyo y colaboración en la clínica dental. Actúa como otro par de manos del odontólogo para aumentar la eficacia en el trabajo. Cuyas funciones son:

La Función Sanitaria:

Preparar la sala operatoria previa a la recepción del paciente.

Acomodar al paciente en el sillón dental.

Disposición del instrumental específico.

Asistencia en el aislamiento del campo operatorio.

Transferencia de instrumental y materiales al odontólogo.

Limpieza, desinfección y esterilización del instrumental.

Asistencia en toma de radiografías

Preparación de los materiales de obturación e impresión.

Labor administrativa (recepcionista)

Control de citas, teléfono y puerta de entrada.

Recibir y acomodar al paciente en la sala de espera.

Organización y archivo de historias clínicas.

Cobro de honorarios

Control y organización de materiales."[4]

[4] MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Ley de Maternidad Gratuita. 2010. http://www.msp.gov.ec 2010

CAPÍTULO II

ENFERMEDADES BUCODENTALES

2.1 LA CARIES

2.1.1. Definición.- "La caries es una enfermedad crónica, generalmente de lento progreso que se caracteriza por la producción de ácido por las bacterias orales que forman una biopelícula (placa dental) sobre la superficie del diente, lo cual conduce a la desmineralización de dicha superficie. Cuando esta desmineralización avanza aparecen signos clínicos de la enfermedad, o lesiones de caries, que en ausencia de tratamiento llegan a producir cavitaciones e incluso a la destrucción total del diente"[5].

"La caries dental se define como una enfermedad multifactorial, y para que se desarrolle deben estar presentes tres condiciones de manera simultánea, 1) Diente o huésped susceptible, 2) Microorganismos en gran cantidad, 3) Consumo excesivo de carbohidratos refinados"[6]. Cuando encontramos estas tres circunstancias en un periodo de tiempo determinado y suficientemente prolongado, se desarrolla la lesión cariosa.

2.1.2. Etiología.- "Está comprobado que la caries es una enfermedad infecciosa, incapaz de desarrollarse en ausencia de gérmenes, y además es una enfermedad transmisible entre personas y animales. No obstante las bacterias son necesarias pero no suficientes para que se desarrolle la enfermedad.

Las principales bacterias responsables de la caries dental son *Estreptococos Mutans, Lactobacilus*, aunque también hay otras bacterias pueden dar lugar a la desmineralización del esmalte, a un ritmo más lento"[7].

---

[5] ECHEVERRÍA GARCÌA José Javier, PUMAROLA SEÑÉ Josep, El manual de odontología, 2ª Edición, 2008, pág. 173-174.
[6] O. HARRIS norman , GARCÍA-GODOY franklin, Odontología Preventiva Primaria, 2ª Edición,2005, pág. 34
[7] op cit; ECHEVERRÍA GARCÍA José Javier, PUMAROLA SEÑÉ Josep, pág.174.

“Antes de la aparición del primer diente, alrededor de la mitad de los niños de 6 meses ya están infectados con Estreptococos mutans. Según una investigación, a los 24 meses de edad el 84% de los niños había desarrollado una colonia considerable. Los factores asociados a estos casos fueron la ingesta de bebidas dulces antes de dormir, tomar demasiados alimentos dulces, picar entre comidas, compartir comida con adultos y una presencia muy alta de dichas bacterias en la madre. Por el contrario, la falta de bacterias se asoció básicamente con el cepillado habitual de los dientes.

2.1.3. Factores causales

Varios factores pueden producir la caries dental. La principal causa es una alimentación rica en azúcares que ayudan a las bacterias a corroer el esmalte, aunque, dependiendo del tipo de azúcar, su incidencia varía. Otras causas son una mala higiene dental, la ausencia de flúor en el agua y la propia genética, que como se ha demostrado provoca la aparición de caries en algunos niños especialmente sensibles a pesar de seguir unos hábitos profilácticos correctos”[8].

“La causa es el ácido que erosiona el esmalte y corroe el diente. Este ácido proviene de la descomposición de comida o las bebidas producida por las bacterias que normalmente habitan en la boca. Por ejemplo, las personas que comen muchos dulces presentan mayor tendencia a desarrollar caries debido a que las bacterias en la saliva convierten los azúcares en ácidos”[9].

2.2 GINGIVITIS

“La enfermedad periodontal en niños, se manifiesta de forma diferente que en adultos, siendo su principal forma de manifestación la gingivitis inducida por placa bacteriana. Factores inmunológicos, microbiológicos e histomorfológicos

[8] www.crianzanatural.com
[9] www.tusalud.com

explican la menor tendencia de la gingivitis en los niños a evolucionar a patologías más complejas”[10].

En la mayoría de niños, el proceso de inflamación gingival permanece superficial. En algunos casos, el equilibrio entre la microbiota y la respuesta del huésped se pierde, llevando por consiguiente a un proceso inflamatorio con pérdida de inserción.

2.2.1. Causas

Acumulo de placa bacteriana

Utilización de medicamentos

Mala nutrición

2.2.2. Sintomatología

Sangrado de las encías al cepillarse, al usar el hilo dental o en cualquier otro momento

Inflamación y enrojecimiento de encías.

Recesión, se refiere a encías que han retrocedido de los dientes, exponiendo a veces las raíces

2.2.3. Factores agravantes

Presencia de restauraciones mal adaptadas

Lesiones cariosas

Aparatos ortodóncicos

[10] BENÍTEZ MELO Alexandra Paola, ROMERO SÁNCHEZ Mario Rafael, Revista odontológica, 2005, pág. 8.

2.3. INFLAMACIÓN PULPAR.

“El tejido pulpar reacciona ante diversos irritantes externos desencadenando un proceso inflamatorio, como cualquier otro tejido conectivo del organismo. En función de la intensidad y duración de los irritantes y de la resistencia del huésped, la patología pulpar puede variar desde una inflamación temporal o pulpitis reversible hasta una inflamación grave y progresiva o pulpitis irreversible, que evolucionará hasta necrosis. La existencia de síntomas no es lo más habitual en ninguno de los dos casos.

Inicialmente la inflamación se produce de forma local, en una zona limitada del tejido conectivo pulpar, por irritantes externos, manteniéndose el resto de la pulpa normal: pulpitis reversible. Si se eliminan los irritantes, la inflamación puede regresar y normalizarse a nivel local, con aposición de tejidos calcificados. Si los irritantes son intensos o actúan durante mucho tiempo, la inflamación se extenderá: pulpitis irreversible. La progresión de la inflamación se realiza de la periferie al centro de la pulpa y en sentido corono-apical hasta alcanzar el periápice.”[11].

[11]op cit; ECHEVERRÍA GARCÍA José Javier, PUMAROLA SEÑÉ Josep, pág. 881

CAPÍTULO III.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.

3.1. EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO.

3.1.1. Protocolos de atención

"La planificación terapéutica conlleva una organización de los procedimientos y, consecuentemente, la elaboración de una secuencia ordenada de éstos, que, aunque puede sufrir variaciones individuales, siguen las siguientes fases:

1. Primera fase: determinar la situación bucal.
2. Segunda fase: fase de profilaxis.
3. Tercera fase: tratamiento restaurador.
4. Cuarta fase: mantenimiento de la salud bucal.

Primera fase: determinar la situación bucal

Se corresponde con la primera consulta, que se enfocará según el motivo de la visita del niño. El objetivo de ésta será determinar cuál es la situación bucal del niño, para lo cual el profesional realizará una historia clínica lo más completa posible en sus tres aspectos: social, médico y dental. Recogeremos datos, sobre las actitudes del niño y de la familia. Se efectuará una exploración clínica extraoral y, de forma más detallada, intraoral.
Si se requieren radiografías, es lógico obtenerlas en esta primera visita, no sólo porque complementan el examen clínico y contribuyen al diagnóstico, sino también porque el procedimiento no es traumático, y, por tanto, proporciona una introducción conveniente al tratamiento.

Segunda Fase: fase de profilaxis.

La práctica odontopediátrica se fundamenta en la aplicación del concepto de que la educación genera la prevención, tanto cuando se intenta mantener la

salud del niño previniendo la caries dental como realizando tratamientos curativos precoces cuando las lesiones cariosas ya están instauradas. El tratamiento educativo preventivo debe establecer y reconocer los factores de riesgo de caries, así como escoger la mejor estrategia para eliminarlos y controlarlos.

Tercera fase: tratamiento restaurador

Esta fase debe cuantificar, calificar y priorizar los procedimientos operatorios que haya que realizar al paciente. Estos procedimientos son realizados en dos niveles distintos: tratamiento restaurador primario o de contención y tratamiento restaurador específico.

Tratamiento restaurador primario o de contención.

Este tipo de tratamiento está indicado en niños muy pequeños que presentan lesiones extensas de caries. Comprende la obturaciones en masa de cavidades de forma provisional, realizando una remoción parcial de tejido cariado y la obturación de las cavidades con cemento de óxido de cinc-eugenol y/o cementos ionómeros, así como la aplicación de agentes cariostáticos basados en fluoruro de diamino de plata. Con ello se frena la caries temporalmente y se consigue que, si se pierde la colaboración del niño o la confianza de los padres cuando se procede a realizar el tratamiento definitivo el progreso de la caries en los dientes pre-tratados sea lento.

Tratamiento restaurador específico

El objetivo de esta fase es restaurar los dientes y la oclusión hasta alcanzar un nivel apropiado de salud. Dicha fase incluye consideraciones operatorias, protésicas y ortodóncicas. El tratamiento en el paciente infantil se realiza por cuadrantes, aprovechando así la misma anestesia y el mismo aislamiento, comenzando por uno sencillo, en el que no sea necesario realizar extracciones, para que la adaptación del niño sea lo mejor posible.

Cuarta fase: mantenimiento de la salud bucal

Esta fase comprende un programa de revisiones periódicas individualizando para cada paciente. La planificación y periodicidad de las citas se llevará a cabo en razón del riesgo de caries, de los nuevos hallazgos y de los resultados de los tratamientos anteriormente realizados. Oscilando entre dos y cuatro citas anuales. En estas citas periódicas se deben realizar los siguientes procedimientos:

a) Refuerzo en la educación de las medidas de profilaxis.
b) Control de dieta.
c) Aplicación tópica de flúor.
d) Exploración clínica para detectar la posible aparición de nuevas patologías."[12]

3.1.2. Entorno del paciente odontopediátrico.- "El odontopediatra debe considerar que el niño es, ante todo, una persona. Un ser que está iniciando su vida, en pleno crecimiento y aprendizaje pero que, no por ello, deja de estar menos interrelacionado con su entorno. Todo lo contrario, precisamente el niño está sometido de forma constante a la influencia de los modelos de socialización: fundamentalmente, padres y educadores.

Por tanto el odontopediatra tiene la gran responsabilidad de hacer las cosas bien, de introducir al niño en el mundo del tratamiento médico, de la salud y de la enfermedad, de conductas y hábitos saludables, de los comportamientos adecuados, de saber enfrentarse a miedos y angustias de la manera más natural y menos traumática posible, proporcionándole los recursos y estrategias que le permitan superar con éxito estos, desde su óptica infantil, grandes problemas"[13].

3.1.3. Consentimiento informado

"El consentimiento informado es obligatorio, siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera sea la magnitud de la cirugía.

[12] BOJ, J.R; CATALA.M.; GARCIA. C.; MENDOZA. A. 2004. Odontología Pediátrica. MASSON. Capítulo3. p. 23-26
[13] op cit; ECHEVERRÍA GARCÍA José Javier, PUMAROLA SEÑÉ Josep, pág. 1335-1336

Debe ser directo, breve y de lenguaje simple. No tiene que contener palabras abreviadas, ni terminología científica. Debe de estar de acuerdo al nivel cultural de la población a la que está dirigida, en nuestro país no debería superar el nivel de educación primaria.

Deberá hacer firmar el médico tratante, con anticipación a todas las cirugías. Es aconsejable entregar una copia al paciente y preferible aunque no imprescindible, que la firme con testigos"[14].

El Consentimiento informado es específicamente lo que hace al "si" del paciente que será tratado por determinado médico o Institución médica (privada o pública) con relación directa a aquello a lo que se lo va a someter a fin de beneficiarlo con las técnicas a aplicar, bien para devolverle su estado de salud, mejorarlo, acercarle aún mejor nivel de vida, o bien para embellecerlo.

3.1.4. Primera visita, la primera impresión.- "La primera visita es un momento especialmente crítico y determinante, la toma de contacto inicial con el niño. Dependiendo de cómo recibamos que impresión tenga de nosotros y de nuestro equipo. La primera impresión es siempre de especial trascendencia en cualquier interacción social y todavía lo es más, por supuesto, en un entorno potencialmente ansiógeno para cualquier individuo; por tanto la primera visita comienza mucho antes de que el paciente se siente frente a nosotros en el sillón odontológico. Desde el momento en que establecemos contacto visual podemos recabar valiosa información. No olvidemos la importancia de la comunicación no verbal de la riqueza de gestos y expresiones de todo lo que se pueda llegar a decir con una simple mirada.

Mediante la empatía poniéndonos en el lugar del niño, entrándose en su mundo, hablando su mismo idioma conseguiremos que se forme una buena impresión. Aquí no pasa nada, Esto es divertido, deberían ser sensaciones que el niño pudiera percibir simplemente al cruzar el umbral de nuestra consulta.

[14] Rodríguez Martín, Jorge A; González Aguilar, Osvaldo; Pardo Hugo; Yazde Yamil. "Consentimiento Informado. ¿Un dilema ético o legal?". Rev. Argent. Cirug., 1999; 77:229-241

3.2. HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN.

3.2.1. Antecedentes dentales.- Recogeremos toda información relativa a problemas odontoestomatológicos previos del niño, no únicamente historia de caries, sino cualquier antecedente de enfermedad bucodental, tanto en tejidos duros como blandos. Esto incluye celulitis y abscesos buco facial, traumatismos, dentales con o sin avulsión, otras pérdidas dentarias por exodoncia y su justificación, mala oclusión, lesiones mucosas, enfermedades exantemáticas que cursen con enantema en mucosa bucal, odontalgias y otras afecciones de nuestro ámbito de intervención tratamientos odontológicos previos en general todas aquellas situaciones que necesitan de la actuación del odontólogo.

3.2.2. Examen extraoral.- El examen con del niño empieza desde el momento en que éste entra al consultorio dental, la manera de caminar, sus hábitos posturales como observa su entorno, la tendencia a ferrarse a los padres o a esconderse detrás de ellos y otras conductas nos sirven de valiosa información especialmente en el ámbito psicológico.

Es frecuente ver que los preadolescentes y adolescentes han perdido el interés por los cuidados personales e higiene diaria; los dientes no son una excepción a este descuido. Entenderemos que este abandono personal forma parte del conflicto proceso que supone el paso del niño a adulto pero, aun asumiendo que el hecho de descuidarse puede ser una forma más de rebelarse contra todo y contra todos, no podemos pasar por alto la posibilidad de que esta apatía y pérdida de interés pueda estar asociada a un aviso de depresión u otro trastorno emocional.

Está dirigido a la región de la cabeza y cuello, debiendo ser inspeccionados los posibles desvíos de normalidad. La observación clínica debe estar orientada a las estructuras anatómicas”[15].

3.2.3. Examen intraoral.- “En esta etapa corresponde al primer contacto del niño con los instrumentos odontológicos. Por esto el odontólogo debe

[15] BEZERRA DA SILVA Léa Assed, Tratado de Odontopediatría, Tomo 1, 2008, pág. 9-15.

aprovecharse de la oportunidad para presentar al niño los mismos. La técnica decir, demostrar y hacer puede ser bastante útil.

El examen intrabucal debe iniciarse con la evaluación general de aspectos anatómicos y funcionales de la cavidad bucal, seguido del examen cuidadoso y sistemático, evitando la omisión de hallazgos clínicamente importantes.

El examen de las piezas dentales se lo hace por cuadrante, iniciándose por la pieza superior derecha y así hasta la última pieza superior izquierda, luego su homólogo; anotando todos los datos en el Odontograma”[16].

“Es importante acostumbrarse a seguir siempre el mismo orden, sin dejar ningún órgano o región anatómica sin explorar. En primer lugar se explorará al paciente en reposo, observando asimetrías, deformaciones, cicatrices y lesiones importantes en cara y cuello.

A continuación se indican aquellas regiones más importantes haciendo algunas connotaciones de interés en cada una de ellas:

Labios: Se observará y explorará el color, forma y consistencia. Las alteraciones más frecuentes son: fisuras, herpes y úlceras.

Mejillas: Desarrollo muscular normal y coloración normal. Se debe realizar una exploración de dentro afuera con la boca abierta. Si se considera oportuno se hará exploración bimanual. En las mejillas pueden existir: leucoplasia, liquen plano y candidiasis.

Amígdalas: Si tiene o le han sido extirpadas, color y tamaño. Es posible encontrar amígdalas hipertróficas o atróficas, enrojecidas y con exudados o puntos blancos. Los niños presentan con frecuencia una hipertrofia fisiológica.

Pilares del paladar: Es frecuente encontrar una inflamación con enrojecimiento.

[16]Op cit; BEZERRA DA SILVA Léa Assad, pág. 16

Lengua: Se observará el tamaño (normal, macroglosia y microglosia), la base de la lengua, los bordes y el dorso; igualmente se debe comprobar la movilidad. La lengua es muy susceptible a úlceras, leucoplasia y otras alteraciones como la lengua negra o escrotal.

3.3. RESTAURACIONES DENTALES

3.3.1. Materiales y técnicas de restauración en dentición temporal.-

"La dentición temporal decidua fue considerada siempre el campo de pruebas ideal para los materiales de nueva aparición. De la misma manera cuando determinado material nuevo demostraba con el tiempo no superar las expectativas con las que había salido al mercado, enseguida los fabricantes lo terminarían recomendando para la dentición temporal.

La terapia restauradora ha cambiado drásticamente en los últimos años. Los composites y otros modernos materiales estéticos han cambiado la filosofía de la operatoria dental tanto en dentición temporal como en permanente. Los composites le han ganado actualmente la batalla a la amalgama debido a que con ellos se consigue íntima adhesión con el diente, además de presentar un módulo de elasticidad muy parecido al de la dentina, lo que permite soportar estructura dentaria remanente más o menos debilitada, la cual tras la restauración vuelve a tener una resistencia parcialmente original.

Los cementos de ionómero de vidrio fueron considerados hace años el material de restauración ideal para dientes temporales, debido a su capacidad de adherirse a la dentina y de liberar flúor. Por otro lado su coeficiente de expansión térmica es muy parecido al de los tejidos dentales. Por eso su peor contrapartida es lo fácilmente que se abrasionan y fracturan.

Hay que tener en cuenta que en dentición temporal no es necesario que las obturaciones sean duraderas como haría falta que lo fueran el caso de los dientes definitivos al ser de permanencia limitada en la boca. Cuando mayor y más cooperativo sea el niño, mejores serían las condiciones de trabajo para la

restauración y de la misma forma disminuyen las exigencias de las obturaciones definitivas de los dientes temporales.

3.3.2. Instrumental.- Las fresas más comúnmente utilizadas en Odontopediatría para cirugía dental siguen siendo las piriformes o bien las redondas pequeñas, cuya superficie activa de corte sea de dimensiones aproximadas a las del espesor del esmalte, para saber en cada momento de la preparación cavitaria a qué distancia del límite amelodentinario nos encontramos. El hecho de que la superficie de corte de las fresas no deje ángulos agudos, aun cuando de este modo resultarían más retentivas las restauraciones, es importante para conservar la resistencia de la estructura dentinaria remanente, y esto es importante tenerlo en cuenta cuando se trata de dientes temporales, siempre más expuestos al riesgo de fractura debido a los pequeños espesores de dentina con los que contamos."[17].

3.4. TRATAMIENTOS PULPARES EN DENTICIÓN TEMPORAL.

3.4.1. Diagnóstico de la patología.- "La pulpa de los dientes primarios puede verse afectada por distintos motivos. La caries, los traumatismos o las técnicas iatrogénicas pueden producir lesiones pulpares.

Hay que tener en cuenta una serie de factores y consideraciones que influirán en la decisión a la hora de seleccionar el tratamiento correcto para cada paciente.

a) Cardiopatías congénitas por el riesgo de endocarditis, pacientes inmunodeprimidos y pacientes con salud general deficiente, debido al riesgo de infecciones que favorecen la decisión de extraer el diente temporal en lugar de realizar pulpotomías o pulpectomías, ya que es muy difícil que no persistan restos pulpares con células inflamatorias o gérmenes, aunque clínicamente y radiográficamente el problema parezca resuelto.

[17] Op cit; ECHEVERRÍA GARCÍA José Javier, PUMAROLA SEÑÉ Josep, pág. 1370.-1371

b) Los tratamientos hemorrágicos y las coagulopatías hacen que tratemos de conservar dientes incluso con pronósticos comprometidos por el riesgo que supone la cirugía.

c) Dientes con riesgo de exfoliarse, dientes no restaurados con movilidad muy grande debido a las infecciones graves contraindican el tratamiento pulpar.

d) Debe intentarse mantener los dientes realizando tratamientos pulpares cuando su falta pueda suponer problemas de espacio en la arcada y en el caso de agenesias de dientes permanentes cuando el plan de tratamiento ortodóncico indique la importancia de conservar el diente deciduo.

e) Niños con experiencias traumáticas anteriores debido a extracciones previas apoyan la indicación de tratamientos pulpares en lugar de nuevas extracciones.

f) Se contraindican tratamientos pulpares complejos de pronóstico dudoso en dientes que requieren monitorización, más de una sesión o la posibilidad de retratamiento en niños con familias con poca valoración de las medidas preventivas que no tengan una actitud favorable hacia la salud dental y que no valoren los tratamientos en su justa medida.

g) En casos de niños inmaduros poco colaboradores en los que los tratamientos largos y difíciles deben realizarse bajo sedación profunda o anestesia general, las extracciones pueden en ocasiones estar indicadas en lugar de tratamientos pulpares”[18].

3.4.2. Historia dental.- “El establecimiento del diagnóstico correcto, como requisito previo para un adecuado tratamiento de la pulpa, plantea ciertas dificultades en la dentición temporal. Los hallazgos clínicos y radiográficos no siempre se correlacionan con los hallazgos histopatológicos y bacteriológicos. Tampoco es posible determinar con exactitud el estado de la pulpa: no existe

[18] CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ Esteban, Endodoncia en la dentición temporal,2006 pág.278-279

ningún método de diagnóstico clínico fiable para evaluar con exactitud el estado de la pulpa inflamada.

En la obtención de una correcta historia clínica se ha de valorar factores generales, regionales y locales, que determinan las indicaciones y contraindicaciones de la terapia pulpar en Odontopediatría.

El niño puede experimentar dolor provocado por frío, calor, dulces, aire, masticación o por otros estímulos que, cuando se eliminan, el dolor se reduce o desaparece. Muchas veces son signos de sensibilidad dentaria debido a una profunda lesión por cariosa. Otro tipo de dolor es el espontáneo que es sordo y constante .Este tipo de dolor puede aliviarse con antibióticos y analgésicos. El dolor espontáneo pulpar indica la presencia de una lesión avanzada e irreversible”[19].

3.4.3. Examen clínico.- “Se requiere una cuidadosa inspección extraoral e intraoral. La presencia de inflamación de tejidos blandos o de fístulas es signo de lesiones pulpares avanzadas.

Las caries interproximales en dientes temporales sobre todo en los primeros molares, fácilmente invaden los tejidos pulpares debido a la cercanía de la cámara pulpar a la superficie interproximal de estos.

Debe evaluarse la movilidad que presentan los dientes y hay que ser cautos y no confundirse con la movilidad propia del diente en proceso de exfoliación. Así, siempre hay que comparar la movilidad del diente en cuestión con la del diente colateral. La manipulación puede producir solo un mínimo dolor cuando la pulpa se encuentra en un estado degenerativo crónico.

Las pruebas de vitalidad, tanto térmica como eléctrica, tienen escasa validez al aplicarlas en dientes primarios. Se pueden obtener falsos positivos debido a las transmisión de estímulos al tejido gingival, al ligamento periodontal, al

[19] Op cit; CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ Esteban, pág.174, 279.

huésped de soporte o a pequeños canalículos pulpares que tengan todavía una parte de la pulpa vital”[20].

“También se debe valorar el tipo y cuantía de la hemorragia de la pulpa expuesta. Área de exposición, el aspecto de la pulpa y la cantidad de hemorragia son factores importantes para diagnosticar el grado de inflamación de la pulpa expuesta por caries. Una exposición por caries siempre va acompañada de inflamación de la pulpar.”[21].

3.4.4. Examen radiográfico.- “Una buena exploración radiográfica es fundamental antes de tomar cualquier tipo de decisión en cuanto al tratamiento que se deba realizar. Ningún tratamiento está justificado si no se dispone previamente de las radiografías pertinentes.

La interpretación radiográfica en niños no es sencilla puesto que el dentista debe familiarizarse con factores normales de la radiografía pediátrica que complican su interpretación tales como espacios medulares grandes, gérmenes de dientes en desarrollo y raíces de dientes temporales que experimentan una reabsorción fisiológica normal que con frecuencia presentan un aspecto que puede confundir o sugerir la presencia de una lesión”[22].

3.4.5. Recubrimiento pulpar indirecto.- “El recubrimiento pulpar indirecto está recomendado para los dientes con caries profundas próximas a la pulpa pero sin signos ni síntomas de afectación pulpar. Este procedimiento consiste en la eliminación de la dentina infectada y la colocación de un material biocompatible sobre la capa de la dentina aún desmineralizada pero no infectada con la finalidad de evitar una exposición pulpar, remineralizar la lesión mediante la formación de dentina reparativa, así como bloquear el paso de bacterias e inactivar las pocas que puedan quedar. Los materiales más utilizados han sido el hidróxido de calcio y el óxido de cinc-eugenol, este último cuestionado por el efecto sedante sobre el tejido pulpar que puede finalmente enmascarar un proceso de degeneración de este.

[20] Op cit; CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ Esteban, pág.279-280
[21] op cit; ECHEVERRÍA GARCÍA pág. 175
[22] Ibit; CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ Esteban ,pág.280

Sin embargo, la tendencia actual sugiere que la respuesta del diente temporal dependerá principalmente del estado previo de la pulpa, y también de conseguir un adecuado sellado marginal que en casos de inflamación reversible permita recuperar la pulpa. Los resultados obtenidos en los estudios realizados en dientes temporales consideran que en las situaciones indicadas es una técnica adecuada e insisten en la importancia del diagnóstico previo de ausencia patológica pulpar, y llevar sobre todo de las paredes en la unión amelodentinaria, así como conseguir un buen sellado de la cavidad, que resulta más importante que el material aplicado en la lesión.

3.4.6. Recubrimiento pulpar directo.- "El recubrimiento pulpar directo consiste en la aplicación de un agente directamente sobre la pulpa. En el caso de dientes temporales, sólo cuando éste haya sido expuesta de forma inadvertida durante el procedimiento quirúrgico. El diente debe estar asintomático y la exposición pulpar mínima y libre de contaminación de fluidos orales. No se consideren las exposiciones traumáticas o lesiones por caries, ya que fácilmente se produce inflamación pulpar"[23].

"El recubrimiento pulpar directo tiene limitada eficacia en la dentición primaria debido al rápido progreso de los cambios patológicos en la pulpa. Este procedimiento se emplea en aquellos casos en que la pulpa se expone accidentalmente hacia la dentina sana en una pequeña superficie. La técnica consiste en limpiar la zona expuesta con solución salina fisiológica estéril y recubrirla con de hidróxido de calcio"[24].

"Al igual que el *recubrimiento indirecto* el recubrimiento directo no se usa en dientes temporales por el riesgo que entraña su fracaso. La pulpa de los dientes temporales ya no tienen la capacidad de reparar la comunicación pulpar debido a que el tejido pulpar, histológicamente, está cerca de la degeneración fibrosa, propia de los dientes próximos a exfoliación"[25].

3.4.7. Pulpotomía.- "La biopulpectomía parcial o pulpotomía conlleva la amputación de la porción coronal de la pulpa dental afectada o infectada. El

[23]ECHEVERRÍA GARCÌA José Javier, PUMAROLA SEÑÉ Josep, pág. 173-174, 1383
[24] Op cit; CANALDA SAHL Carlos I, BRAU AGUADÉ Esteban, pág.281
[25] www.saluddentalparatodos.com

tratamiento de la superficie del tejido pulpar radicular remanente debe preservar la vitalidad y función de todo o parte de este tejido pulpar radicular. Se basa en el hecho de que la pulpa radicular permanece sana o es capaz de sanar después de la amputación de la pulpa coronal afectada o infectada. La formación de un puente dentinario puede cubrir la pulpa radicular.

"Una parte esencial en la técnica consiste en la aplicación de medicamentos que simulen la cicatrización pulpar y permitan el desarrollo fisiológico del diente hasta su exfoliación. La presencia de cualquier sintomatología de inflamación que se extienda más allá de la pulpa coronal es una contraindicación para la pulpotomía"[26].

3.4.7.1. Formocresol.- Este compuesto tiene capacidad momificante, provocando desnaturalización de las proteínas de la pulpa radicular más próxima a la cámara pulpar y difunde hacia la pulpa más apical, fijando los tejidos en mayor o menor medida.

La utilización del formocresol está indicada en casos de dientes temporales con pulpopatías coronarias, en las que la inflamación afecta a una parte o a la totalidad de la pulpa coronaria y la pulpa radicular se juzga como vital por criterios clínicos y radiográficos. Está contraindicado en los casos con signos y síntomas de dolor espontáneo, calcificaciones pulpares, reabsorciones externas patológicas y excesivo sangrado.

3.4.7.2. Alternativas.- El glutaraldehído ha sido el fármaco más estudiado como alternativa al formocresol para pulpotomías en dientes temporales. Se utiliza a una concentración del 2% y aunque se le supuso una menor distribución sistémica que la del formocresol, debido que su elevado peso molecular limita su penetración.

"Se trata de una sustancia sin toxicidad conocida ni distribución sistémica. Se pensó en su uso para evitar los problemas debido a la formación del coagulo que interfería en el proceso de curación pulpar y de este modo se podría disminuir las posibilidades de inflamación y reabsorción interna. Se ha

[26]CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ Esteban, MASSON, Endodoncia en la dentición temporal, 2ª edición, pág.281-282, pág.176-177

demostrado con él, respuesta favorable, similar a la obtenida con el formocresol.

Se ha investigado la respuesta pulpar de agregado de trióxido mineral (MTA) cuando se utiliza como material de recubrimiento pulpar. Se basan en que las exposiciones pulpares tienen la capacidad de cicatrizar siempre que se prevenga la microfiltración y la contaminación bacteriana. Este material ha demostrado ser biocompatible y capaz de sellar las vías de comunicación entre el sistema de conductos y la superficie externa del diente.

3.4.7.3. Técnica.- Tras la administración de anestesia local y la colocación del dique de goma, se procede a la remoción de todo el tejido con caries para reducir la contaminación bacteriana después de la exposición pulpar. A continuación se elimina el techo de la cámara pulpar, el acceso debe ser lo suficientemente amplio para que permita primero visualizar y después la eliminación de toda la pulpa cameral. El tejido pulpar se elimina cuidadosamente con un excavador pequeño y fino o con una fresa redonda de contrángulo a baja velocidad. Deben tomarse precauciones para no perforar el suelo de la cámara y para no extirpar parte de la pulpa radicular"[27].

"Después de la amputación se aplica presión con bolitas de algodón sobre la entrada de los conductos radiculares con el fin de obtener hemostasia. Tras presionar entre 3 y 5 minutos debe controlarse la hemorragia o aparecer un mínimo sangrado manifiesto, o bien un color de sangrado oscuro, son signos de que los cambios inflamatorios en la pulpa se han extendido hacia la parte radicular. En tales casos la pulpotomía no estaría indicada y se debería proceder a una pulpectomía o a extraer el diente. Luego se humedece una bolita de algodón con formocresol al 20% y se aplica presionando ligeramente en la entrada de los conductos radiculares durante 5 minutos. Al retirar la bolita de algodón, la pulpa momificada debe presentar color obscuro y sin hemorragia. A continuación se coloca una base de óxido de cinc- eugenol simple o reforzada con resina, que se condensara ligeramente para que se adapte al suelo de la cámara.

[27] Op cit; CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ Esteban, pág.282.

3.4.7.4. Indicaciones: en aquellos casos en la que habiendo una pulpa viva expuesta este contraindicada la protección pulpar directa o recubrimiento directo, por lo tanto estará indicada en exposiciones pulpares medianas o grandes y en las que exista sintomatología de pulpa con lesión irreversible pero siempre y cuando está lesión no ha llegado a la pulpa radicular

3.4.7.5. Contraindicaciones*:* cualquier patología pulpar será una contraindicación de pulpotomía. Cuando se presenten los siguientes signos:

a. Dolor espontáneo
b. Fístula
c. Reabsorción radicular
d. Calcificación pulpar
e. Tumefacción
f. Pus o exudado
g. Radiolucidez apical
h. Hemorragia profusa
i. Sensibilidad a la percusión

3.4.8. Pulpectomía.- Se trata del tratamiento más complejo en dentición temporal para conservar el diente: comprende la extirpación de todo el tejido pulpar"[28].

"Hablamos de pulpectomía cuando la pulpa radicular está afectada pero todavía es vital, el objetivo del procedimiento de la pulpectomía en dientes primarios debe ser la reducción de la población bacteriana en la pulpa contaminada, es decir limpiar el conducto no su remodelamiento y ensanchado"[29].

3.4.8.1. Óxido de zinc eugenol.- "A pesar de que los materiales a base de óxido de zinc y eugenol han sido muy utilizados para la obturación de conductos radiculares de dientes temporales, ciertas propiedades desfavorables limitan su uso, tales como el hecho de ser irritantes y desencadenar una reacción a cuerpo extraño en los tejidos periapicales, sobre

[28] Op cit, CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ Esteban, pág.283
[29] Op cit; ECHEVERRÍA GARCÍA José Javier, PUMAROLA SEÑÉ Josep, pág. 1387-1388.

todo cuando se extravasan, ya que su potencial de irritación es atribuido al eugenol en la actualidad. Otro inconveniente que restringe su uso está ligado al hecho de que estos compuestos presentan baja capacidad de ser reabsorbidos, permaneciendo partículas de óxido de zinc y eugenol en los tejidos periapicales, a medida que la reabsorción fisiológica ocurre."[30]

3.4.8.2 Técnica.- "Después de la aplicación de la anestesia y la colocación del dique de goma para el aislamiento absoluto del campo quirúrgico se procede a la limpieza de la cavidad y apertura cameral, las paredes deben ampliarse más para facilitar el acceso a la entrada de los conductos, se introduce una lima fina el los conductos y se extirpa cuidadosamente el tejido pulpar o el material orgánico de éstos: se lava con hipoclorito de sodio; se recomienda trabajar con limas K para ensanchar de 1 a 2 mm los conductos, una vez ensanchados los conductos se procede a irrigar para eliminar gran parte de la contaminación bacteriana"[31]. "Debe irrigarse con suavidad sin presión excesiva para evitar impulsar el líquido hacia los tejidos periapicales. Una vez limpios los conductos se proceden a secar con puntas de papel. Si se ha eliminado por completo el material orgánico se procede a obturar"[32].

3.4.8.3. Indicaciones:

En aquellos casos que se quiera conservar el diente por razones de mantenimiento de espacio en las que no sea factible poner un mantenedor de espacio y tengamos la pulpa radicular afectada.

3.4.8.4. Contraindicaciones:

a. Movilidad dentaria.
b. Si existe comunicación corona- furca, absceso, en este caso se hará una extracción.
c. Con menos de 2/3 de raíz formada.

[30]BEZERRA, Léa. 2008. Tratado de Odontopediatría. Amolca. Colombia. Tomo II. Capítulo 17. p 643-644.
[31] Op cit; CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ, pág 181-182
[32] Op cit; ECHEVERRÍA GARCÍA José Javier, PUMAROLA SEÑÉ Josep, pág. 1388.

3.5 EXTRACCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

3.5.1 Concepto.- "La exodoncia debe ser considerada como último recurso en la odontología moderna. Debemos como prioridad única la promoción y prevención en busca de la conservación de las estructuras dentarias como parte de la salud general de los individuos. Se ejecuta en el nivel primario de atención"[33].

La sensación de mutilación que se produce ante la posibilidad de tener que perder un diente es una cuestión que se debe tener en cuenta de cara a minimizar la reacción de ansiedad del paciente.

Es obvio que muchos padres acuden demandando este tratamiento cuando va precedido de intensas molestias, problemas en la alimentación, hinchazón o infección evidente e incluso erupción ectópica de un diente permanente. Una vez planteada la necesidad de practicar esta terapia, el siguiente paso es decidir el momento más adecuado para realizarla, y en estos casos no se plantea de igual manera una extracción única en un lactante que en un caso por necesidad de ortodoncia, o en otro incluido dentro del plan de tratamiento con restauraciones por caries. El éxito de una extracción dependerá del procedimiento en sí y de la complejidad de éste así como de las condiciones psicológicas y de madurez del paciente, y cuando todo ello no ofrezca garantías suficientes se optará por diferir el tratamiento o utilizar pre-medicación o anestesia general, según el caso.

3.5.2 Indicaciones.- "Las indicaciones que conducen a la realización de extracción dentaria en el niño son:

a. Caries
b. Traumatismos
c. Ortodoncia (extracciones seriadas, agenesia del diente permanente)
d. Problemas de erupción del permanente (erupción ectópica, reabsorción radicular anómala, retención prolongada del diente temporal.
e. Problemas económicos

[33] www.saluddentalparatodos.com

f. Razones médicas de carácter general (pacientes con discapacidad, tratamientos oncológicos u otros.)
g. Problemas periodontales
h. Anquilosis
i. Anomalías dentarias
j. Asociados a patología neo formativa de maxilares.

3.5.3 Contraindicaciones.- "Las contraindicaciones para realizar extracciones en el paciente infantil en general son:

a. Inmadurez psicológica del niño (considerar anestesia general)
b. Inmadurez física del paciente (sobre todo en lo referente a gérmenes dentarios próximos al área afectada)
c. Problemas neo formativos locales (particularmente angiomas)
d. Deficiencias en el sistema inmunológico del paciente
e. Coagulopatías (sin control terapéutico previo)
f. Enfermedades generales graves cuya evolución puede empeorar por la práctica del procedimiento de extracción
g. Falta de firma del consentimiento informado"[34].

[34] Op cit; CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ Esteban, pág. 319, 320.

CAPÍTULO IV

MÉTODOS PREVENTIVOS Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

4.1. LAS DIFERENTES PARTES DE LA BOCA

"El interior de la boca está cubierto de mucosas. Del mismo modo que la piel recubre y protege el exterior del cuerpo, las mucosas recubren y protegen su interior. Las mucosas producen moco, lo que las mantiene húmedas.

La parte superior de la boca, cubierta por una membrana, se conoce como paladar. La parte anterior consiste en una porción ósea denominada paladar duro y la parte posterior carnosa se conoce como paladar blando. El paladar duro separa la boca de la nariz.

El paladar blando contiene la úvula, la parte carnosa que cuelga en el fondo de la boca. Las amígdalas están ubicadas a ambos lado de la úvula y parecen pilares gemelos que sostienen la abertura de la faringe.

Tres pares de glándulas salivales, ubicadas en las paredes y la base de la boca, segregan saliva, que contiene una enzima digestiva denominada amilasa, encargada de iniciar la descomposición de los hidratos de carbono incluso antes que los alimentos entren en el estómago.

Los labios están cubiertos de piel por la parte exterior y de mucosas resbaladizas en el interior de la boca. El principal músculo del labio, denominado orbicular, permite mover libremente los labios. La coloración rojiza de los labios proviene de los vasos sanguíneos subyacentes y por este motivo los labios sangran tan fácilmente cuando se lesionan. La parte interna de los labios está conectada a las encías"[35].

[35] www.saluddental.com

4.2. El diente y sus partes.

“Los dientes son las estructuras de tejido mineralizado gracias a las cuales podemos masticar los alimentos, paso previo fundamental para una adecuada digestión. Su estructura, su número y su disposición varían en los niños y en los adultos.

Los dientes tienen una parte llamada corona, que es la que vemos cuando nos miramos con un espejo, ya que sobresale en la arcada dentaria, y otra parte, la raíz, que queda incluida en el hueso y sujeta al diente. Tanto la forma de la corona, como la forma y el número de las raíces varían según cada tipo de diente. En la raíz, el tejido superficial se llama cemento y debajo de éste se encuentra la dentina, que rodea al conducto de la raíz, por el que pasan los vasos y el nervio dentario”[36].

4.3. Funciones de los Dientes

La función de dientes caducos es preparar el alimento para su digestión y asimilación en etapas en las que el niño está en máximo crecimiento; sirven de guía de erupción: mantienen el espacio para la dentición permanente; estimulan el crecimiento de los maxilares con la masticación; fonación: los dientes anteriores intervienen en la creación de ciertos sonidos.

TIPOS DE DIENTES

Incisivos centrales y laterales:
Tienen por cargo cortar los alimentos en porciones más pequeñas como en el caso de las frutas y verduras, como por ejemplo, las manzanas y las zanahorias.

Previamente de masticarlas es necesario cortarlas y esto lo llevan a cabo los incisivos.

[36] Ibíd.

Caninos

Tienen la función de desgarrar los alimentos fibrosos como la carne, pues en su anatomía coronal tienen un vértice agudo que penetra en los alimentos y permite retenerlos para desgarrarlos.

Primeros y segundos premolares

Su anatomía les permite participar con los caninos en el desgarre de los alimentos y con los molares en la molienda de los alimentos aunque se considera que los premolares tiene la función de la molienda fina y de la trituración.

Primeros, segundos y terceros molares:

Tienen la función de moler los alimentos para formar una masa que sea de la consistencia y tamaño suficiente para poder deglutirlos

4.4 Dieta equilibrada

*"*Una dieta equilibrada es aquella formada por los alimentos que aportan una cantidad adecuada de todos y cada uno de los nutrientes que necesitamos para tener una salud óptima. La dieta ha de ser variada consumiendo sobre todo productos frescos y de temporada. Sin darnos cuenta hemos ido abandonando los buenos hábitos alimentarios con el consiguiente detrimento hacia nuestra salud.

La dieta equilibrada depende de una serie de factores personales tales como el sexo, la talla, el peso, la edad, la actividad que realizamos, el clima y el entorno en el que vivimos.

Debido a los múltiples factores personales de los que depende, la dieta equilibrada varía mucho de unos individuos a otros y por ello se habla de cantidades o ingestas diarias recomendadas.

La alimentación ha de cubrir los siguientes objetivos:

Aportar una cantidad de nutrientes energéticos (calorías) que sea suficiente para llevar a cabo los procesos metabólicos y de trabajo físico necesarios. Ni más ni menos.

Suministrar suficientes nutrientes con funciones plásticas y reguladoras (proteínas, minerales y vitaminas). Que no falten, pero tampoco sobren.

Que las cantidades de cada uno de los nutrientes estén equilibradas entre sí. Esto es:

Las proteínas deben suponer un 15 % del aporte calórico total.

Los glúcidos nos aportarán al menos un 55-60 % del aporte calórico total.

Los lípidos no sobrepasarán el 30 % de las calorías totales ingeridas.

4.5. Higiene bucal

“La higiene dental nos permitirá prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la caries. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva. La higiene dental es un tema de absoluta y primaria importancia para todas las personas, de esto depende claramente la conservación de todas nuestras piezas dentales y de mantener una salud oral estable, además una excelente higiene oral evita la formación de caries que son microorganismos que se reproducen en la boca y acaban con el esmalte protector de las piezas dentales.

4.5.1. Elementos básicos de limpieza dental.- Debemos tener muy claro que dentro de un buen proceso de higiene dental se deben utilizar determinados y muy básicos elementos como el cepillo de dientes, el dentífrico o crema de dientes, la seda dental y, en determinados casos, los cepillos interproximales que limpian los espacios pronunciados en los dientes de algunas personas. La limpieza de la boca depende claramente de tener un buen cepillado, por

ejemplo para mantener el órgano de la lengua libre de bacterias se debe utilizar el cepillo de dientes de una manera diferentes que con las piezas dentales, se debe hacer con él unos suaves movimientos en la zona lingual de manera que estos froten el órgano de atrás hacia adelante o si es posible y se tiene a la mano utilizar un limpiador lingual el cual es una herramienta especializada que eliminará todas las bacterias residentes en toda la zona de la boca.

En lo que concierne a los movimientos del cepillo para una óptima limpieza oral es de tener en cuenta que se deben recorrer todas las caras de los dientes y de la piezas molares, claro es que esto se debe realizar después de haber limpiado a profundidad los espacios entre ellos, para esto se recomienda el uso de la seda dental ya que un simple cepillo de dientes no está en la capacidad de llegar a tan minúsculos espacios y es ahí donde precisamente se acumulan los residuos de comida luego de la ingestión de ésta. Se puede decir que el uso de la seda dental es la parte más importante del indicado proceso de higiene oral por que este elemento limpia los lugares donde se reproducen en gran medida las bacterias que forman el sarro y posteriormente la caries"[37]

4.5.2. Uso del Dentífrico.-"Cualquier pasta dentífrica fluorada es eficaz para disminuir la aparición de Caries. Hay pastas dentífricas más específicas para mejorar la sensibilidad térmica de los dientes y algunas más abrasivas para eliminar tinciones.

Se presentan en forma de pasta o geles, incorporan agentes detergentes, y casi todos llevan agentes saborizantes.

Actualmente el flúor tiene en la prevención de la caries dental, es deseable que los dentífricos incorporen flúor en su fórmula ya que éste tiene una clara función en la protección frente a la caries. Existen en el mercado pastas especiales para tratar la sensibilidad dental que incorporan nitrato potásico.

4.5.3. Uso del enjuague bucal.- El empleo implica la limpieza de la boca con aproximadamente 20 ml dos veces al día después de cada cepillado.

[37] www.spainfitness.com/salud/

El uso de enjuagues bucales o colutorios es de gran valor higiénico, por su protección química en especial los enjuagues con contenido de Fluoruro logran ayudar la labor de remineralización del esmalte que la alimentación cotidiana tiende a erosionar. El enjuague bucal a base de clorhexidina posee propiedades antimicrobianas, bastante importante en el control de la enfermedad periodontal así como potente anticaries.

4.5.4. Uso del hilo dental.- El uso del hilo dental es la medida más indicada para la remoción de placa y detritos, los cuales se acumulan a nivel de la papila, espacio interproximal y puntos de contacto. El uso eficaz del hilo dental completa los siguientes objetivos:

Remueve la placa y los detritos adheridos a los dientes, restauraciones, aplicaciones ortodóncicas, prótesis removibles y fijas, espacios interproximales y alrededor de los implantes.

Pueden detener o prevenir lesiones cariosas interproximales.

4.5.4.1. Características del hilo dental.- 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 (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. 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.

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.

No sería razonable esperar que los niños empleasen el hilo como medio adicional de higiene bucal, ya que en estas edades solamente lograr un correcto y minucioso método de cepillado resulta difícil. Para conseguir que el infante complemente ambos procedimientos 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.

4.5.4.2. Manejo del hilo dental.- Se debe emplear el hilo dental, se considera que aporta el 40% de la higiene, es decir casi la mitad, junto con el cepillado, la técnica de uso de hilo dental es bastante simple y rápida una vez adquirido el entrenamiento que el mismo odontólogo puede orientar, existen diferentes tipos de hilo dental , el hilo sin cera se considera el hilo dental más limpio para la higiene, empleado en la mayor parte de las ocasiones. El hilo dental con fluoruro aporta un factor anticaries, y el hilo dental con cera es de gran ayuda en apiñamientos y serias malformaciones de origen genético así como maloclusiones complejas de abordar o en pacientes de difícil manejo por su situación socioeconómica.

Es un elemento muy importante para obtener una higiene bucal adecuada, ya que solo con el hilo dental podremos remover residuos alimenticios y placa bacteriana acumulados entre los dientes y bajo el borde de la encía, para dominar el uso del hilo dental se requiere de práctica y paciencia, ya que por lo general durante los primeros días de uso es común lastimarse la encía y producir sangrado, con la práctica lograremos emplear eficientemente este auxiliar que es muy útil y previene enfermedades de las encías y caries dental”[38].

4.5.4.3. Modo de uso del hilo dental:

a. “Usar hilo o seda sin cera. El material encerado puede dejar una capa sobre la superficie dental que en ocasiones inhibe la asimilación del fluoruro de la pasta dental o de los tratamientos tópicos.

[38] www.odonto-red.com.mx/higiene**dental**.htm

b. Cortar un tramo de hilo de unos 30-60 cm y enrollar ligeramente sus extremos en los dedos medios, dejando de 5-8 cm entre ambos dedos.
c. A fin de lograr el máximo control, no deben separarse de 2 cm las puntas de los dedos o pulgares que controlan el hilo.
d. Pasar el hilo con cuidado por los puntos de contacto moviéndolo en dirección vestíbulo- lingual hasta que se deslice lentamente. Evitar forzarlo pues se podría lastimar la papila interdental.
e. Mover el hilo con cuidado en dirección ocluso-gingival y vestíbulo-lingual con movimientos de serrucho y vaivén contra cada superficie proximal para remover la placa interproximal hasta que se extienda justo debajo del margen gingival. En los dientes inferiores el hilo es guiado con los índices en vez de con los pulgares para facilitar el control de los movimientos.
f. Se debe desplazar el sector de hilo usado en cada espacio proximal para limpiar cada diente con hilo limpio.
g. Después de pasarlo por todos los dientes, enjuagar vigorosamente la boca para eliminar la placa y los residuos de los espacios interdentales.
h. Por último debe realizarse un correcto cepillado, ya que se ha demostrado que este, combinado con el pasaje de hilo dental es el método más efectivo para limpiar las superficies interproximales”[39].

4.5.5. Cepillo dental.- “Debe convertirse en un hábito diario de limpieza. Debe realizarse inmediatamente después de ingerir los alimentos, siendo la medida preventiva más efectiva para evitar enfermedades, tanto caries dental como enfermedad periodontal. Puede efectuarse con el cepillo seco o humedecido en agua.

El cepillo dental debe reunir ciertas características de gran importancia para un cepillado adecuado.

a. Mango recto
b. Tamaño adecuado a la edad del individuo y tamaño de la boca (niños, jóvenes, adultos)

[39] BARRANCOS MOONEY J.; Operatoria dental. 3ra ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1999, pág. 313-319.

c. Las cerdas deben ser plásticas (no usar cepillos con cerdas naturales, ya que ésta conservan la humedad)
d. Las cerdas deben ser suaves, firmes y con puntas redondeadas.

Debe ser reemplazado cada dos o tres meses de uso, un cepillo "despeinado" sólo irritará las encías.

4.5.5.1. Tipos de cepillos dentales.- Actualmente hay una gran diversidad de cepillos y debemos utilizar siempre el que más se adapte a nuestras necesidades:

a. Cepillo convencional: con 3 o 4 tiras de cerdas, es el que usamos normalmente.

b. Cepillo periodontal: también llamado sulcular o crevicular, tiene dos tiras de cerdas. Se utiliza en casos de inflamación gingival y surcos periodontales profundos. También es recomendable en niños con ortodoncia fija.

c. Cepillo eléctrico: tiene 3 tipos de movimiento horizontal, alternado, vertical arqueado o vibratorio. Pueden ser especialmente útiles en personas disminuidas físicas o mentales, debido a la simplicidad de la operación por el paciente o por quien le ayude.

d. Cepillos interproximales: son un penacho para los espacios interdentales.

Las cerdas de los cepillos dentales pueden ser naturales (pelos de cerdo o de jabalí) o sintéticas (nylon). En la actualidad la recomendación es utilizar cepillos de cerdas sintéticas y con un grado de dureza medio o blando.

4.5.5.2. Técnicas de cepillado.- "Los métodos de cepillado más naturales empleados por los pacientes corresponden a una técnica de restregado horizontal (técnica de Pones), a un movimiento rotatorio o a un sencillo movimiento de arriba hacia abajo sobre los dientes maxilares y mandibulares (técnica de Leonard). Los pacientes que logran un cepillado dental eficaz con estos métodos sin producirse problemas o enfermedades traumáticas, no deben modificar sus métodos de cepillado sólo por la moda del cambio.

El método de Stillman fue desarrollado, originalmente para proporcionar estimulación gingival. El cepillo dental se coloca en una posición inclinada.de 45° respecto del vértice, dental, colocando parte del cepillo sobré la encía y parte sobre el diente. Se utiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía.

Charters propone una técnica vibratoria con presión para limpiar las partes interproximales. El cepillo dental debe colocarse en un ángulo de 90° en dirección al eje largo de los dientes, de manera que las cerdas se fuercen suavemente entre los dientes, pero no reposen sobre las encías. Asimismo, se realizan movimientos rotatorios pequeños, de tal modo que los lados de las cerdas entren en contacto con el borde gingival. El cepillo se retira después de 2 o 3 movimientos, para colocarse en el mismo lugar y repetir el procedimiento. Es importante hacer notar que la técnica de Bass fue la primera en centrarse en el retiro de la placa y los detritos presentes en el surco gingival mediante la utilización combinada de un cepillo dental blando y del hilo dental. El método tiene eficacia para retirar la placa adyacente a, y directamente por debajo de, los bordes gingivales, como parte del régimen de auto cuidado para el control de la caries y la enfermedad periodontal. En la técnica de Bass, el cepillo dental se coloca sobre el surco gingival a un ángulo de 45° respecto del vértice dental. En seguida, las cerdas se presionan suavemente para que entren en el surco. Una acción vibratoria, descrita como un sacudido horizontal de atrás hacia delante, produce un impulso de las cerdas para limpiar el surco. Se recomiendan 10 movimientos de presión por cada área.

El método de golpe con vuelta las cerdas del cepillo dental se colocan paralelas contra la encía adherida, con la cabeza del cepillo dental; a nivel del plano oclusal. En seguida, se da vuelta a la muñeca para flexionar las cerdas, primero contra la encía y después contra la superficie facial. Posteriormente se emplea un movimiento de barrido hasta que se llega a la superficie oclusal o incisal. Conforme el cepillo pasa sobre la corona, las cerdas se colocan en ángulo recto respecto a la superficie dental. La acción de vuelta con presión se repite al menos cinco veces antes de proceder al sitio siguiente.

Las técnicas originales se han modificado en el intento de mejorar el cepillado

en la totalidad de las superficies vestibulares y lingual de los dientes. Algunas modificaciones como la del método de Bass pueden inducir un mayor trauma gingival con cepillos estándar. Los nuevos diseños de cepillos dentales, como los de cerdas multinivel y de secciones cruzadas que han sido probados no sólo son más eficaces sino que también son menos agresivos."[40]

[40] HARRIS. O, Norman; GARCÍA. F.2005. Odontología Preventiva Primaria. El Manual Moderno. México. Capítulo 5.p 75-78.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: El presente trabajo de Tesis es de tipo **observacional** porque nos permite observar de forma directa las características más sobresalientes que presenta el paciente.

Descriptivo permite detallar las patologías bucodentales más frecuentes.

Además se realizó la **Intervención** odontológica en niños y niñas.

Universo de estudio: El Universo estuvo conformado por 727 escolares del Área de afluencia al Hospital Universitario de Motupe.

Muestra: La muestra fue de 33 escolares pertenecientes a la Escuela "Ramón Burneo".

Criterio de Inclusión-Exclusión

Inclusión

Todos los escolares de segundo, tercero, cuarto y quinto matriculados y que asistían normalmente a clases, de la escuela "Ramón Burneo" del Barrio Zalapa Bajo, Parroquia del Valle, Cantón y Provincia de Loja.

Exclusión

Alumnos cuyos padres no dieron su consentimiento para que estos sean atendidos (8 niños), por razones personales. Además de una niña que se retiró de la escuela.

Instrumentos de investigación

Historia clínica de la carrera de Odontología elaborada por los docentes de la carrera.

Así mismo para la intervención de las patologías, se utilizó: equipos portátiles, instrumental odontológico.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

ÍNDICES

CPOD.

Se examinó las piezas dentarias permanentes y se diagnosticó cuantas piezas presentan caries, dientes extraídos y número de piezas que tienen restauraciones, se suma los tres y se divide para el número de niños y niñas examinados y de esta manera se obtiene el CPOD.

$$\textbf{\textit{CPOD}}= \frac{\textit{Nº de dientes. cariados + perdidos + obturados}}{\textit{Nº de niños examinados}}$$

"La OMS establece los siguientes rangos que indican el riesgo de morbilidad de las piezas dentarias permanentes:

0.0 a 1.1: **Muy bajo**

1.2 a 2.6: **Bajo**

2.7 a 4.4: **Moderado**

4.5 a 6.5: **Alto.**"[41]

Ceod.

Se examinó las piezas dentarias temporales y se diagnosticó cuantas piezas presentan caries, extracción indicada y número de piezas que tienen restauraciones, se suma los tres y se divide para el número de niños y niñas examinados y de esta manera se obtiene el Ceod

$$\textbf{\textit{Ceod}}= \frac{\textit{Nº de dientes. cariados + extracción indicada + obturados}}{\textit{Nº de niños examinados}}$$

[41] http:www.mspas.gob.sv/pdf/docprog/saludbucal/estudio epidemiologico2008/estudio epidemiológica caries dental y fluorosis.pdf

“La OMS establece los siguientes rangos que indican el riesgo de morbilidad de las piezas dentarias temporales:

0.0 a 1.1: **Muy bajo**

1.2 a 2.6: **Bajo**

2.7 a 4.4: **Moderado**

4.5 a 6.5: **Alto**”[42]

[42] Ibid. 2008

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tabla Nº 1.

Número y Porcentaje de niños y niñas de la Escuela

“ Ramón Burneo” de acuerdo a Edad y Sexo.

Edad	Niños	Porcentaje	Niñas	Porcentaje	Total	Porcentaje
6 años	3	17,64	0	0	3	9,09
7 años	1	5,88	6	37,5	7	21,21
8 años	7	41,17	3	17,64	10	30,3
9 años	5	29,41	6	37,5	11	33,33
10 años	1	5,88	0	0	1	3,03
11 años	0	0	1	6,25	1	3,03
Total	**17**	**100**	**16**	**100**	**33**	**100**

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autor: Yadira Elizabeth León Aguilar.

En la siguiente tabla determinamos el número y el porcentaje de niños y niñas de la Escuela **“**Dr. Ramón Burneo” de acuerdo a Edad y Sexo que se encuentran matriculados y asistiendo normalmente a clases.

El mayor número de niños se encuentra en la edad de 8 años con un porcentaje del 41,17%, seguido por las niñas de 9 años con el 37,5%.

El menor número de niños se encuentra en las edades de 7 y 10 años (5,88%); mientras que en las niñas el menor porcentaje (6.25%) se da en la edad de 11 años.

El total de niños (17) y niñas (16) es de 33.

Tabla Nº2.

Índice Ceod de los niños y niñas de la Escuela

"Ramón Burneo" de acuerdo al año de escolaridad.

Año de Educación Básica	Nº de niños/as		Nº Cariados		Nº Extracción Indicada		Nº Obturados		Ceod	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
2do año	3	6	23	46	3	0	0	0	8,66	7,66
3ro año	7	3	52	22	10	9	0	0	8,85	10,33
4to año	7	5	30	33	13	11	0	0	6,14	8,8
5to año	0	2	0	8	0	1	0	0	0	4,5
TOTAL	**17**	**16**	**150**	**109**	**26**	**21**	**0**	**0**	**10,35**	**8,12**

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autor: Yadira Elizabeth León Aguilar.

El mayor Índice Ceod, se aprecia en los niños de segundo y tercer año de Educación Básica, con valores de 8,66 y 8,85; respectivamente.

En las niñas el mayor Índice Ceod se establece en tercer año con 10,33 y en cuarto año de Educación Básica con 8,8.

Los niños y niñas de tercer año de Educación Básica se encuentran en el grupo de **alto riesgo** de morbilidad dentaria, ya que todos sin excepción presentan valores mayores a 4.5, que es la norma para identificar dicho grado de morbilidad.

TABLA Nº 3.

Índice Ceod de los niños y niñas de la Escuela

"Ramón Burneo" detallado por Edad.

Rangos de Edad	Nº de niños/as		Nº Cariados		Nº Perdidos		Nº Obturados		Ceod	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
6 años	3	0	23	0	2	0	0	0	8,33	0
7 años	1	6	9	46	1	5	0	0	10	8,5
8 años	7	3	47	23	10	7	0	0	8,14	10
9 años	5	6	23	40	8	13	0	0	6,2	8,83
10 años	1	0	3	0	0	0	0	0	0,3	0
11 años	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	**17**	**16**	**105**	**109**	**21**	**26**	**0**	**0**	**7,41**	**8,43**

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autor: Yadira Elizabeth León Aguilar.

Al observar la tabla encontramos que el mayor índice Ceod se presenta en los niños de 7 años con un valor de 10, seguido por los niños de 6 y 8 años que tienen un valor de 8,33 y 8,14 respectivamente. Por otra parte el menor índice se presenta en los niños de 10 años con el 0,3.

En las niñas el mayor índice de Ceod se encuentra en la edad de 8 años con un valor de 10, mientras que en las edades de 9 y 7 años presentan valores de 8,83 y 8,5, correspondientemente. Las niñas con menor índice Ceod son las de 11 años con un valor de 1.

El rango de **Alto Riesgo** en cuanto a morbilidad dentaria en niños y niñas, se presentan en las edades de 6 a 9 años. El indicador **Muy Bajo** en cuanto a morbilidad dentaria está comprendido entre las edades de 10 y 11 años en ambos sexos.

TABLA Nº 4.

Índice CPOD de los niños y niñas de la Escuela

"Ramón Burneo" detallado por Sexo

Año de Educación Básica	Nº de niños/as		Nº Cariados		Nº Perdidos		Nº Obturados		CPOD	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
2do año	3	6	2	2	0	0	0	0	0,66	0,33
3er año	7	3	9	4	0	1	0	0	1,28	1,66
4to año	7	5	11	15	0	0	0	0	1,57	3,66
5to año	0	2	0	9	0	0	0	0	0	4,08
TOTAL	**17**	**16**	**22**	**30**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1,29**	**1.93**

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autor: Yadira Elizabeth León Aguilar.

El **Alto Riesgo** de acuerdo al índice CPOD se encuentra en los niños de Cuarto Año con el 1,57 y en las niñas de Quinto Año con 4,08.

Los niños de tercero y segundo año presentan valores de 1,28 y 0,66 respectivamente, clasificándose en grupos de **Bajo** y **Muy Bajo** riesgo de morbilidad.

En las niñas de tercero y segundo año encontramos índices de 1,66 y 0,33, presentándose en el grupo de **Bajo** y **Muy Bajo** riesgo de morbilidad.

TABLA Nº 5.

Índice CPOD de los niños y niñas de la Escuela

"Ramón Burneo" de acuerdo a la Edad

Rangos de Edad	Nº de niños/as		Nº Cariados		Nº Perdidos		Nº Obturados		CPOD	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
6 años	3	0	2	0	0	0	0	0	0,66	0
7 años	1	6	0	2	0	1	0	0	0	0,33
8 años	7	3	12	2	0	1	0	0	1,71	1
9 años	5	6	5	19	0	0	0	0	1	3,16
10 años	1	0	3	0	0	0	0	0	3	0
11 años	0	1	0	3	0	0	0	0	0	3
TOTAL	**17**	**16**	**22**	**26**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1.29**	**1,68**

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autor: Yadira Elizabeth León Aguilar.

El mayor índice de CPOD se presenta en los niños de 10 años con un valor de 3**;** en las niñas el valor más alto es de 3 y 3,16 en las edad de 9 y 11 años, encontrándose ambos sexos en un **Riesgo Moderado** de morbilidad dentaria.

El menor índice de CPOD es en los niños de 6 y 9 años con 0.66 y 1, encontrándose en un nivel de **Riesgo Muy Bajo**; y los niños de 8 años con un valor de 1.71, en un nivel de **Riesgo Bajo**.

En las niñas de 7 y 8 años el menor índice es de 0,33 y 1 clasificándose en el grupo de **Riesgo Muy Bajo**.

TABLA Nº 6

Patologías prevalentes de los Tejidos Duros, en la cavidad bucal de los niños y niñas de la Escuela "Ramón Burneo" por Sexo

PATOLOGÍAS		SEXO			
		NIÑOS	PORCENTAJE	NIÑAS	PORCENTAJE
OCLUSIÓN	Bis a Bis	3	18,75	3	18.75
	Abierta anterior	1	6,25	1	5.26
	Cruzada anterior	3	0	0	0
DIENTES	Pigmentaciones	7	43,76	8	42,11
	Mal posición dentaria	4	25	6	31,57
	Desgastes	1	6,25	1	5.26
	Caries	15	88,23	16	100
	Cálculo	1	5,88	1	6,25

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autor: Yadira Elizabeth León Aguilar.

Podemos analizar en la tabla 6 las patologías más prevalentes que se presentan los niños y niñas; encontrándose la caries dental con un valor de 88,23% en los niños, mientras que en las niñas tenemos un 100%; seguido por la mala posición dentaria en los niños con un 25% y en las niñas un 31,57%; además, pigmentaciones en un 42,11% en las niñas y un 43,76% en los niños.

Las patologías que con menor frecuencia se presentan es el cálculo dental, en los niños, con un porcentaje de 5,88% y en las niñas con un valor de 6,25%.

TABLA Nº 7.

Patologías prevalentes de los Tejidos Blandos, de la cavidad bucal de los niños y niñas de la Escuela "Ramón Burneo" por Sexo

TEJIDOS BLANDOS	PATOLOGÍAS	SEXO			
		NIÑOS	PORCENTAJE	NIÑAS	PORCENTAJE
ENCÍA	Abscesos	6	35,29	7	43,75
	Gingivitis(inflamación)	17	100	15	93,75
LENGUA	Frenillo lingual corto	0	0	1	6,25

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autores: Yadira Elizabeth León Aguilar.

En esta tabla se hace notorio que las principales patologías de tejidos blandos son: la gingivitis, en los niños con un 100% y en las niñas un porcentaje de 93.75%; seguido de abscesos, debido al mal estado de sus piezas dentarias con porcentajes de 35,29% en los niños y de 43,75% en las niñas.

La patología con menos frecuencia, es el frenillo lingual corto, el cual se presenta en las niñas con un valor de 6,25%.

TABLA Nº 8.

Patologías prevalentes de los Tejidos Blandos, de la cavidad bucal de los niños y niñas de la Escuela "Ramón Burneo" por edad

TEJIDOS BLANDOS	PATOLOGÍAS	EDAD											
		6 AÑOS	PORCENTAJE	7 AÑOS	PORCENTAJE	8 AÑOS	PORCENTAJE	9 AÑOS	PORCENTAJE	10 AÑOS	PORCENTAJE	11 AÑOS	PORCENTAJE
ENCÍA	Abscesos	2	40	2	20	4	26,7	10	47,6	0	0	1	100
	Gingivitis(inflamación)	3	60	6	60	11	73,3	11	52,4	1	100	1	100
LENGUA	Frenillo Lingual Corto	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autores: Yadira Elizabeth León Aguilar.

En cuanto a patologías de tejidos blandos, tenemos el mayor porcentaje con la presencia de gingivitis, en las edades de 10 y 11 años, alcanzando valores del 100%; el menor porcentaje, con abscesos dentales, se encuentra en la edad de 7 años, con un 20%. El frenillo corto, con un 10%, se encuentra en los niños/as de 7 años.

TABLA Nº 9.

Factores Predisponentes a Desarrollar Enfermedad Bucodental, en los niños y niñas de la Escuela "Ramón Burneo" por sexo

Sexo				
PLACA BACTERIANA	**Niños**	**Porcentaje**	**Niñas**	**Porcentaje**
	17	100	15	93,75
MATERIA ALBA	17	100	15	93,75
CÁLCULO	1	5,88	1	6,25

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autores: Yadira Elizabeth León Aguilar.

En los niños, la placa bacteriana y materia alba se presentan en un 100% y en las niñas un porcentaje del 93,75%.

El cálculo dental, se presenta mayormente en las niñas con un 6,25%; y en un valor de 5,88% en los niños.

TABLA Nº 10

Actividades realizadas durante la intervención Odontológica.

ACTIVIDADES	CANTIDAD
Operatorias dentales	**253**
Sellantes de fosas y fisuras	**105**
Exodoncias	**55**
Tratamientos Pulpares	**4**
Profilaxis	**33**
Fluorizaciones	**33**
Entrega de pastas y cepillos	**33**

Fuente: Historia Clínica de la Carrera de Odontología.
Autores: Yadira Elizabeth León Aguilar.

Las actividades de rehabilitación realizadas en los niños y niñas de la Escuela "Ramón Burneo" fueron: operatorias dentales en un número de 253, 105 sellantes de fosas y fisuras, 55 exodoncias, 4 tratamientos pulpares; 33 profilaxis con aplicación de flúor y entrega de cepillos y pastas a todos los niños/as investigados.

DISCUSIÓN

La singularidad de la caries dental, única no solo por sus mecanismos patológicos, sino por otros múltiples factores, sociales, culturales, económicos, geográficos, genéticos, familiares, la convierten en una enfermedad bio-social arraigada en la sociedad. A pesar de ser una patología tan antigua como la humanidad, su prevalencia ha aumentado de manera constante con el avance de la sociedad. A medida que las pautas de vida mejoran, la enfermedad aumenta y se constituye en un problema real de salud que afecta a hombres, mujeres y niños.

"La investigación "Perfil Epidemiológico en la población escolar durante el período 2007-2008 realizada en la Provincia de Loja, dentro del Macroproyecto: Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención Integral bucodental considerando los aspectos: socioeconómicos, culturales y ambientales del área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe perteneciente al Área de Salud N° 3 DE LA DSL/MSP'', llevada a cabo por estudiantes de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, evidenció que el Índice Ceod fue de 4,5 para las niñas y de 5,1 para los niños, en tanto que el índice CPOD fue de 1,9 para las niñas y de 1,6 para los niños."[43]

Los datos del mencionado estudio, se encuentran en relación con el Perfil Epidemiológico de la Escuela "Ramón Burneo", donde se obtuvieron los siguientes resultados: el Índice CPOD en los niños es de 1,29, y en las niñas 1,68 presentándose como grupos de Bajo Riesgo de Morbilidad.

El índice CPOD en los niños de Cuarto Año es de 1,57 y en las niñas de Quinto Año de 4,08, siendo una población de Alto Riesgo; en los rangos de edad el mayor Índice CPOD se encuentra en los niños de 10 años con un valor de 3 y en las niñas de 9 años, presentándose un 3,16.

[43] GONZALEZ, Andrea. CARPIO, Miriam. "Perfil Epidemiológico De La Enfermedad Bucodental En Niños/As Escolares Del Área De Afluencia Al Hospital Universitario De Motupe, Perteneciente Al Área De Salud Nº3 De La DPSL/MSP"2007-2008.

Las patologías más prevalentes son: la caries dental con un porcentaje de 88,23% en los niños y un 100% en las niñas; mala posición dentaria en los niños con un 25 % y en las niñas un 31,37%; y pigmentaciones con un 42,11% en los niños y 43,76%.en las niñas.

Se logra constatar que las patologías encontradas y evaluadas dentro de este trabajo coinciden, con los estudios realizados en nuestra ciudad y con lugares de pobreza elevados. Reincidiendo patologías frecuentes como: caries, enfermedad periodontal y mala posición dentaria.

CONCLUSIONES

Se realizó el levantamiento del perfil epidemiológico bucodental de los niños y niñas de segundo, tercero, cuarto y quinto año de la Escuela “Ramón Burneo”, determinando que las patologías prevalentes fueron: la caries con un 88,23% en los niños y 100% en niñas, mala posición dentaria en un 25% en los niños y 31,57% en las niñas y pigmentaciones con un 43,76% en niños y 42,11% en niñas.

Se encontró que, los factores predisponentes a desarrollar enfermedades bucodentales en los escolares son: la placa bacteriana y materia alba presentándose en un 100% en los niños y en las niñas un 93,75%; además de la presencia de cálculo en un porcentaje de 5,88% en los niños y un 6,25% en las niñas.

Se brindó información a los niños de la escuela, impartiendo charlas educativas acerca de la importancia de la salud bucodental.

Se efectuó acciones de rehabilitación de las patologías bucodentales más frecuentes, realizando operatorias, sellantes de fosas y fisuras, exodoncias, tratamientos pulpares, profilaxis y fluorización.

RECOMENDACIONES

Las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, desarrollen campañas de prevención e intervención para de esta manera reducir la prevalencia de enfermedades bucodentales en la población

Es necesario se fortalezcan las actividades de educación sobre salud bucodental, dirigidas a los padres de familia, con el fin de instruirlos para con ello mejorar su calidad de vida y la de sus hijos.

A los estudiantes de la Carrera de Odontología se recomienda realicen mayor investigación, para que se dé una mejor vinculación con la comunidad y a su vez obtengan conocimientos sobre las patologías más frecuentes en nuestro medio, así también se realicen acciones interventivas y con ello mejorar la salud bucodental.

BIBLIOGRAFÍA

ALEXANDRA PAOLA BENÍTEZ MELO, MARIO RAFAEL ROMERO SÁNCHEZ ROMERO, Revista odontológica, 2005, pág. 8.

BARRANCOS MOONEY J.; Operatoria dental. 3ra ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1999, pág. 313-319.

BEZERRA DA SILVA Léa Assed, Tratado de Odontopediatría, Tomo 1, 2008, pág. 9-15.

CANALDA SAHLI Carlos, BRAU AGUADÉ Esteban, Endodoncia en la dentición temporal, 2006 pág.278-279

ECHEVERRÍA GARCÌA José Javier, PUMAROLA SEÑÉ Josep, El manual de odontología, 2ª Edición, 2008, pág. 173-174.

GONZALEZ, Andrea; CARPIO, Mirian. Perfil Epidemiológico de la Salud Bucodental en niños /as escolares del Área de afluencia al Hospital Universitario de Motupe, perteneciente al Área de Salud N3 de la DPSL/MSP.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Ley de Maternidad Gratuita. 2010.

O. HARRIS norman, GARCÍA-GODOY franklin, Odontología Preventiva Primaria, 2ª Edición, 2005, pág. 34

PLAN CANTONAL DE SALUD DE LOJA “Trabajando Unidos Por El Bienestar Individual Y Social De La Población Del Cantón Loja”. 2007. Tomo I. Editorial GRÁFICA AMAZONAS. Loja. pp. 60, 79,80.

Rodríguez Martín, Jorge A; González Aguilar, Osvaldo; Pardo Hugo; Yazde Yamil. “Consentimiento Informado. ¿Un dilema ético o legal?”. Rev. Argent. Cirug., 1999; 77:229-241

WEBGRAFÍA

http://www.msp.gov.ec 2010

www.crianzanatural.com

www.tusalud.com

www.saluddentalparatodos.com

www.odonto-red.com.mx/higienedental.htm

http:www.mspas.gob.sv/pdf/docprog/saludbucal/estudio epidemiologico2008/estudio epidemiológica caries dental y fluorosis.pdf

ANEXOS

Certificación del director Dr. Benito Román director del Hospital Universitario de Motupe, entrega de las 33 historias clínicas.

Certificación de la Dra. Leonor Peñarreta Chauvín, Coordinadora la Clínica de Odontología, entrega las 33 historias clínicas.

Consentimiento informado dirigido a los padres de familia para la respectiva autorización para que sean atendidos.

Historia clínica de la Carrera de la Odontología.

Fotos del trabajo realizado.

Escuela “Ramón Burneo”

Espacio físico de trabajo

Fotos Antes del Tratamiento

Fotos Después del Tratamiento