



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DEL SEGUNDO AÑO DE LA ESCUELA EMILIANO MORA; SEGUNDO, TERCERO, CUARTO, QUINTO Y SEXTO ESCUELA CLEOTILDE GUILLÉN DE REZANO; CUARTO, QUINTO Y SEXTO ESCUELA FRANCISCO RODAS BUSTAMANTE; SEGUNDO TERCERO Y SEXTO ESCUELA ROSA SÁNCHEZ DE FIERRO, DE LOS BARRIOS MASACA, SEVILLA DE ORO, CHIRIMOYOS Y SAN JUAN DE LA PARROQUIA EL VALLE, CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA; MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PERIODO MARZO 2010– ENERO 2011”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA:

Sandra Ximena Rivera Medina

DIRECTORA:

Dra. Leonor Peñarreta Chauvin

LOJA - ECUADOR
2011

CERTIFICACIÓN

Dra. Leonor Peñarreta
DOCENTE DEL ÁREA DE SALUD HUMANA

CERTIFICA:

Que se ha revisado el informe final de la tesis, efectuada por la egresada Sandra Ximena Rivera Medina; titulada:
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DEL SEGUNDO AÑO DE LA ESCUELA EMILIANO MORA; SEGUNDO, TERCERO, CUARTO, QUINTO Y SEXTO ESCUELA CLEOTILDE GUILLÉN DE REZANO; CUARTO, QUINTO Y SEXTO ESCUELA FRANCISCO RODAS BUSTAMANTE; SEGUNDO TERCERO Y SEXTO ESCUELA ROSA SÁNCHEZ DE FIERRO, DE LOS BARRIOS MASACA, SEVILLA DE ORO, CHIRIMOYOS Y SAN JUAN DE LA PARROQUIA EL VALLE, CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA; MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLOGICO PERIODO MARZO 2010– ENERO 2011”,en todas sus partes, el cual cumple con los requisitos técnicos, reglamentarios, establecidos por la Universidad Nacional de Loja, en consecuencia apruebo su presentación.

Loja Octubre del 2011

Dra. Leonor Peñarreta Chauvin
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Los comentarios, ideas y teoría que no estén citados formalmente son exclusivamente responsabilidad de la autora

Sandra Ximena Rivera Medina

AGRADECIMIENTO

A la gloriosa Universidad Nacional de Loja a los docentes de la Carrera de Odontología quienes a lo largo de mi vida estudiantil me brindaron sus conocimientos y experiencias

A la Dra. Leonor Peñarreta por su valiosa y desinteresada labor, como docente y directora del presente trabajo investigativo

DEDICATORIA

A mi familia que siempre me apoyo en mis proyectos; especialmente mis padres: Germán y Emma, razón de mi vida y esfuerzo, a quienes les dedico mis acciones, días, amor, gratitud y agradecimiento por los largos años de sacrificio, dedicación y apoyo absoluto.

A mi amado esposo Darwin Calle por su comprensión y apoyo incondicional en los momentos difíciles con la única ilusión de que mis anhelos se hagan realidad, mismos que son muestra de su gran amor.

A mis hermanos y sobrinos hermosos quienes me incentivaron a seguir adelante... ¡Gracias!.....

Sandra Ximena

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi

CAPÍTULOS

1. TEMA.....	1
2. RESUMEN.....	2
3. SUMMARY.....	6
4. INTRODUCCIÓN.....	8
5. REVISIÓN DE LITERATURA.....	11
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	58
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	66
8. DISCUSIÓN.....	75
9. CONCLUSIONES.....	79
10. RECOMENDACIONES.....	81
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
12. ANEXOS.....	87

TEMA

“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DEL SEGUNDO AÑO DE LA ESCUELA EMILIANO MORA; SEGUNDO, TERCERO, CUARTO, QUINTO Y SEXTO ESCUELA CLEOTILDE GUILLÉN DE REZANO; CUARTO, QUINTO Y SEXTO ESCUELA FRANCISCO RODAS BUSTAMANTE; SEGUNDO TERCERO Y SEXTO ESCUELA ROSA SÁNCHEZ DE FIERRO, DE LOS BARRIOS MASACA, SEVILLA DE ORO, CHIRIMOYOS Y SAN JUAN DE LA PARROQUIA EL VALLE, CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA; MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PERÍODO MARZO 2010– ENERO 2011”

RESUMEN

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general conocer las patologías más prevalentes de los/as escolares de segundo año de la Escuela Emiliano Mora; segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto Escuela Cleotilde Guillén de Rezano; cuarto, quinto y sexto Escuela Francisco Rodas Bustamante; segundo tercero y sexto Escuela Rosa Sánchez de Fierro, de los Barrios Masaca, Sevilla de Oro, Chirimoyos y San Juan de la Parroquia el Valle, Cantón Loja, Provincia de Loja e intervenir en las mismas para mejorar su calidad de vida a través de un diagnóstico y rehabilitación básica en el período Marzo 2010 – Enero 2011.

La referida investigación es de tipo observacional, descriptivo y de intervención para la cual se utilizaron índices CPOD y ceod. La población estudiada fue de 34 niños de 6 a 11 años de edad en el área de Odontopediatría, se manejaron las variables de estratificación por edad y sexo.

Los resultados obtenidos: de los 34 escolares 47% son niños y 52,9% niñas; encontrándose con un índice CPOD promedio de 4.4 en las niñas de 11 años seguido de un índice de 4 en niñas de 10 y 8 años; y en el sexo masculino el mayor índice es de 3 en niños de 10 años y de 2.5 en niños de 9 años. La Organización Mundial de la Salud, establece el valor de 2.7 a 4.4 como riesgo moderado de caries.

Mientras que en el índice ceod la edad más afectada está en los niños de 10 años con un índice de 10 que significa un alto riesgo de morbilidad, situación similar ocurre con los niños de 7 años cuyo índice es de 9,1 igualmente alto. En el sexo femenino el mayor índice es de 8,25 en las niñas de 6 años, seguida de las niñas de 7 años con un valor de 7,5 en ambos casos el ceod supera el alto riesgo de morbilidad. La Organización Mundial de la Salud, establece como riesgo alto de caries a valores mayores de 4.5; de estos índices el componente caries es el más alto encontrándose en el 100% de la muestra. De acuerdo a la edad observamos que el CPOD aumenta cuando lo hace la edad y el ceod disminuye cuando la edad incrementa.

En cuanto a los factores predisponentes para enfermedades bucodentales se encontró que el 100% de los niños intervenidos presentó placa bacteriana y materia alba. Otra patología de importancia por su frecuencia es la mala

posición dentaria que afecta en mayor número de casos a las mujeres y su porcentaje es de 55.5%, y en los varones, el valor porcentual es significativamente inferior es de 43,7%.

Las actividades realizadas dentro de la intervención fueron: 209 operatorias dentales, 7 tratamientos pulpares y 19 exodoncias; además se efectuaron actividades preventivas tales como: 86 sellantes, 68 profilaxis, 34 aplicación de flúor.

Para promocionar y educar sobre la importancia de salud oral se impartieron charlas y se entregó cepillos y pastas dentales que de alguna manera ayudaron en el mejoramiento de la calidad de vida de estos niños.

SUMMARY

SUMMARY

The present investigation had as a main objective to know the most prevalent pathologies of the students of second year of "Emiliano Mora;" School, second, third fourth and fifth, fifth and sixth in the "Cleotilde Guillén" school de Rezano; fourth, fifth and sixth in the "Francisco Rodas Bustamante" school; second third and sixth in the "Rosa Sanchez de Fierro" school, All of them located in the Districts Masaca, Sevilla de Oro, Chirimoyos and San Juan "El Valle" parish, Canton Loja, Province of Loja. The main purpose of this research was to improve quality of life through a diagnosis and basic rehabilitation during March 2010 - January 2011.

In the mentioned investigation observational descriptive method was used as well as the interventional one, in which CPOD and ceod index were considered. The sample population taken was: 34 boys from 6 to 11 years at Odontopediatrician age. The stratification variables by age and sex were handled.

The obtained results from the 34 school children from which: 47% were boys and 52,9% were girls; Whereas the in the index CPOD it was found 4.4 in the girls of 11 years, followed by an index of 4 in the girls from 10 to 8; years. In the males the biggest index was 3, in children who were 10, and 2,5 in children who were 9.

The worldwide Health Organization sets the average from 2.7 to 4.4 as a moderate risk of decays

Whereas the ceod index showed that the most affected age is in children of 10 years with an index of 10 that means a high risk of morbidity, similar situation happens with the children of 7 years whose index is 9.1 which represents a high index too. In feminine sex the greater index is 8.25 in girls of 6 years, followed by girls of 7 years with a number of 7.5 in both cases ceod surpasses the high risk of morbidity. The World-wide Health organization, establishes as high risk of decay the number higher than 4.5; the decays were the highest which is found in the 100 % of the sample.

According to the age we observed that the CPOD increases in lower ages and the ceod decreases when the children are older.

Related to the factors that affect buco-dentals diseases It was found that the 100% of the sample displayed bacterial plate and white matter. Pathology of importance by its frequency is the bad dental position that affects in greater number of cases in women and its percentage is 55, 5%, and in men, the percentage value is significantly inferior to 43.7%.

The activities done within the intervention were: 209 operating dental ones, 7 pulpar treatments and 19 exodoncias; in addition preventive activities took place such as: 86 sealants, 68 prophylaxes, 34 application of fluorine.

In order to promote and to educate on the importance of oral health there were given speeches to them as well as toothpaste and brush teeth were donated so somehow I could help in the improvement of the quality of life of these children.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Los conceptos de salud oral y salud general, no deben ser interpretados como entidades diferentes, deben estar relacionadas siempre, pues son equivalentes de salud y bienestar integral. Los dientes sanos no son sinónimos de salud bucal, para lograr un método oral saludable es preciso conservar sus estructuras y componentes anatómicos funcionando en armonía y equilibrio, que se logra con la práctica de hábitos de higiene y cuidado oral constante, caso contrario los problemas de salud bucodental pueden conllevar a un dolor y sufrimiento innecesarios, provocar complicaciones graves en el estado de bienestar del individuo así como ocasionar egresos económicos que perjudican la calidad de vida de las familias con recursos económicos limitados.

“La salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas. Su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad oral, por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.”¹

“La caries dental junto con la enfermedad periodontal, constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; teniendo una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y ausencia de hábitos higiénicos.

A pesar de existir tecnologías preventivas capaces de dominarlas, controlarlas y/o erradicarlas, la Odontología en Latinoamérica continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja e ineficiente, y se sigue ofreciendo al 90% de la población la exodoncia como única solución. .”²

Las condiciones de la población con respecto a esta conducta, ameritan de una educación orientada hacia la adaptación de patrones que favorezcan la higiene

¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Salud Oral, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-oral1.pdf>

² ORTODONCIA REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRIA, disponible en <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art7.asp>

bucal, es por esta razón que se planteó la necesidad de realizar el mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar del segundo año de la Escuela Emiliano Mora; tercero, cuarto, quinto y sexto Escuela Cleotilde Guillén de Rezano; cuarto, quinto y sexto Escuela Francisco Rodas Bustamante; segundo tercero y sexto Escuela Rosa Sánchez de Fierro, de los Barrios Masaca, Sevilla de Oro, Chirimoyos y San Juan de la Parroquia el Valle, Cantón Loja, Provincia de Loja. Con el objetivo de conocer las patologías más prevalentes de los/as escolares, considerando su perfil epidemiológico y de esta manera realizar la intervención Odontológica.

En términos generales se demostró que la patología más prevalente y que se encontró en el 100% de la muestra es la caries dental además de factores predisponentes para enfermedades bucodentales tales como placa bacteriana y materia alba en un 100% , otra patología de importancia por su frecuencia es la mala posición dental que afecta en mayor número de casos a las mujeres y su porcentaje es de 55.5%, mientras que en los varones, el valor porcentual es significativamente inferior y es de 43,7% .

Se observó un índice CPOD moderado y un índice ceod alto.

La prevalencia de caries dental reportada en este estudio y las necesidades de tratamiento detectadas, ayudó en la intervención de las mismas para mejorar la calidad de vida de la muestra estudiada.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

ESQUEMA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I POLÍTICAS DE SALUD

- 1.1 Consideraciones de la política 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 Tipos de Caries
 - 2.1.3.1 Caries de superficie lisa
 - 2.1.3.2 Caries de orificios y fisuras
 - 2.1.3.3 Caries de Raíz
 - 2.1.3.4 Caries de Esmalte
 - 2.1.4 Factores causales
- 2.2 Gingivitis
 - 2.2.1 Definición
 - 2.2.2 Etiología
 - 2.2.3 Causas
 - 2.2.4 Sintomatología
 - 2.2.5 Factores Agravantes
- 2.3 Patología Pulpar
 - 2.3.1 Clasificación Clínica de las enfermedades de la pulpa
 - 2.3.1.1 Pulpitis Reversible
 - 2.3.2.2 Pulpitis Irreversible
 - 2.3.2.3 Pulpitis Irreversible Sintomática
 - 2.3.2.4 Pulpitis Irreversible Asintomática
 - 2.3.2.5 Necrosis Pulpar

CAPÍTULO III PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

3.1 El paciente Odontopediátrico

- 3.1.1 Protocolo 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 Anamnesis
- 3.2.2 Antecedentes dentales
- 3.2.3 Examen extraoral
- 3.2.4 Exámenes 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 eugenol
 - 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 Nutrición y Salud Dental

4.2 Educación para la Salud

4.3 Higiene Bucal

4.3.1 Elementos básicos de limpieza dental

4.3.1.1 Uso del dentífrico

4.3.1.2 Uso del enjuague bucal

4.3.1.3 Uso del hilo dental

4.3.1.3.1 Características del Hilo Dental

4.3.1.3.2 Modo de Uso del Hilo Dental

4.3.1.4 Cepillo Dental

4.3.1.4.1 Tipos de cepillos dentales

4.3.1.4.2 Técnicas de cepillado.

4.3.1.4.3 Tiempo y Frecuencia del Cepillado Dental

4.3.1.5 Terapéutica del flúor

4.3.1.6 Selladores de Fosas y Fisuras

CAPÍTULO 1

POLÍTICAS DE SALUD

1.1. Consideraciones de la Política de Salud.

“La Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador tiene por finalidad el logro de la equidad en la cobertura y el acceso a los servicios de salud a fin de alcanzar cobertura universal en salud para todos los ecuatorianos y ecuatorianas; y la eficiencia en la orientación y uso de los recursos financieros de origen público.

Para el logro de este in ético y político se requiere de tres premisas básicas: un acuerdo político de la sociedad ecuatoriana en su conjunto sobre las prioridades en salud, aplicar un modelo de atención integral y la adecuada organización de las instituciones responsables del financiamiento y prestación de servicios de salud.

La Política Nacional de la Salud aporta la visión de mediano y largo plazo de las metas a lograrse en términos de cobertura y acceso a los servicios de salud y control y de erradicación de enfermedades, y las estrategias programáticas, organizativas de participación y de financiamiento para su efectivo cumplimiento. Es decir, la política de las orientaciones generales para la conducción sostenida y de largo aliento de las instituciones que conforman el sector, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

El Sistema Nacional de Salud define el nuevo modelo de atención, la organización de las instituciones para garantizar cobertura universal en salud, la forma de gestión de recursos financieros, humanos, materiales, físicos y tecnológicos para la ejecución del plan integral de prestaciones en Salud, la participación ciudadana para la fiscalización y veeduría social en la entrega de los servicios de salud y la promoción de la salud, y facilitar el proceso de descentralización de la gestión pública sin el riesgo de la fragmentación del modelo de atención y gestión en salud.

Por último se presenta la agenda nacional de salud, a fin de ordenar y programar estratégicamente las actividades para el logro de las metas en salud a través de la conducción de la política de estado en salud y la organización del sector salud definida en el Sistema Nacional de Salud.

Existen procesos y programas que tienen un sólido sustento legal y financiero que nos presentan en este documento pero que sin duda tiene un alto valor estratégico para el desarrollo de la salud en el Ecuador y que son elementos sustantivos y constructivos del Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Estos son: La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y su correspondiente reglamento, el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, y la Ley de Descentralización y Participación Social y su Reglamento.”³

“La Organización Mundial de la Salud considera que el levantamiento de un perfil epidemiológico posibilita conocer el estado de la salud bucodental, un perfil epidemiológico de un grupo social determinado se considera como la expresión o manifestación general de las condiciones de salud y enfermedad, en este caso la salud bucodental que posean o no dichas personas dentro de un estudio, ayudando a determinar las políticas de salud poblacional que se deban tomar al respecto y poder tomar decisiones adecuadas para promover la salud.

Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos, estimándose que el tratamiento odontológico representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo.”⁴

1.2. Ministerio de Salud Pública

“Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y

³MARCO GENERAL DE LA REFORMA ESTRUCTURAL DE LA SALUD: BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD, EQUIDAD Y DESARROLLO DEL ECUADOR. www.opsecu.org/bevestre/legisla.htm

⁴FERNÁNDEZ R, RODRIGUEZ M, TORRES M, La Habana, Pueblo y Educación 1996: 3-7 r. La comunicación, una herramienta imprescindible en el trabajo diario.

protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. La salud, definida como un instrumento para el mejoramiento continuo del bienestar colectivo, implica su continua revisión y actualización de sus instrumentos; así, el proceso organizativo, adaptado a las condiciones siempre cambiantes de la sociedad, sus organizaciones locales, provinciales y cantonales, han registrado cambios durante los últimos cinco años y requieren ser modificados. Definidos los nuevos roles y competencias del Ministerio de Salud por niveles, impone su necesaria actualización de la relación entre la organización de las Áreas de Salud con la división cantonal del país, bajo un esquema que reconozca la diversidad geográfica política y relacione las estructuras técnico-administrativas y red de servicios disponibles al nivel local, adaptados a los nuevos procesos de modernización, desconcentración y descentralización del Estado.”⁵

1.2.1. Programas de Atención Odontológica en la Provincia de Loja

El Programa Nacional de Estomatología está sustentado en el cumplimiento de las siguientes acciones: Educación, Prevención, Recuperación y Rehabilitación; con la aplicación de Normas Protocolos y Procedimientos que se cumplen en todas las unidades operativas. Priorizando la atención a los niños, niñas de segundo año de educación básica de los establecimientos escolares fiscales, menores de 5 años, embarazadas y demanda espontánea.

1.2.2. Funciones del Consejo Cantonal 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).

⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA .Misión Visión. 2010.
http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=17&Itemid=94

- 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
- o) Concertar e impulsar el Modelo de Gestión y de Atención en Salud.”⁶

1.3. Equipo básico de Salud Odontológica

⁶PLAN 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.

“El equipo de salud odontológica estará formado por el odontólogo general, odontopediatra y el auxiliar.

El odontólogo: cumple una acción facultativa completamente autónoma y puede delegar ciertos aspectos, como la prevención. 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.”⁷

“El Odontopediatra: es el especialista en la salud dental de los niños, los adolescentes y las personas con capacidades especiales; basa su trabajo en la búsqueda de toda confianza de los pacientes para hacer que la visita al dentista sea una experiencia agradable en lugar de ser un episodio traumático y desagradable.

Busca cuidar la salud en general y el desarrollo dental integral desde el primer diente en el infante hasta la dentición permanente del adolescente.”⁸

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, sus funciones son:

- a) Preparar la sala operatoria previa a la recepción del paciente.
- b) Acomodar al paciente en el sillón dental.
- c) Disposición del instrumental específico.
- d) Asistencia en el aislamiento del campo operatorio.
- e) Transferencia de instrumental y materiales al odontólogo.
- f) Limpieza, desinfección y esterilización del instrumental.
- g) Asistencia en toma de radiografías
- h) Preparación de los materiales de obturación e impresión.”⁹

⁷ SERGAS. 2006. TÉCNICO ESPECIALISTA HIGIENISTA DENTAL DE LOS SERVICIOS GALLEGOS DE SALUD, Vol. 2, Editorial Madrid (España). Pág. 174, 295-299.

⁸ Urrutia; Claudia. 2010. MÉDICOS DE EL SALVADOR
http://www.medicosdeelsalvador.com/cgi-bin/medicos/jump.cgi?ID=2146&v=Archivo_PDF

⁹ SERGAS. 2006. TÉCNICO ESPECIALISTA HIGIENISTA DENTAL DE LOS SERVICIOS GALLEGOS DE SALUD, Vol. 2, Editorial Madrid (España). Pág. 174, 295-299.

CAPÍTULO II.

ENFERMEDADES BUCODENTALES

Desde los comienzos de la humanidad, la boca ha sido considerada como un objeto de deseo y devoción, ha inspirado poemas, novelas, cuadros. Y hasta películas. A través de ella podemos hablar, comer, reír, besar. Esto hace que sea fundamental para nuestra salud tener unos dientes y encías sanas, puesto que la boca es una de las vías más directas de comunicación de nuestro organismo con el mundo exterior, de tal forma, que un perfecto estado de nuestra cavidad bucal dificultará la entrada de microorganismos patógenos a nuestro cuerpo.

2.1 La Caries

2.1.1 Definición.

“La caries es una enfermedad infecciosa, progresiva y multifactorial; de origen químico-biológico, caracterizado por la degeneración de los tejidos duros del diente.”¹⁰

“Puede ser definida como un proceso patológico, poseruption, localizado que involucra la desmineralización ácida bacteriana de los tejidos duros del diente, que si continúa sin remineralización compensatoria, da como resultado la formación de la cavidad.”¹¹

2.1.2 Etiología

“Existen numerosas evidencias que han permitido demostrar que la placa dental es un prerequisite indispensable para la iniciación de la caries dental y la enfermedad periodontal.”¹²

¹⁰ SYDNET B; Finn, ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Sexta Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 2004, Pág. 85

¹¹ O HARRIS, Norman, GARCÍA G; Franklin, 2005. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA. Segunda Edición. Editorial El Manual Moderno, Pág.: 34

¹² SEIF; Teodoro, CARIOLOGIA, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CONTEMPORANEO DE LA CARIES DENTAL. Segunda Edición, C.A. Amolca, España. 2007, Pág 48.

“No obstante las bacterias son necesarias, pero no suficientes para el desarrollo de la enfermedad. La presencia de ácido en la placa bacteriana favorece el crecimiento de más bacterias cariogénicas que se caracterizan por desarrollarse en un medio ácido (bacterias acidúricas); con lo cual cambia la composición de la placa que se hace más patogénica; la disminución del ph (5.2 -5.5) provoca la desmineralización de la superficie del esmalte iniciando la lesión de la caries. Las principales bacterias responsables de la caries son: Streptococcus Mutans y Lactobacillus.

Solo se inicia la lesión de la caries cuando las desmineralizaciones se prolongan en exceso o se repiten a menudo, como sucede cuando se acumula la placa bacteriana o se ingiere azúcar con frecuencia o bien cuando los mecanismos protectores de la saliva fallan.”¹³

2.1.3 Tipos de Caries

2.1.3.1 Caries de la superficie lisa

“Se pueden prevenir, revertir y son las que avanzan de manera más lenta. Afectan sobre todo a jóvenes de entre 20 y 30 años. Comienzan con un punto blanco y desde allí, la bacteria va diluyendo el esmalte.

2.1.3.2 Caries de orificios y fisuras

Son comunes en los niños y comienzan a aparecer alrededor de los 10 años en las piezas dentales permanentes. Se caracterizan por desarrollarse velozmente. Por lo general, se forman en las correduras de la zona masticadora de las muelas junto a las mejillas.

2.1.3.3 Caries de raíz

Afectan a las personas de mediana edad y a los mayores. Atacan el tejido óseo que protege a la raíz, que queda descubierto a medida que las encías retroceden. La principal causa de esta caries es lo dificultoso que resulta higienizar las raíces, además del consumo de azúcar en demasía.

¹³ ECHEVERRÍA GARCÍA; José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson. Pág.174

2.1.3.4 Caries en el esmalte

Se desarrollan muy despacio aunque una vez que llegaron a la dentina, que es la segunda capa de la pieza dental, la más sensible y la que ofrece menos resistencia, su avance es rápido.”¹⁴

2.1.4 Factores Causales

Los factores que influyen en la producción de caries son:

- a) Debe existir susceptibilidad congénita a la caries.
- b) Los tejidos del diente deben ser solubles a los ácidos orgánicos débiles.
- c) Presencia de bacterias acidogénicas y acidúricas y de enzimas proteolíticas.
- d) Una dieta rica en hidratos de carbono
- e) Una vez producidos los ácidos orgánicos, principalmente el ácido láctico, es indispensable que haya neutralizado la saliva, de manera que puedan efectuar sus reacciones descalcificadoras en la sustancia mineral del diente.
- f) La placa dentobacteriana de León Williams, que es una película adherente, esencial en todo proceso carioso.

2.2 Gingivitis

2.2.1 Definición

“La enfermedad periodontal más común en niños y adolescentes es la gingivitis, definida como una inflamación gingival sin pérdida ósea, inducida por el acumulo de placa bacteriana o modificada por factores sistémicos, utilización de medicamentos o mala nutrición”¹⁵

“La patología gingival se caracteriza por alteraciones de la forma, consistencia, volumen adaptación del margen gingival, cambio de coloración, hemorragia y

¹⁴ TIPOS DE CARIES 2009 disponible en: <http://tiposdecaries.com/Bienvenidos a tiposdecaries.com.2009>

¹⁵ BEZERRA DA SILVA, Léa Assed, Edición 2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA, tomo II, Editorial Amolca, Pág. 859

exudado. Es un conjunto de cuadros clínicos que afectan a la encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. La mayor parte de estos procesos son de tipo inflamatorio. La gingivitis es un cuadro clínico que se caracteriza por no presentar bolsas ni migración de la adhesión epitelial.”¹⁶

2.2.2 Etiología

La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente. La placa es la principal causa de caries dental y, si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se tornen sensibles.

Una lesión a las encías por cualquier causa, incluyendo el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte, puede causar gingivitis.

Muchas personas experimentan la gingivitis en grados variables. Ésta se desarrolla generalmente durante la pubertad o durante las primeras etapas de la edad adulta, debido a los cambios hormonales, y puede persistir o reaparecer con frecuencia, dependiendo de la salud de los dientes y las encías de la persona.

2.2.3 Causas

“La placa y el sarro irritan e inflaman las encías, las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, inflamen y se tornen sensibles. Una lesión a las encías por cualquier causa, incluye el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte, puede causar gingivitis.

¹⁶BASCONES MARTINEZ, Antonio. 2004 - MEDICINA BUCAL, Editorial Ariel S.A, Capítulo 16. Págs. 337-338.

2.2.4 Sintomatología

- a) Sangrado de las encías (sangre en el cepillo de dientes, incluso con un cepillo suave)
- b) Encías de aspecto brillante
- c) Encías que son sensibles al tacto, pero indoloras
- d) Úlceras bucales
- e) Encías inflamadas.

2.2.5 Factores Agravantes

Los siguientes factores aumentan el riesgo de desarrollar gingivitis:

- a) Enfermedad general
- b) Mala higiene dental
- c) Embarazo (los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías)
- d) Diabetes no controlada.¹⁷

2.3. Patología Pulpar.

“El tejido pulpar reacciona ante diversos irritantes externos, principalmente bacterianos, desencadenando un proceso inflamatorio, como cualquier otro tejido conjuntivo 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 hacia la necrosis.

2.3.1 Clasificación Clínica de las Enfermedades de la pulpa

Durante muchas décadas se ha clasificado la patología pulpar siguiendo criterios histopatológicos que no siempre se pueden relacionar con la sintomatología derivada de la infección pulpar. El diagnóstico clínico se

¹⁷ MEDLINEPLUS; Información de salud para ustedes; 2010 disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>

fundamenta en la valoración conjunta del análisis etiopatológico de la inflamación pulpar, su sintomatología i la observación de los signos clínicos asociados.

2.3.1.1 Pulpitis Reversible

La pulpitis reversible es la inflamación de la pulpa con capacidad reparativa. Es la primera respuesta inflamatoria pulpar frente a diversos irritantes externos y que, diagnosticada y tratada precozmente mediante técnicas conservadoras de la vitalidad pulpar, puede recuperar la normalidad hística.

Patogenia.- Las caries poco profundas, la exposición de túbulos dentinarios, los tallados protésicos poco agresivos los procesos destructivos dentarios no cariogénos, la realización de maniobras iatrogénicas en operatoria dental o bien los defectos de adhesión de determinados materiales de restauración actúan como factores de irritación externos capaces de desencadenar un cuadro inflamatorio pulpar reversible. Las bacterias son los principales agentes implicados en la aparición de esta alteración pulpar. La presencia de microorganismos en estratos profundos del complejo pulpodentinario induce, en el tejido pulpar, a la liberación de mediadores químicos de la inflamación fundamentalmente los derivados del metabolismo del ácido araquidónico (prostaglandinas, leucotrienos y tromboxanos) provocando aumento de la permeabilidad capilar.

Clínica.- Las pulpitis reversibles se asocian con ninguna o muy poca sintomatología. Existen 2 formas clínicas: asintomáticas y sintomáticas, aunque casi todas ellas son asintomáticas. Si existen síntomas son provocados por la aplicación de estímulos diversos (frio, calor, azúcar, roce) o debido a la impactación alimentaria en la cavidad cariosa. Aunque puedan provocar dolor intenso, este es de muy escasa duración y cede al suprimir el estímulo.

Diagnóstico.- Principalmente, en las pruebas de vitalidad pulpar (estimulación térmica y eléctrica) en las que la respuesta se halla aumentada y cede al eliminar el estímulo.

Tratamiento.- Consiste en la extirpación de la caries, desinfección cavitaria con clorhexidina del 2 al 5% durante 30 segundos y la restauración definitiva.

Pronóstico.- Es favorable para la pulpa dental. La evolución desfavorable del estadio inflamatorio inicial o superficial deriva en una pulpitis irreversible o bien en una necrosis pulpar.

2.3.1.2 Pulpitis Irreversible

Es la inflamación de la pulpa sin capacidad de recuperación, a pesar de que cesen los estímulos. Existen 2 formas clínicas en función de la presencia o ausencia de sintomatología: sintomática y asintomática.

2.3.1.3 Pulpitis Irreversible Sintomática

Es la respuesta inflamatoria aguda de la pulpa frente a la persistencia, crecimiento y progresión de las bacterias en la cavidad pulpar, existen dos formas clínicas de predominio seroso, con o sin afectación periapical y de predominio purulento.

La mayoría de las pulpitis irreversibles se desarrollan de forma asintomática, lo que sucede con frecuencia es que el paciente acude a la consulta cuando se inician los síntomas, es decir cuando se agudiza el proceso inflamatorio pulpar crónico.

Patogenia.- Generalmente es consecuencia de una pulpitis reversible no tratada. En una caries profunda no tratada, las bacterias van accediendo directamente a la pulpa, previamente alterada, en cuantía y tiempo variable, según la evolución clínica de la caries. La colonización microbiana del tejido conjuntivo pulpar perpetúa y agrava la respuesta inflamatoria pulpar desencadenada en la pulpitis reversible. Esta reacción, inicialmente defensiva, consiste en la liberación intensa de mediadores químicos de la inflamación, que causa disminución de las proteínas plasmáticas, marginación de leucocitos, polimorfo nucleares y leuco diapédesis.

Clínica y Diagnóstico.- La pulpitis irreversible sintomática con predominio seroso se caracteriza clínicamente por dolor intenso, espontáneo, continuo irradiado. Se incrementa en decúbito por la noche y con el esfuerzo. La estimulación térmica (frio y calor) y eléctrica intensifican el dolor y se mantiene al suprimir el estímulo durante un tiempo prolongado. Si la pulpitis es muy intensa y afecta a la totalidad de la pulpa radicular, los irritantes invaden el espacio periodontal y provocan dolor a la percusión y ensanchamiento radiológico del espacio periodontal.

Tratamiento.- De elección es la biopulpectomía total en dientes adultos y la apicoformación en dientes con rizogénesis incompleta, es decir, con el ápice abierto o inmaduro.

Pronóstico.- Es favorable para el diente. Las pulpitis irreversibles sintomáticas evolucionan hacia las necrosis pulpar pasando por fases asintomáticas, lo mismo que las formas clínicas casi siempre son asintomáticas. Las pulpitis purulentas pueden presentar una evolución más agresiva y rápida hacia la necrosis pulpar séptica con afectación periapical.

2.3.1.4 Pulpitis Irreversible Asintomática.

Es la inflamación de la pulpa sin capacidad de recuperación y con ausencia de sintomatología aguda. Suele ser consecuencia de una pulpitis sintomática no tratada en la que la fase aguda ha cedido, o bien de que los agentes irritantes externos obedecen a estímulos leves o moderados, pero mantenidos en el tiempo, y a que los elementos celulares defensivos pulpares son capaces de neutralizar la agresión bacteriana, por lo que siempre ha permanecido sintomática.

Patogenia.- Se presentan amplias comunicaciones entre la cavidad pulpar y la lesión cariosa, por lo que existe un drenaje espontáneo del exudado seroso sin posibilidad de que se forme edema intrapulpar. Por el contrario, la impactación alimentaria o la realización de restauraciones en dientes con patología pulpar (diagnosticadas incorrectamente), bloquea el drenaje provocando inflamación

aguda del tejido conjuntivo pulpar o bien necrosis pulpar, con o sin compromiso periapical.

Clínica.- La forma clínica más habitual es aquella en la que la cavidad pulpar no presenta comunicación directa con el medio bucal, aunque si lo hace indirectamente a través de los túbulos dentinarios y otras microcomunicaciones; o bien formas cerradas que se presentan en directas restauraciones.

Tratamiento.- En dientes con ápice formado es la biopulpectomía, y en dientes con el ápice inmaduro, la apicoformación. No precisa tratamiento de urgencia ni prescripción medicamentosa, ya que el diente afectado no limita la vida normal del paciente.

Pronóstico.- Es favorable para el diente. Sin embargo la situación clínica de pulpitis asintomática más difícil de diagnosticar se produce cuando subyace en un diente previamente restaurado o en cavidades cariosas profundas que, si no son diagnosticadas correctamente, pueden evolucionar, en más o menos tiempo, hacia una necrosis pulpar con afectación periapical irreversible.

2.3.1.5 Necrosis Pulpar

Es la descomposición séptica o no, del tejido conjuntivo pulpar que cursa con la destrucción del sistema microvascular y linfático, de las células y, en última instancia de las fibras nerviosas. Consiste en el cese de los procesos metabólicos de la pulpa

Patogenia.- El nicho ecológico microbiano presente en la pulpitis irreversibles asintomáticas, de respiración aerobia y anaerobia facultativa, se va trasformando en un medio de respiración anaerobia estricta a medida que disminuye el potencial de oxidorreducción hístico, lo que, al dificultar los procesos fagocíticos, facilita el desarrollo y la multiplicación microbiana, especialmente de bacterias anaerobias, potenciando por simbiosis y sinergismo microbianos.

Clínica y Diagnóstico.- Es totalmente asintomática siempre y cuando no afecte a los tejidos periapicales. En estos casos la existencia de sintomatología ya no dependerá propiamente del proceso pulpar sino del periapical. Las pruebas térmicas y eléctricas son negativas

Tratamiento y Pronóstico.- El tratamiento de elección es la terapéutica de conductos radiculares infectados. Si se realiza el tratamiento en una sola cita, será prudente realizar profilaxis antibiótica para neutralizar la bacteriemia peroperatoria. Es conveniente instrumentar el conducto en sentido coronoapical. El pronóstico es favorable para el paciente. ”¹⁸

¹⁸CANALDA, Carlos. BRAU, Esteban. 2009. ENDODONCIA, TECNICAS CLINICAS Y BASESCIENTIFICAS, Segunda Edición. Pág. 61, 62, 64, 65

CAPÍTULO III.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.

3.1 El Paciente Odontopediátrico

“Cuando un odontólogo se especializa en niños requiere de la adquisición y utilización de amplios conocimientos odontológicos, de los cuales gran parte es única y pertinente para la atención de los niños porque está tratando con individuos en formación y desarrollo que están atravesando períodos de transformaciones

La emoción es definida como cualquier agitación y trastorno de la mente, sentimiento, pasión o cualquier estado mental vehemente o excitado; los pacientes que acuden a consulta no escapan de este concepto en especial los niños que son extremadamente susceptibles a situaciones y emociones que se reflejan durante el tratamiento odontológico. Es por ello que el especialista en Odontología infantil debe estar capacitado para reconocer y diferenciar los tipos de emociones que pueden presentarse y realizar el manejo adecuado para las mismas. ”¹⁹

3.1.1 Protocolo de Atención

“Tratar con el paciente infantil como pediatra u odontopediatra, no es una mera traslación del adulto al niño. Y es que decirlo parezca una obviedad conviene señalar que el niño no es un adulto en miniatura, tiene unas características biológicas claramente distintas y, además de la patología común o análoga al adulto, presenta una extensa colección de enfermedades propias de la infancia.

Por lo tanto estamos tratando con un ser inmaduro, en constante crecimiento y evolución hacia la edad adulta que presenta un psique (espíritu humano el alma) en desarrollo. Este, es quizá el rasgo diferencial que hace particularmente difícil y retador el trato con el paciente infantil.

¹⁹MARTINEZ; J,REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRIA, 2004 fuente disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico_cintrol_caries.asp

Las características diferenciales psicobiológicas del niño derivan en la necesidad de disponer de unos conocimientos y un abordaje propios del paciente odontopediátrico, exigiendo técnicas y requerimientos científicos particulares, otorgando a la odontopediatría la categoría de disciplina odontoestomatológica especializada.

3.1.2. Entorno del Paciente Odontopediátrico

El odontopediatra debe considerar que el niño es, ante todo, una persona. Un ser que está iniciando, en pleno crecimiento y aprendizaje.

El Odontopediatra Ejerce sobre el niño un papel fundamental, no solo como terapeuta de su afección bucodental, sino como modelo y educador, aunque este muchas veces pase inadvertido o sea poco valorado, incluso por los propios profesionales.

Por lo 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 la enfermedad, conductas y hábitos saludables, de los comportamientos adecuados, de saber enfrentarse a medios 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. Todas estas consideraciones, menos técnicas y más humanísticas de una índole más hipocrática y menos dental.”²⁰

3.1.3. Consentimiento Informado

“Es ante todo, una necesidad ética, ya que a los pacientes y sus familiares o allegados se les debe facilitar información, verbalmente y por escrito, pero siempre en términos comprensibles, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y posibles alternativas de tratamiento, teniendo derecho el paciente a la libre elección entre las opciones que le presenta el responsable facultativo. El consentimiento debe darlo el paciente que va a recibir la intervención. Como norma general, solo cuando el paciente no está capacitado

²⁰ ECHEVERRÍA GARCÍA; José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson Pág.13 36

para tomar decisiones deben realizarlo sus familiares o allegados. Por tanto, en odontopediatría, el consentimiento informado lo deben firmar siempre los padres, tutores o representantes legales del paciente.”²¹

3.1.4. Primera Visita, la Primera Impresión.

“La primera visita es un momento crítico y determinante, la toma de contacto inicial con el niño. Dependiendo de cómo le recibamos, que impresión tenga de nosotros y de nuestro equipo así nos responderá. 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 lo 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 los gestos y expresiones, de todo lo que se pueda llegar a decir con una simple mirada.

En condiciones ideales podemos dispersar los miedos y celos del niño con un adecuado recibimiento, desmontando los fantasmas y situaciones que se haya podido imaginar, mediante la inmersión en un entorno totalmente incompatible con tales pensamientos. Esto lo conseguiremos aplicando la empatía en todas y cada una de las circunstancias ambientales que rodean nuestra intervención; es la mejor forma de cambiar las sensaciones adversas en percepciones agradables y conseguir un buen tono en la primera visita. Mediante la empatía, poniéndonos en el lugar del niño, entrando en su mundo, hablando el “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.”²²

²¹ BOJ, J.R. CATALA M. GARCIA-BALLESTA C.,2004. MENDOZA OODONTOPEDIATRÍA, Editorial Masson, Capítulo 3. Pág.: 23

²²ECHVERRÍA GARCIA, José Javier, PULMAROLA S, Josep, 2008EL MANUAL DE ODONTOLOGÍA. Segunda edición, El Servier Masson, Pág.1336

3.2. Historia Clínica y Exploración.

3.2.1 Anamnesis

“Consiste en una serie de preguntas sobre la historia de vida y salud del paciente pediátrico para efectuar el mejor tratamiento odontológico.

La entrevista debe realizarse con los padres o responsables legales siendo indispensable que ellos brinden informaciones claras y precisas sobre el paciente.

Para lo cual es importante crear un ambiente adecuado para establecer vínculos entre el niño, padres y profesional de modo que ellos relaten comodidad sus inquietudes y síntomas. Se debe tener en cuenta la personalidad del paciente así como su nivel intelectual y cultural.

Aunque la anamnesis puede conducirse por medio de un formulario de preguntas a ser contestadas por los padres, su realización en forma oral por el odontólogo es una forma de contacto más conveniente y menos impersonal.

Las informaciones obtenidas de manera verbal deben ser anotadas por el propio profesional en historias clínicas debidamente completadas y serán firmadas por los padres o responsables legales del paciente.”²³

3.2.2. Antecedentes Dentales.

En la historia clínica se registran todos los problemas previos a la salud bucal del niño, tales como caries, traumatismos, mal posiciones dentarias, odontalgias, pérdidas dentarias y su causa, alteraciones de los tejidos blandos y tratamientos odontológicos previos. Tiene interés las visitas previas al dentista, pues nos permiten conocer experiencias odontológicas, debe recogerse si se uso anestesia local o general y todos los hechos relacionados con el paciente y sus padres respecto a la atención odontológica previa, se debe reflejar la fecha de la última exploración y su razón, la historia se la

²³BEZERRA DA SILVA, LéaAssed.2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA. Tomo I Editorial : Amolca, Pág.: 2,3

terminara anotando obturaciones, tratamientos pulpares, dientes extraídos, así como otros tratamientos realizados.

Si hay mal oclusión, se preguntará a los padres desde cuando tiene el defecto y cuál ha sido la evolución desde que fue observado. Es necesario conocer la presencia de hábitos

3.2.3. Examen Extraoral.

“La inspección debe centrarse en la cabeza y en el cuello. La morfología facial permite evaluar las relaciones y la simetría de las dos hemicaras, nos inducirá a investigar posibles trastornos de las estructuras óseas. La exploración facial debe centrarse fundamentalmente en el perfil facial, el perfil del tejido blando refleja las alteraciones esqueléticas subyacentes y permite por tanto juzgar la posición con la nariz, el mentón y los labios.

La evaluación en el plano frontal se realizará con el niño sentado y mirando al frente, se valorarán las características de proporcionalidad entre los tercios de la cara, simetría entre las dos hemicaras y las dimensiones transversales. Los tegumentos, modificados con frecuencia por fenómenos inflamatorios o infecciosos, deben explorarse cuidadosamente cuando se ha producido un traumatismo, heridas contusiones, equimosis y hematomas. Accidentes alérgicos y de enfermedades contagiosas (sarampión, escarlatina y varicela, entre otras) se exteriorizan en el tegumento.

La ATM debe explorarse, así como el trayecto de la abertura bucal, Se debe evaluar la función de la ATM palpando la cabeza de cada cóndilo mandibular y observando al paciente mientras la boca está cerrada, cuando está en reposo y en diversas posiciones de abertura.

Deben anotarse los movimientos de los cóndilos o de la mandíbula que no sean parejos o se desvíen de las pautas esperadas, de igual forma todo chasquido oído o identificado por la palpación, así como todo sonido anormal. Los músculos masticadores doloridos señalan también disfunción de la ATM. Estas desviaciones de la función normal de la ATM pueden requerir evaluación adicional y tratamiento especialista.

Revisar en el examen extraoral los ganglios submentonianos, submandibulares y cervicales superiores. Los ganglios del grupo cervical superior pueden palparse justo por delante del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, si se relaja girando el mentón hacia el mismo lado.

Las manos del paciente pueden reflejar información pertinente para el diagnóstico integral. Podemos detectar una temperatura elevada al dar la mano del niño. Las manos frías, húmedas o revelar la presencia en el niño de onicofagia siendo todas ellas la primera indicación de ansiedad anormal del infante. Un dedo calloso o anormalmente limpio sugiere un persistente hábito de succión.

3.2.4. Examen Intraoral.

Incluyen inspección, palpación, y percusión, el instrumental que debe utilizarse comprende; espejo, sonda de exploración, sonda periodontal, gasa, solución reveladora de placa, cepillo e hilo dental. Hemos de realizar la exploración de los tejidos blandos y la exploración dentaria

Exploración de los tejidos blandos se realizará a partir del interior de los labios continuando por la mucosa de los carillos y de los surcos alveolares, que pueden ser asiento de numerosas afecciones.

Las encías son asiento de fístulas y de inflamaciones vestibulares linguales o palatinas, en relación con la patología pulpar. Una estomatitis o gingivitis señalan una posible causa general, las aftas y el herpes son frecuentes en el niño y se acompañan de dificultades en la alimentación.

Los frenillos labiales superior e inferior y el lingual son los más importantes, al explorar los frenillos labiales, comprobaremos su tamaño, su inserción apical o gingival o profunda mediante la tracción suave y observando la isquemia del periodonto, sin olvidar los diastemas que pueden aparecer en incisivos centrales maxilares o los defectos mucogingivales de movilidad y el tamaño del frenillo lingual mediante una cuidadosa tracción de la lengua.

La lengua reviste gran importancia en el desarrollo de la cavidad bucal, de las arcadas dentarias, el paladar y el área premaxilar. Hemos de explorar su forma; volumen y posición no solo en reposo sino también durante la deglución y la fonación, no se debe olvidar retraer la lengua e inspeccionar y palpar el suelo de la boca.

Las glándulas salivales parótidas y submaxilares se deben inspeccionar y palpar, así como la desembocadura de los conductos salivales

La orofaringe debe inspeccionarse para comprobar su coloración y el tamaño de las amígdalas. La exploración del paladar duro nos puede revelar patología de la forma en relación con alteraciones del desarrollo (mordida cruzada posterior) y hábitos.

Exploración dentaria se inicia con el recuento de estos, registrando los presentes y los ausentes. Se determinará clínicamente el grado de desarrollo dental y la edad dental, de acuerdo con los estados de erupción. La exploración dentaria individual ha de atender a las variaciones en tamaño, forma, número, color y estructura superficial, podemos observar un aumento en el tamaño dentario (macrodoncia) o, por el contrario disminución (microdoncia), ambos pueden presentarse de forma aislada o generalizada.

Las alteraciones en la morfología dentaria se deben a trastornos del desarrollo dentario, pueden detectarse alteraciones en el número de dientes, así podemos señalar las agenesias (ausencia congénita de dientes) y dientes supernumerarios, Ambas alteraciones de número son más frecuentes en la dentición permanente.

Las alteraciones de color se presentan con relativa frecuencia. Pueden ocurrir durante el desarrollo dentario y asociarse con otros defectos estructurales del diente (dentinogénesis, amelogénesis o hipoplasias). La patología cariosa es la más común en el niño, hemos de recorrer con la sonda las superficies en busca de pérdidas de continuidad, en las zonas de cavitación hay que evaluar el color de la lesión, su tamaño y profundidad. No hay que olvidar que las caries interproximales pueden pasar desapercibidas en la exploración clínica por ello

no puede faltar una exploración radiográfica específica, que a la vez aporte otros elementos diagnósticos.

La exploración dentaria individual debe abarcar la evaluación de la movilidad dentaria, alterada en traumatismos y afectación periodontal, teniendo en cuenta condiciones fisiológicas que concurren (dientes recién erupcionados o próximos a exfoliarse).

La evaluación de la oclusión, cada arcada debe ser examinada determinando forma, simetría y disposición de los dientes dentro de ella, alineamiento dentario y mal posiciones dentarias individuales, haremos ocluir al niño y estableceremos las relaciones oclusales de molares, caninos e incisivos en los tres planos del espacio

En sentido antero posterior se valorara la relación de molares y caninos, anotando la clase molar de Angle (I, II, III) y resalte incisal. En sentido transversal, hay que valorar si existen mordidas cruzadas bilaterales o unilaterales con o sin desviación de la línea media. En sentido vertical, valoramos si existe mordida abierta o profunda.

Y finalmente para la evaluación de la higiene dental y gingival utilizamos índices de placa y de gingivitis, respectivamente.

Aunque la enfermedad periodontal en el niño es menos frecuente que el adulto es necesaria su evaluación. Para hallar los índices de gingivitis y periodontitis usamos la sonda periodontal de la OMS y, al igual que el índice de placa se debe también representar gráficamente.

Con la exploración periodontal ponemos en manifiesto la existencia de gingivitis, que puede estar asociada con el propio proceso eruptivo, con una inadecuada higiene oral, con acumulación de placa de forma localizada o generalizada, con factores iatrogénicos como aparatología ortodóncica o

restauraciones, con la pubertad, con la respiración bucal, con el apiñamiento dentario o con enfermedades sistémicas como la diabetes.”²⁴

3.3. Restauraciones Dentales

3.3.1. Materiales y Técnicas de Restauración en Dentición Temporal

“La terapia restaurada ha cambiado drásticamente en los últimos años. La amalgama de plata ha pasado en poco tiempo de ser el único material de obturación disponible a serlo de utilización excepcional en la actualidad. Los composites y otros modernos materiales estéticos han cambiado la filosofía de la operatoria dental tanto en la dentición temporal como en la permanente.

La mejor cualidad clínica de las amalgamas de plata, aparte de su fácil manejo clínico, es que con el tiempo en la boca, se llenará la interfase entre material y diente de productos de corrosión que la rellenan hasta hacerla desaparecer, incluso cuando el borde de la restauración está abierto, evitando en gran medida la recidiva de caries. Los composites le han ganado actualmente la batalla a las amalgamas debido a que con ellos se consigue esa íntima adhesión con el diente, además de presentar un módulo de elasticidad muy parecido al de la dentina, la cual tras la restauración vuelve a tener una resistencia prácticamente original. De esta forma las restauraciones pueden ser extremadamente conservadoras además de estéticas. Su peor inconveniente es la contracción que presentan al fraguar, que hacen empeorar el sellado conseguido inicialmente.

Los cementos de Ionómero de vidrio fueron considerados ideales como materiales de restauración para dientes temporales, debido a su capacidad para adherirse a la dentina y de liberar flúor, su coeficiente de expansión térmica es muy parecido al de los tejidos dentales. Su peor contrapartida es lo fácilmente que se abrasionan y fracturan. Los compómeros aparecieron más tarde para mejorar estas condiciones, también como material de elección para restaurar dientes temporales.

²⁴BOJ JR, CATALÁ M, GARCÍA- BALLESTA C, MENDOZAA. 2004, ODONTOPEDIATRÍA, Editorial Barcelona Masson, Capítulo 2. Pág.10-12-13-14.

3.3.2. Instrumental.

Las fresas más comúnmente utilizadas en Odontopediatría para cirugía dental siguen siendo las piriformes tipo la 330. 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.

Con estas fresas trabajando a alta velocidad y con refrigeración adecuada se inicia y establece el contorneado de la cavidad, e incluso podríamos terminar cavidades mínimas para solucionar caries incipientes, pero si la lesión es avanzada, la dentina cariada se puede eliminar con fresas redondas de carburo de tungsteno o acero de tamaño adecuado, preferiblemente a baja velocidad. También es posible eliminar estas caries mediante escariadores manuales lo cual es una ventaja en el caso de algunos niños temerosos de la situación dental, al desaparecer la sensación de vibración y los ruidos del instrumento rotatorio.”²⁵

3.4. Tratamientos Pulpares en Dentición Temporal.

3.4.1. Diagnóstico de la Patología.

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

Se debe evaluar:

Factores regionales

- a) Evaluación del estado bucal

²⁵ ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson, Págs. 1370-1371

- b) Valoración de los factores de riesgo
- c) Edad dentaria
- d) Presencia de maloclusiones
- e) Importancia estratégica del órgano dentario de la arcada

Factores locales

- a) El diagnóstico se basa en la historia de dolor
- b) Examen clínico
- c) Examen radiográfico. .²⁶

3.4.2. Historia Dental.

“La primera investigación gira en torno al motivo de consulta odontológico y las expectativas del paciente.

También debe contener datos referentes a tratamientos odontológicos previos, tales como, permanencia del niño en alguna clínica odontológica con anterioridad, tipo de tratamiento recibido, fecha del tratamiento y lugar donde se lo realizó.

Por otra parte, también es importante interrogar sobre el comportamiento hacia el uso previo de la anestesia local y su actitud durante este procedimiento, además debe preguntarse si ocurrió algún tipo de reacción alérgica al anestésico local, aunque dicho problema es raro porque en la actualidad deben ser de tipo amida.

La historia dental debe incluir información sobre profilaxis dentales previas, aplicaciones tópicas de flúor y si recibe agua fluorada en su vivienda.

A demás de ello es importante investigar la ocurrencia previa de traumatismos dentales en la dentición permanente o temporal, para correlacionar posibles hallazgos clínicos, como calcificación de conductos radiculares, movilidad dental no fisiológica, necrosis pulpar, oscurecimiento de la corona dental,

²⁶ BOJ, J.R. CATALA; M. GARCIA-BALLESTA C.,,2004. MENDOZA, OODONTOPEDIATRÍA, Editorial Masson, Barcelona (España) Pág.: 174-175

alteraciones de color, forma o estructura en las piezas dentales sucesoras permanentes.

Investigar hábitos alimentarios, higiene bucal y hábitos nocivos, ya que pueden influenciar de manera directa sobre la salud bucal del paciente. Se puede notar que al solicitar información de los hábitos alimenticios de sus hijos las respuestas sean vagas e imprecisas. Por esta razón en situaciones determinadas es preciso que el odontólogo presente a los responsables un diario alimentario, que facilite anotar la ingestión rutinaria de alimentos del niño; el diario se completa en un periodo mínimo de tres días y como máximo por una semana. Luego de las orientaciones dietéticas adecuadas durante el tratamiento se debe solicitar un nuevo diario para reevaluación. En cuanto a los hábitos higiénicos debe indagarse de forma natural sobre el número de veces que el niño cepilla sus dientes, si alguien lo ayuda, si utiliza algún antiséptico bucal e hilo dental, tipo de dentífrico y cantidad empleada.”²⁷

3.4.3. Examen Clínico.

“Se lo realiza buscando evidencias que sumadas a los síntomas relatados durante la anamnesis definirán el cuadro clínico para el diagnóstico correcto. Durante el examen clínico deben examinarse todas las estructuras pertinentes, por medio de inspección, palpación, olfacción, auscultación. Es de fundamental importancia recibir entrenamiento profesional acompañado de la vivencia clínica imprescindible, que es resultado de la práctica diaria y del tiempo de ejercicio profesional.

3.4.4. Examen Radiográfico.

Las radiografías son necesarias para establecer un diagnóstico y determinar el tratamiento más adecuado, para la interpretación de la imagen radiográfica, en niños habrá que tener en cuenta características anatómicas, como lo son los espacios medulares amplios, la presencia los gérmenes de dientes permanentes y la reabsorción fisiológica de las raíces del diente temporal.

²⁷BEZERRA DA SILVA, Léa Assed.2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA. Tomo I Editorial : Amolca, Pág.: 4-5

Los datos que podemos obtener de una radiografía son los siguientes:

- a) Estado de resorción fisiológica radicular del diente temporal, vida útil.
- b) Estado del diente permanente, extensión de la lesión y proximidad a la cámara pulpar.
- c) Tratamientos previos, reabsorciones radiculares patológicas, presencia de cálculos pulpares que aparecen frente a un estímulo inflamatorio crónico”²⁸

3.4.5. Recubrimiento pulpar Indirecto.

“Está recomendado para dientes con lesiones de caries profundas cerca de la cámara pulpar, pero no presentan signos ni síntomas de degeneración pulpar. La capa más profunda de dentina se cubre con un material biocompatible (los más utilizados son el Hidróxido de calcio y el óxido Zinc-eugenol) a fin de evitar la exposición pulpar. Se elimina la dentina infectada por caries y se deja dentina afectada con objeto de mantener la vitalidad pulpar, estimular la formación de dentina terciaria y remineralizar la dentina cariada.

3.4.6. Recubrimiento pulpar Directo.

En este tipo de tratamiento se coloca un preparado de hidróxido de calcio sobre la exposición pulpar para promover la vitalidad pulpar y la formación de dentina reparadora. Solo estaría indicado en dientes temporales en caso de una microexposición mecánica (menos de 1mm de diámetro) y siempre que se estuviese trabajando con aislamiento del campo operatorio para prevenir contaminación salival. No está indicado en casos de exposiciones traumáticas o en lesiones con caries, ya que fácilmente se produce inflamación e infección pulpar que conducen a reabsorciones internas y necrosis pulpar de difícil solución.

²⁸ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson,.. Pág. 1382.

3.4.7. Pulpotomía.

Conlleva la amputación de la porción coronal de la pulpa dental afectada o infectada. El 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 coronar afectada o infectada. La formación de un puente dentinario puede cubrir la pulpa radicular.

3.4.7.1. Formocresol.

Ha sido el material utilizado en pulpotomías que ha mostrado mejores resultados a largo plazo su fórmula es: 19% de formaldehído y 35% de glicerina y agua. El formocresol produce sobre la pulpa radicular una primera zona amplia de fijación acidófila, luego una amplia zona de coloración pálida con menor definición celular y fibrosa (atrofia) y, a continuación, una amplia zona de células inflamatorias que se extiende hasta la parte más apical, donde se encuentra tejido pulpar sano.

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%.

El sulfato férrico es un hemostático que puede prevenir la formación de coágulos que pueden interferir en la curación pulpar. Así, disminuirían las posibilidades de aparición de inflamación y reacción interna.

Otra opción es la utilización de un alcaloide con un amplio espectro de propiedades antiinflamatorias, el tetandrine.

Se han propuesto también materiales biocompatibles que pueden fomentar la cicatrización fisiológica. En este sentido hay el hueso liofilizado, la matriz de dentina alogénica autolizada sin antígenos, el hueso alogénico con proteínas morfogénicas y las soluciones de colágeno enriquecidas.

Las opciones no farmacológicas incluyen la electrocoagulación o el empleo de láser.

Por último se encuentra el compuesto trióxido mineral (MTA). Se trata de un material biocompatible con capacidad para inducir la reparación de los tejidos, consiguiendo además un adecuado sellado marginal y hasta ahora con una respuesta pulpar favorable.

3.4.7.3. Técnica.

“Apertura cameral.- Después de la aplicación de la anestesia local y la colocación del dique de goma, se procede a la remoción de todo el tejido con caries, a continuación se elimina el techo de la cámara pulpar. El acceso debe ser lo suficientemente amplio para que permita la visualización y eliminación de toda la pulpa cameral, no deben quedar restos de pulpa escondidos, el tejido pulpar se elimina cuidadosamente con un excavador afilado o con fresa redonda de contraángulo, tomar precauciones para no perforar el suelo de la cámara y no extirpar parte de la pulpa radicular.

Evaluación.- Después de la amputación de la pulpa coronal se aplica presión con una bolita 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 de color claro.

Aplicación del agente.- Se humedece una bolita de algodón con una disolución del formocresol de Buckley al 20% y se aplica presionando ligeramente en la entrada de los conductos radiculares durante 5 minutos. Al ser retirada la pulpa momificada debe presentar un color oscuro y sin hemorragia. A continuación se coloca una base de óxido de zinc-eugenol simple o reforzada con resina que se condensará para que se adapte al suelo de la cámara.

Restauración final.- Debe realizarse preferentemente en la misma sesión.

3.4.7.4 Indicaciones

Está indicado cuando el tejido coronal infectado puede ser eliminado y el tejido radicular remanente es juzgado como vital, por criterios clínicos y radiológicos.

3.4.7.5 Contraindicaciones

“En presencia de signos o síntomas como el dolor espontáneo, dolor a la percusión, movilidad anormal, fístulas, reabsorción interna, calcificaciones pulpares, reabsorciones externas patológicas, radio lucidez interradicular y excesivo sangrado. Además el diente debe poder ser restauración y al menos deben permanecer dos tercios de longitud radicular a fin de asegurar una vida funcional razonable.

3.4.8. Pulpectomía

Se trata del tratamiento más complejo de la dentición temporal para conservar un diente. Comporta la extirpación de todo el tejido pulpar y está indicado cuando la pulpa radicular está infectada o necrótica. Cuando mayor sea el grado de degeneración del tejido pulpar peor será el pronóstico, como ocurre en las necrosis. .”²⁹

“Se ha debatido mucho sobre la realización de este tratamiento en dientes temporales, debido, por un lado, al complejo sistema calicular primario, que hace difícil el abordaje limpieza, remodelado y obturación adecuados y por el miedo de lesionar los gérmenes de los dientes permanentes en desarrollo. Sin embargo, a pesar de estas objeciones, este tratamiento es recomendable, y se obtiene elevados porcentajes de éxito, modificando la endodoncia pediátrica con respecto a la del adulto, en virtud a las diferencias anatómicas anteriormente mencionadas, entre la pulpa de los dientes primarios y permanentes.

²⁹CANALDA SHALI, Carlos, BRAU AGUADE, Esteban. ENDODONCIA, TECNICAS CLINICAS Y BASES CIENTIFICAS. 2DA EDICIÓN. Pag. 281-284

3.4.8.1. Óxido de zinc- eugenol

El cemento de óxido de zinc aunque ha sido muy utilizado tiene efectos secundarios ya que es alergénico y no siempre se reabsorbe totalmente”³⁰

“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 en los tejidos periapicales, a medida que la reabsorción fisiológica ocurre. El eugenol, considerado por muchos como un medicamento con efecto anodino, es muy irritante cuando entra en contacto con el tejido conjuntivo, produciendo inflamación severa. ” ³¹

3.4.8.2 Técnica

“La pauta de tratamiento es la siguiente.

- a) Anestesia
- b) Aislamiento del campo operatorio con dique de goma
- c) Apertura de acceso, pero las paredes deben ampliarse más para facilitar el acceso a la entrada de los conductos.
- d) Preparación biomecánica a los conductos. La morfología de los conductos hace que el uso del tira nervio sea peligroso. Se introduce una lima fina en los conductos y se extirpa cuidadosamente el tejido pulpar o el material orgánico de estos. Se lava con hipoclorito sódico. Se trabaja a tracción y con movimientos rotatorios para evitar impulsar el tejido infectado hacia el ápice. La eliminación de los residuos orgánicos es el objetivo del limado. Los conductos deben irrigarse constantemente durante la instrumentación, con hipoclorito al 5% para eliminar gran parte de la contaminación bacteriana, a continuación se secan los conductos con punta de papel adecuadas.
- e) Finalmente se realiza la obturación de los conductos. ”³²

³⁰BOJ, J.R. CATALA M. GARCIA-BALLESTA C.,2004. MENDOZA OODONTOPEDIATRÍA, Editorial Masson, Capítulo 3. Pag: 180

³¹BEZERRA DA SILVA, LéaAssed. 2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA. Tomo II, Editorial: Amolca . Pag 643

³²BOJ, J.R. CATALA M. GARCIA-BALLESTA C.,2004. MENDOZA OODONTOPEDIATRÍA, Editorial Masson, Capítulo 16. Pag:181

3.4.8.3 Indicaciones

- a) “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 palúrico, en este caso se hará una extracción
- c) Con menos de 2/3 de raíz formada.”³³

3.5 Extracción en Odontopediatría

3.5.1. Concepto

“La exodoncia dental es aquella parte de la cirugía maxilofacial o bucal que se ocupa, mediante técnicas e instrumental adecuado, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, del lecho óseo que lo alberga.” ³⁴

3.5.2 Indicaciones

“La exodoncia de los dientes temporales es el procedimiento quirúrgico que más se realiza en Odontopediatría. Algunas indicaciones para las extracciones de los dientes temporales, son:

- a) Dientes con rizólisis completa
- b) Dientes natales y neonatales con movilidad excesiva
- c) Dientes con la región de la bi o trifurcación comprometida
- d) Destrucción coronaria extensa, imposibilitando cualquier tratamiento restaurador
- e) Dientes temporales con permanencia prolongada
- f) Dientes que presentan reabsorción interna o externa avanzada

³³CÁRDENA ; Darío, ODONTOLOGIA PEDIATRICA, Tercera Edición, Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín-Colombia, 2004, Pág 235-236

³⁴BEZERRA DA SILVA, Léa Assed, 2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA, tomo I, Editorial Amolca. Pág. 312

- g) Dientes con lesiones periapicales extensas, comprometiendo el germen del diente permanente
- h) Dientes con rizólisis irregular
- i) Dientes anquilosados con sucesor permanente, raíces residuales, alveólisis
- j) Dientes con más de 2/3 de rizólisis y exposición pulpar, dientes con fracturas radiculares en el tercio cervical
- k) Indicación ortodóncica.

3.5.3 Contraindicaciones

“Las contraindicaciones son: pacientes que presenten en el momento de la cirugía cualquier enfermedad de la infancia (sarampión, varicela, tosferina, parotiditis, etc.), procesos tumorales malignos, leucemia, dientes localizados en hueso irradiado y pacientes portadores de gingivitis de Vincent”³⁵

³⁵BEZERRA DA SILVA, Léa Assed, 2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA, tomo I, Editorial Amolca. Pág.290,297

CAPÍTULO IV:

MÉTODOS PREVENTIVOS Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

4.1 Nutrición y Salud Dental

“Podría resaltar antes de escribir cualquier otra palabra que una buena salud bucal es el reflejo de una buena alimentación y nutrición, y viceversa. De hecho, la salud bucal forma con la buena nutrición una especie de simbiosis, donde una es reflejo de otra, complementándose y sirviendo el cuidado y atención a cada una para mejorar el estado de ambas.

La buena nutrición permite tener dientes sanos y fuertes, resistentes al ataque de bacterias; y por otra parte, una dentadura en buen estado permite masticar bien los alimentos, el primer paso de nuestra digestión

En primer lugar es fundamental aclarar la importancia de la higiene dental. Dientes sanos y fuertes sólo se consiguen lavándolos una vez luego de cada comida para eliminar los desechos que quedaron en tu dentadura. Además, una pasta dental con calcio y flúor es un complemento perfecto a un buen cepillo de dientes.

Pero hablemos también de alimentación, pues sólo nutriéndonos bien podemos proveer a nuestros dientes con los minerales y vitaminas necesarios para su salud. Los alimentos lácteos son fundamentales para ello, pues permiten una ingesta adecuada de calcio para así mantener los dientes fuertes.

Los alimentos con grasas también son útiles, pues permiten a nuestro cuerpo digerir el calcio de los productos lácteos. Nueces, quesos o frutos secos aseguran un consumo limitado y suficiente de grasas para conseguir la correcta asimilación del calcio.

Ácidos grasos como el Omega 3 también son fundamentales. Como es costumbre, recomendamos el consumo de pescado y otros frutos del mar, los cuales contienen un alto contenido de los mismos.

También, como consejo final, es necesario limitar el consumo de alimentos que contengan demasiada azúcar o carbohidratos, para así prevenir a nuestros dientes del ataque de bacterias que están presentes en estos alimentos.”³⁶

4.2 Educación para la Salud

“La educación para la salud toca dos áreas específicas que son la salud y la educación, las cuales cumplen papeles importantes en relación con la estructura de la sociedad y se fundamenta principalmente en los procesos de salud y enfermedad, por lo tanto la comprensión de estos procesos y su evolución, determinan la orientación que va a tener la misma.”³⁷

“Los principios de la educación para la salud se basan en:

- a) Beneficencia: significa que si una persona está educada podrá obtener para sí el mejor beneficio para su salud.
- b) Autonomía: tiene que ver con la capacidad de las personas de elegir para sí lo mejor.
- c) Equidad: es ante una misma necesidad igual capacidad de respuesta.”³⁸

4.2.1 Medios de Educación Sanitaria

- a) Medios directos: dialogo, entrevista, clase, charla, discusión en grupo
- b) Medios indirectos: visuales como carteles, folletos, diapositivas, posters; audiovisuales: cine, videos, tv; sonoros: radio y grabaciones.

4.3 Higiene Bucal

“El cuidado personal incluye todas las actividades y decisiones de un individuo para prevenir, diagnosticar o tratar la mala salud personal. Este concepto aplicado al cuidado de la cavidad oral es conocido como cuidado personal de la salud oral, reemplazando los primeros términos como control personal de placa, cuidado casero, oficio terapia oral. Uno de los propósitos principales del cuidado de la salud oral es prevenir o detener la enfermedad periodontal y la caries, reduciendo la acumulación de placa. Un cuidado oral

³⁶ NUTRICIÓN Y SALUD DENTAL, 2009, disponible en: <http://www.vivirsalud.com/2009/02/22/nutricion-y-salud-dental>

³⁷ ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson,...

Pág.6

³⁸ CONSEJO NACIONAL DE SALUD, Principios de Educación para la Salud, 2009 disponible en :www.conasa.gov.ec

por debajo del nivel óptimo es un factor de riesgo principal para la enfermedad periodontal. Para determinar las prácticas de cuidado más apropiadas para cada individuo deben valorarse diversos factores:

- a) Presencia de inflamación y sangrado gingival
- b) Alteraciones en la arquitectura gingival provocada por la alineación dental, presencia de espacios, recesión, y falta de adherencia tisular
- c) Mala posición dentaria o alteraciones en la morfología dentaria
- d) Extensión y localización de la acumulación de placa y cálculo
- e) Presencia de caries y susceptibilidad
- f) Evidencia y factores de riesgo de enfermedades periodontales
- g) Trauma por uso inapropiado de accesorios interdetales
- h) Presencia y condición de las restauraciones presentes

El régimen apropiado de higiene oral está determinado de acuerdo a la condición oral, referencias personales, destreza y estilo de vida. Las medidas complementarias para la remoción de placa dentobacteriana aparte del cepillo dental son necesarias para eliminar la placa por completo, aunque el cepillo dental puede ser eficaz para remover la placa alojada en las superficies vestibulares o linguales de los dientes, por lo general no logra ser eficaz en las superficies interproximales. Para ello se hace necesario la utilización primordial del hilo dental.”³⁹

4.3.1. Elementos básicos de Limpieza Dental

“Los depósitos de placa pueden retirarse de manera mecánica o química, el retiro mecánico de la placa mediante la utilización de cepillos dentales y técnica de cepillado.

Los dentífricos y los enjuagues bucales constituyen los principales productos de administración eficaz de tipo cosmético y terapéutico en la boca. Estos productos son los de mayor uso por los consumidores y generan altas ventas ente los productos dentales”⁴⁰

³⁹ O HARRIS, Norman, GARCÍA G. Franklin, 2005. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA, Segunda Edición. Editorial el Manual Moderno Pág: 108-109
⁴⁰ O HARRIS, Norman, GARCÍA G. Franklin, 2005. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA, Segunda Edición. Editorial el Manual Moderno Pág.: 88

4.3.1.1 Uso del dentífrico

“Los dentífricos se utilizaron originalmente con propósitos cosméticos y para liberar un sabor agradable. Tienen eficacia para retirar las manchas extrínsecas, es decir las que se presentan en la superficie dental. Estas manchas que en ocasiones constituyen los productos finales del metabolismo bacteriano, tienen un color que varía de verde amarillo o negro.”⁴¹

4.3.1.2. Uso del enjuague bucal

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

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

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

Siempre fijarse que los colutorios no contengan alcohol, ya que se ha demostrado que el abuso de dichos productos inciden en una mayor probabilidad de contraer cáncer bucal.”⁴²

4.3.1.3 Uso del hilo dental

“El uso del hilo dental es la medida más indicada para a remoción de placa y detritos de las troneras, en donde la papila ocupa por completo el espacio interproximal y los dientes están en contacto.

4.3.1.3.1 Características del hilo dental

⁴¹ O HARRIS, Norman, GARCÍA G. Franklin, 2005. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA, Segunda Edición. Editorial el Manual Moderno Pág:91

⁴² HIGIENE BUCODENTAL, 2011, disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Higiene_bucodental

- a) Remueve la placa y los detritos adheridos a los dientes, restauraciones, aplicaciones ortodóncicas, a puentes y prótesis fijos, a la encía en las porciones interproximales y alrededor de los implantes.
- b) Auxilia al clínico a identificar depósitos interproximales calcáreos, restauraciones sobresalientes o lesiones cariosas interproximales
- c) Puede detener o prevenir lesiones cariadas interproximales
- d) Disminuye el sangrado gingival
- e) Puede utilizarse como vehículo para la aplicación de pulidores quimioterapéuticos en las partes interproximales y subgingivales.

4.3.1.3.2 Modo de Uso del hilo dental

Dos métodos frecuentes de empleo de hilo dental son el devanado y el circular o de asa. Ambos facilitan el control y manejo del hilo dental. El método de devanado es en particular adecuado para adolescentes y adultos con el grado necesario de coordinación neuromuscular para utilizar el hilo dental. El método del asa es apropiado para los niños y los adultos con manos menos hábiles o limitaciones físicas producidas por situaciones como limitada coordinación muscular o artritis. El uso del hilo dental es una habilidad compleja, por lo tanto, hasta que los niños desarrollan una destreza adecuada, que por lo general es a la edad de 10 a 12 años, un adulto debe realizar el procedimiento. Los niños más pequeños cuyos dientes aún tiene espacios primates (sin contacto interproximal) no requieren del uso de hilo dental.

Para utilizar el método de devanado se toma una pieza de hilo dental de aproximadamente 46 cm. La mayor parte del hilo dental se enreda en el dedo medio. Debe dejarse espacio entre las vueltas para evitar el deterioro de la circulación hacia los dedos. El resto se enreda de manera similar en el mismo dedo de la mano opuesta, este dedo puede dar vuelta o recogerlo a medida que se ensucia o deshilacha para permitir el acceso a una porción sin utilizar. Los últimos tres dedos se doblan y las manos se separan para jalar y estirar el hilo dental, y de esta manera dejar libres los dedos pulgar e índice de cada mano, enseguida el hilo dental se toma con los dedos índice y pulgar de cada mano para dejar una porción de tres cuartos de pulgada a una pulgada de largo entre las manos.

Para el método cerrado, se anudan los extremos de un pedazo de hilo dental de 46 cm. Todos los dedos, a excepción de los dos pulgares, se colocan uno cerca del otro dentro del circuito.”⁴³

4.3.1.4 Cepillo dental

“Los cepillos dentales manuales varían en tamaño, forma, textura y diseño más que cualquier otra categoría de productos dentales. Un cepillo dental manual consta de una cabeza con cerdas y mango. Al conjunto de cerdas se le conoce como penachos. La cabeza se divide arbitrariamente en punta, que corresponde al extremo de la cabeza y el talón, que es la parte más cercana al mango. Entre el mango y la cabeza, por lo general se presenta una constricción astil.

4.3.1.4.1 Tipos de cepillos dentales

Muchos cepillos dentales manuales se fabrican en tamaños diferentes: grande, mediano y chico (o compacto), para mejor adaptación a la anatomía oral de las diferentes personas. Los cepillos dentales también difieren en dureza o textura y comúnmente se clasifican como duros, medianos, blandos o extra blandos.

Los cepillos eléctricos pueden ser benéficos para que los padres cepillen los dientes de los niños; para niños y adultos discapacitados físicamente, con retraso mental, ancianos, artríticos o cualquiera con poca destreza, y para aquellos poco motivados.”⁴⁴

4.3.1.4.2 Técnicas de cepillado

“Los métodos de cepillado más naturales empleados por los pacientes corresponden a una técnica de restregado horizontal recíprocante (técnica de Fones), a un movimiento rotatorio o a un sencillo movimiento de arriba y hacia abajo sobre los dientes maxilares y mandibulares (técnica de Leonard). Los pacientes que logran un cepillado dental eficaz con estos métodos sin

⁴³: O HARRIS, Norman, GARCÍA G. Franklin, 2005, ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA, Segunda Edición. Editorial el Manual Moderno Pág: 110-112

⁴⁴ O HARRIS, Norman, GARCÍA G. Franklin, 2005, ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA, Segunda Edición. Editorial el Manual Moderno Pág: 69-71

producirse problemas o enfermedades traumáticas, no deben modificar sus métodos de cepillado solo 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 sobre la encía y parte sobre el diente. Utiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía el cepillo se levanta y enseguida se coloca en la misma parte, y se repite el movimiento de impulsos.

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 fuerzen suavemente entre los dientes, pero no reposen sobre las encías, así mismo 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 dos o tres movimientos, para colocarse en el mismo lugar y repetir el procedimiento.

El método de Bass tiene eficacia para retirar la placa adyacente, y directamente por debajo de, los bordes gingivales como parte del régimen de auto cuidado para el control de la caries y de 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 los métodos de cepillado modificado, las técnicas originales se han modificado en el intento de mejorar el cepillado en la totalidad de las superficies, facial y lingual de los dientes. Algunas modificaciones como la del método de Bass puede inducir un mayor trauma gingival con cepillos estándar.

4.3.1.4.3 Tiempo y Frecuencia del cepillado dental

Durante muchos años el odontólogo instruyo a sus pacientes para que se cepillaran los dientes después de cada comida. La ADA ha modificado esta posición, afirmando que los pacientes deben cepillarse “con regularidad”. El cepillado completo requiere una cantidad de tiempo diferente para cada

persona, y depende de factores como: la tendencia innata a la acumulación de placa y detritos; las habilidades psicomotrices; y la adecuación de retiro de alimentos, bacterias y detritos a cargo de la saliva.”⁴⁵

4.3.1.5 Terapéutica del Flúor

Se ha reconocido que los fluoruros son, en gran medida, los principales factores responsables de la disminución de la caries en los últimos 30 años.

La exposición creciente al fluoruro a través del agua comunitaria fluorada, la pasta dental con flúor y otras fuentes ha llevado a una disminución importante en las tasas de caries. Desde que se implemento hace 50 años, se ha comprobado que la fluoración del agua comunitaria es un medio altamente seguro, beneficioso, coste-eficaz y no discriminatorio para prevenir las caries en sujetos de todas las edades.

“Los fluoruros son una defensa importante contra la caries y pueden revertir o detener las lesiones precoces. Inhiben la formación de caries mediante tres mecanismos: el aumento de la mineralización dental, la reversión de la desmineralización y la inhibición de bacterias productoras de ácidos cariogénicos.

La desmineralización y remineralización del esmalte dental es un proceso dinámico.

Cuando un fluoruro está presente en bajas concentraciones en la saliva y se concentra en la placa, aumenta la remineralización y se inhibe la desmineralización. Los fluoruros contribuyen a la incorporación de los iones de calcio y fósforo en el esmalte, y al mismo tiempo son incorporados durante el proceso de mineralización.

Los fluoruros se encuentran en pequeñas cantidades en casi todos los terrenos, reservas de agua, plantas y animales. Por ende son un constituyente normal de todas las dietas.”⁴⁶

⁴⁵O HARRIS, Norman, GARCÍA G. Franklin, 2005, ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA, Segunda Edición. Editorial el Manual Moderno Pág.: 77-79

4.3.1.6 Selladores de fosas y fisuras

“El cierre de las fosas y las fisuras de las superficies dentarias por medio de sustancias adhesivas que luego permanecen unidas firmemente al esmalte constituye un procedimiento preventivo y terapéutico de extraordinario valor, aunque una de las objeciones es la duda sobre la capacidad de retención del sellador.

Los selladores tienen tres efectos preventivos fundamentales:

- a) Obturar mecánicamente las fosas y fisuras con una resina resistente a los ácidos.
- b) Al obturar las fosas y fisuras suprimen el hábitat de los Streptococcus Mutans y otros microorganismos
- c) Facilita la limpieza de las fosas y fisuras mediante métodos físicos como el cepillado dental y la masticación.

El principal factor a tener en cuenta para la aplicación de un sellador es el diagnóstico del estado de salud de las fosas y fisuras que pretenden cerrar.

La técnica es simple y económica. La retención del sellador es variable y depende de varios factores: profundidad de los surcos, técnica utilizada, tipo de material, atrición, etc. Se la puede estimar en un promedio de 4 a 6 años, no obstante aunque se caiga parte del sellador, no siempre se produce caries en estos elementos dentarios”⁴⁷

⁴⁶ VAINMAN, Amelia, ACTUACIONES EN PEDIATRIA AMBULATORIA, Febrero 2006, Argentina, disponible en: http://www.sap.org.ar/Staticfiles/organizacion/comitesnacionales/ped_amb/Fluor_resumen.pdf

⁴⁷ CALATRAVA; L.A, MODELO DE TRATAMIENTO PREVENTIVO RESTAURADOR CONTEMPORANEO,2006, Pág:116-137;disponible en : http://www.actadontologica.com/ediciones/2002/2/sellantes_fosas_fisuras.asp

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Tipo y Área de Estudio

El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y de intervención, en el área de Odontopediatría en escolares de 6 a 11 años de segundo año de la Escuela Emiliano Mora; segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto Escuela Cleotilde Guillén de Rezano; cuarto, quinto y sexto Escuela Francisco Rodas Bustamante; segundo tercero y sexto Escuela Rosa Sánchez de Fierro, de los Barrios Masaca, Sevilla de Oro, Chirimoyos y San Juan de la Parroquia el Valle, Cantón Loja, Provincia de Loja.

6.2 Universo de Estudio

El universo de estudio estuvo conformado por 727 escolares del Área de afluencia al Hospital Universitario de Motupe

6.3 Muestra

Corresponde a cuarenta y dos niños de los cuatro establecimientos educativos; mismos que fueron asignados mediante sorteo entre los 18 estudiantes de la Carrera de Odontología que forman parte de este Macroproyecto en los que constaron alumnos de segundo a sexto año de todas las Escuelas del sector de Motupe. Cabe destacar que debido a criterios de exclusión únicamente se intervino a un total de treinta y cuatro niños.

6.4 Criterios de Inclusión

Todos los escolares que están matriculados y que asisten normalmente a clases

6.5 Criterios de Exclusión

- a) Cinco alumnos cuyos padres no dieron su consentimiento informado para que estos sean atendidos.
- b) Deserción escolar de tres alumnos

6.6 Instrumentos de Investigación

Para la ayuda de recolección de datos, se empleó un formato de historia clínica que fue elaborada por docentes de la Carrera de Odontología.

6.6 Técnicas y Procedimientos

- a) En primer lugar se efectuó una entrevista con los Directores de cada establecimiento Educativo para explicar el proyecto a efectuar, mismos que con su ayuda se pudo obtener información acerca de las nominas de estudiantes.
- b) Posteriormente se obtuvo la autorización por escrito de cada uno de los Directores y se asignó el espacio físico en estos establecimientos
- c) Se solicitó reunión con padres de familia de carácter obligatorio para dar a conocer sobre los beneficios que obtendrá su representado mediante este proyecto, además se les explicó que se requiere de su consentimiento informado para llevar a cabo todos los procedimientos que se requieren para la atención odontológica.
- d) Se realizó el diagnóstico individual, con ayuda de instrumental y material odontológico necesarios para su ejecución, tomando en cuenta los parámetros de formato de historia clínica y de acuerdo al cronograma.
- e) Se elaboró procedimientos complementarios como la toma radiográfica para corroborar con el diagnóstico.
- f) Una vez instalados los quipos dentales necesarios, instrumental y materiales adquiridos por mi persona en el espacio físico asignado se inició con la rehabilitación oral para lo cual se tomo una fotografía intraoral para verificar el estado actual del paciente, posteriormente se realizaron tratamientos tales como profilaxis inicial, operatorias dentales, aplicación de sellantes, exodoncias, tratamientos pulpares, profilaxis final, aplicación de flúor, motivación y finalmente la fotografía intraoral después del tratamiento.
- g) Para impartir los conocimientos y prácticas de salud e higiene bucodental a este grupo escolar se dio charlas educativas dirigidas a niños y padres de familia para que de esta manera mejoren su calidad de vida

- h) Finalmente se hizo la entrega de cepillos y pastas dentales a los treinta y cuatro niños que se intervinieron en este proyecto, para de alguna manera motivar a poner en práctica todo lo aprendido.

6.8 Recursos

6.8.1 Humanos

- a) Director de Tesis
- b) Directores de las Escuelas: “Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Clotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora” de los barrios San Juan, Chirimoyos, Sevilla de Oro y Masaca.
- c) Profesores de dichos Establecimientos
- d) Niños de las Escuelas
- e) Padres de familia
- f) Investigadora

6.8.2 Materiales

6.8.2.1 Insumos

- a) Pasta profiláctica
- b) Cepillos profilácticos
- c) Enjuague bucal
- d) Flúor
- e) Hilo dental
- f) Acondicionador y sellante de fosas y fisuras
- g) Piedra pomez
- h) Rollos de algodón
- i) Resinas de fotocurado y sistema de adhesión
- j) Ácido ortofosfórico
- k) Microbrush
- l) Bandas y lijas de celuloide y metálicas
- m) Piedras para pulir resina
- n) Material de obturación provisional
- o) hidróxido de calcio

- p) Ionómero de vidrio
- q) Formocresol
- r) Gasas
- s) Anestésicos con y sin vasoconstrictor
- t) Agujas pediátricas
- u) Alcohol
- v) Cánulas de succión
- w) Diques de hule
- x) Suero fisiológico
- y) Sablón
- z) Campos operatorios para mesa y porta instrumental

6.8.2.2 Instrumental

- a) Sillón dental
- b) Lámpara de luz alógena
- c) Turbina y Micro motor
- d) Espejos bucales
- e) Exploradores
- f) Pinzas algodonereras
- g) Cucharillas
- h) Dicalero
- i) Espátulas de cemento
- j) Gutapercheros
- k) Bandejas porta instrumental
- l) Porta desechos
- m) Porta algodón
- n) Gaseso
- o) Fresero
- p) Fresas de diamante y carburo de tungsteno
- q) Forceps pediátrico
- r) Elevadores
- s) Jeringa carpule
- t) Fresas de acabado y pulido
- u) Juego de grapas
- v) Abrebocas

- w) Arco de yung
- x) Porta grapas
- y) Perforador de diques

6.8.3 Físicos

- a) Se nos asignó una Aula en la escuela Cleotilde Guillén de Rezano del Barrio Sevilla de Oro facilitada por su Directora, para realizar los tratamientos Odontológicos de los niños de este establecimiento y a demás de niños de otros Centros Educativos como son las Escuelas Francisco Rodas Bustamante y Emiliano Mora de los sectores Chirimoyos y Masaca puesto que no contaban con el suficiente espacio físico para llevar a cabo dicha investigación.
- b) La rehabilitación de los niños de la Escuela Rosa Sánchez de Fierro del Barrio San Juan fue llevada a cabo en el mismo establecimiento en un aula asignada por su Director.

6.9 Plan de Tabulación y Análisis

Una vez concluido con el trabajo de campo se inició con la recolección de datos para la elaboración del perfil epidemiológico, mediante la utilización del programa informático Excel , se analizó cada parámetro obtenido en las historias clínicas aplicadas y se inicio su tabulación para lo cual se utilizó el índice CPOD de Kein y Palmer para dientes permanentes y el índice ceod de Gruebbel para dientes temporales.

Para determinar el índice ceod y CPOD aplicamos las formulas:

$$ceod = \frac{N^{\circ} \text{ de dientes. cariados + extracción indicada + obturados}}{N^{\circ} \text{ de niños examinados}}$$

$$CPOD = \frac{N^{\circ} \text{ de dientes. cariados + perdidos + obturados}}{N^{\circ} \text{ de niños examinados}}$$

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

- a) 0.0 a 1.1: Muy bajo
- b) 1.2 a 2.6: Bajo
- c) 2.7 a 4.4: Moderado
- d) 4.5 a +: Alto.⁴⁸

6.10 Actividades Cumplidas

Las actividades ejecutadas fueron:

- a) Diagnóstico dental con índice de higiene oral simplificada ceod y CPOD
- b) Profilaxis inicial
- c) Colocación de sellantes
- d) Operatorias dentales
- e) Tratamientos pulpares
- f) Cirugía menor (exodoncias indicadas)
- g) Profilaxis final y aplicación de flúor
- h) Educación sobre salud oral.

⁴⁸ ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CARIES DENTAL Y FLUOROSIS, 2008, disponible en: [http://www.mspas.gob.sv/pdf/doc_prog/salud_bucal/estudio epidemiológico](http://www.mspas.gob.sv/pdf/doc_prog/salud_bucal/estudio_epidemiologico)

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO N° 1

Número y Porcentaje de Niños y Niñas de las Escuelas: “Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora” de los barrios San Juan, Chirimoyos, Sevilla de Oro y Masaca.

SEXO	N°	%
Niños	16	47
Niñas	18	52.9
Total	34	100

Fuente: Registros de las Escuelas Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Clotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora

Autora: Sandra Rivera

Indica la cantidad y porcentaje total de niños y niñas de los diferentes Establecimientos Educativos que se encuentran matriculados y asistiendo normalmente a clases y que sus padres dieron el consentimiento respectivo para que sean atendidos de los cuales 16 (47%) son hombres y 18 (52,9%) son mujeres.

CUADRO N°2

Número y Porcentaje de Niños y Niñas de las Escuelas Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora” detallados por Edad y Sexo

EDAD	N° de niños	%	N° de niñas	%	Total	%
6 años	5	31,2	4	22,2	9	26,4
7 años	6	37,5	2	11,1	8	23,5
8 años	2	12,5	2	11,1	4	11,7
9 años	2	12,5	3	16,6	5	14,7
10 años	1	6,5	2	11,1	3	8,8
11 años	0	0	5	27,7	5	14,7
Total	16	47	18	52,9	34	100

Fuente: Registros de las Escuelas Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora

Autora: Sandra Rivera

Se destaca que de acuerdo al registro escolar existe un mayor porcentaje de niños matriculados en edad comprendida de 7 años (37,5%) y el menor porcentaje en niños de 10 años (6,5%); mientras que con las niñas el mayor porcentaje se encuentra en la edad de 11 años (27,7%) y el menor en edades comprendidas entre 7,8 y 10 (11,1%).

CUADRO N°3

Índice del Ceod de los Niños y Niñas de las Escuelas: “Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora” detallados por Edad y Sexo.

EDAD	N° de niños/as		N° Cariados		N° Extracción Indicada		N° Obturados		Ceod	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
6 años	5	4	31	29	0	0	4	4	7	8,25
7 años	6	2	44	12	4	1	7	2	9,1	7,5
8 años	2	2	5	9	0	5	0	0	2,5	7
9 años	2	3	7	4	0	0	0	0	3,5	1,3
10 años	1	2	7	1	3	2	0	0	10	1,5
11 años	0	5	0	7	0	4	0	0	0	2,2
TOTAL	16	18	94	62	7	12	11	6	7	4,44

Fuente: Historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL

Autora: Sandra Rivera

Representa el número de dientes cariados, extracciones indicadas y piezas obturadas en dentición temporal en el cual se observa que la edad más afectada está en los niños de 10 años con un índice de 10 que significa un alto riesgo de morbilidad de las piezas dentales temporales, situación similar ocurre con los niños de 7 años cuyo índice es de 9,1 igualmente alto. Mientras que en el sexo femenino el mayor índice es de 8,25 en las niñas de 6 años, seguida de las niñas de 7 años con un valor de 7,5 en ambos casos el ceod supera el alto riesgo de morbilidad. Considerando que la OMS, establece como riesgo alto a valores mayores de 4.5

Índice ceod general de todas las edades en el sexo masculino es de 7 considerado como alto riesgo de morbilidad mientras que en el sexo femenino es de 4.44 encontrándose en el límite de riesgo moderado de caries.

CUADRO N° 4

Índice CPOD de los Niños y Niñas de las Escuelas: “Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora” por Edad y Sexo.

EDAD	N° de niños/as		N° Cariados		Perdidos		N° Obturados		CPOD	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
6 años	5	4	0	1	0	0	0	0	0	0,25
7 años	6	2	2	1	0	0	0	0	0,33	0,5
8 años	2	2	4	5	0	2	0	1	2	4
9 años	2	3	4	6	0	0	1	4	2,5	3,33
10 años	1	2	3	7	0	0	0	1	3	4
11 años	0	5	0	21	0	1	0	0	0	4,4
TOTAL	16	18	13	41	0	3	1	6	0,8	2,7

Fuente: historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL

Autora: Sandra Rivera

El número de dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente distribuidos por edad y sexo en el cual podemos observar que el mayor índice de CPOD es de 4.4 en las niñas de 11 años, seguido de un índice de 4 en niñas de 10 y 8 años; considerado en ambos casos como un riesgo de morbilidad moderado; mientras que en el sexo masculino el mayor índice es de 3 en niños de 10 años y de 2.5 en niños de 9 años. Tomándose en cuenta que la OMS, establece el valor de 2.7 a 4.4 como riesgo moderado.

Índice CPOD general en el sexo femenino es de 2.7 considerado como riesgo de morbilidad moderado, y en el sexo masculino de 0.8 determinado según la OMS como riesgo bajo.

CUADRO Nº 5

Patologías Prevalentes de los Tejidos Duros, de los Niños y Niñas de las Escuelas: “Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora” por Sexo.

PATOLOGÍA		SEXO			
		NIÑOS	%	NIÑAS	%
A.T.M	Desviación	0	0	0	0
	Chasquido	2	12,5	2	11,1
OCLUSIÓN	Bis a Bis	0	0	0	0
	Abierta Anterior	1	6,25	0	0
	Abierta Posterior	0	0	1	5,5
	Cruzada Anterior	0	0	1	5,5
	Cruzada Posterior	0	0	0	0
	Profunda Anterior	0	0	1	5,5
	Desviación de la Línea Media	0	0	0	0
DIENTES	Pigmentaciones	2	12,5	4	22,2
	Mal Formaciones Dentales	0	0	0	0
	Mal Posición Dentaría	7	43,7	10	55,5
	Patología Pulpar	2	12,5	3	16,6
	Caries	16	100	18	100

Fuente: Historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL

Autora: Sandra Rivera

Muestra que el 100% de la población estudiantil de ambos sexos presentan caries dental. La segunda patología de importancia por su frecuencia es la mala posición dental que afecta en mayor número de casos a las mujeres y su porcentaje es de 55.5%, y en los varones, el valor porcentual es significativamente inferior y es de 43,7% que puede deberse a la falta de crecimiento de los huesos maxilares, pérdidas prematuras de dientes deciduos o hábitos adquiridos por parte del niño. De igual manera se destacan en pacientes de sexo femenino patologías tales como: pigmentaciones en un 22,2% patología pulpar en un 16,6%, disfunción del ATM en un 11,1%, y en el sexo masculino es de 12,5%

CUADRO N° 6

Patologías Prevalentes de los Tejidos Duros, de los Niños y Niñas de las Escuelas: “Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora” por Edad.

PATOLOGIA		EDAD											
		6 años	%	7 años	%	8 años	%	9 años	%	10 años	%	11 años	%
ATM	Desviación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Chasquido	2	22.2	1	12.5	1	25	0	0	0	0	0	0
OCLUCION	Bis a Bis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Abierta Ant.	0	0	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0
	Abierta Post.	0	0	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0
	Cruzada Ant.	1	11.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cruzada Post.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Profunda ant.	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0
	Desviación L.M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIENTES	Pigmentaciones	3	33.3	1	12.5	0	0	0	0	1	33.3	1	20
	Mal posición	2	22.2	5	62.5	2	50	2	40	3	100	3	60
	Patología pulp	1	11.1	2	25	1	25	0	0	0	0	1	20
	Caries	9	100	8	100	4	100	5	100	3	100	5	100

Fuente: Historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL

Autora: Sandra Rivera.

La patología más común y que se presenta en todas las edades sigue siendo la caries dental en un 100% seguido por la mala posición dentaria en un 62.5% a la edad de 7 años y de 60% a los 11 años, de igual manera las pigmentaciones (fluorosis) con un valor porcentual de 33.3% a los 6 y 10 años de edad

Dentro de las mal oclusiones se destacan mordida profunda anterior en la edad de 8 años en un 25%, además de la mordida abierta anterior y posterior en un 20% a los 9 años

Finalmente problemas de disfunción de ATM en niños de 8 años con un porcentaje de 25%.

CUADRO N°7

Patologías de Tejidos Blandos y sus Factores Predisponentes en los Niños y Niñas de las Escuelas: “Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora” Por Sexo.

TEJIDOS BLANDOS	Características clínicas	Niños	%	Niñas	%
PATOLOGÍAS	Abscesos en la encía	0	0	1	5,5
	Encía inflamada	3	18,7	0	0
	Lengua Saburral	2	12,5	1	5,5
FACTORES PREDISPONENTES	Placa bacteriana	16	100	18	100
	Materia alba	16	100	18	100
	Cálculo	0	0	0	0

Fuente: Historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL

Autora: Sandra Rivera.

Se observa signos de enfermedad periodontal como es la inflamación gingival en el sexo masculino en un porcentaje de 18,7%; seguido de lengua saburral en un 12,5% mientras que en el sexo femenino se presentan en un 5,5% al igual q el absceso de encía.

CUADRO Nº 8

Patologías de Tejidos Blandos y sus Factores Predisponentes en los Niños y Niñas de las Escuelas: “Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora ” Por Edad.

TEJIDOS BLANDOS												
Características clínicas												
Niños/as	PATOLOGÍAS						FACTORES PREDISPONENTES					
	Absceso De Encía		Encía Inflamada		Lengua Saburral		Placa Bacteriana		Materia Alba		Cálculo	
	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%
EDAD	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%
6 años	0	0	1	11,1	1	11,1	9	100	9	100	0	0
7 años	0	0	1	12,5	1	12,5	8	100	8	100	0	0
8 años	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100	0	0
9 años	0	0	0	0	0	0	5	100	5	100	0	0
10 años	0	0	1	33,3	1	33,3	3	100	3	100	0	0
11 años	1	20	0	0	0	0	5	100	5	100	0	0

Fuente: Historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL

Autora: Sandra Rivera.

Se evidencia que factores predisponentes como la placa bacteriana y materia alba se presenta en el 100% de la población estudiada, además patologías tales como absceso de encía se presentan en un porcentaje de 20% en la edad de 11 años; encía inflamada y lengua saburral en un 33,3% en la edad de 10 años.

CUADRO N° 9

Actividades Odontológicas Realizadas, en los Niños y Niñas de las Escuelas “Rosa Sánchez de Fierro, Francisco Rodas Bustamante, Cleotilde Guillén de Rezano y Emiliano Mora”

Actividades Odontológicas	
Profilaxis Inicial	34
Sellantes	86
Operatorias Dentales	Temp. 155 Perm. 54
Cirugía Menor	19
Tratamientos Pulpares	7
Profilaxis	34
Aplicación de Flúor	34
Entrega de pastas y cepillos	34
TOTAL	457

Fuente: Historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL

Autora: Sandra Rivera

Muestra las diferentes actividades realizadas para lograr la rehabilitación integral de los niños intervenidos; se controló la patología más frecuente que fue la caries dental realizando un total de 155 operatorias dentales en la dentición temporal y 54 en dentición permanente corroborando la alta incidencia en ambas denticiones.

Además se realizaron tratamientos preventivos como sellantes de fosas y fisuras, profilaxis, aplicación de flúor y de motivación; así como también tratamientos pulpares y de cirugía menor.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

“Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, 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. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre salud bucodental, se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental.

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

En muchos países en desarrollo, el acceso a la atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos.”⁴⁹

Es por ello que al haber realizado dicha investigación para determinar las patologías bucodentales se hace necesario comparar los resultados de la población estudiada con otros trabajos similares especialmente en la edad infantil.

Es así que en un estudio realizado en México titulado “CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE NAVOLATO, SINALOA, (2005)”⁵⁰ en este estudio los índices de caries dental en la dentición primaria y permanente fueron de 90% y 82%; estos datos guardan relación con los resultados obtenidos en nuestro estudio desarrollado en las Escuelas: Emiliano Mora, Clotilde Guillén de Rezano, Francisco Rodas Bustamante y Rosa Sánchez de Fierro, en el cual la caries sigue predominando en el 100% de la muestra; dándonos indicadores alarmantes y confirmándonos que esta patología sigue siendo un problema de salud escolar.

⁴⁹ ENFERMEDADES BUCODENTALES, 2010, CONSEJOS DE SALUD <http://cofhuesca.com/consejos-ficha.php?id=94>

⁵⁰ VILLALOBOS; Juan J. MEDINA; Carlo E. Solís; Ana A, “CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE NAVOLATO, SINALOA, (2005)”, disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb0516310.pdf>

A nivel local en un estudio titulado: “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA IV CENTENARIO, SECCIÓN VESPERTINA DE LA CIUDAD DE LOJA, 2007”⁵¹ se encontró un índice ceod promedio de 4.8 en niñas de 8 años y 4.9 en niños de 10 años; comparado con nuestro estudio el índice ceod es de 10 en niños de 10 años, situación similar ocurre con los niños de 7 años cuyo índice es de 9; en las mujeres el mayor índice es de 8.25 en niñas de 6 años seguido de un índice de 7.5 en niñas de 7 años; demostrando que en ambos estudios el ceod supera el alto riesgo de morbilidad.

Por otra parte en un estudio denominado: “MEJORAMIENTO DE LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS PERTENECIENTES AL QUINTO, SEXTO Y SEPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LA ESCUELA “24 DE MAYO” DEL BARRIO PUCACOCHA PERTENECIENTE A LA PARROQUIA EL VALLE CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA EN EL PERIODO ENERO- JULIO 2009”⁵² se encontró un índice CPOD de 4 (riesgo moderado) tanto para hombres como para mujeres”; estos resultados presentan similitud con nuestra investigación cuyo índice CPOD es de 4,4 en niñas de 11 años seguido de un índice de 4 en niñas de 10 años; y en los hombres es de 3 en niños de 10 años y de 2.5 en niños de 9 años. Tomándose en cuenta que la OMS, establece el valor de 2.7 a 4.4 como riesgo moderado

Finalmente “En la investigación realizada en Loja, en la Escuela “Educare” perteneciente a la Fundación CISOL donde se encontró 179 escolares 110 hombres y 69 mujeres demostró que la presencia de factores de riesgo para las enfermedades bucodentales es muy elevado en la mayoría de los niños, teniendo un índice de placa bacteriana de 79.1% en los niños y de 68.1% en las niñas”⁵³.

Esto comparado con la población analizada se encontró que la presencia de los factores de riesgo para enfermedades bucodentales se presenta en el 100% de

⁵¹ OCHOA, Beatriz. Tesis. “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA IV CENTENARIO, SECCIÓN VESPERTINA DE LA CIUDAD DE LOJA”, 2007

⁵² CARAGUAY, Johana. YAURI, Paúl. MEJORAMIENTO DE LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS PERTENECIENTES AL QUINTO, SEXTO Y SEPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LA ESCUELA “24 DE MAYO” DEL BARRIO PUCACOCHA PERTENECIENTE A LA PARROQUIA EL VALLE CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA EN EL PERIODO ENERO- JULIO 2009

⁵³ BRICEÑO, Nathaly “CONSTRUCCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD BUCODENTAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA EDUCARÉ PERTENECIENTE A LA FUNDACIÓN DE CISOL DE LA CIUDAD DE LOJA E INTERVENCIÓN Y REABILITACION EN LOS DIEZ NIÑOS DE CADA GRADO, DE SEGUNDO A NOVENO AÑO DE BÁSICA QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICIONES PRIORITARIAS EN SALUD DENTAL, DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2009”

la muestra de nuestro estudio probablemente debido a la deficiente higiene y a la dieta cariogénica durante el día.

Además cabe mencionar otra patología de importancia por su frecuencia es la mala posición dentaria que afecta en mayor número de casos a las mujeres y su porcentaje es de 55.5% y en los varones es de 43.7%

Este perfil destaca la necesidad de contar con programas escolares de Odontología en los que no solo se contemplen un aspecto preventivo, sino que se contenga una parte curativa, lo cual nos dará la oportunidad de mantener una buena salud oral en la dentición temporal y mejorar el pronóstico para la erupción y preservación de los dientes permanentes.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Luego de culminar con este proceso investigativo, se establece las siguientes conclusiones:

- Se pudo identificar que la caries dental se presenta como una enfermedad dinámica y compleja siendo la patología más prevalente en el 100% de la población estudiada, independientemente de edad y género. Cabe mencionar también la gran incidencia de factores predisponentes tales como placa bacteriana y materia alba en un 100%. Otra patología de importancia por su frecuencia es la mala posición dental que afecta en mayor número de casos a las mujeres y su porcentaje es de 55.5%, y en los varones, el valor porcentual es significativamente inferior y es de 43,7%. Esto se demostró realizando un diagnóstico clínico y radiográfico en los escolares y la aplicación de índices ceod y CPOD.
- A través de la educación, sobre salud oral mediante charlas educativas y motivación; se evidencia que los niños y padres de familia han alcanzado un mayor conocimiento acerca de los riesgos para la salud bucal y un mayor interés sobre el cuidado de la dentición de los niños y hábitos de higiene oral.
- Se intervino en las principales patologías de acuerdo al perfil epidemiológico con lo cual se logró un buen estado de salud oral; realizando tratamientos como: 209 operatorias dentales, 7 tratamientos pulpares y 19 exodoncias; además se efectuaron actividades preventivas tales como: aplicación de sellantes, profilaxis, aplicación de flúor y motivación.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- A través de la Universidad Nacional de Loja la Carrera de Odontología promueva investigaciones en donde la comunidad se beneficie, mediante la intervención odontológica y con ello ayudar a reducir los índices de caries dental con el fin de lograr un mejoramiento de salud bucodental.
- Implementar programas de educación sanitaria sobre salud bucal dirigidos a niños, padres de familia y maestros de estos Centros Educativos de forma continua, teniendo como objetivos el mejoramiento y conocimiento, de la importancia de la salud bucodental.
- Establecer la atención odontológica escolar con carácter obligatorio, incorporando a la planificación de los servicios de odontología a las directivas de cada comunidad, maestros y representantes para fomentar y divulgar los servicios hacia la comunidad.
- Es necesario que en las Áreas de Salud del Ministerio se extienda la prestación de servicios en otras especialidades odontológicas como ortodoncia, rehabilitación integral, ya que existe un alto porcentaje de niños con necesidades de tratamientos, sin recursos para costearlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- a) BASCONES MARTINEZ, Antonio. 2004-MEDICINA BUCAL, Editorial Ariel S.A. *Capítulo 16. Págs: 337-338*
- b) BEZERRA DA SILVA, Léa Assed. 2008, Tratado de Odontopediatría, tomo II, Editorial Amolca. Págs: 859,643
- c) BEZERRA DA SILVA, Léa Assed., Tratado de Odontopediatría. Tomo I Editorial: Amolca, edición 2008.Págs: 2-3;4-5;290-297; 312
- d) BOJ JR, CATALÁ M, GARCÍA- BALLESTA C, MENDOZAA. 2004, ODONTOPEDIATRÍA, Editorial Barcelona Masson. Págs:10-14; 23; 174-175; 180-181
- e) CANALDA, Carlos. BRAU, Esteban. 2009. ENDODONCIA, TECNICAS CLINICAS Y BASESCIENTIFICAS, Segunda Edición. Págs: 61,62,64-65; 281-284
- f) CÁRDENAS; Darío, ODONTOLOGIA PEDIATRICA, Tercera Edición, Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín-Colombia, 2004. Págs: 235-236
- g) ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson. Págs: 6; 174;1336;1370-1371;1382
- h) FERNÁNDEZ R, RODRIGUEZ M, TORRES M, La Habana, Pueblo y Educación 1996. La comunicación, una herramienta imprescindible en el trabajo diario. Págs: 3-7
- i) O HARRIS, Norman, GARCÍA G; Franklin, 2005. Odontología Preventiva Primaria. Segunda Edición. Editorial el Manuel Moderno. Págs: 34; 69-71; 77-79; 88; 91;110-112
- j) **PLAN CANTONAL DE SALUD DE LOJA 2007. “Trabajando Unidos Por El Bienestar Individual Y Social De La Población Del Cantón Loja”. . Tomo I. Editorial GRÁFICA AMAZONAS. Loja. Págs: 60,79-80**
- k) SEIF; Teodoro, CARIOLOGIA, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CONTEMPORANEO DE LA CARIES DENTAL. Segunda Edición, C.A. Amolca, España. 2007. Pág: 85

- l) SERGAS. 2006. Técnico especialista higienista dental de los servicios gallegos de salud, Vol. 2, Editorial Madrid (España). Pags: 174; 295-299

TESIS

- a) BRICEÑO, Nathaly “CONSTRUCCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA ENFERMEDAD BUCODENTAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA EDUCARÉ PERTENECIENTE A LA FUNDACIÓN DE CISOL DE LA CIUDAD DE LOJA E INTERVENCIÓN Y REHABILITACIÓN EN LOS DIEZ NIÑOS DE CADA GRADO , DE SEGUNDO A NOVENO AÑO DE BÁSICA QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICIONES PRIORITARIAS EN SALUD DENTAL , DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2009
- b) CARAGUAY, Johana. YAURI, Paúl. MEJORAMIENTO DE LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS PERTENECIENTES AL QUINTO, SEXTO Y SEPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LA ESCUELA “24 DE MAYO” DEL BARRIO PUCACOCHA PERTENECIENTE A LA PARROQUIA EL VALLE CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA EN EL PERIODO ENERO- JULIO 2009
- c) OCHOA, Beatriz. Tesis, “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA IV CENTENARIO, SECCIÓN VESPERTINA DE LA CIUDAD DE LOJA”, 2007

WEBGRAFÍA

- a) CALATRAVA; L.A, MODELO DE TRATAMIENTO PREVENTIVO RESTAURADOR CONTEMPORANEO, 2006.
Pág:116,137;disponible,en:
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/sellantes_fosas_fisuras.asp

- b) CONSEJO NACIONAL DE SALUD, Principios de Educación para la Salud, 2009 disponible en : www.conasa.gov.ec
- c) ENFERMEDADES BUCODENTALES, 2010, CONSEJOS DE SALUD <http://cofhuesca.com/consejos-ficha.php?id=94>
- d) HIGIENE BUCODENTAL, 2011, disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Higiene_bucodental
- e) MARCO GENERAL DE LA REFORMA ESTRUCTURAL DE LA SALUD: BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD, EQUIDAD Y DESARROLLO DEL ECUADOR, disponible en: www.opsecu.org/bevestre/legisla.htm
- f) MARTINEZ; J, REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOLOGIA, 2004 fuente disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico_control_caries.asp
- g) MEDLINEPLUS; Información de salud para ustedes; 2010, disponible en: <http://www.nlm.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>
- h) MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA .Misión Visión. 2010, disponible http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=17&Itemid=94
- i) NUTRICIÓN Y SALUD DENTAL, 2009, disponible en: <http://www.vivirsalud.com/2009/02/22/nutricion-y-salud-dental>
- j) TIPOS DE CARIES 2009 disponible en: http://tiposdecaries.com/Bienvenidos_a_tiposdecaries.com.2009
- k) VAINMAN, Amelia, ACTUACIONES EN PEDIATRIA AMBULATORIA, Febrero 2006, Argentina, disponible en: <http://www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/comitesnacionales/pedamb/Fluorresumen.pdf>

ANEXOS

ANEXOS

12.1 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

- a) Formato de Historia Clínica
- b) Hoja de consentimiento informado
- c) Hoja de no consentimiento informado

12.2 FOTOGRAFÍAS

- a) Fotos de las instalaciones del Centro Educativo donde se llevó a cabo la Rehabilitación Odontológica
- b) Fotos de Ejecución de la Rehabilitación Odontológica de los Escolares
- c) Fotos de charla y entrega de cepillos y pastas dentales
- d) Fotos de niños rehabilitados

12.3 CERTIFICACIONES

- a) Certificados de directores de Establecimientos Educativos
- b) Certificado del Director del Hospital Universitario de Motupe por entrega de historias clínicas
- c) Certificado del Coordinador de Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología
- d) Certificado de traducción al Idioma Inglés.

Formulario 1 Historia Clínica de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA

Nº Historia Clínica.....
Fecha.....

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos.....
Fecha de Nacimiento..... Edad Teléfono.....
Establecimiento..... Grado..... Barrio.....

ANTECEDENTES GENERALES: (Anamnesis)

Pulso..... F.R.....
Complicaciones por anestesia.....
Sistema nervioso.....
Sistema renal.....
Sistema cardiovascular.....
Alteraciones hemorrágicas.....
Alergias.....
Enfermedades infectocontagiosas.....
Hábitos.....
APF.....
Otros.....

EXAMEN FÍSICO: (Extra e Intraoral)

Piel..... Labios..... Ganglios Linfáticos.....
Tejido muscular..... A.T.M..... Órganos de los sentidos.....
Puntos dolorosos..... Lengua..... Paladar.....
Piso de la boca..... Carrillos..... Encía.....
Glándulas salivales.....
Tipo de Oclusión..... Mal posición Maxilar/Mandibular.....

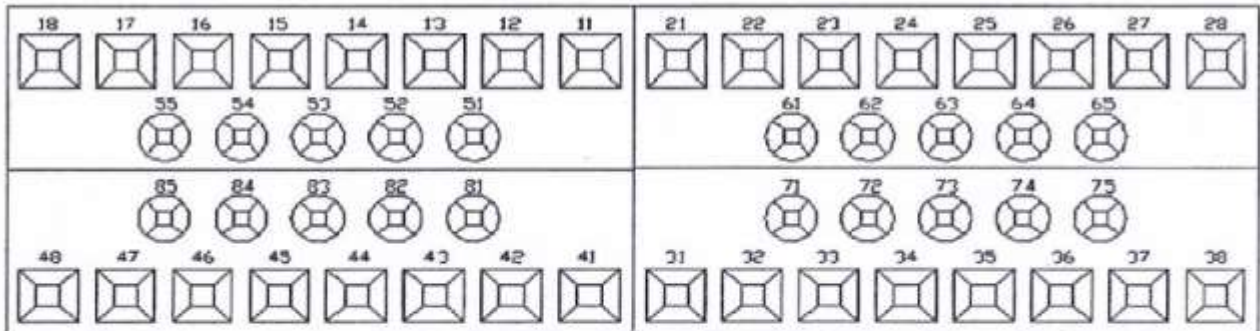
EXAMEN DENTARIO

Mal formación dentarias.....
Desgaste.....
Pigmentaciones (fluorosis).....
Mal posición dentaria.....
Patología pulpar.....

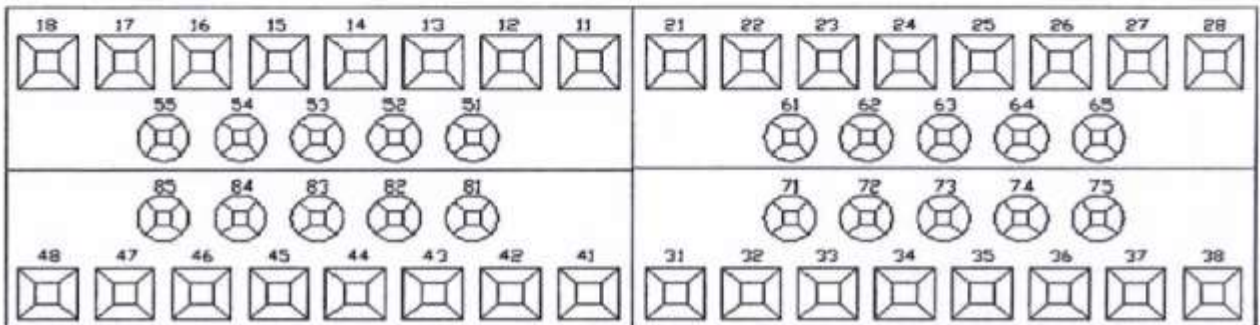
EVALUACIÓN PERIODONTAL

Placa bacteriana.....
Materia Alba.....
Cálculo.....

ODONTOGRAMA (diagnóstico)



Tratamientos realizados



Formulario 2 Consentimiento Informado entregado a los padres de familia para el permiso correspondiente de los niños para la atención odontológica.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN BUCODENTAL DE LOS ESCOLARES DEL AREA DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

SEÑOR/A:.....
(Nombres y Apellidos) DE.....AÑOS DE EDAD

CON DOMICILIO EN.....C.I.....
EN CALIDAD DE:.....(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR, O ALLEGADO)

DE:
(Nombres y Apellidos del niño/a)

DECLARO:

QUE EL/LA

SEÑOR/RITA.....
.....

(Nombres y Apellidos del/la estudiante que proporciona la información)

Me ha explicado que es necesario y/o conveniente proceder a realizar la investigación y tratamiento odontológico de los escolares de la Escuela.....
Grado.....Lugar.....

Que debido a la situación bucodental en la que se encuentra mi hijo/a o representado/a, será sometido a un diagnóstico y tratamiento.

Que he sido informado/a y estoy de acuerdo de que generalmente es necesario realizar primero un diagnóstico y luego el tratamiento odontológico.

Que he comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el/la estudiante me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho/a de la información recibida y que comprendo el alcance de la investigación y tratamiento.

En tales condiciones:

CONSIENTO

QUE SE REALICE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE:

.....

EN.....

(Lugar y fecha)

.....

FIRMA DEL ESTUDIANTE

.....

FIRMA DEL REPRESENTANTE

Formulario 3 Escrito para los Padres de Familia que no permitieron la atención odontológica en sus niños.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN BUCODENTAL DE LOS ESCOLARES DEL AREA DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

SEÑOR/A:.....

.....

(Nombres y Apellidos) DE.....AÑOS DE EDAD

CON DOMICILIO

EN.....C.I.....

EN CALIDAD DE:.....(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR, O ALLEGADO)

DE:

.....

(Nombres y Apellidos del niño/a)

DECLARO:

QUE EL/LA

SEÑOR/RITA.....

(Nombres y Apellidos del/la estudiante que proporciona la información)

Me ha explicado en lo que concierne el proceso investigativo y tratamiento odontológico de los escolares de la Escuela.....

Grado.....Lugar.....

Que he sido informado/a de la atención odontológica y los beneficios que esta trae para mi representado

Que las explicaciones se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el/la estudiante me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado; a pesar de ello no estoy de acuerdo, que se le lleve a cabo dicho tratamiento

Sin embargo manifiesto mi agradecimiento por la información recibida y a la Carrera de Odontología por la ayuda que nos brindan.

En tales condiciones:

NO CONSIENTO

QUE SE REALICE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE:

.....

....

EN.....

(Lugar y fecha)

.....

FIRMA DEL ESTUDIANTE

.....

FIRMA DEL REPRESENTANTE

Figura 1. Espacio Físico, lugar donde se realizó la Rehabilitación Odontológica de los Escolares



Figura 2. Ejecución de la Rehabilitación Odontológica de los Escolares



Figura 3. Fotografías de charla sobre Educación en Salud Oral y entrega de cepillos y pastas dentales



Figura 4. Rehabilitación Oral donde consta el estado bucal inicial y después de los tratamientos.

ANTES



DESPUÉS



ANTES



DESPUÉS



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las patologías más prevalentes de los/as escolares de: segundo año Escuela Emiliano Mora, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto Escuela Cleotilde Guillén de Rezano, cuarto, quinto y sexto Escuela Francisco Rodas Bustamante; segundo, tercero, y sexto Escuela Rosa Sánchez de Fierro, de los Barrios Masaca, Sevilla de Oro, Chirimoyos y San Juan de la Parroquia el Valle, Cantón Loja Provincia de Loja e intervenir en las mismas para mejorar su calidad de vida a través de un diagnóstico y rehabilitación básica en el período Marzo 2010 – Enero 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar el perfil epidemiológico bucodental de los escolares.
- Educar sobre salud oral a los niños y padres de familia de las escuelas intervenidas.
- Intervenir en las principales patologías bucodentales según el perfil epidemiológico.

Nomina de niños atendidos de la Escuela "EMILIANO MORA" Barrio Masaca

Segundo Año

- 1.- Ángel Abrigo
- 2.- Carlos Espinoza
- 3.- Fabricio Espinoza
- 4.- Jhon Ramón
- 5.- Patricio Vera
- 6.- Ariana González
- 7.- Katty Ramón


Dra. Gladis Salazar

DIRECTORA



Nomina de niños atendidos de la Escuela "ROSA SANCHEZ DE FIERRO" Barrio San Juan

Segundo Año

- 1.- Byron Andrés Castro Cuenca
- 2.- Kevin Aníbal Valverde Cuenca
- 3.- Erika Cecibel López Ceballos
- 4.- Nelly Jakeline Guamán Quizhpe

Tercer Año

- 5.- Juan Carlos Armijos Jaramillo
- 6.- Iván Patricio González Castro
- 7.- Mercy del Cisne Granda Cuenca
- 8.- Rosa Alexandra Guamán Quizhpe
- 9.- Jimmy José Guamán Quizhpe

Sexto Año

- 10.- Evelyn Granda Ambuludi
- 11.- María del Carmen Granda Cuenca
- 12.- Susana Ramón Naula

Dr. Aníbal Castillo

DIRECTOR



Nomina de niños atendidos de la Escuela "FRANCISCO RODAS BUSTAMANTE"
Barrio Chirimoyos

Cuarto Año

1.- Yasmín de los Ángeles Poma Cabrera

Quinto Año

2.- Marco Vinicio Ordoñez Cabrera


3.- Carmen Alexandra Benítez Poma

4.- Laura Thalía López Cabrera

Sexto Año

5.- Karen Paola Benítez Cabrera

6.- Diana Silvana Poma Cabrera

Lic. 
Hortensia María Cobos

DIRECTORA



Nomina de niños atendidos de la Escuela "CLEOTILDE GUILLÉN DE REZANO"
Barrio Sevilla de Oro

Segundo Año

1.- Arévalo González Yennifer Andrea

Tercer Año

2.- Cabrera López Roberth Fabián

3.- Chiriboga Ponce Alán Manuel

Cuarto Año

4.- Arévalo González Sandro Stalin

5.- Cobor Arévalo Luís Daniel

6.- Montaña González Katerin Michelle

7.- Armijos Ramón Wendy Milena

Quinto Año

8.- Cabrera López Jonathan Guillermo

Sexto Año

9.- Cabrera López María Soledad



Lic. Amada Cabrera

DIRECTORA





Loja 10 de Octubre del 2011

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

Dr. Rodrigo Ludeña

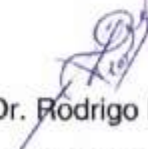
DIRECTOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

CERTIFICO

Que el día 10 de Octubre del 2011 la Sra. Sandra Ximena Rivera Medina, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja hizo la entrega de 34 historias clínicas odontológicas realizadas a los niños de las Escuelas "Emiliano Mora", "Clotilde Guillén de Rezano", "Francisco Rodas Bustamante" y "Rosa Sánchez de Fierro"; de los Barrios Masaca, Sevilla de Oro, Chirimoyos y San Juan de la Parroquia el Valle, Cantón Loja, Provincia de Loja, Como parte del Macroproyecto "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR....." De Tesis, previo a la graduación.

Lo certifico para fines legales pertinentes

Atentamente:


Dr. Rodrigo Ludeña



DIRECTOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE



Loja 10 de Octubre del 2011

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

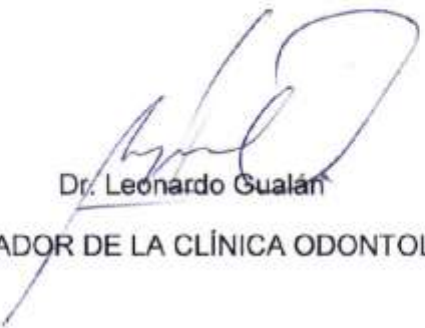
Dr. Leonardo Galán
COORDINADOR DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CERTIFICO

Que el día 10 de Octubre del 2011 la Sra. Sandra Ximena Rivera Medina, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja hizo la entrega de 34 historias clínicas odontológicas realizadas a los niños de las Escuelas "Emiliano Mora, Clotilde Guillén de Rezano, Francisco Rodas Bustamante y Rosa Sánchez de Fierro"; de los Barrios Masaca, Sevilla de Oro, Chirimoyos y San Juan de la Parroquia el Valle, Cantón Loja, Provincia de Loja. Como parte del Macroproyecto de Tesis de Grado, Previo a la graduación.

Lo certifico para fines legales pertinentes

Atentamente



Dr. Leonardo Galán

COORDINADOR DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Washington
ENGLISH INSTITUTE

Una forma rápida, personalizada y eficaz de aprender Inglés

CERTIFICADO

Loja, 11 de Octubre de 2011

Lic. Dunia Vivanco V.

DIRECTORA ACADEMICA WEI

CERTIFICO:

Haber recibido de la Sra. SANDRA XIMENA RIVERA MEDINA, portadora de cedula 1104028533, egresada de la carrera de odontología de la Universidad nacional de Loja el resumen de su tema de tesis, el cual ha sido traducido al idioma Inglés de su documento original

Lo certifico para fines legales pertinentes

Atentamente



Lic. Dunia Vivanco V.
DIRECTORA ACADEMICA WEI

