UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA
NIVEL DE PREGRADO

"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS AÑOS CUARTO DE BÁSICA PARALELO "A" Y QUINTO DE BÁSICA PARALELO "B" DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" DEL BARRIO MOTUPE ALTO DE LA PARROQUIA EL VALLE CANTÓN Y PROVINCIA DE LOJA, MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2010"

Tesis previa a la obtención del Título de Odontólogo.

AUTOR:

Rolando Daly Jiménez Ramírez

DIRECTOR:

Dr. Juan Carlos Espinosa

Loja – Ecuador
2010

Dr. Juan Carlos Espinosa

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada **"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS AÑOS CUARTO DE BASICA PARALELO "A" Y QUINTO DE BÁSICA PARALELO "B" DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" DEL BARRIO MOTUPE ALTO DE LA PARROQUIA EL VALLE CANTÓN Y PROVINCIA DE LOJA, MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2010"**

Elaborado por el señor Rolando Daly Jiménez Ramírez**,** ha sido desarrollada, corregida y orientada bajo mi dirección, cumpliendo con los requerimientos académicos estipulados para su aprobación. Por lo tanto autorizo su presentación, para los fines pertinentes.

Loja, octubre del 2010

……

Dr. Juan Carlos Espinosa

AUTORÍA

Las ideas, opiniones y conceptos vertidos en el presente trabajo son exclusiva responsabilidad del autor.

Rolando Daly Jiménez R.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a:

Dios, por darme la fortaleza suficiente para afrontar todas las adversidades que se me presentaron durante mi vida.

A mis Padres: Gilberth Jiménez y Laura Ramírez quienes con su apoyo incondicional supieron inculcarme valores de lucha, confianza para salir adelante a lo largo de mi carrera, y fueron los guías para conseguir todo lo que he logrado hasta ahora, gracias por su comprensión en los momentos difíciles.

A mis hermanos: Johanna, Joffre, Jonathan y Alex por sus palabras de aliento y por confiar siempre en mí.

A mis amigos: A mi gran amiga Diana Romero por su apoyo incondicional, a Johanna Carolina y Karla B. por estar presentes en los momentos más importantes de mi vida y apoyarme siempre y dedico este trabajo a un Gran amigo Cesar quien siempre me escuchó y supo darme palabras de aliento, amigo yo sé que desde el cielo y en los brazos del señor tú me estarás cuidando siempre y espero estés orgulloso de mi logro.

A mi Ahijado Steven Dedico este trabajo, ya que al culminarlo y al pasar de los años podre inculcarle valores de lucha y confianza para que logre todas sus metas.

Por último a todos quienes han sido participes de este éxito, de todo corazón MIL GRACIAS.

Rolando Daly Jiménez Ramírez

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar constancia de un sincero agradecimiento en primer lugar a Dios por haberme ayudado a cumplir mis metas, mi gratitud a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, Carrera de Odontología, por su constante lucha en la formación de nuevos profesionales.

De igual manera mi gratitud a los Docentes de la Carrera de Odontología y de manera muy grata al Dr. Juan Carlos Espinosa, Director del presente trabajo quien ha sido participe para culminar de una manera correcta y eficaz el desarrollo y elaboración del mismo.

Quiero agradecer con mucho cariño a mi Madre por estar conmigo en todo momento y brindarme todo su apoyo.

Rolando Daly Jiménez Ramírez

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN……..II

AUTORIA……III

DEDICATORIA……..IV

AGRADECIMIENTO……V

ÍNDICE……VI

TEMA……..1

RESUMEN…… 2

SUMMARY……3

INTRODUCCIÓN……..4

MARCO TEÓRICO……...7

METODOLOGÍA…….. 55

ANÁLISIS DE RESULTADOS…… 59

DISCUSIÓN…….. 70

CONCLUSIONES…… 72

RECOMENDACIONES……... 73

BIBLIOGRAFÍA……. 74

ANEXOS…… 78

TEMA:

“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS AÑOS CUARTO DE BÁSICA PARALELO “A” Y QUINTO DE BÁSICA PARALELO “B” DE LA ESCUELA “MARIETA DE VEINTIMILLA” DEL BARRIO MOTUPE ALTO DE LA PARROQUIA EL VALLE CANTÓN Y PROVINCIA DE LOJA, MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2010”

RESUMEN

El trabajo investigativo y de intervención que se realizó forma parte del macroproyecto denominado “MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS AÑOS CUARTO DE BÁSICA PARALELO “A” Y QUINTO DE BÁSICA PARALELO “B” DE LA ESCUELA “MARIETA DE VEINTIMILLA” DEL BARRIO MOTUPE ALTO DE LA PARROQUIA EL VALLE CANTÓN Y PROVINCIA DE LOJA, MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2010”; la muestra asignada para este estudio fue de 31 escolares, 11 niñas y 20 niños del 4to año, paralelo “’A” y 5to año paralelo “B”’ se realizaron los diagnósticos en las Historias Clínicas y posteriormente la intervención a los estudiantes, la información y resultados permitieron constatar el mal estado de salud bucodental en el que se encontraban los escolares; las mujeres fueron los mayormente afectados por la presencia de caries dental, con un índice ceod de 4,63 es decir de riesgo alto para las piezas caducas.

Mientras que el índice CPOD para sus piezas definitivas se pudo observar que en este caso los varones presentaban un índice mayor de CPOD de 2,95 es decir un riesgo moderado de caries en las piezas definitivas de estos escolares.

Las patologías de los tejidos duros que afectan a esta población escolar que mayor porcentaje presentaron fueron las malas posiciones dentarias representadas por el total de los escolares tanto niñas como niños fue 100%. La caries dental fue una de las patologías de tejidos duros que afectó igual al 100% de la población escolar tanto varones como mujeres. Lo que se refiere a patologías de tejidos blandos el 100% de la población estudiada presentó placa bacteriana, materia alba, lengua saburral, como factores predisponentes de enfermedad periodontal, lo que se relaciona directamente con la pobre salud bucodental que los niños presentaron.

Palabras claves: Ceod, CPOD, Caries dental, Placa bacteriana, Materia alba, Lengua saburral.

SUMARY

The research and intervention work, who was made, form part of a larger project called: “IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIVE OF SCHOLAR POPULATION OF FOURTH YEAR, PARALLEL “A”, AND FIFTH YEAR, PARALLEL ”B” OF THE “MARIETA DE VEINTIMILLA” SCHOOL OF BARRIO MOTUPE ALTO, PARROQUIA EL VALLE, CANTON LOJA; THROUGH THE ORAL BASIC ATTENTION, CONSIDERING THEIR EPIDEMIOLOGICAL PROFILE. PERIOD MARCH- SEPTEMBER 2010”, the assigned sample for this study was of 31 students, 11 girls and 20 boys of 4th. year “A” and 5th year “B” were made the diagnoses and the rehabilitation to the students, the information and results led to evidence the bad status of oral health of the children, girls were the most affected for presence of cavities, with and ceod index of 4.63, who corresponds a high risk for temporal teeth.
Could be observed that the CPOD index present in male children was of 2,95, considered a moderate risk of cavities in permanent teeth of the students.

The hard tissues pathologies who affect to this scholar population are the bad dental position with a high percentage, represented for the total girls and boys with a 100%. Dental caries was the hard tissue pathology that affected to100% of girls and boys population.

Regard to soft tissue pathologies, 100% of the population studied had: bacterial plaque, food remains, coated tongue, as predisposing factors for periodontal disease, which is directly related with the poor oral health that children had.

Key words: Ceod, CPOD, Dental caries, Bacterial plaque, Food remains, Coated tongue.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la caries dental, la enfermedad periodontal, el cáncer oral y faríngeo son considerados los mayores problemas globales que afectan la salud bucal de países industrializados y en las comunidades más pobres de los países en desarrollo.

La salud bucal es parte integral de la salud general, es esencial para el bienestar y calidad de vida. La boca participa en funciones vitales fisiológicas, sociales y estéticas, entre otras; también brinda protección contra las infecciones microbianas y las amenazas ambientales.

Además de contar con buenos dientes, la salud bucal implica estar libre de dolor, poder alimentarse, no tener lesiones en los tejidos y tener una auto imagen que proporcione confianza en las relaciones con el medio social, todo esto impacta positivamente en la calidad de vida.

Según la OMS la mayoría de los niños presentan signos de gingivitis, que es el paso inicial para la enfermedad periodontal. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno permite que evolucione a estados severos, que se acompaña de la pérdida de los dientes.

La dieta y la nutrición afectan a la salud bucal de diferentes formas. Las deficiencias de nutrientes por dietas inadecuadas provocan alteraciones en el desarrollo de los dientes y menor resistencia a las agresiones.

“Siendo la epidemiología uno de los elementos principales, la base para la toma de decisiones respecto a medidas de salud pública; la OMS considera que el levantamiento de un perfil epidemiológico posibilita conocer el estado de la salud bucodental siendo las principales patologías, la caries dental, periodontopatías, y mal oclusiones; las mismas que constituyen problemas de salud pública de alcance mundial y que afecta a los países industrializados y en mayor frecuencia a los países en desarrollo, y específicamente las comunidades más pobres; según el informe mundial sobre salud bucodental la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental”[1].

“La realidad nos muestra que actualmente en gran parte de nuestro país los índices CPOD y ceod se mantienen por sobre 6,6 que, según la clasificación de la OMS,[2] corresponde a la categoría «Muy Alto» en relación a la escala de 1 a 10 existiendo algunas excepciones a esta realidad, como aquellas ciudades del Ecuador, con suplemento de flúor en el agua potable, ya sea en forma natural, o bien a través del programa de fluorización del agua potable.”[3]

Es necesario inculcar buenos hábitos de higiene y salud a los escolares principalmente en etapa temprana, así también disminuir el consumo de golosinas y carbohidratos que son dañinos para la salud dental, sino existe un correcto cepillado, lo que evitará dolor y sufrimiento a futuro por padecer caries y enfermedad de las encías.

En este proyecto de investigación-acción se lleva a efecto el diagnóstico bucal en los escolares y a la vez la intervención odontológica que favorece al control epidemiológico de las enfermedades más frecuentes en la cavidad bucal, ya que esta población es considerada un grupo vulnerable, por lo cual es de vital importancia mejorar la salud bucodental de los niños que por diversas circunstancias no acuden a la consulta odontológica; por lo tanto las acciones de intervención están encaminadas a satisfacer las necesidades bucodentales más importantes.
El incremento de las enfermedades bucales indica la necesidad de un acercamiento integral a la promoción de la salud bucal.

La Universidad Nacional de Loja, la Carrera de Odontología, sus estudiantes, y mediante este proyecto trata de relacionar lo aprendido en las aulas, para ponerlo en práctica en la comunidad, prestando servicios que influirán en el beneficio de la misma.

---

[1] FERNÁNDEZ R, Rodríguez M, TORRES M, “La comunicación, una herramienta imprescindible en el trabajo diario”, La Habana, Pueblo y Educación 1.996: 3-7r
[2] http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096
3 Comparativo%20de%20Salud%20Oral.

El presente estudio busca conocer el estado de la salud bucodental de las niñas y niños, así como las necesidades de tratamiento para su intervención y mejorar la calidad de vida de escolares de la Escuela “Marieta de Veintenilla” del barrio Motupe Alto, parroquia El Valle; en el Cuarto año de básica paralelo “A” y el Quinto año paralelo “B”.

Para lograr aquello se impartió charlas educativas en cuanto a salud bucodental, mediante la utilización de Pantomas, Ilustraciones fotográficas a fin de concienciar a los escolares para cambiar sus hábitos de higiene bucodental.

ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: POLÍTICAS DE SALUD

1.1 CONSIDERACIONES DE LA POLÍTICA DE SALUD

1.2 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

1.2.1 Políticas de Salud en el Ecuador

1.2.2 Funciones del Consejo Cantonal de Salud

1.2.2.1 Consejos Cantonales de Salud

1.2.2.2 Sistema Nacional de Salud

1.3 EQUIPO BÁSICO DE SALUD

CAPÍTULO II. ENFERMEDADES BUCODENTALES

2.1 LA CARIES

2.1.1 Definición

2.1.2 Etiología

2.1.3 Factores causales

2.2 GINGIVITIS

2.2.1 Causas

2.2.2 Sintomatología

2.2.3 Factores agravantes

2.3. INFLAMACIÓN PULPAR.

2.3.1 Definición

2.3.2 Tipos de inflamación 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. Antecedentes dentales.

3.2.2. Examen extraoral.

3.2.3. Examen intraoral.

3.3. RESTAURACIONES DENTALES.

3.3.1. Materiales y técnicas de restauración en dentición temporal.

3.3.2. Instrumental.

3.4. TRATAMIENTOS PULPARES EN DENTICIÓN TEMPORAL.

3.4.1. Diagnóstico de la patología.

3.4.2. Historia dental.

3.4.3. Examen clínico.

3.4.4. Examen radiográfico.

3.4.5. Recubrimiento pulpar indirecto.

3.4.6. Recubrimiento pulpar directo.

3.4.7. Pulpotomía.

3.4.7.1 Formocresol.

3.4.7.2 Alternativas.

3.4.7.3 Técnica.

3.4.7.4 Indicaciones

3.4.7.5 Contraindicaciones

3.4.8. Pulpectomía.

3.4.8.1 Óxido de zinc 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 LAS DIFERENTES PARTES DE LA BOCA

4.2 EL DIENTE Y SUS PARTES.

4.3 TIPOS DE DIENTES: FUNCIONES

4.4 DIETA EQUILIBRADA.

4.5 HIGIENE BUCAL

4.5.1. Elementos básicos de limpieza dental

4.5.2. Uso del Dentífrico

4.5.3. Uso del enjuague bucal

4.5.4. Uso del hilo dental

4.5.4.1 Características del hilo dental

4.5.4.2 Manejo del hilo dental

4.5.4.3 Modo de uso del hilo dental

4.5.5. Cepillo dental

4.5.5.1 Tipos de cepillos dentales

4.5.5.2 Técnicas de cepillado

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

POLÍTICAS DE SALUD

1.1 CONSIDERACIONES DE LA POLÍTICA DE SALUD

“Ecuador es uno de los países de la región con mayores desigualdades en materia de salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente solapándose en ocasiones sus actuaciones.

La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

La consulta nacional de 1997 atribuye cuatro roles del estado en salud:

a) Rectoría,
b) Promoción de la salud,
c) Garantía de acceso equitativo a la atención y

d) Provisión descentralizada de los servicios.

La estructura dependiente del MSP está muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (Direcciones Provinciales de Salud) y cantonal (Áreas de Salud). Las Áreas de Salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

El gasto en salud total per cápita en dólares internacionales (2001) es de 177 dólares. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que gasto per cápita para los afiliados al IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del MSP es de 33 dólares, es decir una cuarta parte.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría.

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más depauperadas.

A pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar a delante el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de

apoyar el proceso de transferencia de funciones a los gobiernos locales. Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

a) Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;
b) Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
c) Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano,
d) Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la
e) Ley de Descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años.

Como ejemplo de descentralización relativa del Sistema Nacional de Salud se han identificado cuatro cantones o municipalidades: Cotacachi, Pedro Moncayo, Cuenca y Guamote. Como denominador común destaca el alto grado de organización comunitaria, el apoyo político de las autoridades locales y la gran proporción de población indígena (Quichua). En todos los casos han desarrollado el plan cantonal de salud participativo pero en ningún caso han recibido fondos del Ministerio de Economía."[4]

1.2 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

1.2.1 Políticas de salud en el Ecuador

''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 fin ético y político se requiere de tres premisas básicas:

[4] http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_el_Ecuador

1. Un acuerdo político de la sociedad ecuatoriana en su conjunto sobre las prioridades en salud.
2. Aplicar un modelo de atención integral y
3. La adecuada organización de las instituciones responsables del financiamiento y prestación de servicios de salud.

La Política Nacional de 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, control y erradicación de enfermedades, y las estrategias programáticas, organizativas de participación y de financiamiento para su efectivo cumplimiento.

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 de gestión en salud''.[5]

1.2.2 Funciones del Consejo Cantonal de Salud

1.2.2.1 Consejos Cantonales de Salud

"Los consejos cantonales y provinciales de Salud (CCS y CPS) son espacios de concertación, coordinación y diálogo en los que se promueve la participación ciudadana en la toma de decisiones junto a los representantes institucionales públicos y privados del sector. A través de los consejos se busca abordar un pacto social que garantice la participación comprometida de todos los actores, con los intereses en salud del cantón, la provincia y el país.

El Sistema Nacional de Salud

Es un conjunto de entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud que se articulan funcionalmente sobre la base de principios,

[5] UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, Maestría en gerencia y administración en salud/autores varios, pág.: 9, 12

políticas, objetivos y normas comunes, para hacer efectivo el derecho a la salud de la población.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) viabiliza la construcción del Sistema Nacional de Salud y establece la finalidad, objetivos, principios e integrantes del Sistema[6]

"Para su organización y funcionamiento, el Sistema Nacional de Salud cuenta con:

a) El Consejo Nacional de Salud (CONASA), a nivel nacional
b) Los consejos Provinciales de salud, a nivel provincial
c) Los consejos cantonales de salud, a nivel cantonal.

Los consejos de salud son instancias de:

a) Coordinación
b) Concertación sectorial
c) Articulación interinstitucional e intersectorial"[7]

"Como espacios de gobernabilidad, los consejos provinciales y cantonales de salud promueven la participación del sector público, privado, la sociedad civil y la ciudadanía, para luchar contra la exclusión, la marginalidad y lograr una vida plena y satisfactoria de todo/as las habitantes.

En el marco de la Constitución Política de la República del Ecuador, la ley de descentralización y participación social; y, la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud, el accionar de los consejos de salud se fundamentan en los siguientes enunciados:

a) El ejercicio pleno del derecho a la salud
b) Gestión pública y privada transparente que rompa el aislamiento y confinamiento burocrático o el abuso del mercado
c) El equilibrio de fuerzas entre la participación activa de la sociedad civil y el poder de coordinación del Estado"[8]

1.2.3. FUNCIONES DE LOS CONSEJOS CANTONALES:

[6] Ley orgánica del sistema de Salud. Capítulo I. Art: 1,2,3,4 y 7

[7] MSP, CONASA; Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador.
Ley orgánica del Sistema Nacional de salud, capítulo V de los consejos de Salud

[8] Moncayo, M; guía metodológica para la constitución de consejos provinciales y cantonales de salud. Comisión de Organización y participación del CONASA.

a) “Aplicar la política nacional mediante la planificación local de salud adaptada al ámbito cantonal o provincial.

b) Apoyar la Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en el cantón o provincia.

c) Formular y evaluar participativamente el plan local de Salud.

d) Remitir los planes cantonales con su respectiva ordenanza municipal al consejo provincial de salud correspondiente, para su incorporación en el plan Provincial.

e) Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, cantonal y los diversos actores comunitarios.

f) Apoyar la organización de la red de servicios de salud del cantón.

g) Avalar los compromisos interinstitucionales requeridos para el funcionamiento de la red plural de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrareferencia y vigilar su cumplimiento.

h) Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios.

i) Evaluar el grado de cumplimiento de compromisos de los integrantes en ,a ejecución del Plan Local de Salud

j) Apoyar al Consejo 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 o Provincia guarden concordancia con los objetivos y ene l marco normativo del sistema Nacional de salud; y

n) Promover, monitorear y evaluar la aplicación de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.

o) Concertar e impulsar el modelo de gestión y de atención en salud consensuado por las entidades del Sistema en el Consejo Nacional de Salud.

p) Impulsar la conformación del Sistema Cantonal de Salud"[9]

1.3 EQUIPO BÁSICO DE SALUD

CONSTITUCIÓN DEL SECTOR SALUD

El sector de la salud está constituido por una variedad de instituciones públicas y privadas, con y sin fines de lucro, coordinadas en base a los acuerdos y las normas establecidas por el Consejo Nacional de Salud.

El subsector público está formado por las siguientes entidades:

a) El Ministerio de Salud Pública es el ente rector del sector sanitario en Ecuador; asimismo, es el mayor ejecutor de prestaciones sociales de salud y posee la más amplia red de servicios, que representa más de la mitad de la infraestructura instalada en el país.

b) El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), atiende mediante afiliación personal a los trabajadores formales (el 28% de la población económicamente activa) y al sector rural.

c) El Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y el Servicio de Sanidad de la Policía, dependientes de los institutos de seguridad social de las respectivas instancias. Las Fuerzas Armadas y la Policía disponen de servicios ambulatorios y de hospitalización para sus miembros y familiares y funcionan bajo la modalidad de seguro de salud.

d) El Instituto Nacional del Niño y la Familia (INFA).

e) El Ministerio de Bienestar Social.

Se puede considerar dentro del sector público a las instituciones que, aun siendo autónomas y de carácter privado, realizan prestaciones con finalidad social:

a) La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, que atienden la recuperación de la salud de

[9] SISTEMA NACIONAL DE SALUD, Consejo Nacional de Salud. Guía Metodológica para la conformación de los consejos cantonales y provinciales./5ta edición

población de medianos y escasos recursos, principalmente de la región de la Costa.

b) La Sociedad de la Lucha contra el Cáncer (SOLCA) presta sus servicios especializados de diagnóstico y tratamiento en las principales ciudades del país.

c) La Cruz Roja Ecuatoriana, que atiende emergencias y regula los bancos de sangre.

CAPÍTULO II

ENFERMEDADES BUCODENTALES

2.1. La Caries

2.1.1. Definición

"La caries es una enfermedad crónica, generalmente de lento progreso que se caracteriza por la producción de ácido por las bacterias orales que forman una biopelícula (placa dental) sobre la superficie del diente, lo cual conduce a la desmineralización de dicha superficie. Cuando esta desmineralización avanza aparecen signos clínicos de la enfermedad, o lesiones de caries, que en ausencia de tratamiento llegan a producir cavitaciones e incluso a la destrucción total del diente"[10].

"La caries dental se define como una enfermedad multifactorial, y para que se desarrolle deben estar presentes tres condiciones de manera simultánea, 1) Diente o huésped susceptible, 2) Microorganismos en gran cantidad, 3) Consumo excesivo de carbohidratos refinados"[11]. Cuando encontramos estas tres circunstancias en un periodo de tiempo determinado y suficientemente prolongado, se desarrolla la lesión cariosa.

2.1.2. Etiología

"Está comprobado que la caries es una enfermedad infecciosa, incapaz de desarrollarse en ausencia de gérmenes, y además es una enfermedad transmisible entre personas y animales. No obstante las bacterias son necesarias pero no suficientes para que se desarrolle la enfermedad. Las principales bacterias responsables de la caries dental son *Estreptococcus Mutans Lactobacilus*, aunque también hay otras bacterias pueden dar lugar a la desmineralización del esmalte, a un ritmo más lento"[12].

---

[10] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 173-174.
[11] NORMAN O. HARRIS , FRANKLIN GARCÍA-GODOY, Odontología Preventiva Primaria, 2ª Edición, pág.34
[12] ECHEVERRÍA José, PUMAROLA S.JOSEP, El manual de odontología, 2ª Edición, pág.174.

"Antes de la aparición del primer diente, alrededor de la mitad de los niños de 6 meses ya están infectados con Estreptococcus mutans. Según una investigación, a los 24 meses de edad el 84% de los niños había desarrollado una colonia considerable. Los factores asociados a estos casos fueron la ingesta de bebidas dulces antes de dormir, tomar demasiados alimentos dulces, picar entre comidas, compartir comida con adultos y una presencia muy alta de dichas bacterias en la madre. Por el contrario, la falta de bacterias se asoció básicamente con el cepillado habitual de los dientes"[13]

2.1.3 Factores causales

"Varios factores pueden producir la caries dental. La principal causa es una alimentación rica en azúcares que ayudan a las bacterias a corroer el esmalte, aunque, dependiendo del tipo de azúcar, su incidencia varía. Otras causas son una mala higiene dental, la ausencia de flúor en el agua y la propia genética, que como se ha demostrado provoca la aparición de caries en algunos niños especialmente sensibles a pesar de seguir unos hábitos profilácticos correctos"[14].

La causa es el ácido que erosiona el esmalte y corroe el diente. Este ácido proviene de la descomposición de comida o las bebidas producida por las bacterias que normalmente habitan en la boca. Por ejemplo, las personas que comen muchos dulces presentan mayor tendencia a desarrollar caries debido a que las bacterias en la saliva convierten los azúcares en ácidos"[15].

2.2 Gingivitis

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

---

[13] www.crianzanatural.com
[14] IBID.
[15] www.tusalud.com

explican la menor tendencia de la gingivitis en los niños a evolucionar a patologías más complejas”[16].

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

2.2.1. Causas

a) Acúmulo de placa bacteriana
b) Utilización de medicamentos
c) Mala nutrición

2.2.2. Sintomatología

a) Sangrado de las encías al cepillarse, al usar el hilo dental o en cualquier otro momento
b) Inflamación y enrojecimiento de encías.
c) Recesión, se refiere a encías que han retrocedido de los dientes, exponiendo a veces las raíces

2.2.3. Factores agravantes

a) Presencia de restauraciones mal adaptadas
b) Lesiones cariosas
c) Aparatos ortodóncicos

2.3. Inflamación Pulpar.

2.3.1. Definición

[16] ALEXANDRA PAOLA BENÍTEZ MELO, MARIO RAFAEL ROMERO SÁNCHEZ ROMERO, Revista odontológica

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

Inicialmente la inflamación se produce de forma local, en una zona limitada del tejido conectivo pulpar, por irritantes externos, manteniéndose el resto de la pulpa normal: pulpitis reversible. Si se eliminan los irritantes, la inflamación puede regresar y normalizarse a nivel local, con aposición de tejidos calcificados. Si los irritantes son intensos o actúan durante mucho tiempo, la inflamación se extenderá: pulpitis irreversible. La progresión de la inflamación se realiza de la periferie al centro de la pulpa y en sentido corono apical hasta alcanzar el periápice.”[17].

2.3.2. Tipos de Inflamación

La existencia de síntomas no es lo más habitual en estos dos casos.
Inicialmente la inflamación se produce de forma local, en una zona limitada del tejido conectivo pulpar, por irritantes externos, manteniéndose el resto de la pulpa normal: es una pulpitis reversible.
Si se eliminan los irritantes, la inflamación puede regresar y normalizarse a nivel local, con aposición de tejidos calcificados. Si los irritantes son intensos o actúan durante mucho tiempo, la inflamación se extenderá: pulpitis irreversible.
La progresión de la inflamación se realiza de la periferia al centro de la pulpa y en sentido coronoapical hasta alcanzar el periapice. Como consecuencia de la inflamación se produce progresivamente la necrosis por licuefacción del tejido pulpar. La necrosis isquémica puede ser causada por traumatismos que interrumpan la vascularización sanguínea.

[17] ECHEVERRÍA G.Jose, PUMAROLA S.JOSEP, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 881

Por lo general, la inflamación pulpar es asintomática, incluida la forma irreversible.

La aparición de cuadros agudos depende de la velocidad de drenaje del exudado o de su salida a través de una caries. Habitualmente, la pulpitis no es aguda de entrada, sino que se trata de la exacerbación de una inflamación crónica"[18].

[18] EL MANUAL DE ODONTOLOGIA, José Javier Echeverria, pág.: 881, 1381

CAPÍTULO III

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.

3.1. EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO.

3.1.1. Protocolo de atención

3.1.2. Entorno del paciente odontopediátrico

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

Por tanto el odontopediatra tiene la gran responsabilidad de hacer las cosas bien, de introducir al niño en el mundo del tratamiento médico, de la salud y de la enfermedad, de conductas y hábitos saludables, de los comportamientos adecuados, de saber enfrentarse a miedos y angustias de la manera más natural y menos traumática posible, proporcionándole los recursos y estrategias que le permitan superar con éxito estos, desde su óptica infantil, grandes problemas"[19].

3.1.3. Consentimiento informado

"El consentimiento informado es obligatorio, siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera sea la magnitud de la cirugía.
Debe ser directo, breve y de lenguaje simple. No tiene que contener palabras abreviadas, ni terminología científica. Debe de estar de acuerdo al nivel cultural de la población a la que está dirigida, en nuestro país no debería superar el nivel de educación primaria.

---

[19] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 1335-1336

El mismo deberá hacerlos firmar el médico tratante, con anticipación a todas las cirugías. Es aconsejable entregar una copia al paciente y preferible aunque no imprescindible, que la firme con testigos”[20].

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

3.1.4. Primera visita, la primera impresión

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

Mediante la empatía poniéndonos en el lugar del niño, entrándose en su mundo, hablando su mismo idioma conseguiremos que se forme una buena impresión. Aquí no pasa nada, Esto es divertido, deberían ser sensaciones que el niño pudiera percibir simplemente al cruzar el umbral de nuestra consulta”[21].

3.2. HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

---

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

[21] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 1336.

3.2.1. Antecedentes dentales

“Recogeremos toda información relativa a problemas odonto-estatológicos previos del niño, no únicamente historia de caries, sino cualquier antecedente de enfermedad bucodental, tanto en tejidos duros como blandos. Esto incluye celulitis y abscesos bucofaciales, traumatismos, dentales con o sin avulsión, otras pérdidas dentarias por Exodoncia y su justificación, mala oclusión, lesiones mucosas, enfermedades exantemáticas que cursen con enantema en mucosa bucal, odontalgias y otras afecciones de nuestro ámbito de intervención tratamientos odontológicos previos en general todas aquellas situaciones que hayan necesitado de la actuación del odontólogo”[22].

3.2.2. Examen extraoral

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

No es infrecuente ver que los preadolescentes y adolescentes han perdido el interés por los cuidados personales e higiene diaria; los dientes no son una excepción a este descuido. Entenderemos que este abandono personal forma parte del conflicto proceso que supone el paso del niño a adulto pero, aun asumiendo que el hecho de descuidarse puede ser una forma más de rebelarse contra todo y contra todos, no podemos pasar por alto la posibilidad de que esta apatía y pérdida de interés pueda estar asociada a un aviso de depresión u otro trastorno emocional”[23]. “Está dirigido a la región de la cabeza y cuello, debiendo ser inspeccionados los posibles desvíos de normalidad. La observación clínica debe estar orientada a las estructuras anatómicas”[24].

3.2.3. Examen intraoral

---

[22] IBID.

[23] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 1339-1340.

[24] TERAPIA PULPAR EN NIÑOS, curso de Odontopediatría II pág. 55

“En esta etapa corresponde al primer contacto del niño con los instrumentos odontológicos. Por esto el odontólogo debe aprovecharse de la oportunidad para presentar al niño los mismos. La técnica decir, demostrar y hacer puede ser bastante útil.

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

El examen de las piezas dentales se lo hace por cuadrante, iniciándose por la pieza superior derecha y así hasta la última pieza superior izquierda, luego su homólogo; anotando todos los datos en el Odontograma”[25].

“Es importante acostumbrarse a seguir siempre el mismo orden, sin dejar ningún órgano o región anatómica sin explorar. En primer lugar se explorará al paciente en reposo, observando asimetrías, deformaciones, cicatrices y lesiones importantes en cara y cuello.
A continuación se indican aquellas regiones más importantes haciendo algunas connotaciones de interés en cada una de ellas:

a) Labios: Se observará y explorará el color, forma y consistencia. Las alteraciones más frecuentes son: fisuras, boqueras, herpes y úlceras.
b) Mejillas: Desarrollo muscular normal y coloración normal. Se debe realizar una exploración de dentro afuera con la boca abierta. Si se considera oportuno se hará exploración bimanual. En las mejillas pueden existir: leucoplasia, liquen plano y candidiasis.
c) Amígdalas: Si tiene o le han sido extirpadas, color y tamaño. Es posible encontrar amígdalas hipertróficas o atróficas, enrojecidas y con exudados o puntos blancos. Los niños presentan con frecuencia una hipertrofia fisiológica.
d) Pilares del paladar: Es frecuente encontrar una inflamación con enrojecimiento.
e) Lengua: Se observará el tamaño (normal, macroglosia y microglosia), la base de la lengua, los bordes y el dorso; igualmente debe de

[25] LEA ASSED BEZERRA DA SILVA, Tratado de Odontopediatría pág. 16 tomo 1

comprobarse la movilidad. La lengua es asiento frecuente de úlceras, leucoplasia y otras alteraciones como la lengua negra o escrotal.

f) Suelo de la boca: Se explora levantando la lengua y con las dos manos.

3.3. RESTAURACIONES DENTALES.

3.3.1. Materiales y técnicas de restauración en dentición temporal

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

La terapia restauradora ha cambiado drásticamente en los últimos años. La amalgama de plata ha pasado en poco tiempo se ser el único material de obturación disponible a serlo 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 dentición temporal como en permanente. Los composites le han ganado actualmente la batalla a la amalgama debido a que con ellos se consigue íntima adhesión con el diente, además de presentar un módulo de elasticidad muy parecido al de la dentina, lo que permite soportar estructura dentaria remanente más o menos debilitada, la cual tras la restauración vuelve a tener una resistencia parcialmente original

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

Hay que tener en cuenta que en dentición temporal no es necesario que las obturaciones sean duraderas como haría falta que lo fueran el caso de los dientes definitivos al ser de permanencia limitada en la boca. Cuando mayor y

más cooperativo sea el niño, mejores serían las condiciones de trabajo para la restauración y de la misma forma disminuyen las exigencias de las obturaciones definitivas de los dientes temporales”[26].

3.3.2. Instrumental

“Las fresas más comúnmente utilizadas en Odontopediatría para cirugía dental siguen siendo las piriformes o bien las redondas pequeñas, cuya superficie activa de corte sea de dimensiones aproximadas a las del espesor del esmalte, para saber en cada momento de la preparación cavitaria a que distancia del límite amelodentinario nos encontramos. El hecho de que la superficie de corte de las fresas no deje ángulos agudos, aun cuando de este modo resultarían más retentivas las restauraciones, es importante para conservar la resistencia de la estructura dentinaria remanente, y esto es importante tenerlo en cuenta cuando se trata de dientes temporales, siempre más expuestos al riesgo de fractura debido a los pequeños espesores de dentina con los que contamos.”[27].

3.4. TRATAMIENTOS PULPARES EN DENTICION TEMPORAL.

3.4.1. Diagnóstico de la patología

“La pulpa de los dientes primarios puede verse afectada por distintos motivos. La caries, los traumatismos o las técnicas iatrogénicas pueden producir lesiones pulpares.

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

a) Cardiopatías congénitas por el riesgo de endocarditis, pacientes inmunodeprimidos y pacientes con salud general deficiente, debido al

[26] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 1370.

[27] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 1370-1371.

riesgo de infecciones que favorecen la decisión de extraer el diente temporal en lugar de realizar pulpotomías o pulpectomías, ya que es muy difícil que no persistan restos pulpares con células inflamatorias o gérmenes, aunque clínicamente y radiográficamente el problema parezca resuelto.

b) Los tratamientos hemorrágicos y las coagulopatías hacen que tratemos de conservar dientes incluso con pronósticos comprometidos por el riesgo que supone la cirugía.
c) Dientes con riesgo de exfoliarse, dientes no restaurados con movilidad muy grande debido a las infecciones graves contraindican el tratamiento pulpar,
d) Debe intentarse mantener los dientes realizando tratamientos pulpares cuando su falta pueda suponer problemas de espacio en la arcada y en el caso de agenesias de dientes permanentes cuando el plan de tratamiento ortodóncico indique la importancia de conservar el diente deciduo.
e) Niños con experiencias traumáticas anteriores debido a extracciones previas apoyan la indicación de tratamientos pulpares en lugar de nuevas extracciones.
f) Se contraindican tratamientos pulpares complejos de pronóstico dudoso en dientes que requieren monitorización, más de una sesión o la posibilidad de retratamiento en niños con familias con poca valoración de las medidas preventivas que no tengan una actitud favorable hacia la salud dental y que no valoren los tratamientos en su justa medida.
g) En casos de niños inmaduros poco colaboradores en los que los tratamientos largos y difíciles deben realizarse bajo sedación profunda o anestesia general, las extracciones pueden en ocasiones estar indicadas en lugar de tratamientos pulpares”[28].

3.4.2. Historia dental

“El establecimiento del diagnóstico correcto, como requisito previo para un adecuado tratamiento de la pulpa, plantea ciertas dificultades en la dentición

[28] CARLOS CANALDA SAHLI, ESTEBAN BRAU AGUADÉ, Endodoncia en la dentición temporal, pág.278-279

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.

En la obtención de una correcta historia clínica se ha de valorar factores generales, regionales y locales, que determinan las indicaciones y contraindicaciones de la terapia pulpar en Odontopediatría"[29].

El dolor es frecuentemente el motivo por el cual la familia del niño pide asistencia odontológica. No obstante el dolor no es un signo de alta fiabilidad para conocer el estado pulpar y determinar el tratamiento más indicado. En muchas lesiones por caries la lesión pulpar inflamatoria ha degenerado en necrosis y se ha producido un absceso con un buen drenaje que puede considerarse una indicación de que no existe patología pulpar.

El niño puede experimentar dolor provocado por frío, calor, dulces, aire, masticación o por otros estímulos que, cuando se eliminan, el dolor se reduce o desaparece. Este tipo de dolor habitualmente expresa una lesión pulpar mínima reversible. Muchas veces son signos de sensibilidad dentarias debido a una profunda lesión por caries o debido a la filtración a través de los márgenes de restauraciones. Otro tipo de dolor es el espontáneo que es sordo y constante y que puede despertar en el niño por la noche. Este tipo de dolor puede costar mucho de aliviar con antibióticos y analgésicos y que puede confundirse con las molestias que producen los alimentos cuando se impactan en el espacio interdental e inflaman la papila severamente. El dolor espontáneo pulpar indica la presencia de una lesión avanzada e irreversible"[30].

3.4.3. Examen clínico

[29] IBID.
[30] CARLOS CANALDA SAHLI, ESTEBAN BRAU AGUADÉ, Endodoncia en la dentición temporal, pág.279

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

Debe encontrarse el diente o dientes responsables de la clínica que presenten los jóvenes pacientes. Hay que determinar la extensión de la caries, el estado y la presencia o ausencia de filtraciones. En ocasiones hay restauraciones que han caído y ello facilita que el tejido pulpar pueda degenerar. Las caries interproximales en dientes temporales sobre todo en los primeros molares, fácilmente invaden los tejidos pulpares debido a la cercanía de la cámara pulpar a la superficie interproximal de estos.

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

Las pruebas de vitalidad, tanto térmica como eléctrica, tienen escasa validez al aplicarlas en dientes primarios. Se pueden obtener falsos positivos debido a las transmisión de estímulos al tejido gingival, al ligamento periodontal, al huésped de soporte o a pequeños canalículos pulpares que tengan todavía una parte de la pulpa vital”[31].

“También hay que valorar el tipo y cuantía de la hemorragia de la pulpa expuesta. El tamaño del área de exposición, el aspecto de la pulpa y la cantidad de hemorragia son factores importantes para diagnosticar el grado de inflamación de la pulpa expuesta por caries. Una verdadera exposición por caries siempre va acompañada de inflamación de la pulpa. Los casos de exposición masiva siempre asocian con necrosis o inflamación generalizada y no con necrosis o inflamación generalizada y no son candidatos a ninguna forma de tratamiento de la pulpa vital. La hemorragia excesiva en el área de exposición o durante la amputación de la pulpa se considera signo de

[31] CARLOS CANALDA SAHLI, ESTEBAN BRAU AGUADÉ, Endodoncia en la dentición temporal, pág.279-280

inflamación extensa. Estos dientes son candidatos para Pulpectomía o Exodoncia”[32].

3.4.4. Examen radiográfico

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

La interpretación radiográfica en niños no es sencilla puesto que el dentista debe familiarizarse con factores normales de la radiografía pediátrica que complican su interpretación tales como espacios medulares grandes, gérmenes de dientes en desarrollo y raíces de dientes temporales que experimentan una reabsorción fisiológica normal que con frecuencia presentan un aspecto que puede confundir o sugerir la presencia de una lesión”[33].

3.4.5. Recubrimiento pulpar indirecto

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

Sin embargo, la tendencia actual sugiere que la respuesta del diente temporal dependerá principalmente del estado previo de la pulpa, y también de conseguir un adecuado sellado marginal que en casos de inflamación

---

[32] MASSON. Odontopediatría, pág. 175
[33] CARLOS CANALDA SAHLI, ESTEBAN BRAU AGUADÉ, Endodoncia en la dentición temporal, pág.280

reversible permita recuperar la pulpa. Los resultados obtenidos en los estudios realizados en dientes temporales consideran que en las situaciones indicadas es una técnica adecuada e insisten en la importancia del diagnóstico previo de ausencia patológica pulpar, y llevar sobre todo de las paredes en la unión amelodentinaria, así como conseguir un buen sellado de la cavidad, que resulta más importante que el material aplicado en la lesión"[34].

3.4.6. Recubrimiento pulpar directo

"El recubrimiento pulpar directo consiste en la aplicación de un agente directamente sobre la pulpa. En el caso de dientes temporales, sólo cuando éste haya sido expuesta de forma inadvertida durante el procedimiento quirúrgico. El diente debe estar asintomático y la exposición pulpar mínima y libre de contaminación de fluidos orales. No se consideren las exposiciones traumáticas o lesiones por caries, ya que fácilmente se produce inflamación pulpar"[35].

"El recubrimiento pulpar directo tiene limitada eficacia en la dentición primaria debido al rápido progreso de los cambios patológicos en la pulpa y su pobre capacidad de curación. Este procedimiento se emplea en aquellos casos en los que la pupa y su pobre capacidad de curación. Este procedimiento se emplea en aquellos casos en que la pulpa se expone accidentalmente hacia la dentina sana en una pequeña superficie. La técnica consiste en limpiar la zona expuesta con solución salina fisiológica estéril y recubrirla con un preparado de hidróxido de calcio, tras lo cual se obtura el diente"[36].

"Al igual que el *recubrimiento indirecto* el recubrimiento directo no se usa en dientes temporales por el riesgo que entraña su fracaso. La pulpa de los dientes temporales ya no tienen la capacidad de reparar la comunicación

---

[34] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 173-174.
[35] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 1383
[36] CARLOS CANALDA SAHLI, ESTEBAN BRAU AGUADÉ, Endodoncia en la dentición temporal, pág.281

pulpar debido a que el tejido pulpar, histológicamente, está cerca de la degeneración fibrosa, propia de los dientes próximos a exfoliación”[37].

3.4.7. Pulpotomía

“La biopulpectomía parcial o 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 coronal afectada o infectada. La formación de un puente dentinario puede cubrir la pulpa radicular”[38].

“Una parte esencial en la técnica consiste en la aplicación de medicamentos que simulen la cicatrización pulpar y permitan el desarrollo fisiológico del diente hasta su exfoliación. La presencia de cualquier sintomatología de inflamación que se extienda más allá de la pulpa coronal es una contraindicación para la Pulpotomía”[39].

3.4.7.1. Formocresol

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

La utilización del Formocresol está indicado en casos de dientes temporales con pulpopatías coronarias, en las que la inflamación afecta a una parte o a la totalidad de la pulpa coronaria y la pulpa radicular se juzga como vital por criterios clínicos y radiográficos. Está contraindicado en los casos con signos y síntomas de dolor espontáneo, calcificaciones pulpares, reabsorciones externas patológicas y excesivo sangrado”[40].

3.4.7.2. Alternativas

---

[37] www.saluddentalparatodos.com
[38] MASSON, Endodoncia en la dentición temporal, pág.281-282
[39] MASSON, Odontopediatría, pág.176-177
[40] IBID. Pág. 176-177

“El glutaraldehído ha sido el fármaco más estudiado como alternativa al Formocresol para pulpotomías en dientes temporales. Se utiliza a una concentración del 2% y aunque se le supuso una menor distribución sistémica que la del Formocresol, debido que su elevado peso molecular limita su penetración”[41].

“Se trata de una sustancia hemostática sin toxicidad conocida ni distribución sistémica. Se pensó en su uso para evitar los problemas debido a la formación del coagulo que interfería en el proceso de curación pulpar y de este modo se podría disminuir las posibilidades de inflamación y reabsorción interna. Se ha demostrado con él, respuesta favorable, similar a la obtenida con el formocresol y un éxito clínico y radiológico elevada.

“Se ha investigado la respuesta pulpar de agregado de trióxido mineral (MTA) cuando se utiliza como material de recubrimiento pulpar. Se basan en que las exposiciones pulpares tienen la capacidad de cicatrizar siempre que se prevenga la microfiltración y la contaminación bacteriana. Este material ha demostrado ser biocompatible y capaz de sellar las vías de comunicación entre el sistema de conductos y la superficie externa del diente[42].

3.4.7.3. Técnica

“Tras la administración de anestesia local y la colocación del dique de goma, se procede a la remoción de todo el tejido con caries para reducir la contaminación bacteriana después de la exposición pulpar. A continuación se elimina el techo de la cámara pulpar, el exceso debe ser lo suficientemente amplio para que permita primero visualizar y después la eliminación de toda la pulpa cameral. El tejido pulpar se elimina cuidadosamente con un excavador pequeño y fino o con una fresa redonda de contraángulo a baja velocidad. Deben tomarse precauciones para no perforar el suelo de la cámara y para no extirpar parte de la pulpa radicular”[43].

---

[41] IBID.Pág.282
[42] MASSON. Odontopediatría, pág 180
[43] MASSON, Endodoncia en la dentición temporal, pág.283

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

3.4.7.4. Indicaciones

a) Dientes vitales con pulpa expuesta por caries o por traumatismo dental, sin historia de dolor espontáneo.
b) Piezas dentales sin reabsorción radicular, interna o externa.
c) Dientes sin movilidad patológica.
d) Cuando a la apertura de la cavidad pulpar los conductos pulpares se encuentran normales (control de la hemorragia).
e) Dientes sin sensibilidad a la percusión.
f) Dientes con reabsorción radicular fisiológica menor o igual al 30% de la longitud de la raíz.

3.4.7.5 Contraindicaciones

a) Dientes con historia dolorosa crónica.
b) Dientes con movilidad patológica.
c) Dientes con procesos infecciosos apicales y/o interradiculares.
d) Reabsorción radicular extensa avanzada.
e) Dientes que presentan fístulas.
f) Dientes con hemorragia no controlable por presión, después de la remoción de la pulpa cameral.
g) Dientes que no presentan sangrado pulpar.

h) Cuando hay reabsorción radicular del diente temporal y el permanente no se encuentra cubierto por hueso alveolar.
i) Piezas dentales con reabsorción interna de los conductos radiculares.
j) Pacientes con mal estado de salud general

3.4.8. Pulpectomía

"Se trata del tratamiento más complejo en dentición temporal para conservar el diente: comporta la extirpación de todo el tejido pulpar"[44].

"Hablamos de Pulpectomía cuando la pulpa radicular está afectada pero todavía es vital, el objetivo del procedimiento de la Pulpectomía en dientes primarios debe ser la reducción de la población bacteriana en la pulpa contaminada, es decir limpiar el conducto no su remodelamiento y ensanchado"[45].

3.4.8.1. Óxido de zinc eugenol

"Este material ha sido hasta ahora el más utilizada, sin embargo incluso el puro que no lleva partículas de resina tiene dificultad para su reabsorción y origina las reacciones inflamatorias típicas frente a un cuerpo extraño. Además tiene un efecto irritativo sobre los tejidos y pierde sus propiedades antibacterianas una vez fraguado"[46].

3.4.8.2. Técnica

"Después de la aplicación de la anestesia y la colocación del dique de goma para el aislamiento absoluto del campo quirúrgico se procede a la limpieza de la cavidad y apertura cameral, pro las paredes deben ampliarse más para facilitar el acceso a la entrada de los conductos, se introduce una lima fina el los conductos y se extirpa cuidadosamente el tejido pulpar o el material orgánico de éstos: se lava con hipoclorito de sodio; se recomienda trabajar con

---

[44] MASSON, Endodoncia en la dentición temporal, pág.283
[45] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 1387-1388.
[46] IBID.Pág. 1388.

limas K para enganchar de 1 a 2 mm los conductos, una vez ensanchados los conductos se procede a irrigar para eliminar gran parte de la contaminación bacteriana”[47]. “Debe irrigarse con suavidad sin presión excesiva para evitar impulsar el líquido hacia los tejidos periapicales. Una vez limpios los conductos se proceden a secar con puntas de papel. Si se ha eliminado por completo el material orgánico se procede a obturar”[48]

3.4.8.3 Indicaciones

a) En dientes con caries profundas, y con exposición pulpar e historia dolorosa espontánea. o piezas dentales con procesos inflamatorios pulpares-radiculares cuyos conductos seas accesibles.
b) En dientes en los que la exceresis de la pulpa coronal presenta un sangrado excesivo del conducto radicular pulpar. o En dientes con una buena estructura radicular y cuya corona tenga la posibilidad de ser restaurada adecuadamente.
c) Cuando no hay pérdida de hueso de sostén debida a patología radicular presente.
d) En dientes en los que la reabsorción radicular no abarque más de un tercio de su longitud.

3.4.8.4 Contraindicaciones

a) En dientes en los que el examen radiográfico muestre perforación del piso pulpar, o que en el momento de retirar la pulpa coronal se lesione el fondo de la cavidad.
b) Cuando hay reabsorción radicular mayor de un tercio de su longitud o en casos de extrema destrucción coronaria que no permita su restauración.
c) En piezas dentales que tengan pérdida de soporte óseo.”[49]

3.5 EXTRACCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

---

[47] MASSON. Odontopediatría, pág 181-182
[48] JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 1388.
[49] Odontopediatría, Boj, J,R, pag: 173-182, 187-189
Tratado de Odontopediatría, Bezerra, Lá Alased/Pag:281, 283, 285

3.5.1 Concepto

"La Exodoncia debe ser considerada como último recurso en la odontología moderna. Debemos como prioridad única la promoción y prevención en busca de la conservación de las estructuras dentarias como parte de la salud general de los individuos. Se ejecuta en el nivel primario de atención"[50].

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

Es obvio que muchos padres acuden demandando este tratamiento cuando va precedido de intensas molestias, problemas en la alimentación, hinchazón o infección evidente e incluso erupción ectópica de un diente permanente. Una vez planteada la necesidad de practicar esta terapia, el siguiente paso es decidir el momento más adecuado para realizarla, y en estos casos no se plantea de igual manera una extracción única en un lactante que en un caso por necesidad de ortodoncia, o en otro incluido dentro del plan de tratamiento con restauraciones por caries. El éxito de una extracción dependerá del procedimiento en sí y de la complejidad de éste así como de las condiciones psicológicas y de madurez del paciente, y cuando todo ello no ofrezca garantías suficientes se optará por diferir el tratamiento o utilizar premedicación o anestesia general, según el caso[51].

3.5.2 Indicaciones

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

a) Caries
b) Traumatismos
c) Ortodoncia (extracciones seriadas, agenesia del diente permanente)

---

[50] www.saluddentalparatodos.com
[51] IBID, pág. 319

d) Problemas de erupción del permanente (erupción ectópica, reabsorción radicular anómala, retención prolongada del diente temporal.
e) Problemas económicos
f) Razones médicas de carácter general (pacientes con discapacidad, tratamientos oncológicos u otros.)
g) Problemas periodontales
h) Anquilosis
i) Anomalías dentarias
j) Asociados a patología neoformativa de maxilares"[52].

3.5.3 Contraindicaciones

"Las contraindicaciones para realizar extracciones en el paciente infantil en general son:

a) Inmadurez psicológica del niño (considerar anestesia general)
b) Inmadurez física del paciente (sobre todo en lo referente a gérmenes dentarios próximos al área afectada)
c) Problemas neoformativos locales (particularmente angiomas)
d) Deficiencias en el sistema inmunológico del paciente
e) Coagulopatías (sin control terapéutico previo)
f) Enfermedades generales graves cuya evolución puede empeorar por la práctica del procedimiento de extracción
g) Falta de firma del consentimiento informado"[53].

[52] MASSON. Odontopediatría, pág 320
[53] IBID.Pág 320

CAPÍTULO IV

MÉTODOS PREVENTIVOS Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

4.1. LAS DIFERENTES PARTES DE LA BOCA

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

La parte superior de la boca, cubierta por una membrana, se conoce como paladar. La parte delantera consiste en una porción ósea denominada paladar duro y la parte posterior carnosa se conoce como paladar blando. El paladar duro separa la boca de la nariz, que está ubicada justo encima. El paladar blando forma una especie de cortina entre la boca y la garganta (o faringe) en la parte posterior de la boca. El paladar blando contiene la úvula, la parte carnosa que cuelga en el fondo de la boca. Las amígdalas están ubicadas a ambos lado de la úvula y parecen pilares gemelos que sostienen la abertura de la faringe.

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

Los labios están cubiertos de piel por la parte exterior y de mucosas resbaladizas en el interior de la boca. El principal músculo del labio, denominado orbicular de los labios, permite mover libremente los labios. La coloración rojiza de los labios proviene de los vasos sanguíneos subyacentes y por este motivo los labios sangran tan fácilmente cuando se lesionan. La parte interna de los labios está conectada a las encías"[54].

4.2. EL DIENTE Y SUS PARTES

"Los dientes son las estructuras de tejido mineralizado gracias a las cuales podemos masticar los alimentos, paso previo fundamental para una adecuada

[54] www.saluddental.com

digestión. Su estructura, su número y su disposición varía en los niños y en los adultos.

Los dientes tienen una parte llamada corona, que es la que vemos cuando nos miramos con un espejo, ya que sobresale en la arcada dentaria, y otra parte, la raíz, que queda incluida en el hueso y sujeta al diente. Tanto la forma de la corona, como la forma y el número de las raíces varían según cada tipo de diente. En la raíz, el tejido superficial se llama cemento y debajo de éste se encuentra la dentina, que rodea al conducto de la raíz, por el que pasan los vasos y el nervio dentario"[55].

4.3. TIPOS DE DIENTES: FUNCIONES

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

Según la forma de la corona y por lo tanto su función, hay cuatro tipos de dientes:

a) **Incisivos** (8 dientes): dientes anteriores con borde afilado. Su función principal es cortar los alimentos. Poseen una corona cónica y una raíz solamente. Los incisivos superiores son más grandes que los inferiores.
b) **Caninos** (4 dientes): con forma de cúspide puntiaguda. Son llamados colmillos en los animales. Están situados al lado de los incisivos y su función es desgarrar los alimentos.
c) **Premolares** (8 dientes): poseen dos cúspides puntiagudas. Facilitan la trituración de los alimentos.
d) **Molares** (12 dientes): cúspides anchas. Tienen la misma función de los premolares. La corona de este tipo de dientes puede tener cuatro o

[55] www.saluddental.com

cinco prominencias, al igual que dos, tres o cuatro raíces. Son los más grandes”[56].

4.4. DIETA EQUILIBRADA

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

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

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

La alimentación ha de cubrir los siguientes objetivos:

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

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

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

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

[56] http://es.wikipedia.org/wiki/Diente"

b) Los glúcidos nos aportarán al menos un 55-60 % del aporte calórico total.
c) Los lípidos no sobrepasarán el 30 % de las calorías totales ingeridas”[57].

4.5. HIGIENE BUCAL

“La higiene dental nos permitirá prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la caries. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva. La higiene dental es un tema de absoluta y primaria importancia para todas las personas, de esto depende claramente la conservación de todas nuestras piezas dentales y de mantener una salud oral estable, además una excelente higiene oral evita la formación de caries que son microorganismos que se reproducen en la boca y acaban con el esmalte protector de las piezas dentales”[58].

4.5.1. Elementos básicos de limpieza dental

“Debemos tener muy claro que dentro de un buen proceso de higiene dental se deben utilizar determinados y muy básicos elementos como el cepillo de dientes, el dentífrico o crema de dientes, la seda dental y, en determinados casos, los cepillos interproximales que limpian los espacios pronunciados en los dientes de algunas personas. La limpieza de la boca depende claramente de tener un buen cepillado, por ejemplo para mantener el órgano de la lengua libre de bacterias se debe utilizar el cepillo de dientes de una manera diferentes que con las piezas dentales, se debe hacer con él unos suaves movimientos en la zona lingual de manera que estos froten el órgano de atrás hacia adelante o si es posible y se tiene a la mano utilizar un limpiador lingual el cual es una herramienta especializada que eliminará todas las bacterias residentes en toda la zona de la boca.

---

[57] http://es.wikipedia.org/wiki/Diente"

[58] www.spainfitness.com/salud/

En lo que concierne a los movimientos del cepillo para una óptima limpieza oral es de tener en cuenta que se deben recorrer todas las caras de los dientes y de la piezas molares, claro es que esto se debe realizar después de haber limpiado a profundidad los espacios entre ellos, para esto se recomienda el uso de la seda dental ya que un simple cepillo de dientes no está en la capacidad de llegar a tan minúsculos espacios y es ahí donde precisamente se acumulan los residuos de comida luego de la ingestión de ésta. Se puede decir que el uso de la seda dental es la parte más importante del indicado proceso de higiene oral por que este elemento limpia los lugares donde se reproducen en gran medida las bacterias que forman el sarro y posteriormente la caries"[59].

4.5.2. Uso del Dentífrico

"Cualquier pasta dentrífica fluorada es eficaz para colocarla en el cepillo de dientes y disminuir radicalmente la aparición de Caries. Hay pastas dentífricas más específicas para mejorar la sensibilidad térmica de los dientes y algunas más abrasivas para eliminar tinciones.

Contribuye a dejarnos una mayor sensación de limpieza. Se presentan en forma de pasta o geles más o menos líquidos. Incorporan agentes detergentes, y casi todos llevan agentes saborizantes. Con esta composición su uso nos facilita la limpieza dental y nos deja una agradable sensación a limpio.

Actualmente, y visto el papel tan claro que el flúor tiene en la prevención de la caries dental, es deseable que los dentífricos incorporen flúor en su fórmula ya que éste tiene una clara función en la protección frente a la caries. Existen en el mercado pastas especiales para tratar la sensibilidad dental que incorporan nitrato potásico"[60].

4.5.3. Uso del enjuague bucal

"El empleo implica la limpieza de la boca con aproximadamente 20 ml dos veces al día después del cepillado.

---

[59] www.spainfitness.com/salud/

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

El enjuague ha de ser vigoroso incluyendo gárgaras durante un minuto. Se recomienda no enjuagar la boca con agua después de escupir el enjuague”[61].

“El uso de enjuagues bucales o colutorios es de gran valor higiénico, por su protección química en especial los enjuagues con contenido de Fluoruro logran ayudar la labor de remineralización del esmalte que la alimentación cotidiana tiende a erosionar, la presencia de alcohol en los enjuagues bucales se asocia a una intensificación de la enfermedad puesto que el alcohol es un fijador bacteriano por lo que adhiere a mayor potencia la placa dento-bacteriana y promoviendo caries y enfermedad periodontal en el largo plazo . El enjuague bucal a base de clorohexidina posee propiedades antimicrobianas, bastante importante en el control de la enfermedad periodontal así como potente anticaries”[62]

4.5.4. Uso del hilo dental

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

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

4.5.4.1. Características del hilo dental

---

[61] es.wikipedia.org/wiki/**Enjuague_bucal**
[62] http://es.wikipedia.org/wiki/Diente"

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

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

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

No sería razonable esperar que los niños empleasen el hilo como medio adicional de higiene bucal, ya que en estas edades solamente lograr un correcto y minucioso método de cepillado resulta difícil. Para conseguir que el infante complemente ambos procedimientos se le muestra cómo utilizar el hilo en los dientes anteriores para abarcar luego a los posteriores; de manera alternativa, se puede motivar a la madre para que esta inculque y demuestre a su hijo la correcta utilización de la seda dental.

4.5.4.2. Manejo del hilo dental

“Se debe emplear el hilo dental, se considera que aporta el 40% de la higiene, es decir casi la mitad, junto con el cepillado, la técnica de uso de hilo dental es bastante simple y rápida una vez adquirido el entrenamiento que el mismo odontólogo puede orientar, existen diferentes tipos de hilo dental, el hilo sin cera se considera el hilo dental más limpio para la higiene, empleado en la mayor parte de las ocasiones. El hilo dental con fluoruro aporta un factor anticaries, y el hilo dental con cera es de gran ayuda en apiñamientos y serias

malformaciones de origen genético así como maloclusiones complejas de abordar o en pacientes de difícil manejo por su situación socioeconómica”[63].

“Es un elemento muy importante para obtener una higiene bucal adecuada, ya que solo con el hilo dental podremos remover residuos alimenticios y placa bacteriana acumulados entre los dientes y bajo el borde de la encía, para dominar el uso del hilo dental se requiere de práctica y paciencia, ya que por lo general durante los primeros días de uso es común lastimarse la encía y producir sangrado, con la práctica lograremos emplear eficientemente este auxiliar que es muy útil y previene enfermedades de las encías y caries dental”[64].

4.5.4.3. Modo de uso del hilo dental

a) “Usar hilo o seda sin cera. El material encerado puede dejar una capa sobre la superficie dental que en ocasiones inhibe la asimilación del fluoruro de la pasta dental o de los tratamientos tópicos.
b) Cortar un tramo de hilo de unos 30-60 cm y enrollar ligeramente sus extremos en los dedos medios, dejando de 5-8 cm entre ambos dedos.
c) A fin de lograr el máximo control, no deben separarse de 2 cm las puntas de los dedos o pulgares que controlan el hilo.
d) Pasar el hilo con cuidado por los puntos de contacto moviéndolo en dirección vestíbulo- lingual hasta que se deslice lentamente. Evitar forzarlo pues se podría lastimar la papila interdental.
e) Mover el hilo con cuidado en dirección ocluso-gingival y vestíbulo-lingual con movimientos de serrucho y vaivén contra cada superficie proximal para remover la placa interproximal hasta que se extienda justo debajo del margen gingival. En los dientes inferiores el hilo es guiado con los índices en vez de con los pulgares para facilitar el control de los movimientos.
f) Se debe desplazar el sector de hilo usado en cada espacio proximal para limpiar cada diente con hilo limpio.

---

[63] http://es.wikipedia.org/wiki/Diente"
[64] www.odonto-red.com.mx/higiene**dental**.htm

g) Después de pasarlo por todos los dientes, enjuagar vigorosamente la boca para eliminar la placa y los residuos de los espacios interdentales.
h) Por último debe realizarse un correcto cepillado, ya que se ha demostrado que este, combinado con el pasaje de hilo dental es el método más efectivo para limpiar las superficies interproximales[65].

4.5.5. Cepillo dental

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

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

a) De mango recto
b) De tamaño adecuado a la edad del individuo y tamaño de la boca (niños, jóvenes, adultos)
c) De las cerdas deben ser plásticas (no usar cepillos con cerdas naturales, ya que ésta conservan la humedad)
d) Las cerdas deben ser suaves, firmes y con puntas redondeadas.
e) Debe ser reemplazado cada dos o tres meses de uso, un cepillo "despeinado" sólo irritará las encías.

4.5.5.1. Tipos de cepillos dentales

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

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

---

[65] Barrancos Mooney J. Operatoria dental. 3ra ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1999:313-319.

b) Cepillo periodontal: también llamado sulcular o crevicular, tiene dos tiras de cerdas. Se utiliza en casos de inflamación gingival y surcos periodontales profundos. También es recomendable en niños con ortodoncia fija.
c) Cepillo eléctrico: tiene 3 tipos de movimiento horizontal, alternado, vertical arqueado o vibratorio. Pueden ser especialmente útiles en personas disminuidas físicas o mentales, debido a la simplicidad de la operación por el paciente o por quien le ayude.
d) Cepillos interproximales: son un penacho para los espacios interdentales.

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

4.5.5.2. Técnicas de cepillado

Existen varias técnicas de cepillado:

a) **Técnica de Fones (rotación)**: Es la técnica más conocida. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies.
b) **Técnica de Bass**: En esta técnica el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados contra la unión del diente con la encía, luego se realiza un movimiento horizontal para remover la placa bacteriana. Para las caras internas de los incisivos superiores e inferiores, se cepilla verticalmente con el cepillo. La superficie de masticación de los molares y premolares se cepillan por medio de movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás.

c) **Método combinado**: Combina ambas técnicas anteriormente descritas. Se realiza la técnica de Bass y luego barrer las encías y los dientes empleando la técnica rotacional.

d) **Técnica de Stillman**: Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descanse en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

e) **Técnica de Charters**: El cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De se modo se realizan movimientos vibratorios en los espacios Interproximales. Al cepillar las superficies oclusales se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. El cepillo se colocó de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Esta técnica se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.

f) **Técnica de Francisa**: El cepillado con esta técnica consiste en limpiar las áreas visibles más que las ocultadas ya que no se notan, frotarse cuidadosamente las papilas. Esta es la forma más utilizada en el limpiado de dientes, aunque los doctores prefieren utilizar *el método combinado*. (Este cepillado dura entre 2 y 3 minutos.)”[66]

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

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: El presente Proyecto de Tesis fue de tipo observacional, ya que se evidenció aspectos como: el manejo de las técnicas de prevención de salud bucodental por parte de los escolares; descriptivo, porque se detalló la información que se obtuvo a través de las fichas de recolección de datos y de intervención a través del equipo necesario que se utilizó para la respectiva rehabilitación odontológica a los escolares.

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

Muestra: La muestra es de 31 escolares misma que está conformada por 29 alumnos del 4to Año de Educación Básica paralelo "A" y 2 alumnos del 5to Año de Educación Básica paralelo "B" de la escuela "Marieta de Veintimilla". Siendo esta muestra obtenida tras un sorteo entre los 18 estudiantes que conformamos el Macroproyecto, en la que constan los alumnos de segundo a sexto año de educación básica de todas las escuelas del Sector Motupe.

Criterio de Inclusión

Inclusión

Todos los escolares que con su respectivo consentimiento informado, alumnos del 4to Año de Educación Básica paralelo "A" y 2 alumnos del 5to Año de Educación Básica paralelo "B" de la escuela "Marieta de Veintimilla" del Barrio Motupe, Parroquia del Valle, Cantón y Provincia de Loja.

Instrumentos de investigación

Se empleó como matriz de recolección de datos la historia clínica elaborada por docentes de la Carrera de Odontología.

Así mismo la aplicación de acciones específicas para la intervención de las patologías, para lo que se utilizó: los equipos portátiles, instrumental y materiales odontológicos.

Técnicas y Procedimientos

a) Para la elaboración del perfil epidemiológico, en primer lugar se identificó el número total de alumnos del 4to Año de Educación Básica paralelo “A” y 5to Año de Educación Básica paralelo “B” de la Escuela “Marieta de Veintimilla” mediante la revisión de las nóminas de alumnos matriculados.

b) Para conocer el estado de salud-enfermedad bucodental de los alumnos se realizó un diagnostico individual odontológico mediante los parámetros de la historia clínica.

c) Para impartir los conocimientos y prácticas de salud e higiene bucodental a este grupo escolar, se dará charlas individuales y grupales en donde se entregara un tríptico que contenga la información más relevante sobre el tema. Como un aporte del tesista y para motivar a la población escolar a poner en práctica todo lo aprendido entregándoles gratuitamente cepillos y pastas dentales.

d) Para la intervención básica odontológica se coordinó con la directora, docente y padres de familia de los alumnos del 4to Año de Educación Básica paralelo “A” y 5to Año de Educación Básica paralelo “B” de la Escuela “Marieta de Veintimilla”. Se envió una notificación en la que se pedio los consentimientos firmados de los padres de familia para la intervención odontológica de los representados, dentro de la cual se les dio a conocer acerca de la investigación en la que participaran sus hijos y se detalló las actividades que se les realizara.

e) Las actividades que se cumplieron dentro de la atención básica fueron: profilaxis, aplicación de flúor, colocación de Sellante de fosas y fisuras, operatorias dentales simples y compuestas, tratamientos pulpares (Pulpotomias) a través de una radiografía inicial y cirugía menor (extracciones indicadas), en la muestra de los treinta y un niños del 4to Año de Educación Básica paralelo "A" y 5to Año de Educación Básica paralelo "B" de la escuela "Marieta de Veintimilla" del Sector Motupe.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el plan de tabulación y análisis los resultados se presentaran a través de tablas con sus respectivas interpretaciones y el archivo de estas historias será en el Hospital Universitario de Motupe como en la Carrera de Odontología.
"Para el levantamiento del perfil epidemiológico se utilizó el índice Ceod, (unidad diente, para piezas dentarias temporales y significa (c=Cariada, e=Extraída o (Extracción indicada), o= Obturada
Para determinar el índice Ceod aplicamos la fórmula:

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

COPD, (Unidad diente, que significa: C=cariados, P=perdidos y O=obturados), aplicándose en la dentición permanente.

Para determinar el índice CPOD aplicamos la fórmula:

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

La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores:

Niveles de Severidad de Prevalencia de Caries"[67]	
VALORES CPOD- ceod	**RIESGO CARIES**
0 - 1.1	**MUY BAJO**
1.2 – 2.6	**BAJO**
2.7 – 4.4	**MODERADO**
4.5 – 6.5	**ALTO**
6.6 … +	**MUY ALTO**

[67] Htp://www.unne.edu.ar/web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf

Tabla N° 1

POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" DE ACUERDO A EDAD Y SEXO

EDAD	MUJERES	PORCENTAJE	HOMBRES	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
8	**5**	**45,45**	**11**	**55**	**16**	**51,6**
9	**6**	**54,55**	**4**	**20**	**10**	**32,3**
10	**--**	**--**	**4**	**20**	**4**	**12,9**
12	**--**	**--**	**1**	**5**	**1**	**3,2**
TOTALES	**11**	**100**	**20**	**100**	**31**	**100**

Fuente : Nómina de Alumnos.

Elaborado : Rolando Daly Jiménez Ramírez.

En la presente tabla nos muestra a los escolares distribuidos por edad, donde tenemos más hombres 20 niños con un porcentaje que representa el 100% en relación a las mujeres 11 niñas. Y tenemos en la edades de 8 años hay más hombres el cual representa el 55% con respecto de las mujeres con un 45,45% en cambio en la edad de 9 años la relación es inversa más mujeres con un 54,55% en relación a los hombres con un 20% con respecto a las edades más relevantes de la presente tabla.

Tabla N° 2

ÍNDICE Ceod DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" POR EDAD

EDAD	N° DIENTES CARIADOS	N° EXTRACCIONES INDICADAS	N° DIENTES OBTURADOS	Ceod
8	65	11	7	5,1
9	29	6	7	4,2
10	10	1	--	2,7
12	1	--	--	1,0
TOTALES	105	18	14	4,4

Fuente : Ficha de Atención Odontológica.

Elaborado : Rolando Daly Jiménez Ramírez.

De acuerdo a los valores obtenidos en la tabla nos indica que el Ceod es mayor en el grupo de edad de 8 años teniendo un índice de 5,1 tanto en hombres como en mujeres, lo cual nos indica que se encuentra dentro de un Riesgo alto de caries para sus piezas dentales deciduas.

Tabla N° 3

ÍNDICE Ceod DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" POR SEXO

	N° DIENTES CARIADOS	N° EXTRACCIONES INDICADAS	N° DIENTES OBTURADOS	Ceod
NIÑOS	**64**	**18**	**4**	**4,3**
NIÑAS	**41**	**--**	**10**	**4,6**
TOTALES	**105**	**18**	**14**	**4,4**

Fuente : Ficha de Atención Odontológica.

Elaborado : Rolando Daly Jiménez Ramírez.

En la siguiente tabla por sexo el índice total Ceod en las niñas nos refleja un valor superior con índice de 4,6 el cual dentro de la escala de riesgo de caries se considera un valor Alto para las piezas dentarias caducas en relación al índice Ceod 4,3 obtenido con los niños.

Tabla N° 4

ÍNDICE CPOD DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" POR EDAD

EDAD	N° DIENTES CARIADOS	N° DIENTES PERDIDOS	N° DIENTES OBTURADOS	CPOD
8	30	--	2	2,0
9	25	--	--	2,5
10	19	1	1	5,2
12	5	--	--	5,0
TOTALES	79	1	3	2,7

Fuente : Ficha de Atención Odontológica.

Elaborado : Rolando Daly Jiménez Ramírez.

En la presente tabla de puede observar que el índice CPOD para la edad de 10 años es de 5,25 lo que indica un riesgo Alto de actividad cariosa en la dentición permanente, seguido por la edad de 12 años con un índice de 5,0 lo cual indica un riesgo Alto de caries igualmente para las piezas definitivas en relación a los demás grupos de edades establecidas.

Tabla N° 5

ÍNDICE CPOD DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" POR SEXO

	N° DIENTES CARIADOS	N° EXTRACCIONES INDICADAS	N° DIENTES OBTURADOS	CPOD
NIÑOS	**55**	**1**	**3**	**2,9**
NIÑAS	**24**	**--**	**--**	**2,1**
TOTALES	**79**	**1**	**3**	**2,7**

Fuente **:** Ficha de Atención Odontológica.

Elaborado **:** Rolando Daly Jiménez Ramírez.

Se puede observar que el índice CPOD para los niños es de 2,9 lo cual dentro de la escala nos indica un riesgo Moderado de caries dental para las piezas permanentes en relación a las niñas que tienen un índice CPOD de 2,1 lo cual indica un riesgo Bajo de caries dental.

Tabla N° 6

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" POR EDAD

PATOLOGÍA DE LOS TEJIDOS DUROS		EDAD							
		8 años	Porcentaje	9 años	Porcentaje	10 años	Porcentaje	12 años	Porcentaje
ATM	Salto Articular	--	--	--	--	1	3,2	--	--
OCLUSIÓN	Bis a bis	3	9,7	--	--	1	3,2	1	3,2
	Abierta anterior	3	9,7	1	3,2	--	--	--	--
	Abierta posterior	--	--	2	6,5	--	--	--	--
	Cruzada posterior	4	12,9	6	19,4	3	9,7	--	--
	Profunda anterior	3	9,7	1	3,2	1	3,2	--	--
	Prognatismos Mandibular	1	3,2	--	--	1	3,2	--	--
	Protrusión Maxilar	1	3,2	--	--	--	--	--	--
DIENTES	Caries	16	51,6	10	32,3	4	12,9	1	3,2
	Desgastes	7	22,6	2	6,5	3	9,7	1	3,2
	Pigmentaciones	2	6,5	--	--	--	--	1	3,2
	Mal posición dentaria	16	51,6	10	32,3	4	12,9	1	3,2
	Patología pulpar	1	3,2	--	--	--	--	--	--

Fuente : Ficha de Atención Odontológica.

Elaborado : Rolando Daly Jiménez Ramírez.

La siguiente tabla nos indica que la patología de tejidos duros de mayor prevalencia es la Mala posición dentaria y la caries dental en todas las edades y tanto para niñas como niños representada por el 100%.

Tabla N° 7

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" POR SEXO

PATOLOGIAS DE LOS TEJIDOS DUROS		NIÑOS	Porcentaje	NIÑAS	Porcentaje
ATM	Salto Articular	1	5	--	--
OCLUSIÓN	Bis a bis	4	2	1	9,1
	Abierta anterior	2	10	2	18,2
	Abierta posterior	1	5	1	9,1
	Cruzada anterior	--	--	1	9,1
	Cruzada posterior	10	50	4	36,4
	Profunda anterior	4	20	1	9,1
	Prognatismo Mandibular	1	5	1	9,1
	Protrusión Maxilar	--	--	1	9,1
DIENTES	Caries	20	100	11	100
	Desgastes	11	55	2	18,2
	Pigmentaciones	3	15	--	--
	Mal posición dentaria	20	100	11	100
	Patología pulpar	1	5	--	--

Fuente : Ficha de Atención Odontológica.

Elaborado : Rolando Daly Jiménez Ramírez.

En patologías de ATM los resultados nos indican que los hombres presentan alteración en esta patología pero en un porcentaje menor, mientras que las mujeres el porcentaje es de 0% sin alteraciones, en lo que se refiere a la oclusión vemos que los niños tienen el mayor porcentaje de maloclusión prevaleciendo la mordida cruzada posterior con un 50% en los hombres mientras que en las mujeres el valor en inferior en esta patología. En relación a caries dental en los dos grupos de edades tanto de mujeres como hombres presentan un 100% de caries lo que nos indica el mismo porcentaje en cuanto a mal posición dentaria, reflejando así que los hombres son los que más presentan prevalencia de estas patologías.

Tabla N° 8

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" POR EDAD

TEJIDOS BLANDOS	CARACTERISTICAS CLINICAS	EDADES							
		8 años	Porcentaje	9 años	Porcentaje	10 años	Porcentaje	12 años	Porcentaje
LENGUA	SABURRAL	14	45,2	10	32,3	4	12,9	1	3,2
FACTORES PREDISPONENTES A ENFERMEDADES BUCODENTALES	ENCIA INFLAMADA	5	16,1	3	9,7	1	3,2	--	--
	PLACA BACTERIANA	16	51,6	10	32,3	4	12,9	1	3,2
	MATERIA ALBA	16	51,6	10	32,3	4	12,9	1	3,2

Fuente : Ficha de Atención Odontológica.

Elaborado : Rolando Daly Jiménez Ramírez.

En las patologías de tejidos blandos podemos observar que la lengua saburral presenta un alto porcentaje en las edades de 8 años con un 45,2% seguido por la edad de 9 años con un 32,3%. En cuanto a los factores predisponentes a enfermedades bucodentales tenemos que la placa bacteriana y la materia alba se encuentran en un porcentaje del 100% para todas las edades tanto para niños como niñas.

Tabla N° 9

PREVALENCIA DE PATOLOGIAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA" POR SEXO

TEJIDOS BLANDOS	CARACTERÍSTICAS CLINICAS	SEXO			
		NIÑOS	Porcentaje	NIÑAS	Porcentaje
LENGUA	SABURRAL	19	95	10	90,9
FACTORES PREDISPONENTES A ENFERMEDADES BUCODENTALES	ENCIA INFLAMADA	6	30	3	27,3
	PLACA BACTERIANA	20	100	11	100
	MATERIA ALBA	20	100	11	100

Fuente : Ficha de atención Odontológica

Elaborado : Rolando Daly Jiménez Ramírez

En la presente tabla se observa que existe un mayor porcentaje de lengua saburral para los niños con un 95% seguido por las niñas con un 90,9%. La presencia de factores predisponentes a enfermedades bucodentales como lo son la placa bacteriana y materia alba representan un 100% tanto para las niñas como los niños.

Tabla N° 10

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA"

ACTIVIDADES NIÑOS/ NIÑAS			MUJERES 11	HOMBRES 20	TOTALES 31
OPERATORIA	Resina Fotopolimerisable	Dientes Caducos	41	64	**105**
		Dientes Permanentes	24	55	**79**
		Total Operatorias	65	119	**184**
EXTRACCIONES	--------		---	18	**18**
TRATAMIENTOS PULPARES	Pulpotomía		---	1	**1**
PREVENCIÓN	Sellantes		26	42	**68**
	Profilaxis + Flúor		11	20	**31**

Fuente : Ficha de Atención Odontológica.

Elaborado : Rolando Daly Jiménez Ramírez.

Ejecutamos las acciones clínicas de **Operatorias dentales** en número 184 con resinas fotopolimerisables debido a que es uno de los mejores materiales de restauración utilizados en la actualidad por la odontología restauradora.

Se ejecutaron 68 sellantes la mayoría en dientes permanentes para prevenir la caries, 18 exodoncias en piezas caducas con avanzado estado de destrucción, con técnica anestésica infiltrativa y los respectivos cuidados post-quirúrgicos. El papel de la terapia pulpar es tratar de conservar las piezas dentarias el mayor tiempo posible en boca, en caso de los dientes temporales; por ello se realizó un tratamiento pulpar: una Pulpotomía, y (31) **profilaxis y aplicación de flúor**.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el levantamiento de un perfil epidemiológico posibilita conocer el estado de la salud bucodental siendo las principales patologías la caries dental, periodontopatías, y mal oclusiones; las mismas que constituyen problemas de salud pública de alcance mundial y que afecta a los países industrializados y en mayor frecuencia a los países en desarrollo.

Por esta razón mediante un estudio realizado a los escolares de la Escuela "Educare" perteneciente a la Fundación CISOL de la ciudad de Loja podemos establecer que el Índice CPOD en los niños y niñas por sexo y edad fue de 5,28 en los niños y 4,75 en las niñas; es decir que tienen alto riesgo de Caries. Comparando los resultados con el estudio realizado en la Población Escolar de la Escuela "Marieta de Veintimilla" nos da un CPOD en los niños de 2,9 lo que indica un riesgo Moderado de Caries dental para los dientes permanentes mientras que en las niñas presenta un índice de 2,1 lo que indica un riesgo Bajo de Caries dental, lo cual podemos establecer que existe más prevalencia de caries en los escolares de la Fundación CISOL.

Seguidamente tenemos el índice Ceod en los niños y niñas de la Escuela "Educare" Perteneciente a la Fundación CISOL, por sexo y edad, la cual fue de 4,18 (riesgo moderado) en los niños y 4,49 (alto riesgo) en las niñas. En cambio el perfil epidemiológico de la población escolar 4to año de Básica Paralelo "A" y 5to de básica Paralelo "B" de la Escuela "Marieta de Veintimilla" muestra el índice total Ceod en los niños con un 4,3 que implica un riesgo Alto de caries, mientras que en las niñas es de 4,6% valores que implican un riesgo moderado de caries dental para sus piezas dentarias caducas.

A más de la caries dental presente en un 100% tanto en varones como mujeres, de la Escuela "Educare" y de la Escuela "Marieta de Veintimilla"

existen otras patologías de tejidos duros debido a factores intrínsecos y extrinsicos tales como problemas de la ATM, mal oclusiones y de los dientes propiamente. Por ello, después de la caries dental los problemas de la ATM conocido como salto articular (5% hombres) son las patologías más frecuentes así como las malo oclusiones (100%) los 31 pacientes tanto en varones como mujeres en la Escuela “Marieta de Veintimilla”.

Por otra parte el programa de alimentación escolar que brinda a los niños y niñas de jardines y escuelas fiscales, fiscomisionales, municipales y comunitarias más pobres del país en edades entre los 4 a los 14 años, cuyo objetivo es aumentar la permanencia en el aula y mejorar la atención y concentración de los alumnos en las actividades escolares.

Este tipo de programa provee a los niños de una dieta rica en carbohidratos y azucares, necesarios para su desempeño diario, pero tenemos q es un factor agravante de la salud bucal de los mismos, pues al no haber una correcta higiene luego del consumo, y por la acumulación de restos alimenticios se está predisponiendo a los escolares a enfermedades periodontales y a la caries dental.

En las dos Poblaciones Escolares analizadas se encontró que la presencia de los factores de riesgo para enfermedad periodontal tiene un alto porcentaje (100%) probablemente debido a la deficiente o nula presencia del cepillado dental; y a la dieta cariogénica durante el día. Sin embargo de ello las características clínicas no eran indicativos de inicio de enfermedad periodontal (sangrado espontaneo, presencia de cálculo, encía edematizada).

En cuanto a la higiene de la lengua como parte de la cavidad bucal se pudo observar que el 100% tanto de niños y niñas presentaron lengua saburral; que se encuentra en relación directa con la mala o ausencia de higiene bucal.

CONCLUSIONES

Las patologías más frecuentes de los niños del cuarto de básica paralelo "A" y quinto año de básica paralelo "B" de la Escuela "Marieta de Veintimilla" son: caries dental (100%), la presencia de factores predisponentes de enfermedades bucodentales (100%) y mal posiciones dentarias (100%).

La intervención odontológica que se realizó favoreció en gran medida a los escolares, ya que se realizó la rehabilitación de las principales patologías bucodentales que presentaban tanto en sus piezas dentales caducas como definitivas.

Las charlas impartidas a los padres de familia y a los escolares sobre higiene bucodental, durante el desarrollo del trabajo de investigación fueron productivas pues se notó el cambio de actitud y el mejoramiento de la salud bucodental de la población estudiada, mejorando así la calidad de vida de la población.

RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud Pública debe fortalecer los convenios que se realicen en cuanto a los programas de intervención odontológica, para disminuir de esta manera la incidencia de patologías bucodentales en los escolares.

La Carrera de Odontología debe seguir realizando macro-proyectos de intervención para de esta manera mejorar la calidad de vida ayudando así a la población más vulnerable como son los niños ayudando a que tengan un óptimo estado de salud bucodental.

Se debe fomentar el aseo personal en la escuela antes y después de la colación escolar debido a la dieta cariogénica que estos consumen en los recesos escolares.

Se debe realizar y fortalecer campañas educativas acompañadas de charlas tanto a Padres de familia, docentes y niños sobre prácticas habituales de higiene bucodental así como los buenos hábitos alimenticios tanto en el hogar como en la escuela.

BIBLIOGRAFÍA

BERMAN, Louis H. BLANCO, Lucía. COHEN, Stephen. Manual Clínico de Traumatología Dental. Edición 2007.

BEZERRA Da Silva, Lea Assed. Tratado de Odontopediatría. Tomo 1 – 2. Edición 2008.

BOJ, J.R. Odontología Pediátrica. Edición 2004.

BARRANCOS, Mooney J. Operatoria dental. 3ra ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1999:313-319.

BRICEÑO, Nathaly, PARDO Ricardo, Construcción del Perfil Epidemiológico de la Enfermedad Bucodental en los niños y niñas de la Escuela "Educare" perteneciente a la Fundación CISOL de la ciudad de Loja e Intervención Odontológica en prevención y rehabilitación, en los 10 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 del 2009.

COHEN, Stephen. HARGREANES, Kenneth M. Vías de la Pulpa. Novena Edición 2007.

CANALDA SAHLI CARLOS , BRAU AGUADÉ ESTEBAN, "Endodoncia Técnicas clínicas y Bases Científicas", Ed, Masson, , Madrid, 2005

DIAZ, Cecilia, Estudio comparativo de la incidencia de caries y enfermedad periodontal en niños que están al cuidado de sus padres y niños cuyos padres emigraron al exterior. En el centro educativo cuarto centenario n°1. 2005.

ECHEVERRÍA García, José Javier. PUMAPOLA Suñe Josep. El Manual de Odontología. Tomo 1-2. Segunda Edición 2008.

ESCOBAR Muñoz, Fernando. Odontología Pediátrica. Edición 2004.

EL MANUAL DE ODONTOLOGÍA, José Javier Echeverria, pág.: 881, 1381

FERNÁNDEZ R, Rodríguez M, TORRES M, “La comunicación, una herramienta imprescindible en el trabajo diario”, La Habana, Pueblo y Educación 1.996: 3-7r

GOMEZ Herrera, Benjamín. Examen Clínico Integral en Estomatopediatría. Primera Edición 2003.

HARRIS, Norman O. GARCIA-GODOY Franklin. Odontología Preventiva Primaria. Segunda Edición. 2005.

HEIDEMANN. Dr. Valoración y Profilaxis. Cuarta Edición 2007.

JOSÉ JAVIER ECHEVERRÍA GARCÌA, JOSEP PUMAROLA SEÑÉ, El manual de odontología, 2ª Edición, pág. 173-174.

JOSÉ JAVIER ECHEVERÍA GARCÍA y JUAN BLANCO CARRIÓN, “Manual de Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes”, Ed Médica Panamericana, Madrid, 2005

JAN LINDHE, “Periodontología Clínica e Implantología Odontológica”, Ed, Médica Panamericana 2005

Ley orgánica del sistema de Salud. Capítulo I. Art: 1,2,3,4 y 7.

LEA ASSED BEZERRA DA SILVA, Tratado de Odontopediatría pág. 16 tomo 1

MALAGÓN-LONDOÑO/ GALÁN MORERA, La salud pública. Situación actual propuestas y recomendaciones. Edicion 2002

MEDINA, maría, SARAGURO, Verónica. Mejoramiento de la calidad del programa de atención bucodental de la Escuela Fiscal Mixta Agustín Palacio del sector San Cayetano alto del Área de Salud N° 3. 2006-2007

MONCAYO, M; guía metodológica para la constitución de consejos provinciales y cantonales de salud. Comisión de Organización y participación del CONASA. 2007

PINKMAN. Odontología Pediátrica. Tercera Edición 2004.

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

SISTEMA NACIONAL DE SALUD, Consejo Nacional de Salud. Guía Metodológica para la conformación de los consejos cantonales y provinciales./5ta edición.

TERAPIA PULPAR EN NIÑOS, curso de Odontopediatría II pág. 55

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, Maestría en gerencia y administración en salud/autores varios, pág.: 9, 12

WEB-GRAFÍA

www.colombiaya.com/lidavargas/documentos/manual-de-educacion-bucal, Guía para Profesionales de Educación y de Salud,Vicente L. González Andrés, Segunda Edición Revisada, 2002.

www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36341997000200007&script=sci_arttext

http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art5.asp, Gurrola B., I. Caudillo T., Adriano M.del P., Rivera M.J., Díaz D.A. Diagnóstico en escolares de 6 a 12 años promedios CPOD, IHOS en la Delegación Álvaro Obregón.Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica Marzo 2009.

sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Leon_F_M/capitulo_I.pdf www.ortodoncia.ws/ Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del municipio antolín del campo, estado nueva Esparta, Venezuela (2007-2009)

www.conasa.gov.ec. Marco general de la reforma estructural de la Salud en el Ecuador, 2da edición , Revisión editorial: Leonela Cucurella, Quito, noviembre del 2005..

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

www.saluddental.com

http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096

ANEXOS

GRÁFICA N° 1
UBICACIÓN

ESCUELA "MARIETA DE VEINTIMILLA"

FOTOGRAFÍAS
(Rehabilitación Odontológica)

(Ilustración 1.)

Antes (caries # 16, 14,12)

Después (operatoria # 16, 14, 12, sellante 15)

Antes (caries # 21, 22,26)

Después (operatoria # 21, 22, 26, sellante 24, 25)

(Ilustración 2.)

Antes (caries # 47, 45)

Después (operatoria # 47,45, sellante 44)

Antes (caries # 36)

Después (operatoria # 36)

Ilustración 3.

Después (operatoria 16, exodoncia 54)

Después (operatoria 46, 85)

Después (operatoria 36)

Ilustración 4.

Después (operatoria # 16, 55, 54)

Después (operatoria # 65,26)

Después (operatoria #46,85, 75,36)

Ilustración 5.

Operatoria # 16, 55)

Operatoria # 65, 26)

Operatoria # 46,85)

Operatoria # 36, 75)

Ilustración 6.

Antes (caries 16, 55)

Después (operatoria # 16,55)

Antes (caries #65, 26)

Después (operatoria # 65, 26)

Ilustración 7.

Antes (caries # 46, 85)

Después (operatoria # 46, 85)

Antes (caries #36, 75)

Después (operatoria # 36, 75)