



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA ODONTOLOGÍA

TEMA.-

“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DEL 3º A 6º AÑO DE LA ESCUELA EMILIANO MORA; 2º A 6º AÑO DE LA ESCUELA JOSE JARAMILLO; 2º, 4º, 5º Y 6º AÑO DE LA ESCUELA LEOPOLDO NICOLÁS CHÁVEZ; DE LOS BARRIOS: MASACA, SOLAMAR BAJO Y PUCALÁ DE LA PARROQUIA EL VALLE, CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA; MEDIANTE LA ATENCIÓN BÁSICA BUCODENTAL CONSIDERANDO SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, PERIODO MARZO – DICIEMBRE 2010”

*TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA*

AUTORA:

MÓNICA LUCIA CALLE HERRERA

DIRECTORA:

Dra. Mgs: GLORIA CARRIÓN GORDILLO

LOJA-ECUADOR

2011

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivos conocer las patologías más prevalentes y elaborar el levantamiento del perfil epidemiológico de las enfermedades bucodentales en los niños /as de 3^{ro} a 6^{to} año de la Escuela Emiliano Mora; 2^{do} a 6^{to} año de la Escuela José María Jaramillo; 2^{do}, 4^{to}, 5^{to} y 6^{to} año de la Escuela Leopoldo Nicolás Chávez; de los barrios: Masaca, Solamar Bajo y Pucalá de la ciudad de Loja, para mejorar la calidad de vida de los escolares.

Para este estudio se tomó en cuenta 39 escolares de edades comprendidas entre 6 a 14 años, de los cuales; 14 niños pertenecían a la Escuela Emiliano Mora; 21 niños a la Escuela José María Jaramillo; 4 niños a la Escuela Leopoldo Nicolás Chávez. A quienes se les realizó el diagnóstico asentando los datos en las Historias Clínicas del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al Hospital Universitario de Motupe y en las Historias de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja y posteriormente la intervención a los estudiantes, la información y resultados permitieron constatar que los niños tienen un índice de ceod de 12 y las niñas de 9,5. Considerados en ALTO RIESGO.

De igual manera los valores del índice de CPOD fueron de 10 en las niñas y en los niños de 6,6. Considerados en ALTO RIESGO.

Para determinar la incidencia de caries tanto en los niños como en las niñas se realizó una valorización clínica en la cual se encontró el 94,7 % en los niños y el 100% en las niñas.

En cuanto a los factores de riesgo para la incidencia de enfermedades bucales se encontró que el 100% de niños y niñas presentaban: Placa Bacteriana y Materia Alba.

Las actividades clínicas que se realizaron fueron: 114 Sellantes, 271 Operatorias, 65 Exodoncias, 4 Tratamientos Pulpares (Pulpotomías) y 39 profilaxis con aplicación de flúor.

Se cumplieron en cada niño/a todas las actividades propuestas que estos requerían con el fin de dejarlos en buenas condiciones; mejorando así su calidad de vida. Se hizo la entrega de pastas y cepillos dentales a todos los escolares que fueron intervenidos.

Finalmente se les realizó una charla sobre motivación y prevención de salud oral a los niños y padres de familia.

Palabras claves: Perfil Epidemiológico, Índice de CPOD (dientes cariados, perdidos, obturados) Índice ceod (dientes cariados, extraídos, obturados).

ABSTRACT

The present research had as main objectives to know the most prevalent pathologies to elaborate the study of the epidemiologist profile in the dental hygiene diseases in children from 3rd to 6th year of "Emiliano Mora" primary School; from 2nd to 6th year of "Jose Maria Jaramillo;" School and from 2nd, 4th, 5th and 6th year of "Leopoldo Nicolas Chávez;" School all of them located in the districts of : Masaca, the low part of Solamar district and Pucalá in Loja city. The principal purpose of the study is to improve the quality of life of the mentioned students.

For this study it was taken a sample of 39 students between the ages of 6 to 14 years, from which 14 children belonged to "Emiliano Mora" school; 21 children to "Jose Maria Jaramillo" School; 4 children to "Leopoldo Nicolas Chávez" School. The study was made based on the diagnosis taken from the data saved in the Clinical registers of the Ministry of Public Health of Motupe University hospital as well as in the registers of dentistry of the National University of Loja and then we have used the information given by the students. Its results allowed us to state that boys have an index of ceod measure 12 and the girls 9, 5. It is considered in HIGH RISK. In the same way the values of the CPOD index were 10 in girls and 6,6 in boys also it is considered in HIGH RISK.

In order to determine the incidence of decay in girls and boys a clinical valuation was made in which 94.7% of decays were found in in boys and 100% in girls.

Related to the factors of risk for the incidence of oral hygiene diseases It was found that 100% of boys and girls: Bacterial plate and White Matter were found in them.

The clinical activities made were: 114 Sealants, 271 Operating ones, 65 Exo-dental, 4 dental pulp treatments (Pulpotomías) and 39 prophylaxes with application of fluorine.

All the propose activities were fulfilled in each children who needed the treatment with the purpose of leaving their tooth in good conditions, in this way we could help them to improve their quality of life. Moreover we gave them tooth paste and tooth brushes.

Finally it was given a speech on motivation and prevention of oral health to the children and their parents.

Key words: Profile Epidemiologist, Index of CPOD (carious, lost teeth, obdurate) Index ceod (carious, extracted, obdurate teeth).

INTRODUCCION

“La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar los alimentos es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud.

Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima.

La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír, los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento.

Los principales factores para el control de la caries son la higiene bucal, el uso de flúor y el consumo de alimentos cariogénicos.”¹

“El impacto que se da en la nutrición provoca un desequilibrio de consumo de nutrientes producido por enfermedades como las caries dentales siendo esta la más común provocando dolor, malestar y rechazo por los alimentos. Y en consecuencia trae menor aprovechamiento de proteínas, calorías, vitaminas, minerales.

¹ LA SALUD DE TUS DIENTES, Asociación de dentistas Españoles. <http://perso.wanadoo.es/adentes/interest.htm>;

Es importante conocer la situación de salud bucal de los niños para disminuir la prevalencia de enfermedades que ocasiona complicaciones mayores las cuales al no prevenirlas y darle el tratamiento adecuado conduce a pérdida de las piezas dentales además de pérdida de su función adecuada y gastos económicos al tener que utilizar prótesis dentales para el reemplazo de las piezas dentales perdidas y al no hacerlo trae como consecuencia cambios estéticos y cambios de patrones de conducta alimenticia.”²

La escasa información acerca de una alimentación adecuada , el poco interés que le dan a sus dientes y la falta de información que tienen para conservarlos en buen estado, son factores agravantes para que los niños y niñas tengan una deficiente salud dental evidenciándose en las Escuelas Emiliano Mora; José Jaramillo; Leopoldo Nicolás Chávez; de los barrios: Masaca, Solamar y Pucalá de la Parroquia el Valle. Donde la mayoría de niños de ambos sexos tienen un alto porcentaje de caries así como también factores predisponentes a una enfermedad periodontal.

Por lo expuesto se considera importante realizar el mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar del 3^{ro} a 6^{to} año de la Escuela Emiliano mora; 2^{do} a 6^{to} año de la Escuela José Jaramillo; 2^{do}, 4^{to}, 5^{to} y 6^{to} año de la Escuela Leopoldo Nicolás Chávez; de los barrios: Masaca, Solamar y Pucalá de la parroquia el Valle, Cantón Loja, Provincia de Loja; mediante la atención

²INSTRUMENTO PARA LA TOMA DE DECISIONES; GÁLVEZ; Ana María; Habana 2004
http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/29.pdf; Evaluación Económica en salud en Cuba;

básica bucodental considerando su perfil Epidemiológico, planteándose realizar el levantamiento del perfil epidemiológico buco dental de los escolares para determinar las patologías más prevalentes e intervenir en las principales y educar sobre salud oral a niños y padres de familia de las Escuelas.

1. MARCO TEORICO

ESQUEMA DE CONTENIDOS

CAPITULO I. POLÍTICAS DE SALUD

- 1.1 Consideraciones de la política de salud
- 1.2 Ministerio de salud pública
 - 1.2.1 Programas de atención odontológica en la provincia de Loja.
 - 1.2.2 Funciones del consejo cantonal de salud
- 1.3 Equipo básico de salud odontológica

CAPITULO II. ENFERMEDADES BUCODENTALES

- 2.1 La Caries
 - 2.1.1 Definición
 - 2.1.2 Etiología
 - 2.1.3 Factores causales
 - 2.1.4 Placa bacteriana
 - 2.1.5 Materia alba
 - 2.1.6 Cálculo
- 2.2 Inflamación Pulpar
 - 2.2.1 Clasificación Clínica de las enfermedades de la pulpa
- 2.3 Gingivitis
 - 2.3.1 Causas
 - 2.3.2 Sintomatología

CAPITULO III.
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

- 3.1 El paciente Odontopediátrico
 - 3.1.1 Protocolo de atención
 - 3.1.2 Entorno del Paciente odontopediátrico
 - 3.1.3 Consentimiento informado
 - 3.1.4 Primera visita, la primera impresión
- 3.2. Historia Clínica y Exploración
 - 3.2.1 Anamnesis
 - 3.2.1.1 Antecedentes dentales
 - 3.2.1.2. Examen extraoral
 - 3.2.1.3 Exámenes intraoral
- 3.3. Restauraciones Dentales
 - 3.3.1. Materiales y técnicas de restauración en dentición temporal
 - 3.3.2. Instrumental
- 3.4. Tratamientos Pulpares en Dentición Temporal
 - 3.4.1. Diagnóstico de la patología
 - 3.4.2. Historia dental
 - 3.4.3. Examen clínico
 - 3.4.4. Examen radiográfico
 - 3.4.5. Recubrimiento pulpar indirecto
 - 3.4.6. Recubrimiento pulpar directo
 - 3.4.7. Pulpotomía
 - 3.4.8 Pulpectomía.

3.5 Extracción en Odontopediatría

3.5.1 Concepto

3.5.2 Indicaciones

3.5.3 Contraindicaciones

CAPITULO IV.

METODOS PREVENTIVOS Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

4.1 Dieta equilibrada

4.2 Higiene bucal

4.2.1 Elementos básicos de limpieza dental

4.2.2 Uso del dentífrico

4.2.3 Uso del enjuague bucal

4.2.4 Uso del hilo dental

4.3. Cepillo Dental

4.3.1 Tipos de cepillos dentales

4.3.2 Técnicas de cepillado.

|

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, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto Catalán de la Salud, Organización no Gubernamental 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 Ministerio de Salud Pública 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 el gasto per cápita para los afiliados al IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del Ministerio de Salud Pública 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 Ministerio de Salud Pública 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 Ministerio de Salud Pública 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
- e) Ley de Descentralización y participación social

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del Servicio Canario de la Salud (SCS) 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.”³

1.2. Ministerio de salud pública

Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. La salud, definida como un instrumento para el mejoramiento continuo del bienestar colectivo, implica su continua revisión y actualización de sus instrumentos; así, el proceso organizativo, adaptado a las condiciones siempre cambiantes de la sociedad, sus organizaciones locales, provinciales y cantonales, han registrado cambios durante los últimos cinco años y requieren ser modificados. Definidos los nuevos roles y competencias del Ministerio de Salud por niveles, impone su necesaria actualización de la relación entre la organización de las Áreas de

³ ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNO INFANTIL, Endemain ,2004,pag 508;

http://www.es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_el_Ecuador; Salud en Ecuador,

Salud con la división cantonal del país, bajo un esquema que reconozca la diversidad geográfica política y relacione las estructuras técnico-administrativas y red de servicios disponibles al nivel local, adaptados a los nuevos procesos de modernización, desconcentración y descentralización del Estado”⁴.

1.2.1. Programas de atención odontológica en la provincia de Loja.

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

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

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

El presupuesto para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se encuentra garantizado por la actual Constitución del Estado y está disponible para su utilización”⁵.

⁴ MINISTERIO SALUD PUBLICA .Misión Visión 2010
http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=17&Itemid=94

⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Ley de Maternidad Gratuita.2010 <http://www.msp.gov.ec> 2010.

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

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

En sí las actividades que se llevan a cabo son: Prevención, curaciones, restauraciones, extracciones. ”⁶

1.2.2 Funciones del consejo cantonal de salud.

El consejo de cantonal de salud es un organismo público de carácter funcional, dotado de autonomía administrativa, encargado de coordinar la gestión y ejecución de las políticas y planes de salud, de conformidad con lo prescrito en la Ley del Sistema Nacional de Salud.

En concordancia con la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento, son funciones del Consejo Cantonal de Salud las siguientes:

- a) Aplicar la Política Nacional de Salud adaptada al ámbito Cantonal, mediante la planificación local.
- b) Apoyar la Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en el Cantón Loja (Sistema Cantonal de Salud).

⁶ LEY ORGANICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Ley N° 80 R.O N° 670 de 25 de septiembre del 2002 www.Gparlamentario.org/.../Ley_80_de_25_9_2002_Sistema_Nacional_de_Salud_Ecuador.pdf.

- c) Formular y evaluar el Plan Cantonal de Salud, el cual será elaborado participativamente con los actores.
- d) Remitir los Planes Cantonales Anuales al Consejo Provincial de Salud de Loja, para su incorporación en el Plan Provincial.
- e) Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad.
- f) Apoyar la organización de la red de servicios de salud.
- g) Avalar los compromisos interinstitucionales requeridos para el funcionamiento de la Red Plural de prestadores de servicios y el sistema de referencia y contra referencia y vigilar su cumplimiento.
- h) Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios/as.
- i) Evaluar el grado de cumplimiento de compromisos de los integrantes en la ejecución del Plan Local de Salud.
- j) Apoyar al Concejo Municipal en la formulación e implementación de políticas saludables.
- k) Gestionar proyectos enmarcados en el cumplimiento de sus obligaciones y buscar alternativas de financiamiento, provenientes de organismos públicos y privados de carácter nacional e internacional.
- l) Conformar las comisiones que fueren necesarias para ejecutar los planes aprobados.
- m) Vigilar que la celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre entidades públicas y privadas del Cantón guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del sistema.

n) Promover, monitorear y evaluar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita;

o) Concertar e impulsar el Modelo de Gestión y de Atención en Salud.”⁷

1.3 Equipo básico de salud odontológica

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

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

El odontólogo suele ser el titular de la consulta, su acción facultativa es completamente autónoma y puede delegar ciertos aspectos, como la prevención

Actualmente en el campo de la odontología se suele cada vez más trabajar en equipo, lo cual proporciona ventajas importantes al odontólogo, que se dedica a realizar los trabajos más complejos, delegando el resto de labores en otros profesionales adecuadamente capacitados. Todos tienen un papel definido en aras de conseguir la máxima eficacia en el trabajo y en conjunto se ocupan de tareas asistenciales, administrativas, formativas e investigadoras.”⁸

El Odontopediatra: es el especialista en la salud dental de los niños, los adolescentes y las personas con capacidades especiales.

⁷ PLAN CANTONAL DE SALUD DE LOJA 2007. “Trabajando Unidos Por El Bienestar Individual Y Social De La Población Del Cantón Loja”. . Tomo I. editorial GRÁFICA AMAZONAS. Loja. pp. 60, 79,80.

⁸SERGAS. 2006. TÉCNICO ESPECIALISTA HIGIENISTA DENTAL DE LOS SERVICIOS GALLEGOS DE SALUD, Vol. 2, Editorial Madrid (España). Pág. 174, 295-299.

Los niños y adolescentes necesitan una atención diferente debido a su comportamiento, por lo que el odontopediatra basa su trabajo en la búsqueda de la total confianza de los pacientes para hacer que la visita al dentista sea una experiencia agradable, divertida e interesante; en lugar de ser un episodio traumático y desagradable.

Busca cuidar la salud en general, y el desarrollo dental integral desde el primer diente en el infante hasta la dentición permanente del adolescente. ”⁹

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

La sanitaria:

- a) Preparar la sala operatoria previa a la recepción del paciente.
- b) Acomodar al paciente en el sillón dental.
- c) Disposición del instrumental específico.
- d) Asistencia en el aislamiento del campo operatorio.
- e) Transferencia de instrumental y materiales al odontólogo.
- f) Limpieza, desinfección y esterilización del instrumental.
- g) Asistencia en toma de radiografías
- h) Preparación de los materiales de obturación e impresión.”¹⁰

⁹ Urrutia; Claudia ,2010 .MÉDICOS DE EL SALVADOR
http://www.medicosdeelsalvador.com/cgi-bin/medicos/jump.cgi?ID=2146&v=Archivo_PDF.

¹⁰SERGAS. IBID ,Pág. 174, 295-299

CAPITULO II.

ENFERMEDADES BUCODENTALES

“La caries dental y la gingivitis son las enfermedades bucodentales más comunes, la primera consiste en la destrucción de los tejidos del diente y la segunda en la inflamación de las encías pudiendo provocar la pérdida de piezas dentales. Ambas son producidas por la aparición de la placa bacteriana.”¹¹

2.1 La caries

2.1.1 Definición.

“La caries una enfermedad crónica, en general de progresión lenta, que se caracteriza por la producción de ácido por las bacterias orales que forman la biopelícula o placa dental, sobre las superficies del diente, lo cual conduce a la desmineralización de esta superficie. Cuando la desmineralización supera los niveles ultra estructurales y microscópicos aparecen los signos clínicos de la enfermedad o lesiones de caries que en ausencia de intervención pueden progresar a la cavitación e incluso a la destrucción total del diente”¹²

“Las lesiones cariosas se presentan en cuatro áreas generales del diente. 1) caries en fosetas y fisuras, que se encuentran principalmente en las superficies oclusales de los dientes posteriores; así como en las fosetas linguales de los

⁸PREVENCION-DE-ENFERMEDADES-BUCODENTALES; UDH; E.A P Odontología Pág. 74
<http://www.es.scribd.com/doc/55362823/9/>.

⁹ ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda Edición, Editorial El Servier Masson, Págs. 173-174.

insicivos superiores y superficies vestibulares de los molares inferiores. 2) caries en superficies lisas, que surgen en superficies intactas del esmalte, de localización diferente a la de fosas y fisuras. 3) caries de superficie radicular, que pueden involucrar cualquier superficie de la raíz. 4) caries secundaria o recurrente que se presenta en la superficie dental adyacente a una restauración ya existente. La caries en superficies lisas también puede ser dividida en caries que afecta superficies dentales vestibulares y linguales y cara proximales, que afectan el área de contacto de superficies dentales contiguas.”¹³

2.1.2 Etiología.

La caries se debe a la interacción de tres factores principales:

El huésped (saliva y dientes) - Microflora - El substrato (alimentos y dieta)

2.1.3 Factores causales.

Factores relacionados con el huésped: saliva

La caries se considera como una enfermedad crónica debido a que las lesiones se desarrollan durante meses y años, muy pocos individuos son inmunes a ésta; sin embargo las medidas actuales para controlar esta enfermedad es el uso del fluoruro sistemático y por aplicaciones tópicas han reducido un poco su frecuencia. Cuando el individuo sufre una disminución o carencia de la secreción salival con frecuencia experimenta un alto índice de caries dental y una rápida destrucción de los dientes.

¹³O HARRIS, Norman, GARCÍA G; Franklin, 2005. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA. Segunda Edición. Editorial El Manuel Moderno, Pág.: 34

La xerostomía puede ser consecuencia de diferentes patologías como son: exposición a la radioterapia de cabeza y cuello, Extirpación de glándulas salivales por neoplasia, administración prolongada de anticolinérgicos, en pacientes con diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, ansiedad, tensión y depresión que disminuyen en forma temporal el flujo salival.

Factores relacionados con el hospedero: dientes

Para que la lesión cariosa se desarrolle o produzca requiere de la presencia de un hospedero susceptible. Los dientes son más susceptibles a cariarse cuando aparecen por primera vez en la boca. La superficie oclusal es la que más sufre de caries, seguido por la mesial, distal, bucal y lingual. Los dientes posteriores sufren caries con más frecuencia que los anteriores. Los incisivos inferiores son los menos sensibles, pero suelen afectarse en casos de caries muy graves.

Es característico que la lesión en el grupo de mayor edad se localice en el cemento, mientras que la del joven se presenta casi siempre en cavidades y superficies lisas.

Microflora

El principal microorganismo patógeno en todos los dientes de caries dental, es el *Streptococcus Mutans*, el cual presenta varias propiedades importantes como son: Sintetiza polisacáridos insolubles de la sacarosa, es un formador homofermentante de ácido láctico, coloniza en la superficie de los dientes, es más acidúrico que otros *Streptococos*.

Substrato

Estos quedan atrapados en las cavidades y fisuras, así como por debajo de las áreas de contacto de los dientes con los limitantes cervicales de los brazos de la prótesis y bordes sobresalientes de las restauraciones; también alrededor de aparatos ortodónticos y dientes apiñados y en otras localizaciones. Los alimentos que originan más caries son los carbohidratos. En relación con la adhesividad de los alimentos en los dientes se ha visto que los alimentos líquidos se eliminan mucho más rápido que los sólidos”.¹⁴

2.1.4 Placa bacteriana

La Organización Mundial de la Salud define a la placa bacteriana como aquella entidad organizada proliferante, enzimáticamente activa. Agente etiológico fundamental en la génesis de caries y enfermedad periodontal

La placa bacteriana se forma por las proteínas de la saliva y cubre la superficie del diente como una especie de barniz proteico.

Hay puntos en el diente que son resistente a la autolimpieza, por esto, este barniz proteico tiende a persistir. Posteriormente el diente es colonizado por bacilos y formas cocáceas, luego se van agregando células epiteliales descamadas, leucocitos y también pueden haber hongos.

La placa colonizada por bacterias sigue una serie de etapas hasta llegar a la maduración.

La placa bacteriana está compuesta por: agua, nitrógeno, calcio, fosforo orgánico, fosforo Inorgánico.”¹⁵

¹⁴EL CENTRO DE TESIS, Documentos, 2010 .Publicaciones y Recursos Educativos más amplio de la Red Monografías.com. <http://www.monografias.com/trabajos11/caries.shtml#RIESGO>

¹⁵PLACA BACTERIANA; www.odontochile.cl/archivos/segundo/bioquimica/oral3.doc.

2.1.5 Materia alba.

La Materia alba es una cubierta adquirida de tipo bacteriano que se deposita sobre los dientes y márgenes gingivales, de color blanquecino, amarillento o grisáceo. Esta masa puede eliminarse fácilmente con enjuagatorios o con un chorro de agua, es menos adherente que la placa bacteriana, debida a que no están organizada como esta; la capacidad de adhesión de la materia alba es mínima y se deposita donde la higiene es defectuosa, es claramente visible sin la utilización de sustancias reveladoras se deposita a nivel de los cuellos dentarios superficies dentarias, márgenes de restauraciones y prótesis. ¹⁶

2.1.6 Cálculo

El cálculo o tártaro dental, es la calcificación de la placa bacteriana por depósito de sales de calcio. Estas sales minerales proviene de la saliva, por eso, en las zonas donde desembocan los conductos salivales se forma más cálculo, estas zonas son: por adentro (lingual) de los dientes inferiores y por afuera (vestibular) de los molares superiores. Una vez formado el sarro sobre los dientes la única forma de eliminarlo es por medio de instrumental específico utilizado en forma manual o mecanizada (ultrasonido) por el odontólogo.

El cálculo produce una irritación a la encía y facilita que la placa bacteriana se adhiera más fácilmente y sea difícil de eliminar. Además el cálculo puede traer problemas de halitosis o mal aliento¹⁷

¹⁶ LA DISMINUCION DE LA PLACA BACTERIANA, biblioteca.umg.edu.gt/digital/45624.pdf

¹⁷ ODONTOLOGÍA HOY. <http://odontologiasalud.blogspot.com/2009/04/que-es-y-como-se-forma-el-sarro-dental.html>

2.2. Inflamación pulpar

“El tejido pulpar reacciona ante diversos irritantes externos, principalmente bacterianos, desencadenando un proceso inflamatorio, como cualquier otro tejido conjuntivo del organismo. En función de la intensidad y duración de los irritantes, y de la resistencia del huésped, la patología pulpar puede variar desde una inflamación temporal o pulpitis reversible hasta una inflamación grave y progresiva, o pulpitis irreversible, que evolucionará hacia la necrosis.

2.2.1 Clasificación clínica de las enfermedades de la pulpa

Pulpitis reversible

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

Las caries poco profundas, la exposición de túbulos dentinarios, los tallados protésicos poco agresivos los procesos destructivos dentarios no cariogénicos, la realización de maniobras iatrogénicas en operatoria dental o bien los defectos de adhesión de determinados materiales de restauración actúan como factores de irritación externos capaces de desencadenar un cuadro inflamatorio pulpar reversible. Las bacterias son los principales agentes implicados en la aparición de esta alteración pulpar.

Las pulpitis reversibles se asocian con ninguna o muy poca sintomatología. Existen 2 formas clínicas: asintomáticas y sintomáticas, aunque casi todas ellas

son asintomáticas. Si existen síntomas son provocados por la aplicación de estímulos diversos (frio, calor, azúcar, roce) o debido a la impactación alimentaria en la cavidad cariosa. Aunque puedan provocar dolor intenso, este es de muy escasa duración y cede al suprimir el estímulo.

Pulpitis irreversible

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

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

La mayoría de las pulpitis irreversibles se desarrollan de forma asintomática, lo que sucede con frecuencia es que el paciente acude a la consulta cuando se inician los síntomas, es decir cuando se agudiza el proceso inflamatorio pulpar crónico. Generalmente es consecuencia de una pulpitis reversible no tratada. En una caries profunda no tratada, las bacterias van accediendo directamente a la pulpa, previamente alterada, en cuantía y tiempo variable, según la evolución clínica de la caries. La colonización microbiana del tejido conjuntivo pulpar perpetúa y agrava la respuesta inflamatoria pulpar desencadenada en la pulpitis reversible. La pulpitis irreversible sintomática con predominio seroso se caracteriza clínicamente por dolor intenso, espontáneo, continuo irradiado. Se incrementa en decúbito por la noche y con el esfuerzo. La estimulación térmica

(frio y calor) y eléctrica intensifican el dolor y se mantiene al suprimir el estímulo durante un tiempo prolongado. Si la pulpitis es muy intensa y afecta a la totalidad de la pulpa radicular, los irritantes invaden el espacio periodontal y provocan dolor a la percusión y ensanchamiento radiológico del espacio periodontal.

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

Se presentan amplias comunicaciones entre la cavidad pulpar y la lesión cariosa, por lo que existe un drenaje espontáneo del exudado seroso sin posibilidad de que se forme edema intrapulpar. Por el contrario, la impactación alimentaria o la realización de restauraciones en dientes con patología pulpar (diagnosticadas incorrectamente), bloqueara el drenaje provocando inflamación aguda del tejido conjuntivo pulpar o bien necrosis pulpar, con o sin compromiso periapical. Más habitual es aquella en la que la cavidad pulpar no presenta comunicación directa con el medio bucal, aunque si lo hace indirectamente a través de los túbulos dentinarios y otras microcomunicaciones; o bien formas cerradas que se presentan en directas restauraciones.”¹⁸

¹⁸CANALDA, Carlos. BRAU, Esteban. 2009. ENDODONCIA, TÉCNICAS CLÍNICAS Y BASES CIENTÍFICAS, Segunda Edición. Pág. 61, 62, 64, 65

3.1 Gingivitis.

La enfermedad periodontal más común en niños y adolescentes es la gingivitis, definida como una inflamación gingival sin pérdida ósea, inducida por el acumulo de placa bacteriana o modificada por factores sistémicos, utilización de medicamentos o mala nutrición”¹⁹

La patología gingival se caracteriza por alteraciones de la forma, consistencia, volumen adaptación del margen gingival, cambio de coloración, hemorragia y exudado. Es un conjunto de cuadros clínicos que afectan a la encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. La mayor parte de estos procesos son de tipo inflamatorio.”²⁰

3.1.1 Causas

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

Los siguientes factores aumentan el riesgo de desarrollar gingivitis: Enfermedad general, mala higiene dental, embarazo (los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías), diabetes no controlada.

¹⁹BEZERRA DA SILVA, Léa Assed, Edición 2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA, tomo II, Editorial Amolca, Pág.: 859

²⁰BASCONES MARTINEZ, Antonio. 2004 - MEDICINA BUCAL, Editorial Ariel S.A, Capítulo 16. Págs. 337-338.

3.1.2 Sintomatología

- a) Sangrado de las encías (sangre en el cepillo de dientes, incluso con un cepillo suave).
- b) Encías de aspecto brillante
- c) Encías que son sensibles al tacto, pero por lo demás indoloras
- d) Úlceras bucales
- e) Encías inflamadas.²¹

CAPITULO III.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.

3.1. El paciente odontopediátrico.

3.1.1 Protocolo de atención

“El niño no es un adulto en miniatura, tiene unas características biológicas claramente distintas y, además de la patología común o análoga al adulto, presenta una extensa colección de enfermedades propias de la infancia.

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

3.1.2. Entorno del paciente odontopediátrico

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

El niño como el adulto, aprende por imitación. De ahí la extrema importancia de brindarle modelos adecuados, para que las conductas que reproduzca en una adecuada formación e interrogación de nuevos conocimientos y capacidades.

El Odontopediatría ejerce sobre el niño un papel fundamental, no solo como terapeuta de su afección bucodental, sino como modelo y educador, aunque

este muchas veces pase inadvertido o sea poco valorado, incluso por los propios profesionales.

Por lo tanto, el odontopediatra tiene la gran responsabilidad de hacer las cosas bien, de introducir al niño en el mundo del tratamiento médico, de la salud y la enfermedad, conductas y hábitos saludables, de los comportamientos adecuados, de saber enfrentarse a medios y angustias de la manera más natural y menos traumática posible, proporcionándole los recursos y estrategias que le permitan superar con éxito estos, desde su óptica infantil, grandes problemas. Todas estas consideraciones, menos técnicas y más humanísticas de una índole más hipocrática y menos dental.”²²

3.1.3. Consentimiento informado

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

²² ECHEVERRÍA GARCÍA; José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson Pág.1335

del paciente, pero cuando el niño (paciente) tenga suficiente juicio debe pedir que también lo firme”²³

3.1.4. Primera visita, la primera impresión.

“La primera visita es un momento crítico y determinante, por lo tanto la primera visita comienza mucho antes de que el paciente se sienta frente a nosotros en el sillón odontológico, desde el momento en que establecemos contacto visual podemos recabar valiosa información. No olvidemos la importancia de la comunicación no verbal, de la riqueza de los gestos y expresiones, de todo lo que se pueda llegar a decir con una simple mirada.

En condiciones ideales podemos dispersar los miedos y celos del niño con un adecuado recibimiento, desmontando los fantasmas y situaciones que se haya podido imaginar, mediante la inmersión en un entorno totalmente incompatible con tales pensamientos. Esto lo conseguiremos aplicando la empatía en todas y cada una de las circunstancias ambientales que rodean nuestra intervención; es la mejor forma de cambiar las sensaciones adversas en percepciones agradables y conseguir un buen tono en la primera visita. Mediante la empatía, poniéndonos en el lugar del niño, entrando en su mundo, hablando el “mismo idioma” conseguiremos que se forme una buena impresión “aquí no pasa nada” “esto es divertido” deberían ser sensaciones que el niño pudiera percibir simplemente al cruzar el umbral de nuestra consulta.”²⁴

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

²⁴ ECHEVERRÍA GARCIA, José Javier, PULMAROLA S, Josep, 2008 EL MANUAL DE ODONTOLOGÍA. Segunda edición, El Servier Masson, Pág.1335-1336

3.2. Historia clínica y exploración.

3.2.1 Anamnesis.

3.2.1.1 Antecedentes dentales.

“Se registran todos los problemas previos a la salud bucal del niño, tales como caries, traumatismos, mal posiciones dentarias, odontalgias, pérdidas dentarias y su causa, alteraciones de los tejidos blandos y tratamientos odontológicos previos. Tiene interés las visitas previas al dentista, pues nos permiten conocer experiencias odontológicas que pueden condicionar la reacción del niño y el grado de atención y cuidado familiar en la protección de la dentición infantil, debe recogerse si se usó anestesia local o general y todos los hechos relacionados con el paciente y sus padres respecto a la atención odontológica previa, se debe reflejar la fecha de la última exploración y su razón, la historia se la terminara anotando obturaciones, tratamientos pulpares, dientes extraídos, así como otros tratamientos realizados.

Respecto al historial ortodóntico, si la mal oclusión es evidente, se preguntará a los padres desde cuando tiene el defecto y cuál ha sido la evolución desde que fue observado. La maloclusión puede ser hereditaria, repetirse en otro familiar; por ejemplo la clase III tiene un intenso potencial hereditario que es necesario determinar a la hora de valorar el pronóstico de la corrección”.²⁵

²⁵ BOJ JR, CATALÁ M, GARCÍA- BALLESTA C, MENDOZA A. 2004, ODONTOPEDIATRÍA, Editorial Barcelona Masson, Capítulo 2. Pág. 10

3.2.1.2 Examen extraoral.

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

El perfil facial se examinará en función de criterios bien conocidos: neutro o rectilíneo, protrusivo, retrusivo, su estudio permitirá evaluar las tendencias morfogenéticas del niño (grado de desarrollo de las zonas cartilaginosas del cráneo, desarmonías frontomaxilares o frontonasomaxilares). El perfil labial permitirá prejuzgar la posición de los maxilares y de los dientes en relación con la nariz y el mentón.

La evaluación en el plano frontal se realizará con el niño sentado y mirando al frente, se valorarán las características de proporcionalidad entre los tercios de la cara, simetría entre las dos hemicaras y las dimensiones trasversales. En la dimensión trasversa se comparará la línea media de cada arco con el plano sagital medio. También se examinarán entre si las líneas medias dentarias en abertura y oclusión, para determinar la etiología dentaria, esquelética o funcional, que acompañe a cualquier alteración.

Los tegumentos, modificados con frecuencia por fenómenos inflamatorios o infecciosos, deben explorarse cuidadosamente cuando se ha producido un traumatismo, heridas contusiones, equimosis y hematomas. En el niño pueden

producirse edemas y hematomas en ausencia de un fenómeno inflamatorio; se trata en general, de reacciones tóxicas de las partes blandas, consecuencias de anestésicos locales o regionales.

Accidentes alérgicos y de enfermedades contagiosas (sarampión, escarlatina y varicela, entre otras) se exteriorizan en el tegumento.

La ATM debe explorarse, así como el trayecto de la abertura bucal, incluso en los casos benignos de caídas en particular sobre la región mentoniana, no es raro observar fracturas condíleas. Se debe evaluar la función de la ATM palpando la cabeza de cada cóndilo mandibular y observando al paciente mientras la boca está cerrada, cuando está en reposo y en diversas posiciones de abertura.

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

Además de ello no olvidar de revisar en el examen extraoral los ganglios submentonianos, submandibulares y cervicales superiores. Los ganglios del grupo cervical superior pueden palparse justo por delante del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, si se relaja girando el mentón hacia el mismo lado.

Las manos del paciente pueden reflejar información pertinente para el diagnóstico integral. Podemos detectar una temperatura elevada al dar la mano del niño. Las manos frías, húmedas o revelar la presencia en el niño de onicofagia siendo todas ellas la primera indicación de ansiedad anormal del infante. Un dedo calloso o anormalmente limpio sugiere un persistente hábito de succión.”²⁶

3.2.1.3 Examen intraoral.

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

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

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

Los frenillos labiales superior e inferior y el lingual son los más importantes, al explorar los frenillos labiales, comprobaremos su tamaño, su inserción apical o

²⁶ BOJ, J.R. CATALA M., GARCIA. IBID: Pág.: 12-13

gingival o profunda mediante la tracción suave y observando la isquemia del periodonto, sin olvidar los diastemas que pueden aparecer en incisivos centrales maxilares o los defectos mucogingivales de movilidad y el tamaño del frenillo lingual mediante una cuidadosa tracción de la lengua.

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

Las glándulas salivales parótidas y submaxilares se deben inspeccionar y palpar, así como la desembocadura de los conductos salivales para descartar patología inflamatoria y cálculos.

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

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

disminución (microdoncia), ambos pueden presentarse de forma aislada o generalizada.

Las alteraciones en la morfología dentaria se deben a trastornos del desarrollo dentario que pueden afectar a toda la corona, como los casos de fusión y geminación o zonas circunscritas, pueden detectarse alteraciones en el número de dientes, así podemos señalar las agenesias (ausencia congénita de dientes) y dientes supernumerarios, cuya localización más común es entre las raíces de los incisivos centrales maxilares (mesiodens). Ambas alteraciones de número son más frecuentes en la dentición permanente.

Las alteraciones de color se presentan con relativa frecuencia. Pueden ocurrir durante el desarrollo dentario y asociarse con otros defectos estructurales del diente (dentinogénesis, amelogénesis o hipoplasias). También pueden deberse a enfermedades sistémicas o a la absorción de medicamentos. La patología cariosa es la más común en el niño, hemos de recorrer con la sonda las superficies en busca de pérdidas de continuidad, en las zonas de cavitación hay que evaluar el color de la lesión, su tamaño y profundidad. No hay que olvidar que las caries interproximales pueden pasar desapercibidas en la exploración clínica por ello no puede faltar una exploración radiográfica específica, que a la vez aporte otros elementos diagnósticos.

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

Tras la exploración dentaria individual debemos llevar a cabo una evaluación de la oclusión, cada arcada debe ser examinada determinando forma, simetría y disposición de los dientes dentro de ella, alineamiento dentario y malposiciones dentarias individuales, haremos ocluir al niño y estableceremos las relaciones oclusales de molares, caninos e incisivos en los tres planos del espacio, teniendo en cuenta las características de cada etapa de desarrollo dentario.

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

Y finalmente no se puede evaluar la higiene dental y la salud gingival del niño tanto en la primera visita como en las sucesivas. En el examen clínico pondrá de manifiesto las características de la encía. Una encía normal es de color rosa coral, con una textura superficial punteada (aspecto de piel de naranja), sin presentar exudado ni acumulación de placa, su contorno coronario sigue fielmente los cuellos dentarios (margen gingival).

Para la evaluación de la higiene dental y gingival utilizamos índices de placa y de gingivitis, respectivamente.

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

debe también representar gráficamente. Hay que tener en cuenta las diferencias entre el periodonto normal de la dentición temporal y permanente y la existencia de dientes en periodo eruptivo con surcos gingivales más acentuados.”²⁷

3.3. Restauraciones dentales.

3.3.1. Materiales y técnicas de restauración en dentición temporal.

“La dentición decidua fue considerada siempre el campo de pruebas ideal para los materiales de restauración de nueva aparición, sin duda por la temporalidad que define a esa dentición. De la misma manera, cuando un 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 restaurada ha cambiado drásticamente en los últimos años. La amalgama de plata ha pasado en poco tiempo de ser el único material de obturación disponible a serlo de utilización excepcional en la actualidad. Los composites y otros modernos materiales estéticos han cambiado la filosofía de la operatoria dental tanto en la dentición temporal como en la permanente.

La mejor cualidad clínica de las amalgamas de plata, aparte de su fácil manejo clínico, es que con el tiempo en la boca, se llenará la interfase entre material y diente de productos de corrosión que la rellenan hasta hacerla desaparecer, incluso cuando el borde de la restauración está abierto, evitando en gran

²⁷ BOJ, J.R. CATALA M., GARCIA. IBID. Págs.: 13-14

medida la recidiva de caries. Los composites le han ganado actualmente la batalla a las amalgamas debido a que con ellos se consigue esa íntima adhesión con el diente, además de presentar un módulo de elasticidad muy parecido al de la dentina, la cual tras la restauración vuelve a tener una resistencia prácticamente original. De esta forma las restauraciones pueden ser extremadamente conservadoras además de estéticas. Su peor inconveniente es la contracción que presentan al fraguar, que hacen empeorar el sellado conseguido inicialmente.

Los cementos de ionómero de vidrio fueron considerados ideales como materiales de restauración para dientes temporales, debido a su capacidad para adherirse a la dentina y de liberar flúor, su coeficiente de expansión térmica es muy parecido al de los tejidos dentales. Su peor contrapartida es lo fácilmente que se abrasionan y fracturan. Por ello no se pueden considerar materiales de obturación permanente para dientes definitivos. Los compómeros aparecieron más tarde para mejorar estas condiciones, también como material de elección para restaurar dientes temporales.

3.3.2. Instrumental.

Las fresas más comúnmente utilizadas en Odontopediatría para cirugía dental siguen siendo las piriformes tipo la 330, o bien las redondas pequeñas, cuya superficie activa de corte sea de dimensiones aproximadas a las del espesor del esmalte, para saber en cada momento de la preparación cavitaria a qué distancia del límite amelodentinario nos encontramos. El hecho que la superficie de corte de las fresas no deje ángulos agudos, aun cuando de ese modo resultarían más retentivas las restauraciones, es importante para

preservar la resistencia de la estructura dentaria 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. Por el mismo motivo no son muy recomendables las rieleras, los pozos y otros métodos auxiliares para aumentar la retención, los cuales conllevan un excesivo debilitamiento del diente.

Con estas fresas trabajando a alta velocidad y con refrigeración adecuada se inicia y establece el contorneado de la cavidad, e incluso podríamos terminar cavidades mínimas para solucionar caries incipientes, pero si la lesión es avanzada, la dentina cariada se puede eliminar con fresas redondas de carburo de tungsteno o acero de tamaño adecuado al de la cavidad en la que se trabaja, preferiblemente a baja velocidad.”²⁸

3.4. Tratamientos pulpares en dentición temporal.

3.4.1. Diagnóstico de la patología.

“En los casos de los dientes afectados por caries, traumatismos u otras causas, el diente pueda mantener la vitalidad pulpar, aunque si esto no es posible, se puede eliminar de forma parcial la pulpa o bien en su totalidad, sin que afecte de forma significativa a la función del diente.

El diagnóstico del estado de la pulpa indicará que tipo de tratamiento requiere el diente afectado, para conseguir el diagnóstico directo correcto es necesario haber realizado una correcta historia clínica, un examen clínico y radiográfico,

²⁸ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson, Págs. 1370-1371

así como las pruebas complementarias que sean precisas. Es necesario conocer las características morfológicas de los dientes temporales, anatómicos e histológicos que difieren de la dentición permanente. Los diferentes tipos de tratamiento pulpar en los dientes temporales pueden ser clasificados en las siguientes categorías:

- a) Conservador: recubrimiento pulpar indirecto, recubrimiento pulpar directo, pulpotomía o biopulpectomía parcial.
- b) Radical: Pulpectomía o tratamiento del canal radicular”.²⁹

3.4.2. Historia dental.

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

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

La historia dental debe incluir información sobre profilaxis dentales previas, aplicaciones tópicas de flúor y si recibe agua fluorada en su vivienda. A demás de ello es importante investigar la ocurrencia previa de traumatismos dentales en la dentición permanente o temporal, para correlacionar posibles hallazgos

²⁹ ECHEVERRÍA GARCIA, José ,IBID Pág.1379

clínicos, como calcificación de conductos radiculares, movilidad dental no fisiológica, necrosis pulpar, oscurecimiento de la corona dental, alteraciones de color, forma o estructura en las piezas dentales sucesoras permanentes.

Tomar en cuenta hábitos alimentarios, higiene bucal y hábitos nocivos, ya que pueden influenciar de manera directa sobre la salud bucal del paciente. Se puede notar que al solicitar información de los hábitos a los padres acerca de sus hijos las respuestas sean vagas e imprecisas, por esta razón en situaciones determinadas es preciso que el odontólogo presente a los responsables un diario alimentario, que facilite anotar la ingestión rutinaria de alimentos del niño; el diario se completa en un periodo mínimo de tres días y como máximo por una semana, luego de las orientaciones dietéticas adecuadas durante el tratamiento se debe solicitar un nuevo diario para reevaluación. En cuanto a los hábitos higiénicos debe indagarse de forma natural sobre el número de veces que el niño cepilla sus dientes, si alguien lo ayuda, si utiliza algún antiséptico bucal e hilo dental, tipo de dentífrico y cantidad empleada.”³⁰

3.4.3. Examen clínico.

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

³⁰BEZERRA DA SILVA, Léa Assed. 2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA. Tomo I Editorial : Amolca, Pág.: 4-5

clínica imprescindible, que es resultado de la práctica diaria y del tiempo de ejercicio profesional.

3.4.4. Examen radiográfico.

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

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

- a) Estado de resorción fisiológica radicular del diente temporal, vida útil.
- b) Estado del diente permanente, extensión de la lesión y proximidad a la cámara pulpar.
- c) Tratamientos previos, reabsorciones radiculares patológicas, presencia de cálculos pulpares que aparecen frente a un estímulo inflamatorio crónico.³¹

3.4.5. Recubrimiento pulpar indirecto.

El recubrimiento pulpar indirecto está recomendado para 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 dentina aún desmineralizada pero no infectada con la finalidad de evitar una exposición

³¹ECHVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson,.. Pág. 1382.

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.

3.4.6. Recubrimiento pulpar directo.

El recubrimiento pulpar directo consiste en la aplicación de un agente el hidróxido de calcio directamente sobre la pulpa. En el caso de dientes temporales, sólo cuando ésta 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 consideran las exposiciones traumáticas o lesiones por caries, ya que fácilmente se produce inflamación pulpar.

No es una opción de tratamiento recomendada para los dientes temporales, principalmente por la posibilidad de que el hidróxido de calcio pueda provocar reabsorciones internas; sin embargo, no hay evidencias claras que demuestren que es el hidróxido de calcio el responsable de esta respuesta.

3.4.7. Pulpotomía.

Se refiere a la amputación de la porción coronal de la pulpa dental afectada. Este procedimiento se basa en el hecho de que el tejido radicular remanente en ausencia de inflamación es capaz de curar una vez que es eliminada la parte coronal afectada o infectada.

El tratamiento de la pulpa radicular debe presentar la función o vitalidad de todo el tejido remanente, así el material que se va a utilizar, idealmente debe ser bactericida, inocuo al tejido pulpar y estructuras adyacentes, debe promover la curación de la pulpa radicular y no interferir en el proceso de reabsorción radicular del diente temporal.”³²

Formocresol.

Este compuesto tiene capacidad modificante, provoca una desnaturalización de las proteínas de la pulpa radicular, más próxima a la cámara pulpar y difunde hacia a la pulpa más apical, fijando los tejidos en mayor o menor medida. La pulpotomía al formocresol está indicada en aquellos casos de dientes temporales con pulpopatías coronarias, en las que la inflamación afecta a una parte a la totalidad de la pulpa coronaria y la pulpa radicular se juzga como vital por criterios clínicos y radiológicos.”³³

Alternativas

“Las alternativas pueden ser: Hidróxido de calcio, Pasta CTZ y pasta con Rifocort, yodoformo y paramonoclorofenol alcanforado, Electrocoagulación, Láser, Glutaraldehído, Sulfato Férrico, Mineral Trióxido Agregado (MTA).”³⁴

Técnica.

“Apertura cameral, Después de la aplicación de la anestesia local y la colocación del dique de goma, se elimina el tejido superficial de caries antes de

³²ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson,.. Pág. 1383-1385

³³BOJ, J.R .CATALA M. GARCIA –BALLESTAC., MENDOZA, EDICION 2004 ODONTOPEDIATRÍA, Editorial Masson, Pág.: 176-177.

³⁴ PROFESOR DOCTOR, RICARDO RIVAS MUÑOZ, UNAM, Notas para el estudio de Endodoncia <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas.../pedpualternativas.html>

la exposición pulpar para minimizar la contaminación bacteriana, a continuación se elimina el techo de la cámara pulpar, dejando un acceso suficientemente amplio que permita la eliminación de todo el tejido pulpar coronal mediante una fresa redonda de contra ángulo a baja velocidad

Control de la hemorragia, llevaremos a cabo la evaluación del tejido pulpar remanente, para confirmar nuestro diagnóstico. El aspecto no debe ser excesivamente oscuro y la hemorragia debe ser fácil de controlar con la aplicación de bolitas de algodón, para conseguirla hemostasia no debemos utilizar ningún hemostático, pues de no conseguirla estaríamos ante una afectación del tejido radicular, con inflamación irreversible que nos indicaría la necesidad de una Pulpectomía o una extracción dependiendo del caso

Aplicación del agente. Técnica con formocresol. Una vez conseguido el control de la hemorragia se aplicará una bolita de algodón apenas humedecida con una dilución del formocresol sin presionar excesivamente para evitar de nuevo la hemorragia y se dejará 5 minutos hasta conseguir la fijación más superficial de la pulpa radicular. Después se colocará una base de óxido de zinc-eugenol, en este caso mejor reforzado con resina, como algunos trabajos sugieren evitará al fraguar el entramado de resina, el paso del eugenol hacia la pulpa, ya que podría ocasionar un efecto irritativo sobre esta. El óxido de zinc-eugenol se condensará muy ligeramente para evitar dañar la capa de fijación superficial y se intentará una buena adaptación sobre las paredes para evitar la filtración marginal.”³⁵ Indicaciones

³⁵ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson, Págs. Pág. 1386.

“Está indicado cuando el tejido coronal infectado puede ser eliminado y el tejido radicular remanente es juzgado como vital, por criterios clínicos y radiológicos.”³⁶

Contraindicaciones

“Está contraindicada en presencia de signos o síntomas como el dolor espontáneo, dolor a la percusión, movilidad anormal, fístulas reabsorción interna, calcificaciones pulpares, reabsorciones externas patológicas, radiolucidez periapical e interradicular o excesiva hemorragia. Además deberá ser susceptible a la restauración y por lo menos dos tercios de longitud radicular debe permanecer con el fin de asegurar una vida funcional razonable.”³⁷

3.4.8 Pulpectomía

“Se trata del tratamiento más complejo de la dentición temporal para conservar un diente. Comporta la extirpación de todo el tejido pulpar y está indicado cuando la pulpa radicular está infectada o necrótica. Cuando mayor sea el grado de degeneración del tejido pulpar peor será el pronóstico, como ocurre en las necrosis”³⁸

“Se ha debatido mucho sobre la realización de este tratamiento en dientes temporales, debido, por un lado, al complejo sistema calicular primario, que hace difícil el abordaje limpieza, remodelado y obturación adecuados y por el

³⁶ CANALDA, Carlos. BRAU, Esteban. 2009. ENDODONCIA, TECNICAS CLINICAS Y BASESCIENTIFICAS, Segunda Edición Pág. 281

³⁷ ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson, Pág. 1384

³⁸CANALDA, Carlos. IBID, Pág. 284.

miedo de lesionar los gérmenes de los dientes permanentes en desarrollo. Sin embargo, a pesar de estas objeciones, este tratamiento es recomendable, y se obtiene elevados porcentajes de éxito, modificando la endodoncia pediátrica con respecto a la del adulto, en virtud a las diferencias anatómicas anteriormente mencionadas, entre la pulpa de los dientes primarios y permanentes.

Óxido de zinc eugenol

El cemento de óxido de zinc aunque ha sido muy utilizado tiene efectos secundarios ya que es alérgico y no siempre se reabsorbe totalmente.”³⁹

“Otro inconveniente que restringe su uso está ligado al hecho de que estos compuestos presentan baja capacidad de ser reabsorbidos, permaneciendo partículas de óxido de zinc en los tejidos periapicales, a medida que la reabsorción fisiológica ocurre. El eugenol, considerado por muchos como un medicamento con efecto anodino, es muy irritante cuando entra en contacto con el tejido conjuntivo, produciendo inflamación severa.”⁴⁰

Técnica

La pauta de tratamiento es la siguiente.

a) Anestesia; b) Aislamiento del campo operatorio con dique de goma; c) Apertura de acceso, pero las paredes deben ampliarse más para facilitar el acceso a la entrada de los conductos; d) Preparación biomecánica a los conductos. La morfología de los conductos hace que el uso del tira nervio sea

³⁹BOJ, J.R, IBID. Pág.: 180

⁴⁰BEZERRA DA SILVA, Léa Assed, 2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA, tomo II, Editorial Amolca. Pág. 643

peligroso. Se introduce una lima fina en los conductos y se extirpa cuidadosamente el tejido pulpar o el material orgánico de estos. Se lava con hipoclorito sódico. Se trabaja a tracción y con movimientos rotatorios para evitar impulsar el tejido infectado hacia el ápice. La eliminación de los residuos orgánicos es el objetivo del limado. Los conductos deben irrigarse constantemente durante la instrumentación, con hipoclorito al 5% para eliminar gran parte de la contaminación bacteriana, a continuación se secan los conductos con punta de papel adecuada.; e) Finalmente se realiza la obturación de los conductos. ”⁴¹

Indicaciones

“La Pulpectomía está indicada cuando, a la vista de los datos anamnesicos, clínicos y radiológicos es posible establecer el diagnóstico de pulpitis o necrosis pulpar completa.

Contraindicaciones:

- a) Casos de dientes no susceptibles de restauración
- b) Reabsorción interna de las raíces
- c) Perforación del suelo de la cavidad pulpar
- d) Cuando no existe soporte óseo o radicular
- e) Reabsorción superior a un tercio radicular
- f) Presencia de quiste folicular o dental”⁴²

3.5 Extracción en odontopediatria

⁴¹ BOJ, J.R, IBID. Pág:81

⁴²BASCONES MARTINEZ, Antonio. 2004 - MEDICINA BUCAL, Editorial Ariel S.A, Pág.: 180

3.5.1 Concepto

“Los procedimientos quirúrgicos realizados en pacientes odontopediátricos deben seguir los mismos principios de las cirugías realizadas en adultos, respecto a medidas de bioseguridad, diagnóstico correcto, necesidad y oportunidad, así como el instrumental y técnicas adecuadas. No obstante, algunas peculiaridades propias de los niños deben ser consideradas tales con: tamaño de la cavidad bucal, edad del paciente y preparación psicológica, consistencia del tejido óseo, presencia del germen correspondiente al diente permanente y control del dolor. La dimensión reducida de la cavidad bucal infantil se compensa por el menor tamaño del instrumental quirúrgico utilizado durante los procedimientos. En relación con la edad, en la medida que sean menores los niños mayores es la probabilidad de que ellos presenten problemas de comportamiento, en este sentido, las sesiones iniciales para establecer una relación de confianza entre el profesional y el paciente son necesarias; en esta etapa es de fundamental importancia, la postura del profesional, que debe ser amable, comprensiva, pero firme, lo cual se reflejará luego en el adecuado control del comportamiento del paciente pediátrico.

El control del dolor, que por regla se realiza por medio de la anestesia local eficaz, es fundamental e indispensable antes de cualquier procedimiento quirúrgico en Odontopediatría.

3.5.2 Indicaciones

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

- a) Dientes con rizólisis completa
- b) Dientes natales y neonatales con movilidad excesiva
- c) Dientes con la región de la bi o trifurcación comprometida
- d) Destrucción corona extensa, imposibilitando cualquier tratamiento restaurador
- e) Dientes temporales con permanencia prolongada
- f) Dientes que presentan reabsorción interna o externa avanzada
- g) Dientes con lesiones periapicales extensas, comprometiendo el germen del diente permanente
- h) Dientes con rizólisis irregular
- i) Dientes anquilosados con sucesor permanente, raíces residuales, alveólisis
- j) Dientes con más de 2/3 de rizólisis y exposición pulpar, dientes con fracturas radiculares en el tercio cervical
- k) Indicación ortodóncica.”⁴³

3.5.3 Contraindicaciones

“Las contraindicaciones son: pacientes que presenten en el momento de la cirugía cualquier enfermedad de la infancia (sarampión, varicela, tosferina,

⁴³BEZERRA DA SILVA, Léa Assed. 2008, TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA. Tomo I Editorial: Amolca,. Pág. 290

parotiditis, etc.), procesos tumorales malignos, leucemia, dientes localizados en hueso irradiado y pacientes portadores de gingivitis de Vincent⁴⁴

⁴⁴ BEZERRA DA SILVA, Léa Assed, IBID. Pág. 297

CAPÍTULO IV.

MÉTODOS PREVENTIVOS Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

4.1 Dieta equilibrada.

La pirámide de alimentos elaborada por el United States Department of Agriculture deja en claro que los azúcares deben consumirse con moderación. Los azúcares no sólo son insalubres para los dientes, sino también están presentes en alimentos cargados con grasas insalubres. La información básica sobre dieta y nutrición debe formar parte de toda educación para la salud. Es necesario que los estudiantes comprendan que el consumo de carbohidratos, especialmente azúcar, es un componente crucial del proceso carioso.”⁴⁵

La indicación de los nutricionistas de realizar de cuatro a cinco pequeñas comidas actualmente, está casi prácticamente de acuerdo con una alimentación sana para los dientes. Según las diez reglas de la sociedad alemana para la alimentación, en las comidas diarias, los grupos de alimentos principales deberían estar contenidos de forma equilibrada y la sacarosa no debería constituir más del 10% del aporte de energía.

Los cereales, patatas, verduras, legumbres, frutas y bebidas representan las $\frac{3}{4}$ partes de esta recomendación de consumo. Sobre los azúcares y dulces se sigue afirmando que tienen un efecto cariogénico, contienen un nivel reducido o

⁴⁵ O HARRIS, Norman, GARCÍA G; Franklin, 2005. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA, Segunda Edición, Editorial el Manual Moderno. Pág.: 390

nulo de nutrientes, además de ello crean un problema de peso, nutrición y desequilibran el nivel de azúcar en la sangre.”⁴⁶

4.2 Higiene bucal

“Uno de los propósitos principales del cuidado de la salud oral es prevenir o detener la enfermedad periodontal y la caries, reduciendo la acumulación de placa. Un cuidado oral por debajo del nivel óptimo es un factor de riesgo principal para la enfermedad periodontal. Para determinar las prácticas de cuidado más apropiadas para cada individuo deben valorarse diversos factores:

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

El régimen apropiado de higiene oral está determinado de acuerdo a la condición oral, referencias personales, destreza y estilo de vida. Las medidas complementarias para la remoción de placa dentobacteriana aparte del cepillo dental son necesarias para eliminar la placa por completo, aunque el cepillo dental puede ser eficaz para remover la placa alojada en las superficies

⁴⁶ D. HEIDEMANN. 2007 VALORACIÓN Y PROFILAXIS. Cuarta Edición. Editorial MASSON España Pág.: 297

vestibulares o linguales de los dientes, por lo general no logra ser eficaz en las superficies interproximales. Para ello se hace necesario la utilización primordial del hilo dental.”⁴⁷

4.2.1. Elementos básicos de limpieza dental

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

Los dentífricos y los enjuagues bucales constituyen los principales productos de administración eficaz de tipo cosmético y terapéutico en la boca. Estos productos son los de mayor uso por los consumidores y generan altas ventas entre los productos dentales”.⁴⁸

4.2.2. Uso del dentífrico

“Los dentífricos se utilizaron originalmente con propósitos cosméticos y para liberar un sabor agradable. Tienen eficacia para retirar las manchas extrínsecas, es decir las que se presentan en la superficie dental. Estas manchas que en ocasiones constituyen los productos finales del metabolismo bacteriano, tienen un color que varía de verde amarillo o negro.”⁴⁹

4.2.3. Uso del enjuague bucal

“Se dispone de enjuagues bucales en presentación líquida, el método tradicional para estabilizar y liberar muchos ingredientes farmacéuticamente

⁴⁷O.HARRIS, Norman, GARCIA-GODOY, Franklin. 2005. ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Segunda Edición. Pág. 108-109

⁴⁸ O.HARRIS, Norman, IBID Pág: 88

⁴⁹ O.HARRIS, Norman, IBID Pág.: 91

activos. Los consumidores consideran que los enjuagues tienen beneficios principalmente cosméticos (es decir, refrescan el aliento), y por tanto, no se utilizan con tanta frecuencia y de manera tan sistemática como los dentífricos en el régimen cotidiano de higiene oral.”⁵⁰

4.2.4. Uso del hilo dental

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

Características del hilo dental

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

Modo de uso del hilo dental

Dos métodos frecuentes de empleo de hilo dental son el devanado y el circular o de asa. Ambos facilitan el control y manejo del hilo dental. El método de

⁵⁰O.HARRIS, Norman, IBID Pág.: 88

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

Para utilizar el método de devanado se toma una pieza de hilo dental de aproximadamente 46 cm. La mayor parte del hilo dental se enreda en el dedo medio. Debe dejarse espacio entre las vueltas para evitar el deterioro de la circulación hacia los dedos. El resto se enreda de manera similar en el mismo dedo de la mano opuesta, este dedo puede dar vuelta o recogerlo a medida que se ensucia o deshilacha para permitir el acceso a una porción sin utilizar. Los últimos tres dedos se doblan y las manos se separan para jalar y estirar el hilo dental, y de esta manera dejar libres los dedos pulgar e índice de cada mano, enseguida el hilo dental se toma con los dedos índice y pulgar de cada mano para dejar una porción de tres cuartos de pulgada a una pulgada de largo entre las manos. Para el método cerrado, se anudan los extremos de un pedazo de hilo dental de 46 cm. Todos los dedos, a excepción de los dos pulgares, se colocan uno cerca del otro dentro del circuito.”⁵¹

⁵¹ O.HARRIS, Norman, IBID. Págs. 110-112

4.3. Cepillo dental

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

4.3.1 Tipos de cepillos dentales

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

Los cepillos eléctricos pueden ser benéficos para que los padres cepillen los dientes de los niños; para niños y adultos discapacitados físicamente, con retraso mental, ancianos, artríticos o cualquiera con poca destreza, y para aquellos poco motivados.”⁵²

“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.

⁵² . O.HARRIS, Norman, IBID. Págs. 69-81

- b) Cepillo periodontal: También llamado sulcular o crevicular, tiene dos tiras de cerdas. Se utiliza en casos de inflamación gingival y surcos periodontales profundos, es recomendable en niños con ortodoncia fija.
- c) Cepillo eléctrico: Tiene 3 tipos de movimientos horizontal alternado, vertical, arqueado o vibratorio. Pueden ser especialmente útiles en personas disminuidas física o mentalmente, debido a la simplicidad de la operación por el paciente o por quien le ayude.
- d) Cepillo interproximales: Son aquellos que tienen un penacho para los espacios interdentes.”⁵³

4.3.2 Técnicas de cepillado

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

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

⁵³ PORTAL SOBRE SALUD Y BIENESTAR, www.saludalia.com/Saludalia/web.../vivir.../cepillado.htm;

Charters propone una técnica vibratoria con presión para limpiar las partes interproximales. El cepillo dental debe colocarse en un ángulo de 90° en dirección al eje largo de los dientes, de manera que las cerdas se fuerzen suavemente entre los dientes, pero no reposen sobre las encías, así mismo se realizan movimientos rotatorios pequeños, de tal modo que los lados de las cerdas entren en contacto con el borde gingival. El cepillo se retira después de dos o tres movimientos, para colocarse en el mismo lugar y repetir el procedimiento.

El método de Bass tiene eficacia para retirar la placa adyacente, y directamente por debajo de, los bordes gingivales como parte del régimen de autocuidado para el control de la caries y de la enfermedad periodontal, en la técnica de Bass, el cepillo dental se coloca sobre el surco gingival, a un ángulo de 45° respecto del vértice dental.

En los métodos de cepillado modificado, las técnicas originales se han modificado en el intento de mejorar el cepillado en la totalidad de las superficies, facial y lingual de los dientes.”⁵⁴

⁵⁴ O HARRIS, Norman, GARCÍA G. Franklin, 2005, ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA, Segunda Edición. Editorial el Manual Moderno Pág.: 77-79

MATERIALES Y METODOS

Tipo y área de estudio

La presente investigación fue un estudio de tipo, Observacional, Descriptivo y de Intervención ; Observacional por que se aplicó atentamente los sentidos aun objeto o aun fenómeno para estudiarlo tal como se presenta en la realidad ; Descriptivo Trasversal o de Prevalencia por que describe la frecuencia de la enfermedad o característica en un grupo o población en un momento dado ; de Intervención (pseudo- experimental) ya que se caracteriza por tener control sobre el factor de estudio , es decir ,decidir que tratamiento con que pauta y durante cuánto tiempo, lo recibirá el grupo de estudio.

Se lo realizó en el área de odontopediatría con niños de edades comprendidas de 6 a 14 años de las Escuelas “Emiliano Mora”, “José María Jaramillo,” “Leopoldo Nicolás Chávez” de los barrios Masaca ,Solamar Pucala de la Parroquia el Valle Cantón Loja ,Provincia Loja .

Universo y Muestra

Universo o población estuvo constituido por 727 niños, pertenecientes a las diferentes escuelas del área de afluencia al Hospital Universitario de Motupe.

Muestra

La muestra corresponde a los Cuarenta y dos niños/as: de los cuales Quince niños pertenecieron a la Escuela Emiliano Mora del barrio Masaca, Veintidós niños a la Escuela José María Jaramillo del barrio Solamar , Cinco niños a la

Escuela Leopoldo Nicolás Chávez del barrio Pucala, esta muestra se vio afectada por los criterios de exclusión .

La misma que se obtuvo tras un sorteo de 14 escuelas entre 18 estudiantes que conformamos el macroproyecto, en las que constan los alumnos de segundo a sexto año de Educación Básica de todas las escuelas del área de afluencia al Hospital Universitario de Motupe.

Criterios de Inclusión y Exclusión.

a) Criterios de inclusión: Todos los escolares matriculados que asistieron normalmente a clases.

b) Criterios de exclusión: Todos los niños cuyos padres no permitieron el consentimiento informado.

De los 42 escolares tres niños se excluyeron, ya que 2 niños sus padres no permitieron la atención y 1 niña fue retirada de la escuela, siendo 39 niños/as a los que se les realizó la presente investigación

Instrumentos de Investigación

Instrumentos: Se empleó como matriz de recolección de datos, la historia clínica de la Carrera de Odontología, la cual fue adaptada por docentes que intervinieron en el macroproyecto.

Así mismo la aplicación de acciones específicas para la intervención de las patologías, para lo que se utilizó: Equipo portátil, el cual fue instalado en una habitación que fue donada por el Síndico del barrio Solamar de la Parroquia El Valle el cual estuvo ubicado frente a la Escuela José María Jaramillo, esto debido

a la inseguridad e insuficiente espacio en la misma, además se aportó con instrumental y materiales adquiridos por mi persona.

Técnicas y Procedimientos.

a) Solicitud de autorización a los Directores de los tres Establecimientos Educativos a realizarse el proyecto de investigación.

b) Comunicación a los docentes de la Escuelas Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez donde se llevó a cabo una reunión con los padres de familia en el que se proporcionó la información y el debido consentimiento informado para la realización de tratamientos odontológicos a sus hijos.

c) La reunión con los padres de familia fue realizada el 26 y 29 de Abril del 2010, firmaron los consentimientos informados, permitiendo así la atención odontológica.

d) Se realizó Diagnósticos respectivos a la población en estudio de acuerdo al cronograma.

e) Elaboración del perfil epidemiológico, de los 39 escolares mediante las nóminas de alumnos matriculados.

f) Intervención básica odontológica, en la cual realice tratamientos como; aplicación de sellantes, operatorias dentales simples y compuestas, tratamientos pulpares en dientes temporales (pulpotomías) y cirugía menor (extracciones indicadas), profilaxis y fluorización.

g) Para Constancia se obtuvo 2 fotografías de la cavidad bucal del niño: 1 Fotografía del estado actual de la boca del niño y la segunda al terminar su tratamiento indicado, (anexo fotos en CD).

h) Para realizar el estudio de las patologías más frecuentes en la población, se tomó en cuenta los siguientes parámetros:

Índices

Índice CPOD.

Se examinó las piezas dentarias permanentes y se diagnosticó cuantas piezas presentan lesiones cariosas, los dientes que han sido extraídos y finalmente cuántas piezas tienen restauraciones, se sumó los tres y se obtuvo el índice CPOD y se dividió para el número de niños/as examinados/as por sexo y edad, de esta manera se pudo obtener el CPOD promedio (indicador de morbilidad utilizado para medir el nivel de lesión cariosa en las piezas dentales definitivas).

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

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

- a) 0.0 a 1.1: Muy bajo
- b) 1.2 a 2.6: bajo
- c) 2.7 a 4.4: Moderado
- d) 4.5 y +: Alto.”⁵⁵

Índice Ceod.

⁵⁵ ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CARIES DENTAL Y FLUOROSIS, 2008.
http://www.mspas.gob.sv/pdf/doc_prog/salud_bucal/estudio_epidemiológico.

Se examinó cuantas piezas dentarias temporarias presentan lesiones cariosas, los dientes para extracción indicada y finalmente cuántas piezas tienen restauraciones de algún tipo, se sumó los tres y se obtuvo el Ceod, posteriormente se procedió a dividir este total por el número de niños/as examinados/as por sexo y edad, y se obtuvo el Ceod promedio (es un indicador de morbilidad utilizado para medir el nivel de lesión cariosa en las piezas dentales temporarias).

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

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

- a) 0.0 a 1.1: Muy bajo
- b) 1.2 a 2.6: bajo
- c) 2.7 a 4.4: Moderado
- d) 4.5 y +: Alto”⁵⁶

Para la construcción del Perfil Epidemiológico se tomó en consideración las patologías más prevalentes en los tejidos duros y blandos; y los factores predisponentes de enfermedades en estos tejidos.

Plan de Tabulación y Análisis.

⁵⁶ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CARIES DENTAL Y FLUOROSIS. IBID.

Para la tabulación y análisis de los resultados se utilizó el programa informático Microsoft Excel, a través de tablas con sus respectivas interpretaciones.

RESULTADOS

CUADRO N° 1

Número de niños y niñas de las Escuelas Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez de los barrios Masaca, Solamar y Pucala.

Edad	Escuela Emiliano Mora			Escuela José María Jaramillo			Escuela Leopoldo Nicolás Chávez		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
6 años	0	0	0	0	0	0	1	0	1
7 años	0	1	1	2	1	3	0	0	0
8 años	2	2	4	4	1	5	0	0	0
9 años	1	2	3	3	6	9	0	1	1
10 años	0	1	1	0	1	1	1	1	2
11 años	2	1	3	1	1	2	0	0	0
12 años	2	0	2	0	0	0	0	0	0
13 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 años	0	0	0	0	1	1	0	0	0
TOTAL	7	7	14	10	11	21	2	2	4

Fuente: Escuelas Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez
 Autora: Mónica Lucia Calle.

En el presente cuadro se observa el número total de niños y niñas matriculados, que asisten normalmente a clases y sus padres dieron el consentimiento respectivo para que sean atendidos los mismos que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Escuela Emiliano Mora un total de 14 niños; 7 niños y 7 niñas

Escuela José María Jaramillo un total de 21 niños; 10 niños, 11 niñas

Escuela Leopoldo Nicolás Chávez un total de 4 niños; 2 niños, 2 niñas

Dando un total de 39 niños.

CUADRO N°2

Índice del Ceod de los niños y niñas de las escuelas: Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez” por edad y sexo

EDAD	N° de niños/as		N° Cariados		N° Extracción Indicada		N° Obturados		Ceod	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
6 años	1	0	12	0	0	0	0	0	12	0,0
7 años	2	2	16	17	2	2	0	0	9	9,5
8 años	6	3	27	19	3	3	3	0	5,5	7,33
9 años	4	9	22	36	8	30	1	1	7,75	7,44
10 años	1	3	2	1	6	3	0	0	8	1,33
11 años	3	2	2	7	4	0	0	0	2	3,5
12 años	2	0	4	0	5	0	1	0	5	0,0
13 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0
14 años	0	1	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0
TOTAL	19	20	85	80	28	38	5	1	6,20	5,95

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

Autora: Mónica Lucía Calle.

En el presente cuadro observamos que la edad más afectada está en los niños de los 6 años con un índice ceod de 12. Seguido por las niñas de 7 años con un ceod de 9,5. Situación similar ocurre con los niños de 7 años con un ceod de 9, seguido por los niños de 10 años con un ceod de 8 y las niñas 9 años con un índice de 7,44. Tomandose en cuenta que la OMS, establece que el valor de 4.5 y más es considerado en **RIESGO ALTO**.

CUADRO Nº 3

Índice CPOD de los niños y niñas de las escuelas: Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez” por edad y sexo.

EDAD	Nº de niños/as		Nº Cariados		Perdidos		Nº Obturados		CPOD	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
6 años	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 años	2	2	0	3	0	0	0	0	0	0
8 años	6	3	10	10	0	0	2	0	2,75	4
9 años	4	9	11	20	0	0	0	1	2,75	2,33
10 años	1	3	0	11	0	1	0	2	0,0	5,66
11 años	3	2	20	7	0	0	0	0	6,66	2,33
12 años	2	0	6	0	0	0	0	0	3	0,0
13 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0
14 años	0	1	0	10	0	0	0	0	0,0	10
TOTAL	19	20	47	61	0	1	2	3	2,57	3,25

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

Autora: Mónica Lucia Calle.

Podemos observar que el mayor índice de CPOD es de 10 en las niñas de 14 años, seguido por los niños de 11 años con un índice CPOD de 6,6. Considerándose que la OMS, establece que el rango de 4.5 y más es considerado en **RIESGO ALTO**.

CUADRO Nº 4

Patologías prevalentes de los Tejidos Duros, de los niños y niñas de las Escuelas: Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez “por sexo.

PATOLOGÍA		SEXO			
		NIÑOS	%	NIÑAS	%
A.T.M	Desviación	0	0,0	0	0,0
	Chasquido	0	0,0	0	0,0
OCLUSIÓN	Bis a Bis	3	15,7	1	5
	Abierta Anterior	2	10,52	1	5
	Abierta Posterior	0	0,0	0	0,0
	Cruzada Anterior	1	5,2	2	10
	Cruzada Posterior	0	0,0	0	0,0
	Profunda Anterior	2	10,52	3	15
	Desviación de la Línea Media	2	10,52	0	0,0
DIENTES	Pigmentaciones	4	21	4	20
	Mal Formaciones Dentales	0	0,0	0	0,0
	Mal Posición Dentaría	4	21	7	35
	Patología Pulpar	0	0	4	20
	Caries	18	94,7	20	100

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

Autora: Mónica Lucia Calle.

Se puede determinar que la caries dental es una enfermedad que afecta a todos los escolares en estudio observándose en un 100% en las niñas y en los niños se presenta en un 94,7%

En las niñas los porcentajes se destacan en patologías como: Mal Posición Dentaría en un 35 % los niños en un 21% seguido por las niñas con Patología Pulpar en un 20%.

CUADRO Nº 5

Patologías de tejidos blandos y sus factores predisponentes en los niños y niñas de las Escuelas Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez” Por Edad.

TEJIDOS BLANDOS												
Niños/as	Características clínicas											
	PATOLOGÍAS						FACTORES PREDISPONETES					
	Absceso De Encía		Encía Inflamada		Lengua Saburral		Placa Bacteriana		Materia Alba		Cálculo	
EDAD	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%	Niño/as	%
6 años	0	0,0	0	0,0	1	100	1	100	1	100	0	0,0
7 años	1	25	2	50	4	100	4	100	4	100	0	0,0
8 años	2	22,2	4	44,4	9	100	9	100	9	100	1	11,1
9 años	7	53,8	9	69,2	11	84,6	13	100	13	100	4	30,7
10 años	1	50	1	50	4	100	4	100	4	100	2	50
11 años	0	0,0	4	80	5	100	5	100	5	100	3	60
12 años	1	50	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100
13 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14 años	0	0,0	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100

Fuente: Historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL
 Autora: Mónica Lucía Calle.

Observamos que los niños de 9 años edad tienen mayor porcentaje de Absceso de Encía que corresponde al 53,8%, Encía Infamada en un 69,2%, seguido por los niños de 12 años que presentan el 50 % de Absceso de Encía, Encía infamada. El mayor porcentaje de Cálculo lo tienen los niños de 12 y 14 años de edad con un 100%, seguido por los niños de 11 años con un 60%.Coinciden en la mayoría de los niños los factores predisponentes de enfermedades de tejidos blandos como placa Bacteriana y materia alba en un 100%.

CUADRO N°6

Patologías de tejidos blandos y sus factores predisponentes en los niños y niñas de las Escuelas Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez” Por Sexo.

TEJIDOS BLANDOS	Características clínicas	Niños	%	Niñas	%
PATOLOGIAS	Abscesos en la encía	4	21	8	40
	Encía inflamada	10	52	13	65
	Lengua Saburral	17	89	17	85
FACTORES PREDISPONENTES	Placa bacteriana	19	100	20	100
	Materia alba	19	100	20	100
	Calculo	7	36	6	30

Fuente: Historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL
 Autora: Mónica Lucia Calle.

En cuanto a las patologías de los tejidos blandos por sexo se observa que las niñas tienen mayor porcentaje de Abscesos en la Encía; 8 niñas que corresponde al 40% .Así mismo el mayor porcentaje en Encía Inflamada lo tienen las niñas; 13 niñas que corresponde al 65%.

Coinciden ambos sexos con las patologías predisponentes como son: Lengua Saburral en un 89% en los niños y en 85 % en las niñas, Placa Bacteriana y Materia Alba en un 100%.

CUADRO N° 7

Actividades odontológicas realizadas, en los niños y niñas de las Escuelas “Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez”.

Profilaxis Inicial	39
Sellantes	114
Operatorias	271
Cirugía Menor	65
Tratamientos Pulpares	Pulpotomía 4
Profilaxis	39
Aplicación de flúor	39
Entrega de pastas y cepillos	46
TOTAL	617

Fuente: Historia Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología de la UNL
Autora: Mónica Lucia Calle.

Se puede evidenciar según este cuadro que los tratamientos odontológicos que se realizaron estuvieron enmarcados en una rehabilitación integral del niño/a, llevándose a cabo tratamientos de motivación, prevención y curación. Se Cumplieron en cada niño/a todas las actividades propuestas. Además cabe destacar que se entregó pastas y cepillos dentales a todos los escolares los que intervinieron en el estudio así como también a niños que no estuvieron dentro del proyecto pero que pertenecían a las diferentes instituciones educativas donde se realizó el presente trabajo investigativo.

DISCUSIÓN

“La Organización Mundial de la Salud publica en un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales, en él nos da a conocer que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres.

En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero, en realidad, puede prevenirse, ha declarado la Dra. Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta al 60% y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. La caries dental es también la enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos.”⁵⁷.

La caries dental junto con la enfermedad periodontal constituye el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier sexo y raza teniendo una mayor presencia en personas de bajo nivel socioeconómico.

⁵⁷LA OMS PUBLICA UN NUEVO INFORME SOBRE EL PROBLEMA MUNDIAL DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES; Comunicados de prensa 2004, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>;

Esta situación guarda relación directa con un deficiente de nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y ausencia de hábitos higiénicos. Afecta primordialmente a la primera edad.

Esto se demuestra en varias investigaciones realizadas en distintos países, como en un “estudio sobre la prevalencia de caries realizado en niños de 6 a 12 años en Santa Clara en el año de 2003 donde se encontró que el promedio ceod a estas edades en ambos sexos fue de 3,96% siendo la edad más crítica a los 7 años con un promedio de 6.18% de dientes temporales afectados por caries”⁵⁸.

En la investigación sobre el perfil Epidemiológico realizado en Loja, en población escolar durante el período 2007-2008 dentro del Macroproyecto “Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de Salud N° 3 de la DPSL/MSP” de la Carrera de Odontología, se evidenció que el índice ceod fue de 4,5 para las niñas y de 5,1 para los niños con riesgo ALTO; en tanto que el índice CPOD fue de 1,9 BAJO para las niñas y de 1,6 para los niños, riesgo BAJO”.⁵⁹

“En la investigación realizada en Loja, en la Escuela “Educare” perteneciente a la fundación CISOL, donde se encontró 179 niños y niñas entre las edades

⁵⁸CARIES DENTAL ESCOLARES ASP. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones /2003>.

⁵⁹ GONZALEZ, Andrea. CARPIO, Miriam. “Perfil Epidemiológico de la enfermedad bucodental en niños/as escolares del área de afluencia al Hospital Universitario de Motupe, perteneciente al Área de Salud N°3 de la DPSL/MSP”2007-2008.

de 4 de 18 años ; en donde el 61%.45 son varones y el 38.55% son mujeres Este grupo de estudiantes el 100% de la población está afectada por caries dental ; el índice ceod es de 4.30 (riesgo moderado) y el índice CPOD es de 5,07 (alto riesgo de morbilidad)”⁶⁰

Todos estos datos se encuentran en relación con los resultados obtenidos en la presente investigación que se realizó en las escuelas Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez .Encontrándose que los niños tienen un índice de ceod de 12 y las niñas de 9,5.Siendo considerados en ALTO RIESGO. De la misma manera los valores de índice de CPOD es de 10 en las niñas y en los niños de 6,6 .Considerados en ALTO RIESGO.

Por cuanto al haber analizado los resultados de este estudio investigativo observamos que coinciden con los estudios realizados en nuestra ciudad y con lugares alejados y de pobreza, reincidiendo la caries que es una enfermedad que afecta a todos los escolares en estudio en lo que observa un 100% en las niñas y en los niños 94,7%.

⁶⁰ BRICEÑO, Nathaly “Construcción del Perfil Epidemiológico de la enfermedad bucodental en los niños y niñas de la escuela EDUCARÉ perteneciente a la fundación de CISOL de la Ciudad de Loja e intervención y rehabilitación en los diez niños de cada grado , de segundo a noveno año de básica que se encuentran en condiciones prioritarias en salud dental , durante el periodo Enero-Julio 2009”

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el diagnóstico a los niños de las escuelas Fiscales Mixtas Emiliano Mora, José María Jaramillo, Leopoldo Nicolás Chávez; se pudo elaborar un perfil epidemiológico a través de la construcción de una tabla de patologías más prevalentes en donde se concluyó que la principal patología que afecta a los tejidos duros del diente es la caries en un porcentaje de 100% en las niñas y en los niños en un 94,7%. Cabe mencionar también la gran incidencia de factores predisponentes de enfermedades en los tejidos duros y blandos como son la placa bacteriana y materia alba en presentándose en un 100%.

Se realizaron charlas educativas grupales dirigidas a los niños, padres de familia y maestros sobre salud bucodental así como también de hábitos alimenticios, enseñanzas de importancia de higiene oral, técnicas de cepillado, uso de seda dental y enjuague bucal, logrando concientizar acerca de la importancia que tiene el conservar sus piezas dentales en buen estado para evitar la pérdida prematura y posibles patologías como caries y maloclusiones.

Se logró un buen estado de salud buco-dental en los niños de los tres establecimientos Educativos interviniendo en las patologías más frecuentes de acuerdo al perfil epidemiológico a través de actividades de prevención y rehabilitación siendo las siguientes; diagnóstico, profilaxis, sellantes

operatorias dentales , exodoncias tratamientos pulpares (pulpotomias)
aplicación de flúor motivación y altas odontopediátricas.

RECOMENDACIONES

Las autoridades del Ministerio de Salud Pública en conjunto con los alumnos de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja planifiquen y organicen campañas y programas de prevención y atención bucodental con el objetivo de reducir la prevalencia de enfermedades bucodentales de los Escolares.

Es necesario que los Maestros de las Escuelas y los Alumnos de la Universidad Nacional de Loja de la Carrera de Odontología se preocupen por la salud de los escolares y realicen charlas educativas sobre prácticas habituales de higiene bucodental, así como también buenos hábitos alimenticios las cuales deben estar dirigidas tanto a los niños y padres de familia ,para que de esta manera mejoren su calidad de vida.

A los padres de familia de las Escuelas: Emiliano Mora, José María Jaramillo y Leopoldo Nicolás Chávez, así como a las comunidades de los barrios Masaca, Solamar y Pucala se recomienda conservar mayor vigilancia de los alimentos que los niños adquieren ya sea en los bares o en tiendas cercanas a dichas instituciones ,y que los directores de las escuelas restrinjan la venta de carbohidratos en los bares a fin que estos sean remplazados por alimentos de alto valor nutritivo para evitar la aparición y prolongación de caries en los escolares.

BIBLIOGRAFÍA:

- a) BASCONES MARTINEZ, Antonio. 2004 - MEDICINA BUCAL, Editorial Ariel S.A, Capítulo 16. Págs. 337-338.
- b) BEZERRA DA SILVA, Léa Assed. 2008, Tratado de Odontopediatría, tomo II, Editorial Amolca, Págs.: 643, 859, 1335
- c) BEZERRA DA SILVA, Léa Assed. 2008, Tratado de Odontopediatría. Tomo I Editorial: Amolca, edición 2008 Págs.: 4-5,290
- d) BRICEÑO, Nathaly “Construcción del Perfil Epidemiológico de la enfermedad bucodental en los niños y niñas de la escuela EDUCARÉ perteneciente a la fundación de CISOL de la Ciudad de Loja e intervención y rehabilitación en los diez niños de cada grado , de segundo a noveno año de básica que se encuentran en condiciones prioritarias en salud dental , durante el periodo Enero-Julio 2009
- e) BOJ JR, CATALÁ M, GARCÍA- BALLESTA C, MENDOZA A. 2004, ODONTOPEDIATRÍA, Editorial Barcelona Masson, Capítulo 2. Págs. 10, 13-14, 23, 176-177,180-181
- f) CANALDA, Carlos. BRAU, Esteban. 2009. ENDODONCIA, TECNICAS CLINICAS Y BASESCIENTIFICAS, Segunda Edición. Págs. 61, 62, 64, 65, 281,284
- g) D. HEIDEMANN. Valoración y profilaxis. Cuarta Edición. 2007, Editorial MASSON España Pág.: 297
- h) ECHEVERRÍA GARCÍA, José, PUMAROLA, Josep. 2008. EL MANUAL DE ODONTOLOGIA. Segunda edición, Editorial El Servier Masson, Págs. 173-174,1335-1336, 1370-1371,1383-1385.

- i) GONZALEZ, Andrea. CARPIO, Miriam. “Perfil Epidemiológico de la enfermedad bucodental en niños/as escolares del área de afluencia al Hospital Universitario de Motupe, perteneciente al Área de Salud N°3 de la DPSL/MSP”2007-2008.
- i) O HARRIS, Norman, GARCÍA G; Franklin, 2005. Odontología Preventiva Primaria. Segunda Edición. Editorial el Manuel Moderno, Págs.: 34, 69,77-78,81 -88, 91,108-112
- j) PLAN CANTONAL DE SALUD DE LOJA 2007. “Trabajando Unidos Por El Bienestar Individual Y Social De La Población Del Cantón Loja”. . Tomo I. Editorial GRÁFICA AMAZONAS. Loja. págs. 60, 79,80
- k) SERGAS. 2006. Técnico especialista higienista dental de los servicios gallegos de salud, Vol. 2, Editorial Madrid (España). Pág. 174, 295-299.

WEBGRAFIA

- a) CARIES DENTAL ESCOLARES ASP. ,
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones /2003>.
- b) ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNO INFANTIL, Endemain ,2004.pag 508; http://www es.wikipedia.org/wiki/ Salud_en_el_Ecuador; Salud en Ecuador.
- c) EL CENTRO DE TESIS, DOCUMENTOS, 2010 .Publicaciones y Recursos Educativos más amplio de la Red c Monografías.com.
<http://www.monografias.com/trabajos11/caries.shtml#RIESGO>

- d) ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CARIES DENTAL Y FLUOROSIS. 2008; http://www.mspas.gob.sv/pdf/doc_prog/salud_bucal/estudio_epidemiologico.
- e) INSTRUMENTO PARA LA TOMA DE DECISIONES; GÁLVEZ; Ana María; Habana 2004. http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/29.pdf; Evaluación Económica en salud en Cuba.
- f) LA OMS PUBLICA UN NUEVO INFORME SOBRE EL PROBLEMA MUNDIAL DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES; Comunicados de prensa 2004. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>;
- g) LA SALUD DE TUS DIENTES, Asociación de dentistas Españoles. <http://perso.wanadoo.es/adentes/interest.htm>
- h) LA DISMINUCION DE LA PLACA BACTERIANA, biblioteca.umg.edu.gt/digital/45624.pdf
- i) ODONTOLOGÍA HOY. <http://odontologiasalud.blogspot.com/2009/04/que-es-y-como-se-forma-el-sarro-dental.html>.
- j) PLACABACTERIANA; www.odontochile.cl/archivos/segundo/bioquimica/oral3.doc.
- k) PORTAL SOBRE SALUD Y BIENESTAR, www.saludalia.com/Saludalia/web.../vivir.../cepillado.htm
- l) PREVENCION-DE-ENFERMEDADES-BUCODENTALES; UDH; E.A P Odontología Pág. 74 <http://www.es.scribd.com/doc/55362823/9/>

- m) PROFESOR DOCTOR, RICARDO RIVAS MUÑOZ, UNAM, Notas para el estudio de Endodoncia; <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas.../pedpulalternativas.html>
- n) MINISTERIO SALUD PUBLICA .Misión Visión 2010
http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=17&Itemid=94
- o) MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Ley de Maternidad Gratuita.2010
<http://www.msp.gov.ec> 2010.
- p) MEDLINEPLUS; Información de salud para ustedes; 2010
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>
- q) Urrutia; Claudia ,2010 .MÉDICOS DE EL SALVADOR
http://www.medicosdeelsalvador.com/cgi-bin/medicos/jump.cgi?ID=2146&v=Archivo_PDF.

ANEXOS

Certificación de la Lcda. María Sánchez Castillo directora del Hospital universitario de Motupe de entrega de 39 historias clínicas realizadas constatando el trabajo realizado a los niños de las escuelas “ Emiliano Mora “ del Barrio Masaca , ”José María Jaramillo “ del Barrio Solamar Bajo , “ Leopoldo Nicolás Chávez “ del Barrio Pucala.

Certificación de la Dr. Leonardo Gualán, Coordinador de la Clínica Odontológica; de la entrega de 39 historias clínicas odontológicas realizadas a los niños de los 3 establecimientos Educativos, como parte del Macroyecto de tesis de Grado.

Certificación de la Lcda. Dunia Vivanco, Teacher de Washinton English Institute, por haber realizado la traducción del Resumen del trabajo investigativo.

Permisos correspondientes por parte de los Directores de los establecimientos para poder trabajar con los Escolares asignados.

Nóminas de los alumnos matriculados que se encuentran normalmente asistiendo a clases.

Formularios de Consentimiento informado dirigido a los padres de familia para la respectiva autorización de intervención a los hijos.

Historia clínica de la carrera de odontología en la cual se registró el diagnóstico y tratamientos odontológicos.

Fotos del trabajo realizado en las Escuelas y en los niños durante la ejecución del trabajo, entrega de pastas y cepillos.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las patologías más prevalentes de los /as escolares del 3^{ro} a 6^{to} año de la Escuela Emiliano Mora; 2^{do} a 6^{to} año de la Escuela José Jaramillo; 2^{do}, 4^{to}, 5^{to} y 6^{to} año de la Escuela Leopoldo Nicolás Chávez; de los barrios: Masaca, Solamar y Pucalá de la parroquia el Valle, Cantón Loja, provincia de Loja; e intervenir en las mismas para mejorar su calidad de vida, a través de un diagnóstico y rehabilitación básica periodo marzo – Diciembre 2010.”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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