



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“PREVENCIÓN ORAL Y ENFERMEDADES BUCALES DE
LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL OLMEDO”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORES

Hidrovo Cedeño Julio César

Moncayo Sabando Diana Carolina

DIRECTOR

Dra. Patricia Bravo Cevallos

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2011

CERTIFICACIÓN

Dra. Patricia Bravo Cevallos certifica que la tesis de investigación titulada **“Prevención oral y enfermedades bucales de los estudiantes del Colegio Nacional Olmedo”** es trabajo original de Julio César Hidrovo Cedeño y Diana Carolina Moncayo Sabando, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Patricia Bravo Cevallos
DIRECTORA DE TESIS



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“PREVENCIÓN ORAL Y ENFERMEDADES BUCALES DE LOS
ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL OLMEDO”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Dra. Gladys Vaca
PRESIDENTA

Dra. Patricia Bravo Cevallos
DIRECTORA

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Ramiro Molina C.
SECRETARIO ACADÉMICO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DEDICATORIA

A mi padre Horacio, por estar siempre a mi lado por ser la persona que me enseñó a superarme día a día y ser un amigo incondicional.

A mi hijo Nabih, por ser la inspiración de mi vida.

A mi madre María, por su cariño y comprensión, por ser parte de mi vida.

A mis hermanos

A mis sobrinos

GRACIAS

Julio César

DEDICATORIA

A mi hermana Ariana, que cuando estuvo a mi lado me enseñó que lo más importante es luchar y esforzarse por conseguir lo que se anhela.

A mis padres Fredy y Letty, que han sido mi apoyo incondicional, gracias por ser parte fundamental de mi vida.

A mi hijo Nabih, por ser quien ilumina mi vida con cada sonrisa.

A mis tíos Geovanny y Margot, que siempre están a mi lado ayudándome con un consejo sabio.

Diana Carolina

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirnos y permitirnos culminar con una de las etapas de nuestra vida.

A todas aquellas personas que nos apoyaron durante nuestros años de estudios.

A las autoridades del Colegio Nacional “Olmedo” por permitirnos desarrollar la investigación y por la colaboración brindada.

A nuestros profesores por los conocimientos adquiridos, que serán sin duda alguna las bases de nuestra vida profesional, en especial a la Dra, Lilian Bowen.

Julio César y Diana Carolina

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	i
ANTECEDENTES.....	ii
CAPITULO I.-	
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	2
CAPITULO II.-	
Justificación.....	3
CAPITULO III.-	
Formulación de objetivos	
3.1. Objetivo General.....	4
3.2. Objetivos Específicos.....	4
CAPITULO IV.-	
Hipótesis.....	5
CAPITULO V.-	
Marco Teórico	
5.1. MARCO INSTITUCIONAL.....	6
5.2. PREVENCIÓN ORAL.....	7
5.2.1. VISITA AL ODONTÓLOGO.....	7
5.2.1.1. Frecuencia de la Visita al Odontólogo.....	7
5.2.2. CEPILLO DENTAL.....	8
5.2.2.1. Tipos de Cepillo.....	8
5.2.2.1.1. Cepillo Eléctrico.....	8
5.2.2.1.2. Cepillo Manual.....	8
5.2.2.2. Técnicas de Cepillado.....	9
5.2.2.2.1. Técnica de Bass.....	9
5.2.2.2.2. Técnica Horizontal.....	9
5.2.2.2.3. Técnica de Stillman Modificada.....	10
5.2.2.2.4. Técnica de Charters.....	10
5.2.2.3. Cepillado de la Lengua.....	10
5.2.2.4. Frecuencia del Cepillado.....	10
5.2.2.5. Duración del Cepillado.....	11
5.2.3. SEDA DENTAL.....	11
5.2.3.1. Tipos de Seda Dental.....	11
5.2.3.1.1. Con Cera o Sin Cera.....	11
5.2.3.1.2. Super-Floss.....	11

5.2.3.1.	Poscare.....	12
5.2. 3.2.	Técnica de Limpieza.....	12
5.2.4.	DENTÍFRICOS.....	12
5.2.4.1.	Tipos de Dentífricos.....	13
5.2.4.1.1.	Pastas con Control de Cálculo.....	13
5.2.4.1.2.	Pastas Desensibilizantes.....	13
5.2.4.1.3.	Pastas con Bicarbonato de Sodio.....	13
5.2.4.1.4.	Pastas con Peróxido de Hidrógeno.....	14
5.2.4.1.5.	Pastas con Abrasivos.....	14
5.2.5.	ENJUAGUE BUCAL.....	14
5.2.5.1.	Tipos de Enjuagues Bucales.....	15
5.2.5.1.1.	Para dientes y/o Encías Sensibles.....	15
5.2.5.1.2.	Contra la Halitosis.....	15
5.2.5.1.3.	Anticaries.....	15
5.2.5.1.4.	Antiséptico.....	15
5.2.5.1.5.	Infantiles.....	16
5.2.6.	FLÚOR.....	16
5.2.6.1.	Vías de Administración.....	16
5.2.6.1.1.	Vía Sistémica.....	16
5.2.6.1.1.1.	Fluoración del Agua de Consumo.....	16
5.2.6.1.1.2.	Suplementos Fluorados.....	17
5.2.6.1.1.3.	Fluoración de la Leche.....	17
5.2.6.1.2.	Vía Tópica.....	18
5.2.6.1.2.1.	Aplicaciones a Nivel Profesional.....	18
5.2.6.1.2.1.1.	Indicaciones para la Aplicación.....	18
5.2.6.1.2.1.2.	Elección del Compuesto Fluorado.....	18
5.2.6.1.2.1.3.	Técnica de Aplicación.....	19
5.2.6.1.2.2.	Autoaplicación Tópica de Flúor.....	19
5.2.6.1.2.2.1.	Métodos de Autoaplicación.....	20
5.2.6.1.2.2.1.1.	Cepillado.....	20
5.2.6.1.2.2.1.2.	Enjuague.....	20
5.2.6.1.2.2.1.3.	Cubetas.....	21
5.2.7.	SELLANTES OCLUSALES.....	21
5.2.7.1.	Condiciones de un Sellador.....	21
5.2.7.2.	Indicaciones para el uso de Selladores.....	22
5.2.7.3.	Técnica de Aplicación.....	22
5.2.8.	CONTROL DE LA DIETA.....	22
5.2.8.1.	Asesoramiento Dietético.....	23
5.2.8.1.1.	Sustitutos Edulcorantes.....	23
5.2.8.1.1.1.	Polialcoholes.....	23
5.2.8.1.1.1.1.	Sorbitol.....	23

5.2.8.1.1.1.2.	Xilitol.....	24
5.2.8.1.1.1.3.	Edulcorantes de Bajas Calorías.....	24
5.2.8.2.	Recomendaciones.....	24
5.3.	ENFERMEDADES BUCALES.....	25
5.3.1.	HALITOSIS.....	25
5.3.1.1.	Definición.....	25
5.3.1.2.	Factores Etiológicos.....	25
5.3.1.2.1.	Factores Relacionados con el Patógeno.....	25
5.3.1.2.2.	Factores Relacionados con el huésped.....	26
5.3.1.2.3.	Factores Relacionados con el Sustrato.....	27
5.3.1.3.	Signos y Síntomas.....	27
5.3.1.4.	Clasificación de la Halitosis.....	28
5.3.1.4.1.	Halitosis Verdadera.....	28
5.3.1.4.2.	Pseudohalitosis.....	29
5.3.1.4.3.	Halitofobia.....	29
5.3.1.5.	Tratamiento.....	29
5.3.2.	PLACA DENTAL.....	30
5.3.2.1.	Definición.....	30
5.3.2.2.	Clasificación.....	30
5.3.2.2.1.	Placa Supragingival.....	30
5.3.2.2.2.	Placa Subgingival.....	31
5.3.2.3.	Composición.....	31
5.3.2.4.	Mecanismos Patógenos de la Placa Dental.....	31
5.3.2.5.	Control de la Placa.....	31
5.3.3.	CÁLCULO DENTAL.....	32
5.3.3.1.	Definición.....	32
5.3.3.2.	Clasificación.....	32
5.3.3.2.1.	Cálculo Supragingival.....	32
5.3.3.2.2.	Cálculo Subgingival.....	32
5.3.3.3.	Composición de los Cálculos.....	33
5.3.4.	GINGIVITIS.....	33
5.3.4.1.	Definición.....	33
5.3.4.2.	Causas.....	33
5.3.4.3.	Características Clínicas.....	34
5.3.4.4.	Clasificación.....	34
5.3.4.4.1.	Gingivitis Hiperplásica.....	34
5.3.4.4.1.1.	Características Clínicas.....	35
5.3.4.4.1.2.	Diagnóstico Diferencial.....	35
5.3.4.4.1.3.	Tratamiento y Pronóstico.....	36
5.3.4.4.2.	Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda.....	36
5.3.4.4.2.1.	Características Clínicas.....	37

5.3.4.4.2.2.	Diagnóstico Diferencial.....	37
5.3.4.4.2.3.	Tratamiento y Pronóstico.....	37
5.3.4.5.	Tratamiento.....	38
5.3.5.	CARIES DENTAL.....	38
5.3.5.1.	Definición.....	38
5.3.5.2.	Etiología.....	38
5.3.5.2.1.	Civilización y Raza.....	38
5.3.5.2.2.	Herencia.....	39
5.3.5.2.3.	Dieta.....	39
5.3.5.2.4.	Composición Química.....	39
5.3.5.2.5.	Morfología Dentaria.....	39
5.3.5.2.6.	Higiene Bucal.....	39
5.3.5.2.7.	Sistema Inmunitario.....	40
5.3.5.2.8.	Flujo Salival.....	40
5.3.5.2.9.	Glándulas de Secreción Interna.....	40
5.3.4.2.10.	Enfermedades Sistémicas y Estados Carenciales.....	40
5.3.4.3.	Signos y Síntomas.....	40
5.3.5.4.	Clasificación.....	40
5.3.5.4.1.	Caries Oclusal.....	40
5.3.5.4.2.	Caries Proximal.....	41
5.3.5.4.3.	Caries de Superficies Libres.....	41
5.3.5.4.4.	Caries Radicular.....	41
5.3.5.5.	Tratamiento.....	41
5.3.6.	PULPITIS.....	42
5.3.6.1.	Definición.....	42
5.3.6.2.	Clasificación.....	42
5.3.6.2.1.	Pulpitis Reversible.....	42
5.3.6.2.2.	Pulpitis Irreversible.....	42
5.3.6.2.2.1.	Pulpitis Crónica.....	43
5.3.6.2.2.2.	Pulpitis Aguda Serosa.....	43
5.3.6.2.2.3.	Pulpitis Aguda Purulenta.....	43
5.3.6.2.2.4.	Necrosis Pulpar.....	43
5.3.6.3.	Tratamiento.....	44
5.3.7.	EROSIÓN DENTAL.....	44
5.3.7.1.	Definición.....	44
5.3.7.2.	Etiología.....	44
5.3.7.2.1.	Factores Externos.....	44
5.3.7.2.1.1.	Alimentación.....	44
5.3.7.2.1.2.	Medio Ambiente.....	44
5.3.7.2.1.3.	Consumo de Drogas.....	45
5.3.7.2.2.	Factores Internos.....	45

5.3.7.2.2.1.	Reflujo Gastroesofágico.....	45
5.3.7.2.2.2.	Bulimia.....	45
5.3.7.3.	Signos y Síntomas.....	45
5.3.7.4.	Clasificación.....	45
5.3.7.4.1.	Según su Etiología.....	46
5.3.7.4.1.1.	Erosión Intrínseca.....	46
5.3.7.4.1.2.	Erosión Idiopática.....	46
5.3.7.4.1.3.	Erosión Extrínseca.....	46
5.3.7.4.2.	Según la Severidad Clínica.....	46
5.3.7.4.2.1.	Erosión Clase I.....	46
5.3.7.4.2.2.	Erosión Clase II.....	46
5.3.7.4.2.3.	Erosión Clase III.....	46
5.3.7.4.3.	Según la Actividad Patológica.....	46
5.3.7.4.3.1.	Erosión Latente.....	46
5.3.7.4.3.2.	Erosión Manifestada.....	47
5.3.7.4.4.	Según su Localización.....	47
5.3.7.4.4.1.	Perimólisis.....	47
5.3.7.5.	Tratamiento.....	47
5.3.8.	ÚLCERAS AFTOSAS.....	48
5.3.8.1.	Definición.....	48
5.3.8.2.	Etiología.....	48
5.3.8.2.1.	Factores Inmunitarios.....	48
5.3.8.2.2.	Factores Microbiológicos.....	48
5.3.8.2.3.	Factores Nutricionales.....	48
5.3.8.2.4.	Otros Factores.....	48
5.3.8.3.	Características Clínicas.....	49
5.3.8.4.	Clasificación.....	49
5.3.8.4.1.	Úlceras Aftosas Menores.....	49
5.3.8.4.2.	Úlceras Aftosas Mayores.....	49
5.3.8.4.3.	Úlceras Aftosas Herpetiformes.....	49
5.3.8.5.	Tratamiento.....	50
CAPITULO VI.-		
6.1.	Metodología de la Investigación.....	51
6.1.1.	Modalidad Básica de la Investigación.....	51
6.1.2.	Nivel o tipo de investigación.....	51
6.2.	Técnicas.....	52
6.3.	Instrumentos.....	52
6.4.	Recursos.....	52
6.4.1.	Materiales.....	52
6.4.2.	Talento humano.....	53
6.4.3.	Tecnológicos.....	53
6.4.4.	Población y Muestra.....	53

6.4.4.1	Población.....	53
6.4.4.2.	Muestra.....	53
6.4.5.	Económico.....	53
CAPITULO VII.-		
7.1.	Análisis e Interpretación de los Resultados.....	54
7.1.1.	Análisis e Interpretación de las Encuestas.....	54
7.1.2.	Análisis e Interpretación de las Historias Clínicas.....	74
7.2.	Conclusiones.....	88
BIBLIOGRAFIA.....		89
PROPUESTA		
ANEXOS		

ÍNDICE DE GRAFICUADROS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENCUESTAS

GRAFICUADRO N° 1	
¿Con qué frecuencia acudes al odontólogo?.....	54
GRAFICUADRO N°2	
¿Por qué motivos acudes al odontólogo?.....	56
GRAFICUADRO N° 3	
¿Cada cuánto tiempo te realizas una profilaxis (limpieza dental)?.....	58
GRAFICUADRO N° 4	
¿Al cepillarte los dientes también cepillas la lengua?.....	60
GRAFICUADRO N° 5	
¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?.....	62
GRAFICUADRO N° 6	
¿Qué utilizas para limpiar tus dientes?.....	64
GRAFICUADRO N° 7	
¿Con qué frecuencia cambias tu cepillo dental?.....	66
GRAFICUADRO N° 8	
¿Con qué complementas tu higiene dental?.....	68
GRAFICUADRO N° 9	
¿En el recreo, qué comes con mayor frecuencia?.....	70
GRAFICUADRO N° 10	
¿En tú colegio, con qué frecuencia recibes charlas sobre salud bucal?.....	72

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS

GRAFICUADRO N° 1	
INDICADOR CPO	
Piezas Cariadas.....	74
GRAFICUADRO N° 2	
INDICADOR CPO	
Perdidos.....	76
GRAFICUADRO N° 3	
INDICADOR CPO	
Obturados.....	78
GRAFICUADRO N° 4	
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA	
Índice de Placa.....	80

GRAFICUADRO N° 5	
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA	
Índice de Cálculo.....	82
GRAFICUADRO N° 6	
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA	
Índice de Gingivitis.....	84
GRAFICUADRO N° 7	
Hallazgos Clínicos.....	86

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales son un problema que tiene gran índice de prevalencia en los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional Olmedo, el conocimiento de los mismos sobre prevención oral es escaso, sin duda alguna a esto se le atribuye la presencia de enfermedades.

La importancia de esta investigación radica en lo indispensable que es mantener las piezas dentales en un buen estado. En el Colegio Nacional “Olmedo” se presenta un alto índice de estudiantes con patologías bucales, las cuales deben ser tratadas a tiempo para evitar de esta manera la pérdida de las piezas dentarias. El departamento odontológico de esta institución carece de estrategias adecuadas de atención hacia los estudiantes, acompañado de un desinterés de contar con un registro dental para llevar un control de cada uno de ellos y de esta manera mejorar la salud bucal.

La metodología utilizada en esta investigación se basó en una entrevista al profesional que labora en el departamento odontológico de la institución en la sección vespertina, encuestas e historias clínicas a los estudiantes de octavo año básico, siendo una población aproximada de 412 estudiantes, para así contar con registros detallados de toda su anatomía bucal, se brindaron charlas a los estudiantes para que puedan concienciar sobre la importancia de las piezas dentales.

Al finalizar la investigación, ésta quedó estructurada en dos partes: una teórica basada en libros y páginas de la web y una práctica basada en la investigación de campo a través de las encuestas y de las historias clínicas.

ANTECEDENTES

Muchos años atrás se ha podido determinar que la presencia de enfermedades bucales en diferentes países tiene un índice muy alto, sobre todo lo que se refiere a la caries dental y a la enfermedad periodontal.

En los países industrializados el porcentaje de caries mantiene unos porcentajes mayores al 50% en la población. Algunos países determinan que es muy importante la limpieza dental, para poder disminuir enfermedades como la gingivitis, que al no ser tratada a tiempo podría producir consecuencias muy graves.

En años anteriores era frecuente observar la indiferencia que muestran los individuos por los cuidados en la cavidad bucal y la importancia de la visita al odontólogo, debido a que no tenían una motivación e instrucción adecuada.

La mayor parte de nuestra población tiene una información escasa o nula en lo que se refiere a los cuidados dentales, por tal razón la prevalencia de las enfermedades bucales es muy frecuente.

En Ecuador el índice de caries dental en escolares es muy alto, por lo cual la Organización Mundial de la Salud menciona que el 90% de los escolares que acuden a la consulta odontológica padecen esta enfermedad.

En el Colegio Nacional Olmedo las enfermedades bucales son una de las primeras causas de malestares en la cavidad bucal de los estudiantes especialmente la halitosis, placa dental, gingivitis, caries, pulpitis, corrosión ácida son lo que conlleva en muchos casos a la pérdida de las piezas dentales.

Con la aplicación de métodos preventivos adecuados se disminuye la presencia de daños en las piezas dentarias y por ende la aparición de enfermedades bucales.

CAPITULO I

1.1.- Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud [OMS] en el año 2007 demuestra que “la patología bucal y de manera particular la caries dental, afectan a más del 95% de la población. La prevención integral de las enfermedades bucales a nivel de individuo, familia y colectivo en la comunidad debe orientarse en la práctica de hábitos higiénicos alimentarios, a la conservación de la dentición temporal y permanentes sanas.”

WorldHealthOrganization (2002) menciona que “La caries es aún el mayor problema de salud bucodental en la mayoría de países industrializados, llegando afectar entre 60% y 90% de la población escolar y adulta”.

Organización panamericana de la salud [OPS] (1993) demuestra que mediante “Estudios realizados a principios de la década de 1990 en algunos países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela, Ecuador, informaban que entre 85 y 97% de la población presentaban caries”.

“El 96.8% de los argentinos mayores de 18 años tiene una enfermedad avanzada de encías conocida como periodontal; solo 3 de cada 10 adolescentes argentinos se lavan los dientes, lo que provoca que casi el 90% de ellos tenga una afección dental o gingival que requiere atención odontológica”. Confederación odontológica de la república Argentina [CORA] (2008)

Zambrano (2009) señaló “Las enfermedades orales son la primera causa de consulta en Bogotá. Al año se registran un total de 170 mil casos”.

“La caries es el desorden más recurrente en la salud dental del país, según los registros de varios especialistas que coinciden en señalar que el 90% de escolares que acuden a la consulta la padecen.” OMS (2008)

En el año 2008, Según la escuela de odontología de la Universidad Católica de Guayaquil “nueve de cada diez personas tienen problemas dentales, de ellas el 75% sufre de desórdenes en las encías”

En el Colegio Nacional “Olmedo” la cantidad de estudiantes hace difícil su atención oportuna lo cual va acompañado de desconocimientos sobre prevención oral.

La mayoría de los estudiantes que asisten al departamento odontológico presentan caries en las piezas dentarias, acumulación de placa, problemas gingivales; carecen de conocimientos sobre normas básicas de higiene oral.

En el departamento odontológico no se realizan historias clínicas a los estudiantes, sólo partes diarios, lo cual hace difícil controlar las diversas patologías bucales que en ellos se presentan.

1.2.- Formulación del Problema

Por lo expuesto anteriormente el problema quedó formulado de la siguiente manera.

¿Cómo incide la prevención oral en las enfermedades bucales de los estudiantes del Colegio Nacional “Olmedo”?

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de enfermedades bucales en los estudiantes de octavo año básico del Colegio Nacional “Olmedo” de la sección vespertina, es lo que nos motiva a realizar esta investigación, debido a que en esta institución nunca antes se realizaron estudios para determinar cuáles son las causas que generan la presencia de estas enfermedades.

A pesar de que la institución cuenta con un departamento odontológico no se han adoptado medidas adecuadas para reducir el índice de enfermedades bucales que presentan los estudiantes, sobre todo aquellos que pertenecen al octavo año básico. Por lo cual se decidió investigar los motivos que hacen que éste problema se mantenga en los estudiantes.

Con la socialización de los resultados obtenidos se beneficiará a la institución, ya que los problemas más significativos serán detallados y por ende el plantel podrá brindar una atención oportuna.

Por medio de esta investigación se pretende ayudar a los estudiantes que pertenecen a octavo año básico de la sección vespertina, ya que por medio de la misma se puede indagar los métodos de prevención oral que utilizan diariamente, para de esta manera guiarlos a que adopten métodos preventivos adecuados de salud oral, y disminuir la presencia de enfermedades bucales.

Esta investigación aporta a las ciencias de la salud, por estar encaminada a la prevención de las enfermedades bucales.

Los beneficiados con esta investigación son sin duda alguna los autores, ya que han mejorado sus conocimientos, que les podrán ayudar en su vida profesional.

CAPITULO III

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL.

Determinar la incidencia de la prevención oral en las enfermedades bucales de los estudiantes del Colegio Nacional “Olmedo” sección vespertina.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Indagar los métodos de prevención oral en los estudiantes para establecer el riesgo de enfermedades bucales.
- ✓ Analizar el estado de salud oral de los estudiantes.
- ✓ Diseñar una propuesta alternativa de solución a las enfermedades bucales de los estudiantes.

CAPITULO IV

HIPÓTESIS

La deficiente prevención oral incide en la aparición de enfermedades bucales en los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo”.

CAPITULO V

MARCO TEÓRICO

5.1.- MARCO INSTITUCIONAL

En la presidencia del Dr. Rodrigo Borja en el año 1988 siendo secretario del Colegio Nacional “Olmedo” el Ab. Nieto, se consiguió el primer equipo odontológico con el cual se empezó atender a los estudiantes, profesores y personal administrativo.

Al inicio los internos de varias universidades fueron los que brindaron sus servicios en el departamento odontológico, después se contrató al Dr. Guido Sabando, que trabajó tanto en la sección matutina como vespertina, luego ingresó el Dr. Eudoro Loor que primero fue docente del plantel, y después se lo trasladó al departamento odontológico. En el año 2000 ingresó el Dr. Ángel Obando que se encuentra hasta la actualidad en la institución en la sección vespertina.

En el departamento odontológico de la sección vespertina se cuenta con registros de los años 2003-2004, donde se realizaron 281 fichas dentales, 310 obturaciones provisionales, 118 obturaciones definitivas, 180 exodoncias, 374 profilaxis, 107 detartrajes, 34 recetas por procesos infecciosos.

En el año 2006 se realizaron: 210 exámenes bucales, 63 profilaxis, 58 exodoncias, 29 operatorias provisionales, 16 operatorias definitivas, 36 detartrajes, 112 técnicas de cepillado, 35 tratamientos infecciosos recetados, 71 fichas odontológicas, 7 charlas preventivas dirigidas a los estudiantes.

En los años posteriores también hubo asistencia al departamento pero no con tanta prevalencia, e incluso debido al número de estudiantes se dificulta la atención.

El departamento odontológico cuenta con un equipo dental en estado deficiente, ciertos instrumentales en mal estado, algunos de los materiales odontológicos que

poseen ya han caducado, no cuentan con selladores oclusales ni flúor entre los materiales de prevención oral.

5.2.- Prevención Oral.

5.2.1.- Visita al odontólogo.

El dentista tiene el equipo especializado que está diseñado para eliminar la placa y sarro. El higienista dental puede también ofrecer consejos y sugerencias para mantener sus dientes saludables. La mayoría de problemas dentales no se convierten en dolorosas o visibles hasta que están muy avanzados. La principal razón para ir al dentista es para mantener la salud dental.¹ (fig 1 anexo 2)

Lo óptimo sería que las prestaciones preventivas le llegaran al destinatario directamente en su entorno vital, es decir, en especial en los colegios, jardines de infancia, familias, barrios de la ciudad, puestos de trabajo; de esta forma especialmente las personas con mayor riesgo de salud y /o con condiciones de salud desfavorables desde el punto de vista social pueden ser tratados de forma controlada²

5.2.1.1.- Frecuencia de la visita al odontólogo.

Según la Asociación Dental Americana, “las personas deben visitar al dentista dos veces al año para una limpieza y revisión, y algunos usuarios pueden necesitar visitar más a menudo. La primera visita al dentista de los niños debe ser antes de que cumplan los 3 años de edad”.³

Si sus dientes y encías están saludables, probablemente no necesite volver antes de los seis meses. Si requiere tratamiento (por ejemplo obturar una cavidad, extraer una muela del juicio o reparar una corona rota), debe hacer una próxima cita antes de abandonar el consultorio.⁴

¹ <http://www.odontologia-online.com>

² D. Heidemann, Valoración y profilaxis pág. 308

³ <http://www.colgate.com>

⁴ <http://www.colgate.com>

5.2.2.- Cepillo dental.

El cepillo dental es el instrumento fundamental para la eliminación mecánica de la placa y de otros depósitos.⁵

En la fabricación y el diseño de los cepillos dentales intervienen variables tales como el material de las cerdas, el largo, el diámetro y el número total de fibras, el largo de la parte activa, el número y la disposición de las cerdas, la angulación de la parte activa y el diseño del mango. El cepillo dental ha sido utilizado por siglos con el propósito de retirar los restos alimenticios depositados sobre las superficies dentarias.

El cepillo debe sustituirse cuando las cerdas comiencen a doblarse o esparcirse, lo que sucede en general entre los 2 y los 3 meses.⁶

5.2.2.1.- Tipos de cepillos.

Existen básicamente dos tipos de cepillo para prescribir al paciente:

5.2.2.1.1.- Cepillo eléctrico.

El cepillo eléctrico está indicado en pacientes con alguna limitación en los movimientos físicos o que tienen algún problema de comprensión. Es suave y apropiado para cierto tipo de pacientes, por ejemplo en casos de incapacidad física o mental.

5.2.2.1.2.- Cepillo manual.

El manual se aconseja que sea de cerdas suaves, cada cerda de un diámetro aproximado de 2mm y puntas redondeadas. La Asociación Dental Americana aconseja las siguientes dimensiones para el cepillo dental: La superficie activa debe ser de 25.4 a 31.8mm de longitud, 7.9 a 9.5mm de ancho, debe tener de 2 a 4 hileras de cerdas y de 5 a 12 por hilera. Para niños el cepillo es un poco más pequeño; el diámetro de las cerdas es de 1 mm y la longitud 8.7mm.

⁵ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 405

⁶ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 406

5.2.2.2.- Técnicas de cepillado.

Se han desarrollado numerosas técnicas de cepillado fundadas básicamente en el movimiento impreso del cepillo. (fig. 2 anexo 2)

5.2.2.2.1.- Técnica de Bass.

El cepillo se coloca 45° con respecto al eje mayor del diente y las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal. El cepillo se mueve de atrás hacia adelante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos (10 veces) en el mismo lugar para desorganizar la placa. Para las caras vestibulares de todos los dientes y para las linguales de los premolares y molares el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. Para las caras linguales de los incisivos y los caninos superiores e inferiores el cepillo se sostiene verticalmente y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio crevicular de los dientes. Para las caras oclusales se recomiendan movimientos de barrido cortos en sentido anteroposterior. Esta técnica se recomienda en los pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos por su capacidad de remover tanto la placa supragingival como la subgingival más superficial.⁷

5.2.2.2.2.- Técnica Horizontal

Fue introducida por Kimmelman en 1966. Las cerdas del cepillo se colocan 90° con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia adelante como en el barrido. Esta técnica está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permitan utilizar una técnica más compleja.

5.2.2.2.3.- Técnica de Stillman modificada.

Las cerdas se colocan 45° con respecto al ápice de los dientes en el margen gingival, en una posición similar a la del método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa mesiodistalmente con un movimiento gradual hacia el plano

⁷ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 378

oclusal. De esta manera, se limpia la zona interproximal y se maneja vigorosamente el tejido gingival.

5.2.2.2.4.- Técnica de Charters.

Esta técnica fue descrita por su autor hace más de 60 años. El cepillo se coloca 45° con respecto al eje mayor del diente y las cerdas, que se ubican dirigidas hacia oclusal, se fuerzan hacia el espacio interproximal con un ligero movimiento rotatorio o vibratorio de oclusal a gingival. Los lados de las cerdas entran en contacto con el margen de la encía y producen un masaje que se repite en cada diente. Las superficies oclusales se limpian con un ligero movimiento rotatorio que fuerza las cerdas hacia los surcos o fisuras. En la cara lingual de los dientes anteriores el cepillo se coloca en posición vertical y sólo trabajan las cerdas de la punta.

5.2.2.3.- Cepillado de la lengua.

El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa dental y el número de microorganismos.

Actualmente hace hincapié en el cepillado de la cara dorsal de la lengua ya que ciertos estudios han demostrado la presencia de bacterias que podrían colonizar las superficies dentales o ser responsables de la eliminación de gases que producen la halitosis.⁸

La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, y el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área.

5.2.2.4.- Frecuencia del cepillado.

No existe uniformidad de criterios respecto de la frecuencia óptima del cepillado.

⁸ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 407

La investigación existente ha demostrado que aumentando la frecuencia del cepillado a dos veces por día se logra una mejoría en el estado periodontal pero no se obtienen mayores ventajas con un incremento adicional de la frecuencia.”⁹

El cepillado manual es el procedimiento de higiene oral más ampliamente utilizado en los países industrializados, donde la mayoría de la población se cepilla los dientes diariamente.¹⁰

5.2.2.5.- Duración del cepillado.

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

5.2.3.- Seda Dental.

El uso de la seda dental es un método efectivo para limpiar las superficies interproximales de los dientes. Keller y Manson-Hing han demostrado que el cepillado dental, seguido por el uso de la seda interdental, es el método más efectivo.

5.2.3.1.- Tipos de seda dental.

5.2.3.1.1.- Con cera o sin cera.

Se usa en personas con espacios interdetales normales.

5.2.3.1.2.- Super-floss.

Es un hilo de seda específico para puentes fijos y aparatos de ortodoncia, cada hilo tiene tres zonas diferentes:

- Un segmento rígido para introducirlo por debajo del puente o de los brackets

⁹ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 379

¹⁰ Fuenmayor V, Manual de Higiene Bucal pág. 78

- Un segmento esponjoso para la eliminación de placa.
- Un segmento final de seda o sin cera para el resto de los dientes.

5.2.3.1.3.- Poscare.

“Es un hilo trenzado especial para los pilares de los implantes. Se realizan movimientos de vaivén alrededor de éstos para limpiarlos”. Asociación Profesional de Dentistas.¹¹

5.2.3.2.- Técnica de limpieza.

La forma de utilización es la siguiente: se toma una hebra de aproximadamente 50 cm de longitud, los dos extremos se pueden enrollar en los dedos centrales hasta lograr una longitud de 5cm que se manejan con el índice y el pulgar pasando por las superficies de contacto de 2 dientes vecinos y llegando subgingivalmente. Una vez en la luz del surco, se aplica la seda contra una de las superficies dentarias y se raspa en sentido incisal u oclusal varias veces hasta oír un sonido seco característico de la superficie limpia y lisa. En estas condiciones, sin retirarla del espacio interproximal, se hace lo mismo con la superficie dentaria vecina. La seda dental debe utilizarse en cada uno de los espacios interproximales. Su utilización cada 24-48 horas es suficiente.

5.2.4.- Dentífricos.

La pasta de dientes, crema dental o dentífrico se usa para la limpieza dental, casi siempre con un cepillo de dientes. Suelen contener flúor como monofluorofosfato de sodio ($\text{Na}_2\text{PO}_3\text{F}$) y fluoruro de sodio (NaF). En adultos el riesgo de caries, especialmente en personas con flujo salival disminuido se recomienda el uso de dentífricos con altas concentraciones de flúor.¹²

¹¹ www.apdent.com

¹² Cuenca E, Odontología Preventiva y Comunitaria pág 147

5.2.4.1.- Tipos de dentífricos.

5.2.4.1.1.- Pastas con control de cálculo.

Previenen la formación de cálculo. Algunos estudios indican que estas pastas disminuyen la formación de cálculo hasta en un 36 por ciento. Sin embargo, estas pastas no remueven el cálculo ya formado. Este debe ser removido por el odontólogo por medio de una limpieza profesional. El ingrediente activo de estas pastas dentales está basado en el mecanismo de acción química de diversos pirofosfatos y el citrato de zinc.

5.2.4.1.2.- Pastas desensibilizantes.

Muchas personas padecen de recesión de las encías, dejando al descubierto los cuellos de los dientes. Estos dientes son sensibles en especial a los cambios de temperatura en la boca. Estas personas sufren al ingerir alimentos y bebidas muy frías o calientes.

Las pastas desensibilizantes ayudan a bloquear el dolor. La asociación Dental Americana (ADA) reconoce dos ingredientes efectivos para tratar este problema: el cloruro de estroncio y el nitrato de potasio. El cloruro de estroncio actúa bloqueando los millones de tubulillos que atraviesan al diente hacia el nervio y el nitrato de potasio actúa reduciendo la habilidad del nervio de transmitir el impulso doloroso.¹³

Puede tomar de 4 a 6 semanas antes de notar algún beneficio.

5.2.4.1.3.- Bicarbonato de sodio.

Este ingrediente puede actuar como un leve abrasivo si se le utiliza en suficiente concentración. Muchas personas piensan que el bicarbonato previene la inflamación de las encías pero esto no se ha evidenciado en ningún estudio científico serio. Una ventaja del bicarbonato como ingrediente en la pasta dental, es que a muchas

¹³<http://www.colgate.com>

personas le agrada la textura y sabor de estas pastas y por lo tanto es probable que aumente la frecuencia del cepillado.

Es un fármaco ligeramente fuerte que limpia la superficie del diente; pero su empleo excesivo genera irritación.¹⁴

5.2.4.1.4.- Peróxido de hidrógeno (pastas blanqueadoras).

El peróxido de hidrógeno es uno de los ingredientes utilizado en tratamientos blanqueadores realizados por el odontólogo. Su efectividad en el proceso de blanqueamiento está bien documentada en la literatura científica. No todo el mundo es un candidato para blanqueamiento y por ello cada quien debe consultar a su odontólogo.

Cuando se utiliza el peróxido en las pastas dentales, se le utiliza casi siempre en conjunto con bicarbonato de sodio. Las concentraciones del peróxido en las pastas no son suficientes para blanquear los dientes. Tampoco ha sido demostrado que el peróxido tenga efectos terapéuticos sobre las encías.

5.2.4.1.5.- Abrasivos.

Los abrasivos ayudan a remover manchas y placa dental además de pulir los dientes. Todas las pastas dentales comerciales de marcas conocidas incorporan pequeñas cantidades de abrasivos tales como la sílica en su composición química. Los niveles de abrasivos en estas pastas son muy bajos y no desgastan el esmalte.

5.2.5.- Enjuague bucal.

Después de la utilización del cepillo y la seda, puede ser conveniente un enjuague.

Son formulaciones para controlar o reducir la halitosis por desoxidación tópica, actuar como agentes antibacterianos para reducir y prevenir la gingivitis, interaccionar con la saliva y las proteínas de la mucosa o para prevenir la caries.

¹⁴ <http://www.saludymedicinas.com>

5.2.5.1.- Tipos de enjuagues bucales.

Cada vez son más las personas que incluyen los enjuagues bucales o colutorios en su higiene bucal diaria, no se conforman sólo con la pasta de dientes, necesitan una higiene más completa y recurren a ellos para satisfacer sus necesidades.”¹⁵

Existen diferentes tipos de enjuagues bucales entre estos tenemos:

5.2.5.1.1.- Para dientes y/o encías sensibles.

Por regla general suele contener poca o ninguna cantidad de alcohol. Por tanto es ideal para aquellas personas que no toleren el enjuague bucal convencional. Recomendado para tratar la gingivitis.

5.2.5.1.2.- Contra la halitosis.

Posee componentes especiales que atacan las sustancias causantes de la halitosis. Suele tratar tanto el mal aliento ocasional como la halitosis crónica.

5.2.5.1.3.- Anticaries.

Aunque la mayoría de los enjuagues bucales combaten tanto la placa dental como la caries, el mayor contenido en flúor de los anticaries los hacen mucho más efectivos contra este tipo de problema bucal.

5.2.5.1.4.- Antiséptico.

Generalmente trata también los problemas de caries, pero su punto fuerte se encuentra en combatir la placa dental, que consigue con gran eficacia gracias al empleo de agentes antisépticos.

¹⁵ www.deltadent.com

5.2.5.1.5.- Infantiles.

Dado que los enjuagues bucales con un alto contenido en alcohol pueden dañar las bocas de los niños, las versiones infantiles poseen una composición adaptada para los más pequeños.

5.2.6.- Flúor.

El flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza presentándose en forma iónica como fluoruro. Los fluoruros tienen un poder antiséptico, el flúor se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.

Se ha descrito el uso y la acción de diferentes tipos y concentraciones de flúor en relación con las caries de raíz; las formas más comunes son las aguas fluoradas, las soluciones de fluoruro de sodio del 0,2% al 0.05%, el fluorofosfato acidulado al 1,23%, el fluoruro de sodio neutro al 1% en forma de gel o solución y los barnices fluorados.¹⁶

5.2.6.1.- Vías de administración.

5.2.6.1.1.- Vía sistémica.

La fluoración es el agregado de fluoruros a la dieta con el objeto de disminuir la severidad y la incidencia de las caries dentales. Si bien se conocen varias formas de incorporación de fluoruros a la dieta, la fluoración ha sido asociada predominantemente con la adición del ion a los suministros de agua potable. La dosis óptima ha sido establecida en 1 mg por día.

5.2.6.1.1.1.- Fluoración del agua de consumo.

Consiste en el ajuste controlado de la concentración de fluoruro en el agua comunal de modo de lograr una máxima reducción de las caries y un nivel insignificante de

¹⁶ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 443

fluorosis. Las investigaciones de largo plazo realizadas en las regiones fluoradas revelaron un grado de protección notablemente constante, con la obtención de una reducción del CPO de un 60%.¹⁷ La fluoración controlada del agua ha sido considerada económica, segura y eficaz por casi todas las organizaciones científicas y sanitarias del mundo, incluidas la Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Internacional. Se ha demostrado que la protección que brinda el fluoruro es mayor para las superficies lisas.

5.2.6.1.1.2.- Suplementos fluorados.

Los suplementos de flúor incluyen gotas con fluoruro de sodio, tabletas, vitaminas y enjuagues orales. Puesto que estos productos son ingeridos proporcionan un beneficio sistémico para los dientes en erupción. La ingesta de flúor es absorbida rápidamente en el torrente sanguíneo y circula por todo el organismo; una mínima cantidad se deposita en el esmalte de los dientes en desarrollo. El esmalte formado en presencia de flúor es menos soluble al ataque del ácido y por lo tanto más resistente a la caries dental.

5.2.6.1.1.3.- Fluoración de la leche.

Consiste en añadir 5mg de flúor por litro de leche en forma de sal de monofluorofosfato para hacerla biocompatible con el calcio de la leche y biodisponible gastrointestinalmente.¹⁸

La leche es un vehículo adecuado para la administración de fluoruro porque es un alimento universalmente utilizado por los niños y los lactantes durante el periodo de desarrollo dentario. Se han registrado reducciones de hasta el 70% en la prevalencia de caries.

¹⁷ Barrancos M, Operatoria Dental, pág. 635

¹⁸ Cuenca E, Odontología Preventiva y Comunitaria pág. 140

5.2.6.1.2.- Vía tópica.

Se refiere a la colocación de agentes fluorados en dientes erupcionados. El flúor actúa a nivel de la hidroxiapatita del esmalte formando fluoruro de calcio e hidroxifluorapatita.

Actualmente se ha demostrado que la captación de flúor por el esmalte no se afecta por la presencia de la película adquirida, pero se reduce si hay cantidades importantes de placa dental.¹⁹

5.2.6.1.2.1.- Aplicaciones a nivel profesional.

En la primera investigación clínica se utilizó una solución acuosa de fluoruro de sodio (NaF). La capacidad de este compuesto para inhibir caries se confirmó en varios estudios clínicos realizados en niños que vivían en comunidades deficientes de flúor. El fluoruro estañoso (SnF₂) ganó aceptación como un agente tópico, después apareció el fluoro-fosfato ácido (APF) con el cual se producen fenómenos de recristalización en forma de hidroxiapatita pero con la incorporación de fluoruro dentro de su trama cristalina.²⁰

5.2.6.1.2.1.1.- Indicaciones para la aplicación.

Hay 3 factores que se deben tomar en cuenta: la edad del paciente; la concentración de flúor en el agua potable; estado dental del paciente con respecto a la caries dental. Si un paciente tiene un índice de caries bajo, reside en una zona deficiente de flúor y se encuentra en la etapa de niñez o en la adolescencia, será un buen candidato para un tratamiento a base de aplicaciones tópicas de flúor.

5.2.6.1.2.1.2.- Elección del compuesto fluorado.

El fluoruro de sodio (NaF), el fluoruro estañoso (SnF₂) y el fluoro-fosfato ácido (APF) tienen la misma efectividad. Sin embargo, por la facilidad de manejo y la

¹⁹ Laserna V, Higiene Dental Personal Diaria pág. 87

²⁰ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 637

aceptación del paciente. Las ventajas del APF son la estabilidad, el largo tiempo de utilización cuando se mantiene en un contenedor de plástico y la ausencia de efectos secundarios (como el manchar los dientes o causar irritación gingival), aunque el bajo Ph del producto hace que su sabor sea un poco amargo. Las casas comerciales le han agregado saborizantes para hacerlo más agradable al paciente.

5.2.6.1.2.1.3.- Técnica de aplicación.

Este es el método directamente relacionado con la práctica clínica diaria y con el cual el dentista debe estar plenamente familiarizado para realizar un abordaje preventivo.²¹

La técnica de aplicación incluye dos pasos principales: Primeramente se limpian los dientes utilizando una pasta de profilaxis e hilo dental. Con este procedimiento se remueve la materia alba, placa bacteriana y depósitos naturales de la superficie de los dientes, que impedirían que el flúor actúe debidamente sobre el esmalte. El paso siguiente consiste en aplicar el agente tópico de flúor.

Después de que se saquen las cubetas, el paciente puede escupir, pero se le pide que no coma ni beba nada durante treinta minutos. Las aplicaciones tópicas de flúor se realizan generalmente con intervalos de seis meses a un año. Un intervalo de tiempo de seis meses parece ser más efectivo. En casos individuales en los que el paciente tiene una alta actividad de caries, la aplicación puede realizarse con mayor frecuencia.

5.2.6.1.2.2.- Autoaplicación tópica de flúor.

El efecto cariostático de los fluoruros tópicos comenzó a estudiarse en la década de 1940 y los estudios realizados desde entonces han sugerido que la caries podría ser casi completamente inhibida por medio de su aplicación.²²

²¹ Conceicao N, Odontología Restauradora Salud y Estética pág. 25

²² Barrancos M, Operatoria Dental pág 636

5.2.6.1.2.2.1.- Métodos de autoaplicación.

Se han estudiado tres métodos de aplicación individual: el cepillado, el enjuague y el uso de cubetas individuales.

5.2.6.1.2.2.1.1.- Cepillado.

Una solución fluorada, gel o pasta profiláctica con flúor, se aplica al cepillo dental con el que el paciente se cepilla diariamente. Este método llegó a ser muy popular en programas de prevención escolar; sin embargo, debido al elevado precio de este procedimiento, el tiempo y los materiales involucrados, los resultados obtenidos fueron superados por métodos menos costosos, con resultados más consistentes. No obstante, para pacientes jóvenes el cepillarse puede ser un método útil para proveer a los dientes de fluoruro tópico.

El efecto de prevención de caries en la dentición permanente aumenta al incrementar la concentración de fluoruro en el dentífrico, la frecuencia de uso y la cario-actividad.²³

5.2.6.1.2.2.1.2.- Enjuague.

El paciente se enjuaga la boca con una cantidad medida de elixir fluorado. Dependiendo de la concentración de flúor, de la fórmula del concentrado, del nivel de flúor en el agua potable y de si el paciente está tomando un suplemento sistémico de flúor.

Los enjuagues son fácilmente realizables y no son muy costosos. Es el método más usado en programas de prevención escolar y, probablemente, el método más popular para la autoaplicación domiciliaria de flúor tópico.

²³ Heidemann D, Valoración y Profilaxis pág. 204

5.2.6.1.2.2.1.3.- Cubetas.

Las cubetas fabricadas son preparadas de tal manera que pueden recibir varias gotas de un gel de flúor. El paciente lleva las cubetas a su boca y el gel permanece en contacto con sus dientes durante varios minutos.

Comparado con otros métodos de autoaplicación, este es el que ha producido el mayor grado de reducción de caries en programas escolares.

5.2.7.- Sellantes oclusales.

El sellado de fosas y fisuras es una técnica que tiene por objetivo provocar la modificación morfológica del huésped en áreas de riesgo cariogénico (surcos profundos por medio de la introducción de una resina adhesiva en las fosas y fisuras oclusales profundas de los dientes y su permanencia en esos sitios).²⁴

5.2.7.1.- Condiciones de un sellador.

Las condiciones que debe reunir un sellador oclusal son las siguientes:

- Buena biocompatibilidad.
- Fácil manipulación, con inclusión de un tiempo de fraguado que permita su manejo y no exceda los 40 segundos.
- Capacidad de retención sin necesidad de manipulaciones irreversibles en el esmalte.
- Buena penetración en el surco, garantizada por su baja viscosidad y su baja tensión superficial.
- Dureza suficiente para resistir la abrasión.
- Estabilidad dimensional y química.
- Acción cariostática.

²⁴ Cuenca E, Odontología Preventiva y Comunitaria pág. 169

5.2.7.2.- Indicaciones para el uso de selladores.

El diagnóstico clínico-radiográfico señala la indicación para el empleo de selladores de fosas y fisuras. La indicación específica para su aplicación es la existencia de surcos profundos no remineralizados en la pieza dentaria.

Los surcos profundos oclusales pueden seguir dos caminos: a) es posible que evolucionen hacia la caries dental o b) el contenido de la fisura puede remineralizarse y constituir un “sellador natural”.²⁵

Los selladores no tienen ningún agente activo que dé resistencia al esmalte, sólo actúan como una barrera física que impide que las bacterias y sus nutrientes formen la condición ácida necesaria para iniciar el proceso cariioso.

5.2.7.3.- Técnica de aplicación.

Los selladores deben ser:

Aplicados por el profesional. Los dientes tratados con selladores deben someterse a revisiones periódicas cada seis meses.

5.2.8.- Control de la dieta.

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud, así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral.

El riesgo de caries es mayor si el azúcar es consumido entre comidas, que si lo es durante las mismas y también si va incorporada a alimentos viscosos. Es necesario actuar sobre los hábitos dietéticos de los niños, motivándolos para que coman de forma equilibrada en horas habituales y alimentos de bajo contenido en azúcares.

²⁵ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 389

5.2.8.1.- Asesoramiento dietético.

El control individual de la ingesta de azúcar puede producir una reducción de las caries es tan importante como la lograda por los fluoruros. El problema radica en la dificultad para modificar conductas en forma permanente de manera que se pueda afectar la prevalencia de la enfermedad.

La educación para la salud con inclusión de temas de salud bucal debe integrarse a los programas regulares de la educación elemental y media. Constituye una actividad definida del plan de tratamiento odontológico y su inclusión representa un indicador de garantía de calidad de la atención de la salud bucal.²⁶

Las políticas de restricción de azúcares como políticas de salud pública deben ser controladas porque pueden tener efectos indeseables, ya que la reducción del consumo de azúcares se realiza sobre la base del aumento del consumo de grasas.

5.2.8.1.1.- Sustitutos edulcorantes.

El empleo de estos sustitutos ha sido muy estimulado en individuos diabéticos, obesos o con caries dentales, frente a la necesidad de reducir la ingesta de azúcar. A diferencia de los azúcares, los edulcorantes son mal metabolizados por las bacterias bucales, con lo cual se disminuye la formación de la placa dental.

5.2.8.1.1.1.- Polialcoholes.

Los polialcoholes son sustitutos importantes del azúcar. No son azúcares, sino derivados del azúcar en los que los grupos reactivos aldehídos han sido reducidos a grupos hidróxilo.

5.2.8.1.1.1.1.- Sorbitol (d-glucitol).

El sorbitol, que es casi la mitad de dulce que el azúcar y se usa solo o con otros polialcoholes como edulcorante en alimentos dietéticos y especialmente en confituras sin azúcar.

²⁶ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 385

5.2.8.1.1.1.2.- Xilitol.

Este polialcohol se encuentra presente en abundancia en las frutas y los vegetales, y se prepara comercialmente con cortezas de cocos. Los microorganismos presentes en la cavidad bucal de los seres humanos, y específicamente *S.mutans*, no tienen enzimas para utilizar el xilitol como fuente de energía para la producción ácida o la síntesis de polisacáridos extracelulares.²⁷

5.2.8.1.1.1.3.- Edulcorantes de bajas calorías.

Desde el punto de vista odontológico, los edulcorantes de bajas calorías pueden ser valiosos porque no son fermentados a ácido por las bacterias bucales y, en consecuencia, no bajan el Ph de la placa.

5.2.8.2.- Recomendaciones.

La información sobre la influencia de la nutrición y la dieta en el logro y el mantenimiento de la salud bucal deberá incorporarse en los sistemas escolares regulares como parte de la educación para la salud de los niños.

Las personas deben ser informadas acerca del papel clave de los azúcares de la dieta en el desarrollo de las caries y el papel de apoyo en el mantenimiento de la salud periodontal. La sacarosa, que es el azúcar de mesa, debe ser reducida y reemplazada por glúcidos menos cariogénicos. Comer entre comidas alimentos como patatas, frutas o verduras es menos cariogénico que consumir dulces, galletas o pasteles.²⁸

Los dulces y goma de mascar sin azúcar se encuentran a la venta en diversos establecimientos. El helado tiene una concentración total de azúcar de aproximadamente un 30%. La ingestión del helado como postre no se considera dentalmente dañina. Sin embargo, su ingestión frecuente como alimento entre comidas o antes de acostarse es considerada altamente cariogénica.

²⁷ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 386

²⁸ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 387

La frecuente exposición de los dientes a alimentos pegajosos que contienen alta concentración de azúcar es el factor responsable en una dieta que promueva la caries dental.

5.3.- Enfermedades Bucales.

Las enfermedades bucales pueden afectar dientes y muelas, las encías, la lengua, los labios. Las principales y más frecuentes son infecciosas, es decir, producidas por bacterias, virus u hongos.

La mayoría de las enfermedades orales más comunes y de sus secuelas tienen un impacto directo sobre la calidad de vida de los pacientes.²⁹

5.3.1.- Halitosis.

5.3.1.1.- Definición.

Halitosis es el término científico de “mal aliento”, se trata de olores que el ser humano percata como desagradable y que se desprenden de la cavidad oral. (fig 3 anexo 2)

5.3.1.2.- Factores Etiológicos.

5.3.1.2.1.- Factores relacionados con el patógeno.

Existe una relación causa-efecto positiva entre la halitosis y la presencia de microorganismos en la saliva, la fetidez generada por el estancamiento de saliva está acompañada por un aumento en el número de bacterias filamentosas gramnegativas, la causa principal de la halitosis es la putrefacción de sustratos proteicos por parte de estas bacterias, esto genera primordialmente la producción de compuestos sulfúricos volátiles que constituyen los componentes más fétidos del mal aliento.

Las principales bacterias productoras de compuestos sulfúricos volátiles colonizan rápidamente todos los ecosistemas o nichos bucales, como el dorso de la lengua, los surcos gingivales y las amígdalas.

²⁹ Cuenca E, Odontología Preventiva y Comunitaria, pág. 8

5.3.1.2.2.- Factores relacionados con el huésped.

Los olores bucales no son constantes, varían dependiendo del día, de la hora y de la edad del paciente. En los niños, el aliento suele tener un olor agradable, en los adultos se va haciendo más intenso pero no necesariamente desagradable.

La halitosis se desarrolla dependiendo de las variaciones individuales en la flora bucal, la higiene bucal, la condición periodontal, el grado de retención de las superficies bucales, el flujo salival, la frecuencia en el consumo de alimentos, el hábito de fumar, la presencia de secreciones retronasales y los cambios hormonales.

La higiene bucal deficiente es la causa más frecuente de halitosis, una boca poco higiénica siempre es fuente de mal aliento por la combinación de abundantes bacterias y sustratos que favorecen la producción de compuestos sulfúricos volátiles.

Los estadios crónicos de la gingivitis pueden estar asociados con mal aliento, además el olor producido por el estancamiento de la saliva alrededor de la encía inflamada, la presencia de hemorragia puede contribuir a producir mal olor.

La halitosis en general proviene de la descomposición de varios productos orgánicos de la saliva. A las tres horas de producirse el estancamiento salivar se puede apreciar halitosis.³⁰

En relación al grado de retención de las superficies bucales, los dos tercios posteriores de la lengua, representan las principales fuentes bucales de halitosis. En esta zona sobre todo en personas mayores, suele existir una capa blanquecina compuesta de restos de queratina, saliva, bacterias y exudado de células blancas y restos epiteliales y alimenticios, que representan un entorno ideal para producir compuestos sulfúricos volátiles y otras moléculas productoras de mal olor. La halitosis está más relacionada con la capa que cubre la lengua que con la enfermedad periodontal debido a la gran extensión de la superficie lingual y a su estructura

³⁰ Barrios G, Odontología pág 284

papilar, que retiene cantidades considerables de células epiteliales descamadas y leucocitos muertos.

Los olores producidos por la presencia de lesiones cariosas avanzadas, sacos periodontales, restos de alimentos impactados y descompuestos, restauraciones defectuosas y putrefacción de saliva estancada, representan fuentes importantes de halitosis.

El flujo salival reducido, que produce xerostomía, proporciona las condiciones que favorecen la producción de la halitosis.

5.3.1.2.3.- Factores relacionados con el sustrato.

El tercer componente necesario para la producción del mal olor es el sustrato requerido por las bacterias. En la mayoría de los casos, las proteínas exógenas (alimentos) y sus productos o las proteínas endógenas de los tejidos y fluidos bucales constituyen el sustrato.

La concentración de compuestos sulfúricos volátiles en el aire bucal en un momento determinado no siempre es indicativa de la tasa de generación de compuestos volátiles dentro de la boca. Una tasa elevada de compuestos sulfúricos volátiles solo resulta en un episodio de halitosis cuando la misma excede la capacidad de la saliva y de los tejidos blandos para absorberlos.

Los compuestos sulfúricos volátiles causan alteraciones en los tejidos del huésped, tales como el aumento de la permeabilidad de la mucosa, la degradación del colágeno, la alteración de la actividad de los fibroblastos y de las células del ligamento periodontal. Todos estos efectos favorecen la inflamación, la degradación de las proteínas y la producción de la halitosis.

5.3.1.3.- Signos y síntomas.

- Capa blanca de la lengua
- Notar que el cepillado y la limpieza con hilo dental no ayudan

- Boca seca, saliva espesa, lengua quemante
- Sabor desagradable por la mañana
- Pedacitos blancos en las amígdalas
- Peor después del consumo de productos lácteos, alcohol, café y dulces
- Las personas en su entorno le ofrecen chicles o pastillas de menta muy a menudo
- Las personas que están cerca apartan la cara
- Sabor ácido, amargo o metálico persistente.³¹

5.3.1.4.- Clasificación de la halitosis.

5.3.1.4.1.- Halitosis verdadera.

La halitosis verdadera está determinada por la presencia de un aliento desagradable, cuya intensidad sobrepasa los límites socialmente aceptables, por lo tanto resulta perceptible para los demás. Se subclasifica en halitosis fisiológica y halitosis patológica.

- ✓ Halitosis fisiológica: Algunos olores originados en la cavidad bucal son fisiológicos y transitorios. El aliento normal es individual y posee características cambiantes. Puede variar considerablemente dependiendo de la edad y del sexo; de la hora del día y de si ha consumido alimentos o no.
- ✓ Halitosis patológica: el mal aliento puede ser persistente en algunos individuos como resultado de la presencia de enfermedades o procesos patológicos. Existe halitosis patológica de origen bucal y extrabucal.

Halitosis patológica de origen bucal: la experiencia clínica revela que el aliento fétido puede producirse como consecuencia de una higiene bucal deficiente. Lesiones cariosas avanzadas, enfermedad periodontal, flujo salival reducido, alimentos impactados y descompuestos, pericoronaritis, infecciones pulpares y prótesis defectuosas, puede producir halitosis.

³¹ <http://www.actaodontologica.com>

Halitosis patológica de origen extrabucal: las fosas nasales constituyen unas de las fuentes predominantes de halitosis no bucal. La sinusitis, la presencia de cuerpos extraños en la nariz y las infecciones respiratorias también pueden ser fuentes de halitosis.

5.3.1.4.2.- Pseudohalitosis.

Las personas con pseudohalitosis insisten en quejarse de presentar mal aliento, a pesar que los demás no lleguen a percibirlo. El odontólogo puede tratar la pseudohalitosis a través de higiene bucal, de explicaciones acerca de los resultados de su evaluación y de consejos.³²

5.3.1.4.3.- Halitofobia.

Existen pacientes que no tiene halitosis, pero que muestran un miedo excesivo a padecerla. El paciente con halitofobia cree que su aliento es desagradable, aunque el odontólogo no pueda detectarlo.

La halitosis imaginaria puede ser peor que la halitosis verdadera, porque llega a convertirse en una obsesión que domina la vida del individuo y lo aísla socialmente. Una vez detectada la halitosis imaginaria el odontólogo debe referir el paciente a un psiquiatra.

5.3.1.5.- Tratamiento.

- Acudir a un odontólogo que explore la cavidad oral, todas las piezas dentarias y las encías. Tal vez le aconseje una tartrectomía para eliminar la placa dental y restaure aquellas piezas que tengan caries e incluso realice extracción de alguna pieza en mal estado.
- Uso de seda dental.

³² <http://actaodontologica.com>

- Cepillado dental, como mínimo tres veces al día, y nunca olvidarse de realizar el cepillado antes de dormir por la noche, sin olvidar cepillarse la lengua.
- Uso de colutorios bucales, sin dejar de lado el cepillado dental, ya que su eficacia es transitoria.
- Masticar chicle sin azúcar debido a que aumenta la producción de saliva.
- Ingesta abundante de agua, se recomienda uno o dos litros de agua diariamente.
- Evitar el tabaco, alcohol, café y alimentos intensos de sabor u olor como el ajo, que potencian la halitosis.

5.3.2.- Placa Dental.

5.3.2.1.- Definición.

Se puede definir como una zooglea formada por una serie de microorganismos aglutinados en un hábitat común y contenidos por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente.³³ (fig 4 anexo 2)

5.3.2.2.- Clasificación.

5.3.2.2.1.- Placa supragingival.

Se acumula especialmente en el tercio gingival del diente y se evidencia con tinciones especiales que se conocen con el nombre de soluciones reveladoras. Este tipo de placa se adhiere aprovechando pequeñas rugosidades de la superficie dentaria, márgenes de obturaciones y de restauraciones protésicas, lo mismo que bandas de ortodoncia. Se organiza de manera oblicua y perpendicular al eje largo del diente, predominan bacterias Gram + y se relaciona con la caries dental.

La actividad metabólica con que se relaciona, se basa en fermentación láctea, o producción de ácido láctico producto de la metabolización bacteriana de carbohidratos.

³³ Barrios G, Odontología pág. 261

5.3.2.2.2.- Placa subgingival.

Por lo general se ubica en el surco gingival entre el diente y la encía. Se forma en un medio diferente, es decir que para la formación de esta placa no es importante la saliva, es una placa laxa desorganizada y floja. Las bacterias que predominan son las Gram-, la actividad metabólica de estas bacterias es por lo general proteolítica, hidrólisis de proteínas, aminoácidos, lo que produce halitosis y enfermedad periodontal.³⁴

5.3.2.3.- Composición.

La composición de la placa dental varía según el tiempo de maduración y la región de la pieza dentaria colonizada. Se la ha descrito como una estructura formada por dos matrices: la capa salival o cutícula acelular adquirida y la capa formada por microorganismos y polímeros extracelulares.

5.3.2.4.- Mecanismos patógenos de la placa dental.

- Enzimas bacterianas
- Toxinas bacterianas
- Catabolitos bacterianos
- Mecanismos de hipersensibilidad (endotoxinas)
- Acción irritativa mecánica
- Invasión tisular

5.3.2.5.- Control de la placa.

Los elementos del control de la placa en pacientes son: agentes reveladores, cepillo de dientes y dentífricos, técnicas apropiadas de cepillado dental, higiene interdental, ayudas especiales y fármacos como la clorhexidina.

³⁴ Barrios G, Odontología pág. 276

5.3.3.- Cálculo dental.

5.3.3.1.-Definición.

Es una masa de tipo orgánica calcificada, dura y se encuentra en íntima relación con el tejido gingival. La Academia Americana de Periodoncia lo define como “un depósito duro mineralizado adherido a los dientes³⁵. (fig 5 anexo 2)

5.3.3.2.- Clasificación.

5.3.3.2.1.- Cálculo Supragingival.

Los cálculos supragingivales son visibles y se encuentran depositados en la corona del diente; generalmente son blancos o blanco/amarillentos, duros y se pueden desprender fácilmente de la superficie a la cual se encuentran adheridos.

La coloración de este tipo de cálculo se modifica por el tabaco y la ingestión de bebidas y alimentos, por lo cual en algunas ocasiones se observa el cálculo de color negro o verdoso.

Puede estar localizado en un solo diente, en un grupo de dientes o en todos los dientes que se encuentran en la cavidad bucal. Se encuentran con más frecuencia en la superficie vestibular de los primeros molares superiores en la desembocadura del conducto de Stensen y sobre la superficie lingual de los dientes anteriores inferiores cerca de la desembocadura del conducto de Wharton.

5.3.3.2.2.- Cálculo Subgingival.

Los cálculos subgingivales se encuentran debajo del margen gingival en la encía normal, en los aquellos casos donde existe periodontitis se encuentran por debajo de la pared blanda de los sacos periodontales, por lo cual no son visibles al examen oral, el sentido del tacto orienta al clínico de la presencia de este tipo de cálculo utilizando un instrumento como la sonda periodontal.

³⁵ Barrios G, Odontología pág. 285

También se lo puede observar al separar la pared blanda del surco con aire, o por medio de una radiografía los cuales se aprecian como pequeñas espinas que deforman el perfil radiológico de la superficie radicular.³⁶

5.3.3.3.- Composición de los cálculos.

Se encuentran constituidos por un componente orgánico y otro inorgánico. Los cálculos supragingivales contienen mayores componentes inorgánicos (calcio 39%, fósforo 19%, bióxido de carbono 1.9% y magnesio 0.8%, zinc, estroncio, bromo, hierro, aluminio, fluoruro, cristales de hidroxiapatita) y gran variedad de compuestos orgánicos (proteínas, polisacáridos, células epiteliales de descamación, leucocitos)

Los cálculos subgingivales contienen cristales de hidroxiapatita, las cantidades de calcio y fósforo es mayor en este tipo de cálculo, el contenido de sodio aumenta con la profundidad del saco periodontal y no contienen proteínas.

5.3.4.- Gingivitis.

5.3.4.1.- Definición.

El término gingivitis implica inflamación de la mucosa gingival, la Academia Americana de Periodoncia la define como “inflamación de la encía”. La gingivitis se puede iniciar sin dar manifestaciones clínicas aparentes. Uno de los primeros signos es la hemorragia fácil con el uso de una seda dental o con presión del cepillo dental, sin cambios de color o de forma, estas primeras manifestaciones se deben a la repuesta inflamatoria de los capilares subyacentes, que muestran vasodilatación y salida de elementos celulares y suero al exterior.³⁷

5.3.4.2.- Causas.

La gingivitis es causada por diversos factores que pueden ir desde hábitos bucales, la mala alimentación o la presencia de bacterias o bacilos en las encías.

³⁶ Barrios G, Odontología pág 286

³⁷ Barrios G, Odontología pág. 523

La gingivitis inducida por placa comienza en el margen gingival y se puede extender a todo el resto de los tejidos gingivales.³⁸

Las causas más comunes que generan la aparición de la gingivitis son los malos hábitos higiénicos bucales, como la falta de cepillado de los dientes, el mal cepillado de los mismos, haciendo que se valla acumulando placa dental en el epitelio de unión y ésta produzca inflamación de la encía.

Las dietas inadecuadas en adolescentes, las maloclusiones, las malas posiciones dentarias hacen que sea más difícil la higiene oral y la eliminación de la placa lo cual genera posibles causas de la gingivitis.

Entre otras causas están la deficiencia de vitamina C y la presencia de bacilos fusiformes.

5.3.4.3.- Características clínicas.

La inflamación produce cambios en el color, forma y tono de la encía. La encía inflamada tiene coloración roja o roja- azulada y es tumefacta y roma en los bordes libres y la papila gingival la cual puede rebasar los espacios interproximales; tiene también consistencia esponjosa. (fig 6 anexo 2)

Puede haber placa subgingival o cálculos, pero la hemorragia surcal es en particular importante. La hemorragia considerable e inmediata al efectuar la exploración significa una lesión gingival establecida grave.

5.3.4.4.- Clasificación.

5.3.4.4.1.- Gingivitis hiperplásica.

En la gingivitis hiperplásica la respuesta del huésped es la hiperplasia hística, tal vez a causa de un facto local raro o por la presencia de un factor modificador sistémico. El tejido hiperplásico consiste de manera básica en exudado y células inflamatorias

³⁸ Lindeh, Periodontología Clínica e Implantología Odontológica pág. 411

en la fase aguda o puede contener tejido denso fibroso en la fase crónica, este tipo de gingivitis al no recibir tratamiento puede progresar a la periodontitis.

5.3.4.4.1.1.- Características clínicas.

Los tejidos hiperplásicos con dominio de los componentes inflamatorios son blandos y edematosos, de color rojo brillante o cianóticos. Hay tendencia pronunciada a la hemorragia.

La hiperplasia gingival puede ser generalizada o puede localizarse a una zona o a una papila aislada. En casos de afección local puede atribuirse a agentes etiológicos que son únicos para esa zona particular de la boca como la respiración bucal, depósitos de cálculos macroscópicos o restauraciones sobre extendidas, en este tipo de gingivitis no se observan cambios radiográficos.

En casos aislados el paciente hace una lesión firme, rosada pálida, de forma de mora y con muy poco o ningún grado de inflamación del tejido.³⁹

5.3.4.4.1.2.- Diagnóstico diferencial.

La gingivitis hiperplásica edematosa por respiración bucal se diagnostica por la presencia de una demarcación bien definida o un borde delgado entre la encía irritada por resequedad y aquella porción que está protegida por el labio. También es útil para llegar al diagnóstico, la información que brinda el paciente de resequedad bucal al despertar.

Los cambios hormonales que participan en la pubertad y el embarazo pueden contribuir al desarrollo de gingivitis hiperplásica edematosa. La leucemia sobrepuesta a inflamación puede causar hiperplasia gingival.

Pueden aparecer lesiones gingivales hiperplásicas fibrosas generalizadas a consecuencia de tratamientos con fenitoína, ciclosporina. La fenitoína se emplea para

³⁹ Barrios G, Oodntología pág. 538

el control de las convulsiones y causa el 60% de hiperplasia gingival en los pacientes que la usan.

Los aumentos de tamaño masivos de encía fibrosa se presentan en fibromatosis idiopática o hereditaria y otros síndromes.

5.3.4.4.1.3.-Tratamiento y pronóstico.

La gingivitis hiperplásica no complicada responde al tratamiento que elimine los factores locales, puede ser necesaria la reducción quirúrgica para eliminar los agrandamientos gingivales, las prácticas adecuadas e higiene bucal y visitas regulares al dentista que incluyen la profilaxis pueden evitar la recurrencia.

Los pacientes que padecen la hiperplasia gingival por causa de la fenitoína suelen requerir tratamiento quirúrgico periodontal, deben tener intervalo de espera para cada profilaxis dental a fin de reducir el potencial de recurrencia.

Cuando este tipo de gingivitis se presenta por respiración bucal suele resolverse de manera incompleta ya que la resequedad de los tejidos no se puede eliminar. Es importante para el dentista y el paciente entender que el control de la placa por sí solo no va a eliminar la gingivitis leve y refractaria de zona afectada.

5.3.4.3.4.2.- Gingivitis ulceronecrotisante aguda.

Es una infección bastante rara que se caracteriza desde el punto de vista clínico por necrosis del tejido gingival, puede presentarse en la encía con apariencia clínica normal o en pacientes con gingivitis o periodontitis.⁴⁰

Se inicia en el área interproximal en la punta de la papila y continúa en sentido de circunferencia alrededor del borde libre de la encía, la región anterior inferior es la que se afecta primero.

⁴⁰ Barrios G, Odontología pág 567

5.3.4.4.2.1.- Características clínicas.

Las lesiones están cubiertas por una pseudomembrana que se forma por material necrótico, células inflamatorias y microorganismos. Suelen presentarse depósitos de cálculos en los dientes en la zona de la papila con cráteres. Las personas afectadas tienen aliento fétido, la afección puede ser generalizada y grave, y se presenta con más frecuencia entre los 15 y 30 años de edad.

Las lesiones pueden acompañarse de fiebre, linfadenopatías y malestar general, la mucosa del paladar y las amígdalas también pueden verse afectadas por la infección.

5.3.4.4.2.2.- Diagnóstico diferencial.

La gingivoestomatitis herpética se diferencia de GUNA por la presencia de úlceras en la mucosa, lejos de la encía. El liquen plano gingival erosivo difiere de la GUNA en que ocurre lejos del margen gingival y se asocia con estrías blanquecinas, el liquen suele presentarse en individuos mayores de 30 años.

El penfigoide cicatrizal de la encía aparece como úlceras precedidas por bulbas, que se presentan en los adultos mayores y no se asocia a la necrosis gingival.

5.3.4.4.2.3.- Tratamiento y pronóstico.

La disminución de los síntomas agudos se consigue mediante la desbridación local, el alivio suele ser inmediato. En casos de lesiones activas los cuidados que se prescriben en el hogar incluyen empleo de cepillo dental suave. Después de la curación se puede cambiar a un cepillo con cerdas múltiples y al hilo dental. Algunos pacientes logran gran mejoría con la utilización de colutorios bucales con peróxido de hidrógeno diluido, la restauración de la papila tarda de dos a tres meses, raras veces se requiere de tratamiento quirúrgico.

La recurrencia suele presentarse después de la administración de antibióticos sin tratamiento local, por lo cual es muy importante que el tratamiento se suplemente.

5.3.4.5.- Tratamiento.

El tratamiento que elimine los factores etiológicos locales da por resultado la eliminación de las lesiones gingivales. Un programa de dos a cuatro visitas para tratamiento y la educación del paciente deben restablecer la salud gingival.

La participación en los programas de cuidados dentales que comprenden exámenes periódicos para comprobar la salud bucal y establecimiento de intervalos para profilaxis dental proporcionan la mejor opción para mantener la salud bucal. La gingivitis es una enfermedad que si no es tratada puede causar la pérdida de las piezas dentales, y que mejor manera de prevenirla que teniendo buenos hábitos bucales.

5.3.5.- Caries dental.

5.3.5.1.- Definición.

La caries dental es causada por bacterias, por lo que debe ser reconocida como una enfermedad infecciosa.⁴¹

La caries dental se puede desarrollar en cualquier superficie de un diente, que está en la boca, cuando tiene en su superficie placa bacteriana.⁴²

Las lesiones cariosas son el resultado de la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de aquellas bacterias capaces de fermentar carbohidratos, en especial azúcares.

5.3.5.2.- Etiología.

En la etiología de la caries existen factores predisponentes y atenuantes:

5.3.5.2.1.- Civilización y raza.

En ciertos grupos humanos existe mayor predisposición a la caries, tal vez a causa de la influencia racial en la mineralización, la morfología del diente y la dieta.

⁴¹ Monacada G, Cariología Clínica Bases Preventivas y restauradoras pág. 9

⁴² Cuenca E, Odontología Preventiva y Comunitaria pág. 20

5.3.5.2.2.- Herencia.

Existen grupos inmunes y otros altamente susceptibles y esta característica es transmisible.

5.3.5.2.3.- Dieta.

El régimen alimentario, la forma y la adhesividad de los alimentos ejercen una influencia preponderante sobre la aparición y el avance de la caries.

El consumo de carbohidratos fermentables ha sido considerado un factor etiológico de caries desde el siglo pasado.⁴³

La elevada ingesta de azúcares refinados ocasiona un aumento del índice de dientes cariados, extraídos u obturados por caries.⁴⁴

5.3.5.2.4.- Composición química.

La presencia de pequeñas cantidades de ciertos elementos (flúor, estroncio, boro, litio, molibdeno, titanio y vanadio) en el esmalte determina que éste se vuelva más resistente a la caries.

5.3.5.2.5.- Morfología dentaria.

Las superficies oclusales con fosas y fisuras muy profundas favorecen la iniciación de la caries. La posición irregular, la presencia de diastemas, el apiñamiento y otros factores oclusales también facilitan el proceso. (fig 7 anexo 2)

5.3.5.2.6.- Higiene bucal.

El uso del cepillo dental, la seda dental, irrigación acuosa u otros elementos reduce significativamente la frecuencia de esta lesión.

⁴³ Moncada G, Cariología Clínica Bases Preventivas y Restauradoras pág 10

⁴⁴ Barrancos M, Operatoria Dental pág 556

5.3.5.2.7.- Sistema inmunitario.

La IgA (inmunoglobulina A) es un factor inmunológico que se encuentra en la saliva, protege al organismo de ciertos ataques y que al recubrir a las bacterias de la biopelícula dental, posibilita su fagocitosis por parte de los neutrófilos de la cavidad oral.

5.3.5.2.8.- Flujo salival.

Su cantidad, su consistencia y composición tienen una influencia decisiva sobre la velocidad de ataque y la defensa del organismo ante la caries.

5.3.5.2.9.- Glándulas de secreción interna.

Actúan en el metabolismo del calcio, el crecimiento y la conformación dentaria, el medio interno.

5.3.5.2.1.0.- Enfermedades sistémicas y estados carenciales.

Favorecen la iniciación de la lesión al disminuir las defensas orgánicas, alterar el funcionamiento glandular o modificar el medio interno.

5.3.5.3.- Signos y síntomas.

- Dolor en los dientes, sobre todo después de comer dulces y de tomar bebidas o alimentos fríos o calientes.
- Orificios o cavidades visibles en los dientes.

5.3.5.4.- Clasificación.

5.3.5.4.1.- Caries oclusal.

En este tipo de caries se puede detectar reblandecimiento en la base de la fisura; opacidad circundante al hoyo o fisura con evidencia de socavado o desmineralización del esmalte; pérdida de translucidez del esmalte; evidencia radiográfica de caries.

5.3.5.4.2.- Caries proximal.

Este tipo de caries ha demostrado ser observable con visualización directa, transiluminación con fibra óptica.⁴⁵

5.3.5.4.3.- Caries de superficies libres.

Para estas superficies el método visual se utiliza para registrar lesiones incipientes y minicavitaciones. La superficie de la lesión puede verse pigmentada, se denomina también mancha marrón.

5.3.5.4.4.- Caries radicular.

Puede ocurrir solo en la raíz del diente o extenderse de la corona a la raíz, este tipo de caries ocurre más a menudo alrededor de la unión amelocementaria.

5.3.5.5.- Tratamiento.

El tratamiento puede detener el progreso de la caries dental, con el fin de preservar el diente y evitar complicaciones. En los dientes afectados, se elimina el material cariado con el uso de una fresa dental para reemplazarlo con un material reconstructivo.

La odontología restauradora busca devolver la función o la estética al órgano dental cuando se ve alterado por la caries o por algún traumatismo.

Muchos odontólogos consideran las amalgamas como más fuertes y suelen usarse en los dientes posteriores, aunque hay fuerte tendencia a utilizar la resina compuesta para los dientes posteriores.

Se recomienda hacer un tratamiento de conductos en los casos en que ha muerto la pulpa a consecuencia de una caries o de un traumatismo por golpe. Los tratamientos restauradores preventivos o restauradores deben obtener como resultado el mantenimiento o el restablecimiento de la forma, la función y la estética, así como el

⁴⁵ Barrancos M, Operatoria Dental pág. 349

de la integridad fisiológica del diente en relación armónica con la estructura dental remanente y los tejidos blandos.⁴⁶

5.3.6.- Pulpitis.

5.3.6.1.- Definición.

Es la inflamación de la pulpa dentaria provocada por estímulos nocivos de variada índole dentro de los cuales están:

Los agentes bacterianos que pueden tener una vía de acceso coronario como la caries; traumáticos de tipo agudo (fractura coronaria) y crónicos (atrición, erosión); químicos a través del uso de materiales de obturación.

5.3.6.2.- Clasificación.

5.3.6.2.1.- Pulpitis reversible.

Es una enfermedad inflamatoria suave a moderada de la pulpa causada por diversos estímulos, en la cual la pulpa es capaz de regresar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo.

La lesión es de predominio crónico y la inflamación se circunscribe a la base de los túbulos afectados.⁴⁷

También es conocida como la hiperemia dental, la cual puede aparecer después de un tratamiento odontológico o después de un traumatismo dentario. Si la hiperemia se mantiene puede derivar en una pulpitis irreversible.

5.3.6.2.2.- Pulpitis irreversible.

Es una enfermedad inflamatoria persistente de la pulpa, la cual se encuentra vital, pero sin capacidad de recuperación, aun cuando se hayan eliminado los estímulos externos que provocan el estado inflamatorio.

⁴⁶ Conceicao N, Odontología Restauradora Salud y Estética pág. 2

⁴⁷ Ingle J, Endodoncia, pág. 157

Se caracteriza también por la aparición de dolor de forma espontánea, sin haber aplicado ningún estímulo sobre el diente. La reacción inicial de la pulpa es la liberación de mediadores químicos de la inflamación.

Según el grado de afección del tejido pulpar, y la afección o no del tejido periapical presentará diferente estomatología.

5.3.6.2.2.1.- Pulpitis crónica.

Dolor más o menos intenso, localizado, principalmente aparece al contactar el diente afectado en la masticación, también responde de forma intensa al frío o al calor. (fig 8 anexo 2)

5.3.6.2.2.2.- Pulpitis aguda serosa.

Dolor agudo, localizado, persiste el dolor una vez que se retira el estímulo.

5.3.6.2.2.3.- Pulpitis aguda purulenta.

Además de inflamación existe un contenido purulento dentro de la pulpa, al aplicar el calor el dolor es muy intenso, y suele aliviarse momentáneamente al aplicar frío.

5.3.6.2.2.4.- Necrosis pulpar.

La necrosis pulpar infectada suele ser consecuencia de la caries dental, en cuyo caso la infección puede extenderse con rapidez hacia las zonas apicales del diente y al hueso vecino.⁴⁸

Se presenta cuando la pulpitis no recibe tratamiento, la inflamación del tejido pulpar en el interior del diente impide que el riego sanguíneo sea viable, con lo que el tejido empieza a degradarse y sufre una degeneración o necrosis. El diente se vuelve insensible a estímulos como el frío o calor, pero extremadamente doloroso al tacto, puesto que se produce una salida de pus y bacterias hacia el periápice.

⁴⁸ Sapp J. Philip, Patología Oral y Maxilofacial pág. 78

5.3.6.3.- Tratamiento.

El tratamiento de la pulpitis reversible consiste en la protección de la pulpa frente a nuevos estímulos térmicos y en la colocación de protectores sedantes en la base del defecto cariado durante varias semanas.⁴⁹

La pulpitis irreversible deberá ser tratada siempre, ya que no se puede recuperar, bien haciendo una endodoncia o tratamiento de conducto o, si el diente es insalvable una extracción.

Los primeros molares son los dientes que con más frecuencia se pierden por problemas de caries.⁵⁰

5.3.7.- Erosión dental.

5.3.7.1.- Definición.

La erosión también llamada corrosión, se define como la pérdida de la superficie de la estructura de las piezas dentales por acción química ante la presencia continua de agentes desmineralizantes especialmente ácidos y que no involucra la presencia de bacterias.⁵¹ (fig 9 anexo 2)

5.3.7.2.- Etiología.

5.3.6.2.1.- Factores externos.

5.3.7.2.1.1.- Alimentación.

Consumo excesivo de alimentos como refrescos, bebidas para deportistas, zumo de frutas y frutas frescas de gran acidez.

5.3.7.2.1.2.- Medio ambiente.

Personas que para desarrollar su trabajo, o por otras circunstancias se ven expuestas de forma continuada a gases que incluyan ácido sulfúrico, fosfórico.

⁴⁹ Sapp J. Philip, Patología Oral y Maxilofacial pág. 77

⁵⁰ Canut J, Ortodoncia Clínica y Terapéutica pág. 234

⁵¹ Cuniberti N, Lesiones Cervicales no cariosas pág. 19

5.7.7.2.1.3.- Consumo de drogas.

El consumo de drogas principalmente la cocaína y el éxtasis, además de la erosión dental provocan también en quien las toma, sequedad bucal, bruxismo.

5.3.7.2.2.- Factores internos.

5.3.7.2.2.1.- Reflujo gastroesofágico.

La erosión dental suele afectar sobre todo a las piezas dentales posteriores y a superficies linguales de los dientes anteriores.

5.3.7.2.2.2.- Bulimia.

Las personas que la padecen se ven afectados por la erosión dental, ya que los episodios de vómitos a los que se ven sometidos estos pacientes, hacen que los jugos gástricos afecten a sus dientes. Suelen verse afectados en estos casos, las superficies linguales de los dientes anteriores de los maxilares. Aproximadamente el 90% de las pacientes bulímicas presentan erosión dental.⁵²

5.3.7.3.- Signos y síntomas.

- Pérdida de la forma natural del diente
- Cambio en el color de las piezas dentales
- Pérdida del brillo y del esmalte
- Los dientes afectados se vuelven más transparentes
- En los bordes aparecen pequeñas fisuras
- Aumento considerable de la sensibilidad dental
- Lesiones en forma de copa en las superficies masticatorias de los molares⁵³

⁵² Cuenca E, Odontología Preventiva y Comunitaria pág. 217

⁵³ <http://www.odontologiargentina>

5.3.7.4.- Clasificación.

5.3.7.4.1.- Según su etiología.

5.3.7.4.1.1.- Erosión Intrínseca.

Es aquella que se produce como resultado de ácidos endógenos, como los ácidos gástricos que tienen contacto con los dientes durante el vómito recurrente y el reflujo.

5.3.7.4.1.2.- Erosión idiopática.

Es aquella que es el resultado de ácidos de origen desconocido.

5.3.7.4.1.3.- Erosión extrínseca.

Es aquella que se produce como resultado de los ácidos exógenos.

5.3.7.4.2.- Según la severidad clínica.

5.3.7.4.2.1.- Erosión clase I.

Es aquella lesión superficial que involucra solamente el esmalte.

5.3.7.4.2.2.- Erosión Clase II.

Es una lesión localizada que involucra esmalte y dentina sin compromiso de más de 1/3 de la superficie.

5.3.7.4.2.3.- Erosión Clase III.

Es una lesión generalizada que involucra esmalte y dentina con compromiso de más de 1/3 de la superficie.⁵⁴

5.3.7.4.3.- Según la actividad patológica.

5.3.7.4.3.1.- Erosión latente.

Es una forma de erosión inactiva la cual se detiene cuando se lleva a cabo un cambio en el agente etiológico, por tanto clínicamente el esmalte no es poroso.

⁵⁴ <http://www.odontoweb.net>

5.3.7.4.3.2.- Erosión Manifestada.

Es una forma de erosión activa y progresiva que clínicamente se diagnostica por la presencia de una zona de esmalte delgado donde se puede encontrar exposición dentinal.

5.3.7.4.4.- Según su localización.

5.3.7.4.4.1.- Perimólisis

La perimólisis, afecta predominantemente las superficies oclusales y palatinas de los dientes posteriores superiores y las superficies vestibulares y oclusales de los dientes posteriores inferiores.⁵⁵

5.3.7.5.- Tratamiento.

Conductas preventivas:

- Diagnosticar la causa de la pérdida dentaria.
- Inducir hábitos no erosivos
- Monitorear la pérdida de la estructura dentaria con fotos.⁵⁶

Cuando la erosión dental es causada por la existencia del reflujo gastroesofágico, una vez diagnosticado el odontólogo suele recomendar el uso de un protector nocturno acompañado de un gel de flúor que reduce la sensibilidad y aumenta la remineralización. Si la causa es la bulimia, el paciente debe recibir previo al tratamiento dental un tratamiento nutricional y psicológico, para luego ser atendido por el odontólogo.

Los odontólogos una vez diagnosticada la erosión dental como norma general, aconseja cambiar los hábitos de la dieta, utilizar remineralizantes en forma de pasta o barnices fluorados, el uso de selladores para proteger el esmalte.

⁵⁵ <http://www.odontoweb.net>

⁵⁶ Cuniberti N, Lesiones Cervicales no Cariosas pág. 153

5.3.8.- Úlceras aftosas.

5.3.8.1.- Definición.

Es una lesión o úlcera mucosa, como una pequeña herida o llaga, que se localiza generalmente en la mucosa oral de bordes y regulares y rodeada de una zona de eritema. (fig 10 pág. anexo 2)

5.3.8.2.- Etiología.

5.3.8.2.1.- Factores inmunitarios.

Algunos investigadores consideran que la extravasación de eritrocitos y la infiltración de neutrófilos en las lesiones podrían deberse a complejos inmunitarios circulantes y postulan una vasculitis por complejo inmunitario como causa de la enfermedad.

5.3.8.2.2.- Factores microbiológicos.

Se investiga de forma extensa la posibilidad de una etiología viral con base en la similitud clínica de las úlceras aftosas son infecciones secundarias por virus del herpes simple.

5.3.8.2.3.- Factores nutricionales.

Un pequeño porcentaje de pacientes con la enfermedad presenta la deficiencia de vitamina B, ácido fólico y hierro en suero. La corrección de estas deficiencias mejora o cura las úlceras de estos pacientes.

5.3.8.2.4.- Otros factores

Como alteraciones hormonales, estrés, traumatismos, entre otros.

5.3.8.3.- Características clínicas.

Las úlceras aftosas son dolorosas y recurrentes, se localizan en el vestíbulo y la mucosa, lengua, paladar blando, fauces y piso de la boca, sólo rara vez se encuentran en la encía y en paladar duro.

5.3.8.4.- Clasificación.

5.3.8.4.1.- Úlceras aftosas menores.

Es la forma más frecuente, se encuentra una úlcera dolorosa, de forma oval, de un diámetro menos a 0.5 cm, cubiertas de una membrana fibrinosa amarilla y rodeada por un halo eritematoso; suele ser única pero en ocasiones puede ser múltiple.

Este tipo de úlceras persiste por 7 a 10 días y sana sin formación de cicatrices, la recurrencia varía de un individuo a otro, y se pueden presentar periodos de semanas o años sin la enfermedad.⁵⁷

5.3.8.4.2.- Úlceras aftosas mayores.

Las lesiones son más grandes y persisten por más tiempo que las aftas menores. Debido a la profundidad de la inflamación, las úlceras aftosas mayores aparecen con una forma clínica de cráter y cicatrizan con escara.

Pueden transcurrir hasta seis semanas para que esto suceda y tan pronto como desaparece una úlcera empieza otra. Los pacientes que sufren la enfermedad sin remisiones, con dolor intenso y molestias importantes pueden presentar afección sistémica por la dificultad para comer y el estrés psicológico.

5.3.8.4.3.- Úlceras aftosas herpetiformes.

Se presenta como un brote recurrente de úlceras pequeñas, que afectan por lo común la mucosa bucal móvil pero pueden dañar el paladar y la mucosa gingival. Causa

⁵⁷ <http://www.alimentacion-sana.com>

mucho dolor y sana en una a dos semanas, se diferencia de las úlceras herpéticas porque las lesiones no son precedidas por vesículas.

5.3.8.5.- Tratamiento.

Los lavados bucales suaves con enjuague bucal antimicrobiano y las pomadas de antibióticos-hidrocortisona disminuyen el dolor y contribuyen a la curación. Según odontólogos, el método más efectivo es realizar enjuagues de agua caliente con sal de grano, repitiendo 2 o 3 veces al día.

No hay estudios controlados sobre el uso de clorhexidina para el tratamiento de úlceras aftosas mayores u otras afecciones orales erosivas, aunque en ocasiones la clorhexidina es ineficaz.⁵⁸

⁵⁸ Lindeh, Periodontología Clínica e Implantología Odontológica pág. 753

CAPITULO VI

Metodología de la investigación.

6.1.- Métodos.

6.1.1.-Modalidad básica de la investigación.

La investigación es bibliográfica porque para llevarla a efecto fue necesaria la previa recopilación de información de distintos medios como textos y páginas web.

Es de campo porque se emplearon técnicas, como las encuestas realizadas a los estudiantes; se realizó la entrevista dirigida al odontólogo; también se utilizó fichas odontológicas en los estudiantes.

6.1.2.- Nivel o tipo de investigación.

- Exploratoria: se realizó mientras se hizo la pasantía.
- Descriptiva: en esta investigación se describió el estado de salud bucodental de los estudiantes.
- Analítica: se analizó el tipo de enfermedades bucales que presentan los estudiantes y la importancia de tener una buena higiene bucal para prevenirlas.
- Sintética: fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.
- Propositiva: al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

6.2.- Técnicas.

- Encuesta dirigida a los estudiantes de octavo año básico, sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo”.
- Entrevista dirigida al profesional odontólogo.
- Observación al proceso de las enfermedades bucales.

6.3.- Instrumentos.

- Cuestionario de preguntas dirigido a los estudiantes.
- Entrevista dirigida al profesional.
- Historias clínicas.

6.4.- Recursos.

6.4.1.- Materiales.

- Textos relacionados al tema de investigación.
- Fotocopias.
- Encuadernación.
- Materiales de oficina.
- Suministros de impresión.
- Viáticos.

6.4.2.- Talento Humano.

- Tutor de tesis.
- Equipo de investigadores.
- Estudiantes del colegio.
- Profesional odontólogo.

6.4.3.- Tecnológicos.

- Internet.
- Equipos de cómputo.
- Cámara fotográfica.
- Impresora.

6.4.4.- Población y Muestra.

6.4.4.1.- Población.

La población la constituyen 412 estudiantes del octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo”.

6.4.4.2.- Muestra.

La muestra se basó en 199 estudiantes.

6.4.5.- Económico.

La investigación tuvo un costo aproximado de \$897.60.

CAPITULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

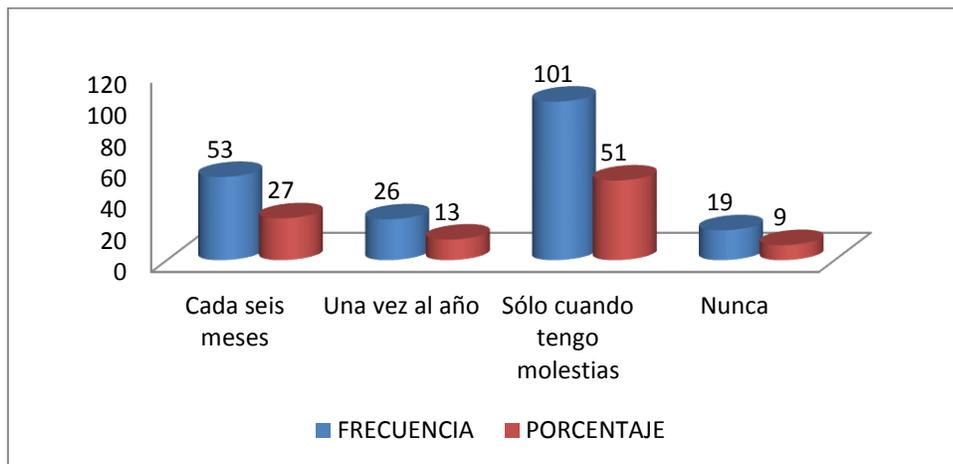
7.1.1.- RESULTADO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO AÑO BÁSICO SECCIÓN VESPERTINA DEL COLEGIO NACIONAL OLMEDO.

GRAFICUADRO # 1

FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO

¿Con qué frecuencia acudes al odontólogo?

Alternativas	F	%
Cada seis meses	53	27
Una vez al año	26	13
Sólo cuando tengo molestias	101	51
Nunca	19	9
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A la pregunta con qué frecuencia acudes al odontólogo de 199 estudiantes, 53 que corresponde al 27% respondieron cada seis meses; 26 estudiantes, que corresponde al 13% respondieron una vez al año; 101 estudiantes, que corresponde al 51% respondieron que sólo asisten cuando tienen molestias y 19 estudiantes que corresponde al 9% respondieron que nunca acuden al odontólogo.

“Si sus dientes y encías están saludables, probablemente no necesite volver antes de los seis meses. Si requiere tratamiento (por ejemplo obturar una cavidad, extraer una muela del juicio o reparar una corona rota), debe hacer una próxima cita antes de abandonar el consultorio.” www.colgate.com, Asociación Dental Americana 2008.

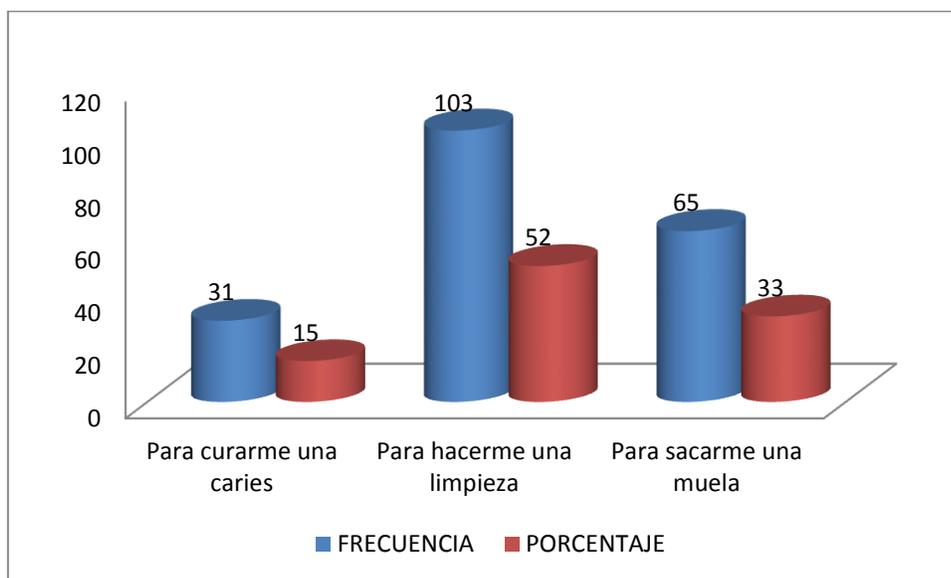
Según los resultados, podemos determinar que la mayoría de estudiantes sólo acuden al odontólogo cuando tienen molestias, para la Sociedad Dental Americana si los dientes y encías están saludables puede volver al odontólogo a los seis meses.

GRAFICUADRO # 2

MOTIVO DE VISITA AL ODONTÓLOGO

¿Por qué motivos acudes al odontólogo?

Alternativas	F	%
Para curarme una caries	31	15
Para hacerme una limpieza	103	52
Para sacarme una muela	65	33
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A la pregunta por qué motivos acudes al odontólogo de 199 estudiantes, 31 que corresponde al 15% respondieron para curarme las caries; 103 que corresponde al 52% respondieron para hacerme una limpieza y 65 que corresponde al 33% respondieron para sacarme una muela.

“La principal razón para ir al dentista es para mantener la salud dental.”

www.odontologia-online.com

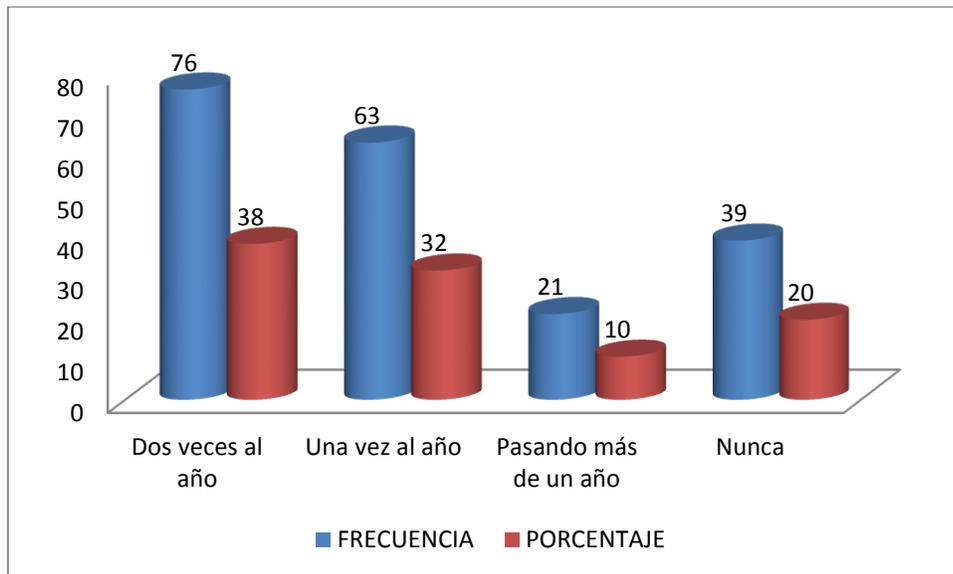
Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los estudiantes acuden al odontólogo para hacerse una limpieza, para la www.odontologia-online.com es importante ir al dentista para tener una buena salud dental.

GRAFICUADRO # 3

FRECUENCIA DE PROFILAXIS

¿Cada cuánto tiempo te realizas una profilaxis (limpieza dental)?

Alternativas	F	%
Dos veces al año	76	38
Una vez al año	63	32
Pasando más de un año	21	10
Nunca	39	20
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A la pregunta cada cuánto tiempo te realizas una profilaxis (limpieza dental) de 199 estudiantes, 76 que corresponde al 38% respondieron que dos veces al año; 63 que corresponde al 32% respondieron que una vez al año; 21 que corresponde al 10% respondieron que pasando más de un año y 39 que corresponde al 20% respondieron que nunca.

“las personas deben visitar al dentista dos veces al año para una limpieza y revisión, y algunos usuarios pueden necesitar visitar más a menudo.”

www.colgate.com La Asociación Dental Americana. 2006.

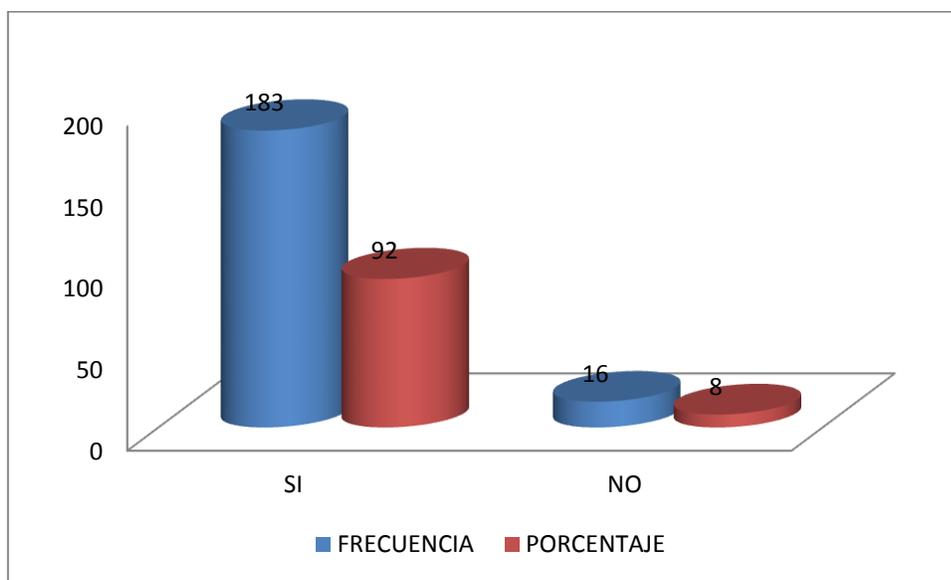
Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los estudiantes se realizan una profilaxis dos veces al año, al igual que recomienda la Sociedad Dental Americana las personas deben visitar al dentista dos veces al año.

GRAFICUADRO # 4

CEPILLADO DE LA LENGUA

¿Al cepillarte los dientes también cepillas la lengua?

Alternativas	F	%
Si	183	92
NO	16	8
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional "Olmedo" de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A la pregunta al cepillarte los dientes también cepillas la lengua de 199 estudiantes, 183 que corresponde al 92% respondieron que sí y 16 que corresponde al 8% respondieron que no.

(Cepillado de la lengua) **“Actualmente hace hincapié en el cepillado de la cara dorsal de la lengua ya que ciertos estudios han demostrado la presencia de bacterias que podrían colonizar las superficies dentales o ser responsables de la eliminación de gases que producen la halitosis.”** Operatoria Dental, Barrancos Mooney pag 407 Editorial Médica Panamericana 2006.

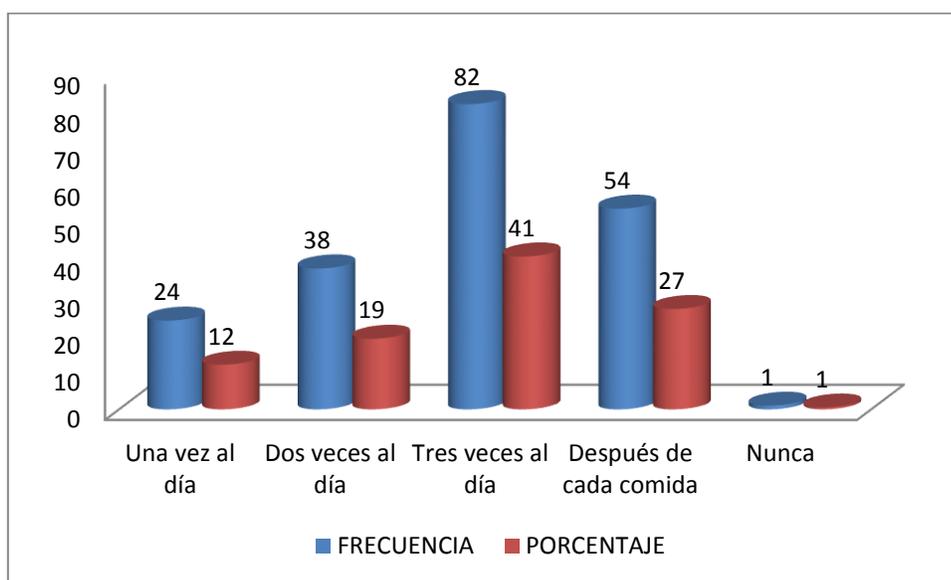
Según los resultados se puede determinar que la mayoría de los estudiantes si cepillan su lengua, a lo que Barrancos Mooney hace hincapié en el cepillado de la cara dorsal de la lengua.

GRAFICUADRO # 5

FRECUENCIA DEL CEPILLADO

¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

Alternativas	F	%
Una vez al día	24	12
Dos veces al día	38	19
Tres veces al día	82	41
Después de cada comida	54	27
Nunca	1	1
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A la pregunta cuántas veces al día te cepillas los dientes de 199 estudiantes, 24 que corresponde al 12% respondieron una vez al día; 38 que corresponde al 19% respondieron dos veces al día; 82 que corresponde 41% respondieron tres veces al día; 54 que corresponde al 27% respondieron después de cada comida y 1 que corresponde a 1% respondieron nunca.

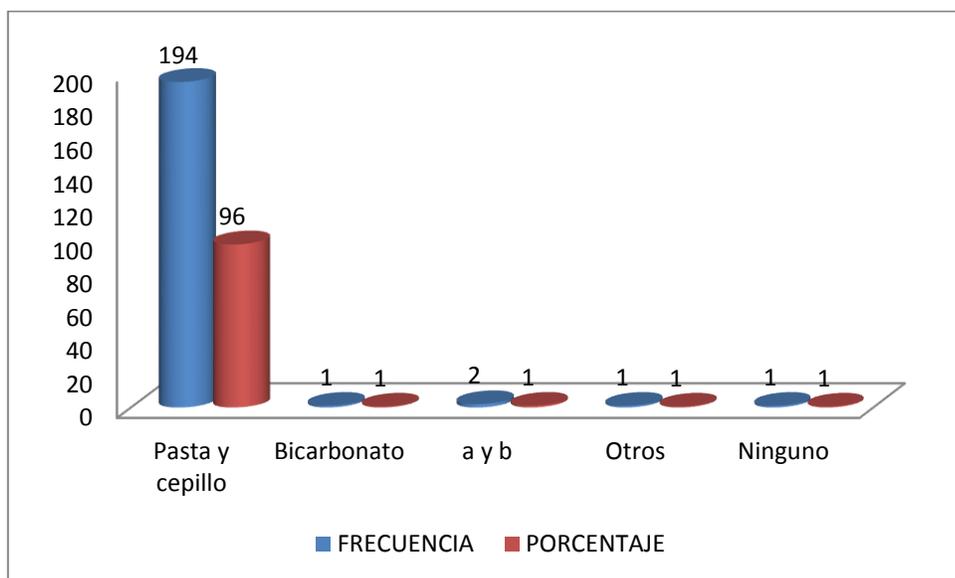
(Frecuencia del cepillado) **“aumentando la frecuencia del cepillado a dos veces por día se logra una mejoría en el estado periodontal pero no se obtienen mayores ventajas con un incremento adicional de la frecuencia.”** Operatoria Dental, Barrancos Mooney pág. 379, Editorial Médica Panamericana, 2006.

Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los estudiantes se cepillan los dientes tres veces al día, para Barrancos Mooney cepillándose los dientes dos veces al día logran una mejoría en el estado periodontal.

GRAFICUADRO # 6
IMPLEMENTOS DE HIGIENE DENTAL

¿Qué utilizas para limpiar tus dientes?

Alternativas	F	%
Pasta y cepillo	194	96
Bicarbonato	1	1
a y b	2	1
Otros	1	1
Ninguno	1	1
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A la pregunta qué utilizas para limpiar tus dientes de 199 estudiantes, 194 que corresponde a 96% respondieron pasta y cepillo; 1 que corresponde a 1% respondieron bicarbonato; 2 que corresponde a 1% respondieron a y b; 1 que corresponde a 1% respondieron otros y 1 que corresponde a 1% respondieron ninguno.

“El cepillo dental es el instrumento fundamental para la eliminación mecánica de la placa y de otros depósitos” Operatoria Dental, Barrancos Mooney pág. 405, Editorial Médica Panamericana 2006.

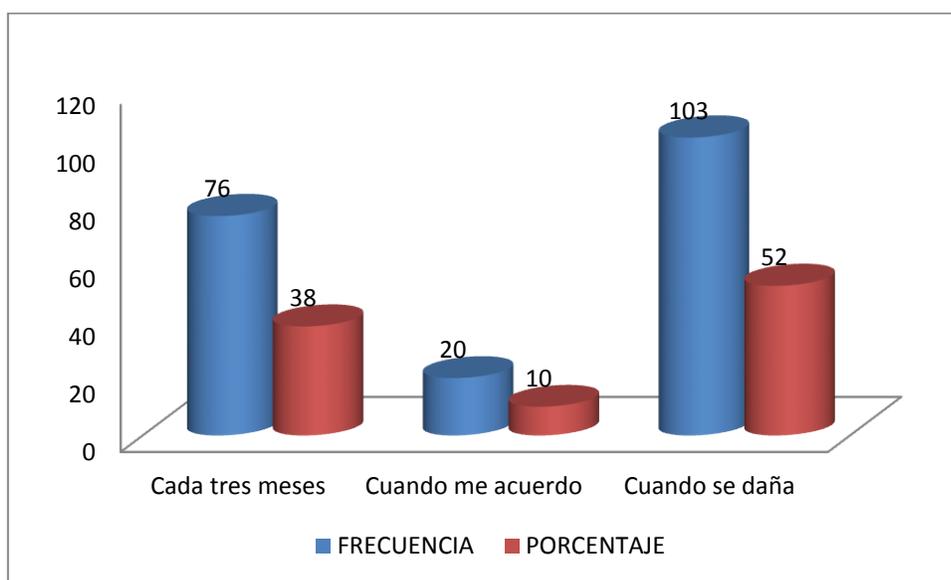
Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de estudiantes utilizan pasta y cepillo para limpiar sus dientes, según Barrancos Mooney el cepillo es el instrumento fundamental.

GRAFICUADRO # 7

CAMBIO DEL CEPILLO DENTAL

¿Con qué frecuencia cambias tu cepillo dental?

Alternativas	F	%
Cada tres meses	76	38
Cuando me acuerdo	20	10
Cuando se daña	103	52
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A la pregunta con qué frecuencia cambias tu cepillo dental de 199 estudiantes; 76 que corresponde a 38% respondieron cada tres meses; 20 que corresponde a 10% respondieron cuando me acuerdo y 103 que corresponde a 52% respondieron cuando se daña.

“El cepillo debe sustituirse cuando las cerdas comiencen a doblarse o esparcirse, lo que sucede en general entre los 2 y los 3 meses” Operatoria Dental Barrancos Mooney pág. 406, Editorial Médica Panamericana 2006.

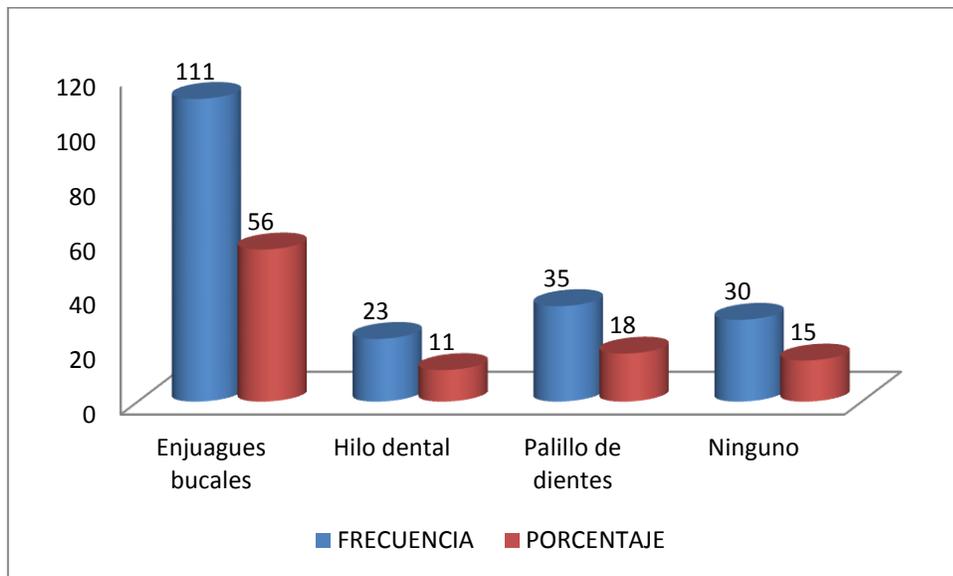
Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los estudiantes cambian su cepillo dental cuando se daña, para Barrancos Mooney el cepillo debe sustituirse entre los dos y los tres meses.

GRAFICUADRO #8

COMPLEMENTOS DE HIGIENE

¿Con qué complementas tu higiene dental?

Alternativas	F	%
Enjuagues bucales	111	56
Hilo dental	23	11
Palillo de dientes	35	18
Ninguno	30	15
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional "Olmedo" de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A la pregunta con qué complementas tu higiene dental de 199 estudiantes, 111 que corresponde a 56% respondieron enjuagues bucales; 23 que corresponde a 11% respondieron hilo dental; 35 que corresponde a 18% respondieron palillo de dientes y 30 que corresponde a 15% respondieron ninguno.

“Cada vez son más las personas que incluyen los enjuagues bucales o colutorios en su higiene bucal diaria, no se conforman sólo con la pasta de dientes, necesitan una higiene más completa y recurren a ellos para satisfacer sus necesidades” www.deltadent.es

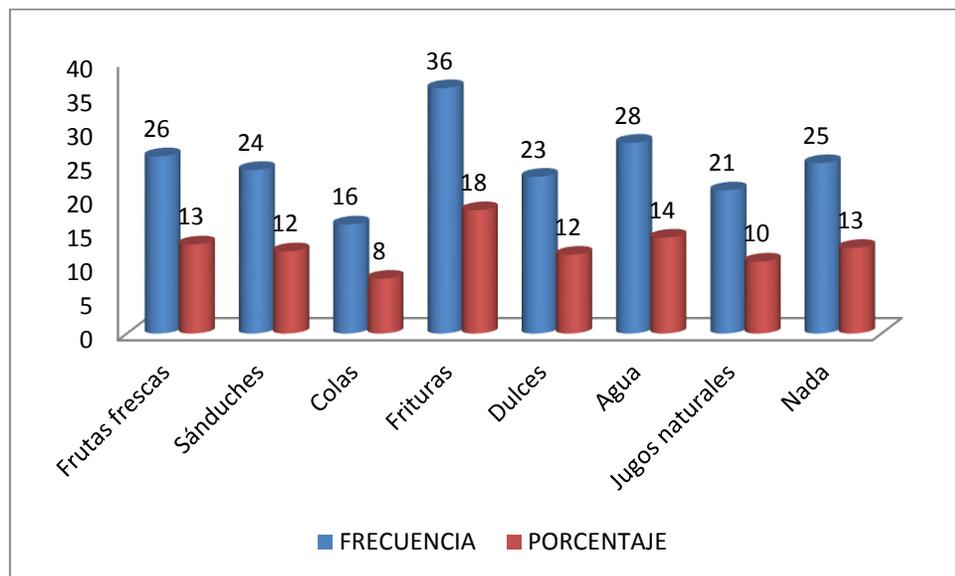
Según los resultados obtenidos la mayoría de los estudiantes complementan su higiene dental con enjuagues bucales, según la www.deltadent.es cada vez son más las personas que incluyen los enjuagues bucales en su higiene bucal diaria.

GRAFICUADRO #9

TIPOS DE ALIMENTOS

¿En el recreo, qué comes con mayor frecuencia?

Alternativas	F	%
Frutas frescas	26	13
Sánduches	24	12
Colas	16	8
Frituras	36	18
Dulces	23	12
Agua	28	14
Jugos naturales	21	10
Nada	25	13
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación

A la pregunta qué comes en el recreo con mayor frecuencia de 199 estudiantes, 26 que corresponde a 13% respondieron frutas frescas; 24 que corresponde a 12% respondieron sánduches; 16 que corresponde a 8% respondieron colas; 36 que corresponde a 18% respondieron frituras; 23 que corresponde a 12% respondieron dulces; 28 que corresponde a 14% respondieron agua; 21 que corresponde a 10% respondieron jugos naturales y 25 que corresponde a 13% respondieron nada.

“El consumo de carbohidratos fermentables ha sido considerado un factor etiológico de caries desde el siglo pasado”. Cariología Clínica, Bases preventivas y restauradoras Gustavo Moncada pág 10, 2008.

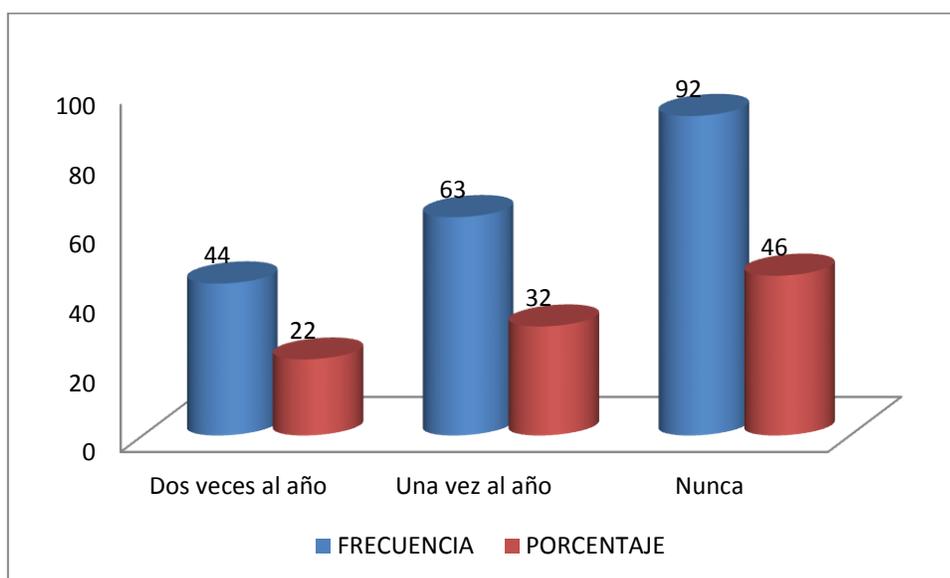
Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los estudiantes consumen carbohidratos en el recreo lo que según Gustavo Moncada es un factor importante para la formación de la caries.

GRAFICUADRO # 10

FRECUENCIA DE CHARLAS

¿En tú colegio, con qué frecuencia recibes charlas sobre salud bucal?

Alternativas	F	%
Dos veces al año	44	22
Una vez al año	63	32
Nunca	92	46
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A la pregunta en tú colegio, con qué frecuencia recibes charlas sobre salud bucal de 199 estudiantes, 44 que corresponde a 22% respondieron dos veces al año; 63 que corresponde a 32% respondieron una vez al año y 92 que corresponde a 46% respondieron nunca.

(Charlas sobre salud bucal) **“lo óptimo sería que las prestaciones preventivas le llegaran al destinatario directamente en su entorno vital, es decir, en especial en los colegios, jardines de infancia, familias, barrios de la ciudad, puestos de trabajo; de esta forma especialmente las personas con mayor riesgo de salud y /o con condiciones de salud desfavorables desde el punto de vista social pueden ser tratados de forma controlada”** Valoración y Profilaxis, D. Heidemann pág. 308 Editorial MASSON S.A 2007.

Según los resultados obtenidos un gran porcentaje de estudiantes respondieron que si reciben charlas, sin embargo cierto grupo contestó que nunca reciben charlas, para D. Heidemann lo óptimo sería que las prestaciones preventivas le llegaran al destinatario directamente en su entorno social.

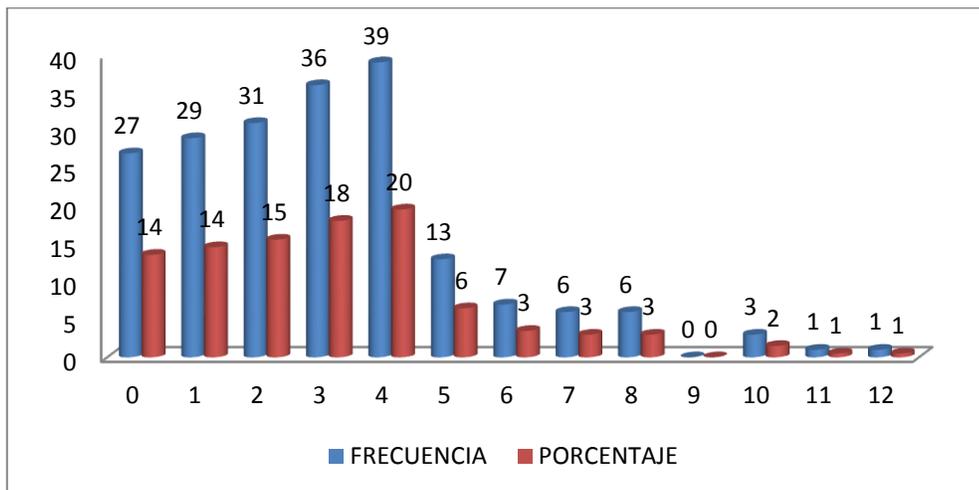
7.1.2.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

GRAFICUADRO # 1

INDICADOR CPO

Piezas Cariadas

Alternativas	F	%
0	27	14
1	29	14
2	31	15
3	36	18
4	39	20
5	13	6
6	7	3
7	6	3
8	6	3
9	0	0
10	3	2
11	1	1
12	1	1
TOTAL	199	100



FUENTE: Historia Clínica realizada a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

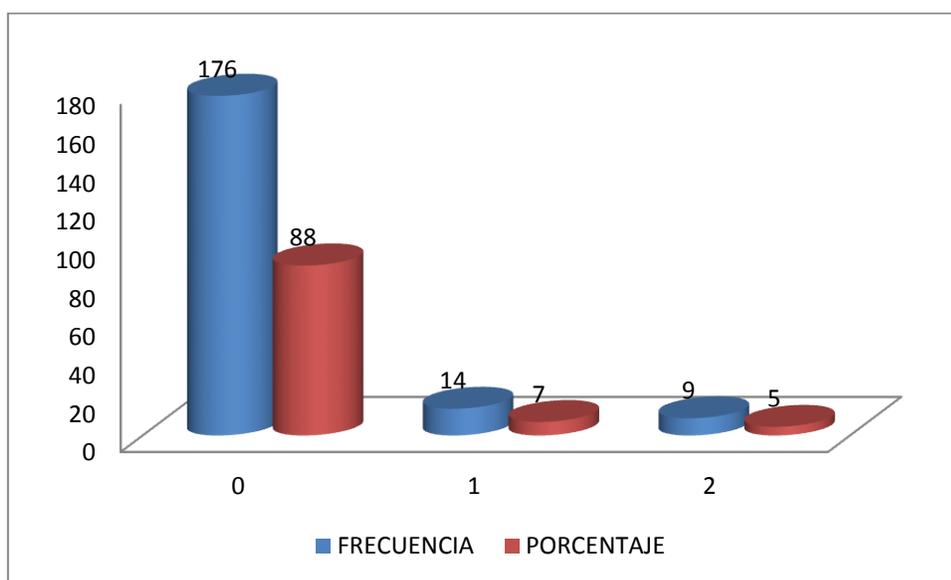
A las historias clínicas realizadas de 199 estudiantes, 27 que corresponde a 14% no tienen caries; 29 que corresponde a 14% tienen una caries; 31 que corresponde a 15% tienen dos caries; 36 que corresponde a 18% tienen 3 caries; 39 que corresponde a 20% tienen 4 caries; 13 que corresponde a 6% tienen 5 caries; 7 que corresponde a 3% tienen 6 caries; 6 que corresponde a 3% tienen 7 caries; 6 que corresponde a 3% tienen 8 caries; 3 que corresponde a 2% tienen 10 caries; 1 que corresponde a 1% tienen 11 caries y 1 que corresponde a 1% tienen 12 caries.

(Caries) “La elevada ingesta de azúcares refinados ocasiona un aumento del índice de dientes cariados, extraídos u obturados por caries” Operatoria Dental Barrancos Mooney pag 556, Editorial Médica Panamericana 2006.

Según los datos obtenidos se puede determinar que la mayoría de los estudiantes tienen caries, para Barrancos Mooney la elevada ingesta de azúcares aumenta el índice de caries.

GRAFICUADRO # 2
INDICADORES CPO
PERDIDOS

Alternativas	F	%
0	176	88
1	14	7
2	9	5
TOTAL	199	100



FUENTE: Historia Clínica realizada a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando

Análisis e interpretación.

A las historias clínicas realizadas de 199 estudiantes, 176 que corresponde a 88% han perdido piezas dentarias permanentes; 14 que corresponde a 7% han perdido una pieza dentaria permanente y 9 que corresponde a 5% han perdido dos piezas dentarias permanentes.

“Los primeros molares son los dientes que con más frecuencia se pierden por problemas de caries” Ortodoncia Clínica y Terapéutica José Canut, pág. 234 MASSON S.A 2005.

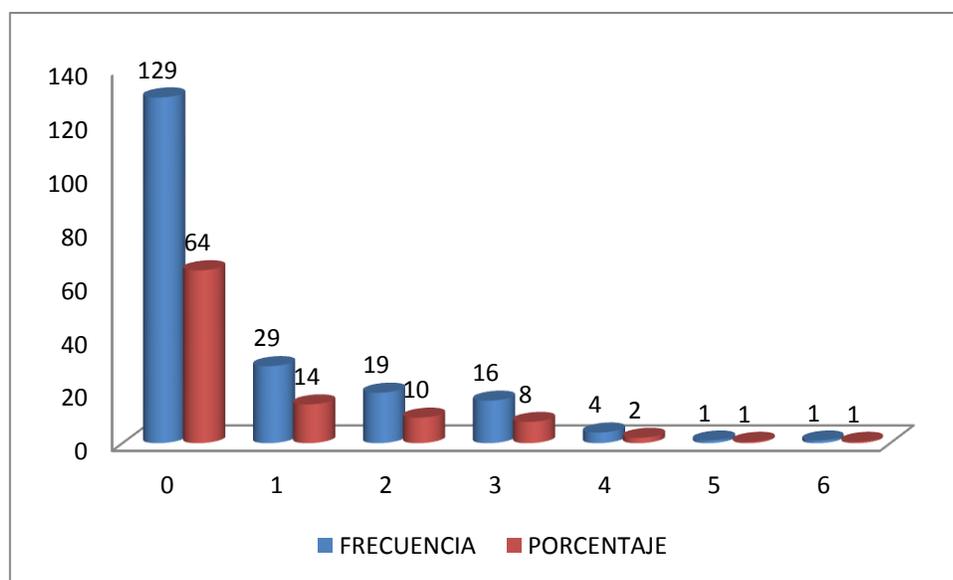
Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de estudiantes no han perdido piezas dentarias permanentes, para José Canut los primeros molares se pierden con más frecuencia.

GRAFICUADRO # 3

INDICADORES CPO

OBTURADOS

Alternativas	F	%
0	129	64
1	29	14
2	19	10
3	16	8
4	4	2
5	1	1
6	1	1
TOTAL	199	100



FUENTE: Historia Clínica realizada a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A las historias clínicas realizadas de 199 estudiantes, 129 que corresponde a 64% no tienen dientes obturados; 29 que corresponde a 14% tienen una obturación; 19 que corresponde a 10% tienen dos obturaciones; 16 que corresponde a 8% tienen tres obturaciones; 4 que corresponde a 2% tienen cuatro obturaciones; 1 que corresponde a 1% tiene cinco obturaciones y 1 que corresponde a 1% tiene seis obturaciones.

“Los tratamientos restauradores preventivos o restauradores deben obtener como resultado el mantenimiento o el restablecimiento de la forma, la función y la estética, así como el de la integridad fisiológica del diente en relación armónica con la estructura dental remanente y los tejidos blandos.” Odontología Restauradora Salud y Estética, Nocchi Conceicao, pág. 2 Editorial Médica Panamericana 2008.

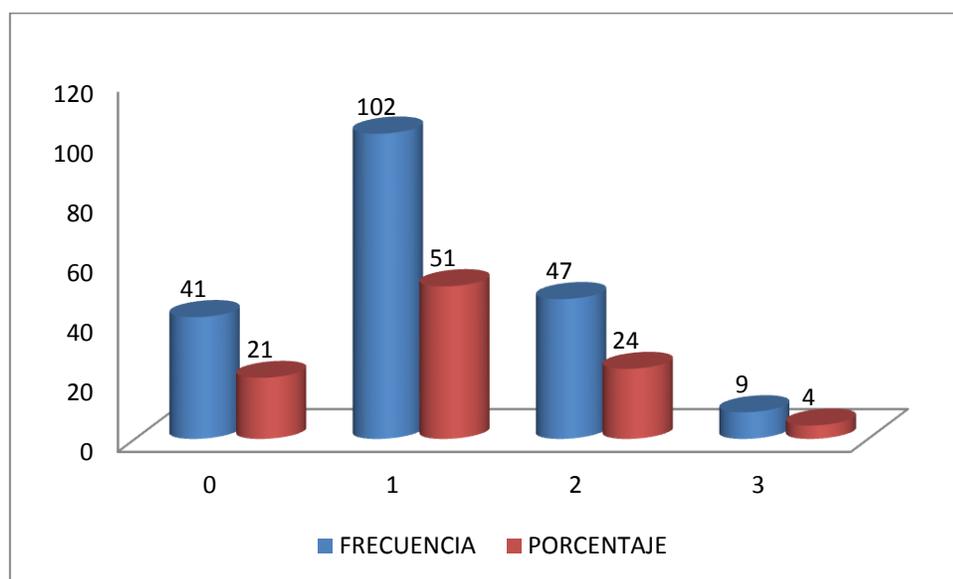
Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de estudiantes no tienen ninguna obturación, para Nocchi Conceicao los tratamientos restauradores deben mantener la forma, la función y la estética de los dientes.

.GRAFICUADRO # 4

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

ÍNDICE DE PLACA

Alternativas	F	%
0	41	21
1	102	51
2	47	24
3	9	4
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

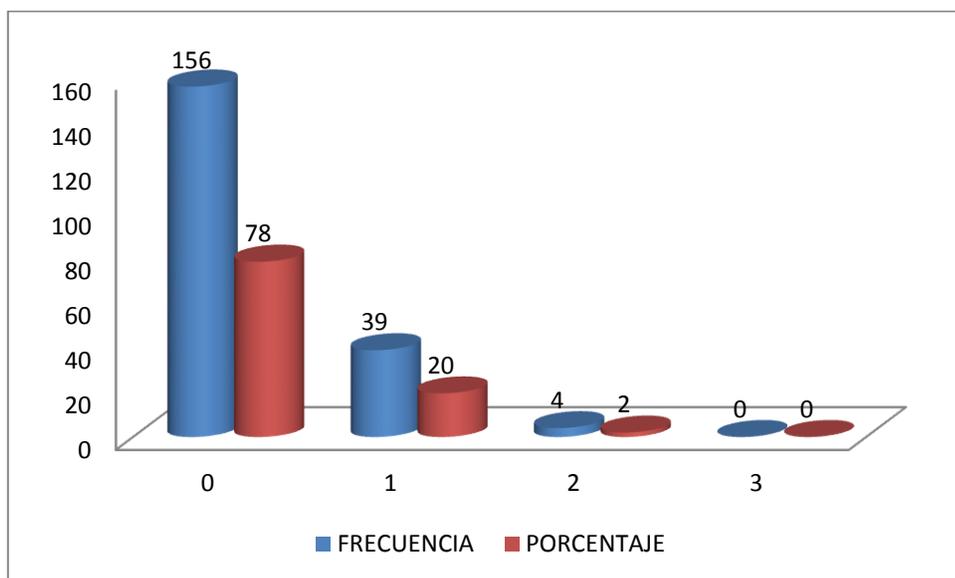
A las historias clínicas realizadas de 199 estudiantes, 41 que corresponde a 21% tienen un índice de placa cero; 102 que corresponde a 51% tienen un índice de placa uno; 47 que corresponde a 24% tienen un índice de placa dos y 9 que corresponde a 4% tienen un índice de placa tres.

(La placa) **“Se puede definir como una zooglea formada por una serie de microorganismos aglutinados en un hábitat común y contenidos por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente.”**
Odontología Gustavo Barrios pág. 261, Editorial Ltda 2004.

Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de estudiantes presenta un índice de placa uno, lo que para Gustavo Barrios es una zooglea que los une y adhiere a la superficie del diente.

GRAFICUADRO # 5
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA
ÍNDICE DE CÁLCULO

Alternativas	F	%
0	156	78
1	39	20
2	4	2
3	0	0
Total	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

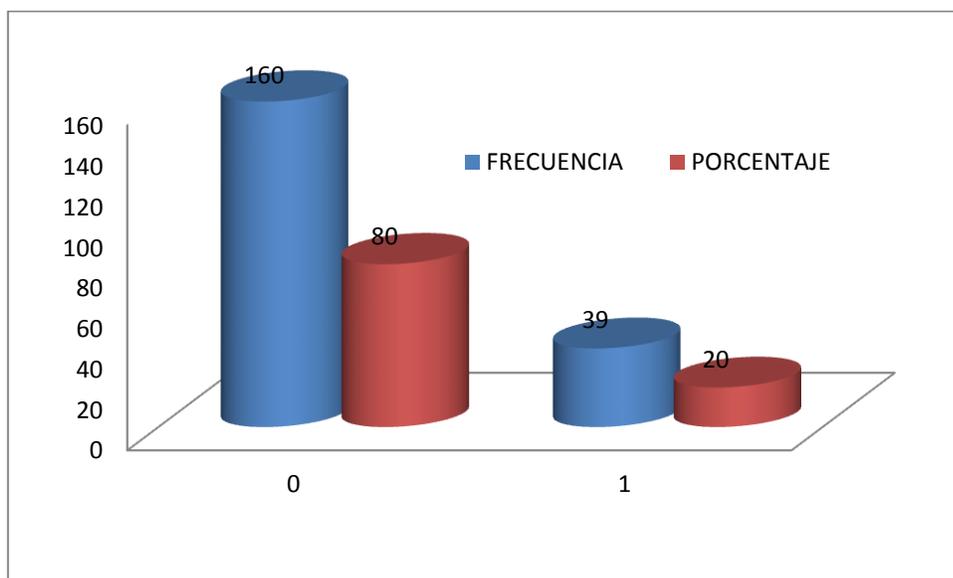
A las historias clínicas realizadas de 199 estudiantes, 156 que corresponde a 78% tienen un índice de cálculo cero; 39 que corresponde a 20% tienen un índice de cálculo uno; 4 que corresponde a 2% tienen un índice de cálculo dos.

(Cálculo dental) **“Es una masa de tipo orgánica calcificada, dura y se encuentra en íntima relación con el tejido gingival”** Odontología Gustavo Barrios pág. 285, Editorial Ltda 2004.

Según los resultados obtenidos la mayoría de estudiantes tienen un índice de cálculo cero sin embargo cierto grupo presenta un índice de cálculo uno, para Gustavo Barrios el cálculo se encuentra en íntima relación con el tejido gingival.

GRAFICUADRO # 6
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA
ÍNDICE DE GINGIVITIS

Alternativas	F	%
0	160	80
1	39	20
TOTAL	199	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

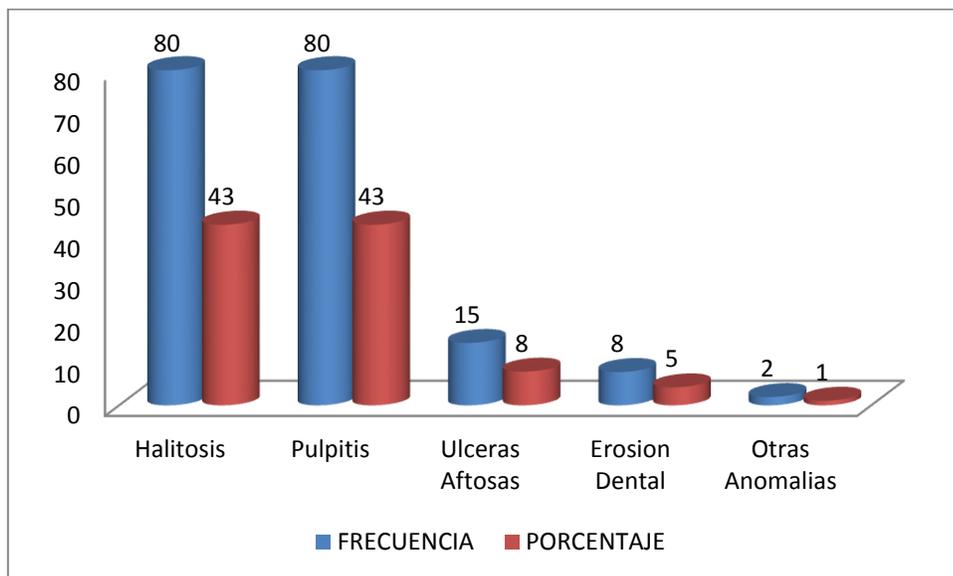
A las historias clínicas realizadas de 199 estudiantes, 160 que corresponde a 80% no tienen gingivitis y 39 que corresponde a 20% tienen gingivitis.

“La gingivitis inducida por placa comienza en el margen gingival y se puede extender a todo el resto de los tejidos gingivales” Periodontología Clínica e Implantología Odontológica Lindhe pág. 408, Editorial Médica Panamericana 2008.

Según los resultados obtenidos la mayoría de estudiantes no presentan gingivitis, para Lindhe la gingivitis se puede extender al resto de tejidos gingivales.

GRAFICUADRO # 7
HALLAZGOS CLÍNICOS

Alternativas	F	%
Halitosis	80	43
Pulpitis	80	43
Ulceras Aftosas	15	8
Erosión Dental	8	5
Otras Anomalías	2	1
TOTAL	185	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Julio César Hidrovo Cedeño, Diana Carolina Moncayo Sabando.

Análisis e interpretación.

A las historias clínicas realizadas de 199 estudiantes, 80 que corresponde a 43% tienen halitosis; 80 que corresponde a 43% tienen pulpitis; 15 que corresponde a 8% tienen úlceras aftosas; 8 que corresponde a 5% tienen erosión dental y 2 que corresponde a 1% tienen otras anomalías.

“La mayoría de las enfermedades orales más comunes y de sus secuelas tienen un impacto directo sobre la calidad de vida de los pacientes” Odontología Preventiva y Comunitaria, Emily Cuenca, pág 8 Editorial MASSON S.A 2005.

Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los estudiantes presentan halitosis y pulpitis, según Emily Cuenca las enfermedades orales tienen un impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.

7.2.- Conclusiones

Luego de realizada la investigación se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de los estudiantes (52%) dicen que si acuden al odontólogo para hacerse una profilaxis, el 92% que si cepillan la lengua y el 41% que cepillan sus dientes tres veces al día, lo que se contrapone a lo encontrado en las historias clínicas.
2. La gran mayoría de los estudiantes presentan un alto índice de caries, placa bacteriana, además se encontraron halitosis, pulpitis, aftas bucales y erosión dental.
3. El colegio no lleva un control odontológico periódico y constante de sus estudiantes, no lleva un registro de los pacientes atendidos ni de los tratamientos brindados a ellos y no existe una programación de educación en salud oral llevada por el departamento de odontología y a esto se suma que en el colegio no se les brinda un buen control de salud oral preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrancos, M. J. (2006). *Operatoria Dental*. (4° Edición). Buenos Aires-Argentina. Panamericana.
2. Barrios, G. (2004). *Odontología* (nueva edición). Editar Ltda.
3. Canut, J. (2005). *Ortodoncia Clínica y Terapéutica*. (2° Edición). Barcelona España. MASSON S.A.
4. Conceicao, N. (2008). *Odontología Restauradora Salud y Estética* (2° Edición). Buenos Aires – Argentina. Editorial Médica Panamericana.
5. Cuenca, E. (2005). *Odontología Preventiva y Comunitaria Principios Métodos y Aplicaciones* (3° edición). Barcelona- España. MASSON S.A.
6. Cuniberti, N. (2009). *Lesiones Cervicales no Cariosas* (1° Edición). Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana.
7. Fuenmayor, V. (2009) *Manual de Higiene Bucal*. (1° Edición). Madrid-España. Editorial Médica Panamericana.
8. Heidemann, D. (2007). *Valoración y Profilaxis* (4° Edición), Barcelona-España, MASSON S.A.
9. Ingle, J. (2005). *Endodoncia*. (5° edición). México. Interamericana S.A.
10. Laserna V. (2008). *Higiene Dental Personal Diaria*. Canadá. Corpyrighr.
11. Lindeh, (2008). *Periodontología Clínica e Implantología Odontología*. (5° Edición). Madrid – España. Editorial Médica Panamericana.
12. Moncada, G. (2008). *Cariología Clínica Bases Preventivas y Restauradoras* (1°Edición). Santiago-Chile.

13. Sapp J. (2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea (2º Edición). Madrid – España. Mosby.
14. <http://www.odontologiargentina.com>
15. <http://www.actaodontologica.com>
16. <http://www.odonto-red.com>
17. <http://www.alimentación-sana.com>
18. <http://www.colgate.com>
19. <http://www.deltadent.com>
20. <http://www.odontologia-online.com>
21. <http://www.odontoweb.net>
22. <http://www.apdent.com>
23. <http://www.saludymedicinas.com>

PROPUESTA

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

TÍTULO.

Ciclo de charlas educativas de Prevención en Salud Oral dirigido a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del colegio Nacional “Olmedo”.

ENTIDAD EJECUTORA.

Estudiantes de octavo año básico sección vespertina del colegio Nacional “Olmedo”.

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Tipo: Social de orden: educativo.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA.

El colegio Nacional “Olmedo” se encuentra ubicado al sureste de la ciudad de Portoviejo en la parroquia Andrés de Vera al norte: por la avenida metropolitana, al sur con la ciudadela Bellavista, al este con la empresa EDIASA, al oeste con casas habitadas.

2.- JUSTIFICACIÓN.

Según los resultados obtenidos se pudo detectar que el mayor problema existente en los estudiantes del colegio Nacional “Olmedo” es la presencia de enfermedades bucales, debido al escaso control odontológico y el poco conocimiento sobre salud oral.

Los estudiantes de octavo año básico tienen escaso conocimiento sobre cuáles son los métodos de prevención oral adecuados, el consumo de carbohidratos es muy elevado, no tienen una frecuencia de cepillado dental correcta e incluso solo acuden al odontólogo cuando tienen alguna molestia.

Mediante charlas sobre prevención oral y entrega de trípticos informativos a los estudiantes, podrán afianzar sus conocimientos, lo cual les ayudará a disminuir el índice de enfermedades bucales.

3.- MARCO INSTITUCIONAL.

En la presidencia del Dr. Rodrigo Borja en el año 1988 siendo secretario del Colegio Nacional “Olmedo” el Ab. Nieto, se consiguió el primer equipo odontológico con el cual se empezó atender a los estudiantes, profesores y personal administrativo.

Al inicio los internos de varias universidades fueron los que brindaron sus servicios en el departamento odontológico, después se contrató al Dr. Guido Sabando, que trabajó tanto en la sección matutina como vespertina, luego ingresó el Dr. Eudoro Loor que primero fue docente del plantel, y después se lo trasladó al departamento odontológico. En el año 2000 ingresó el Dr. Ángel Obando que se encuentra hasta la actualidad en la institución en la sección vespertina.

En el departamento odontológico de la sección vespertina se cuenta con registros de los años 2003-2004, donde se realizaron 281 fichas dentales, 310 obturaciones provisionales, 118 obturaciones definitivas, 180 exodoncias, 374 profilaxis, 107 detartrajes, 34 recetas por procesos infecciosos.

En el año 2006 se realizaron: 210 exámenes bucales, 63 profilaxis, 58 exodoncias, 29 operatorias provisionales, 16 operatorias definitivas, 36 detartrajes, 112 técnicas de cepillado, 35 tratamientos infecciosos recetados, 71 fichas odontológicas, 7 charlas preventivas dirigidas a los estudiantes.

En los años posteriores también hubo asistencia al departamento pero no con tanta prevalencia, e incluso debido al número de estudiantes se dificulta la atención.

El departamento odontológico cuenta con un equipo dental en estado deficiente, ciertos instrumentales en mal estado, algunos de los materiales odontológicos que

poseen ya han caducado, no cuentan con selladores oclusales ni flúor entre los materiales de prevención oral.

4.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Disminuir el índice de enfermedades bucales que presentan los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Mejorar los conocimientos que poseen los estudiantes de octavo año básico sobre salud oral mediante charlas educativas referentes al tema.
2. Concienciar a los estudiantes sobre la importancia de los cuidados que deben brindar diariamente a su cavidad bucal mediante la entrega de trípticos informativos sobre prevención oral.

5.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

El proyecto tiene como fin disminuir el índice de enfermedades bucales en los estudiantes del Colegio Nacional “Olmedo”, para lo cual se dieron charlas educativas sobre prevención oral.

Para que los estudiantes puedan mejorar sus conocimientos sobre salud oral, en las charlas se trataron temas como la visita odontológica, métodos de higiene bucal como cepillo dental, dentífricos, colutorios, hilo dental y la técnica de cepillado, también se habló sobre cuál es la alimentación adecuada que deben tener para evitar la presencia de enfermedades bucales.

Se entregaron trípticos a los estudiantes al final de las charlas para que puedan concienciar sobre los cuidados que deben tener con sus piezas dentales.

6.- BENEFICIARIOS.

Estudiantes de octavo año básico sección vespertina del colegio Nacional “Olmedo”.

7.- DISEÑO METODOLÓGICO

Para el diseño de este proyecto se realizaron tres fases que se describen a continuación:

FASE 1: Socialización.

El día 14 de diciembre de 2010 se acudió al Colegio Nacional “Olmedo” para dar a conocer los resultados de la investigación realizada a las autoridades del plantel y realizar una programación de charlas educativas programadas para los estudiantes de octavo año básico sección vespertina. En la misma se suscribió un acta de compromiso para la sostenibilidad de la propuesta.

FASE 2: Elaboración del material educativo.

Los días 13 y 14 de diciembre de 2010 se procedió a la elaboración del material con el cual se dictaron las charlas y de los trípticos que fueron entregados a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional “Olmedo”.

FASE 3: Realización de las charlas y entrega de trípticos.

Se realizaron los días 15 (paralelos A,B,C), 16 (paralelos D,E,F) y 17 (paralelos G,H) de diciembre de 2010, cada charla tuvo una duración de 15 minutos, y al finalizar se hizo la entrega de los trípticos.

8.-CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN.

PROGRAMACIÓN	MES				
	DICIEMBRE				
	13	14	15	16	17
Socialización de los resultados con las autoridades del colegio y planificación de las charlas educativas		X			
Firma del acta de compromiso		X			
Elaboración del material educativo	X	X			
Realización de las charlas y entrega de trípticos			X	X	X

9.- PRESUPUESTO.

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuentes de Financiamiento	
					Autogestión	Aporte Externo
Oficios	2	Unidad	0.10	0.20	0.20	-----
Trípticos	500	Unidad	0.02	13.50	13.50	-----
Internet	2	Horas	1.00	2.00	2.00	-----
Tinta de impresión	2	Cartucho	20.00	20.00	40.00	-----
Proyector	1	Unidad	0	0	-----	institución
Total					55.70	-----

10.- SOSTENIBILIDAD.

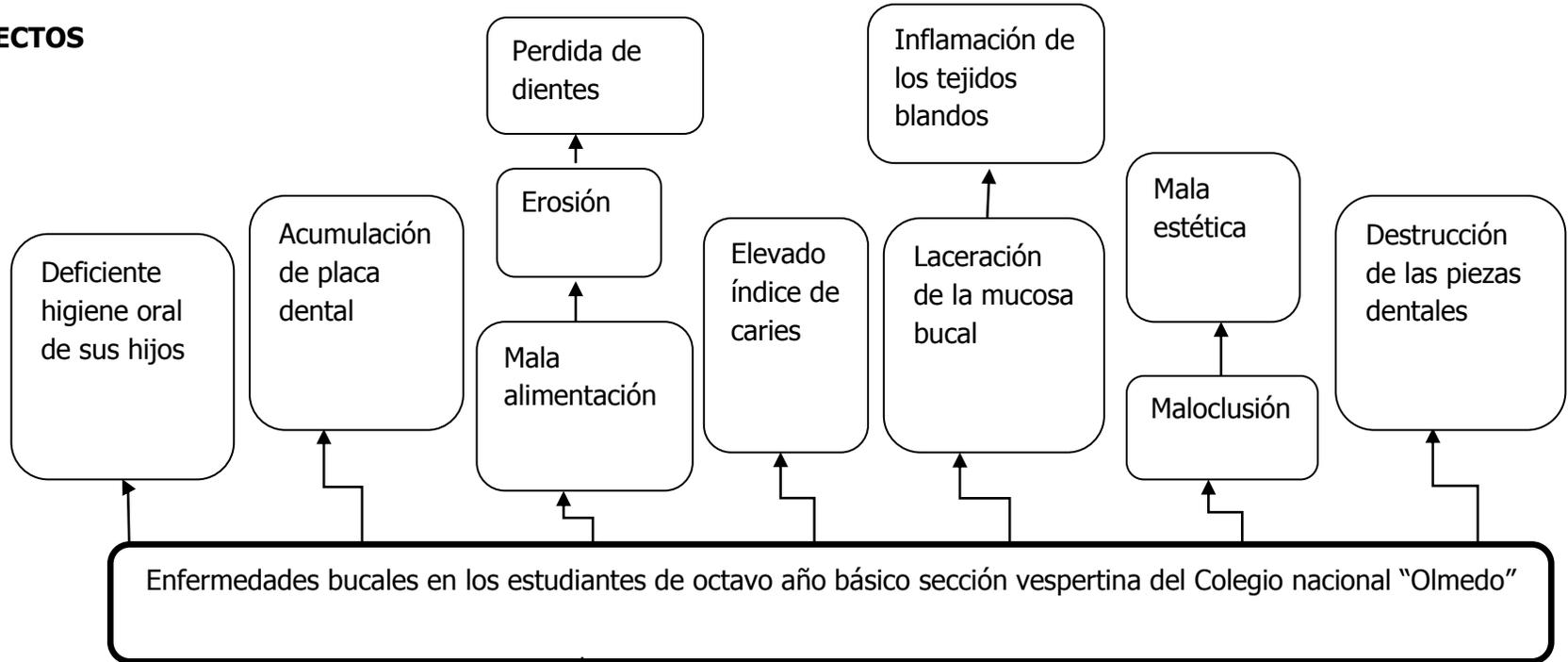
Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con los recursos necesarios y la aprobación y colaboración de las autoridades del plantel para la ejecución de las mismas, quienes se comprometen a continuar con las charlas educativas en forma trimestral y además a reproducir los trípticos educativos para que se sigan entregando a los nuevos estudiantes del plantel

11.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

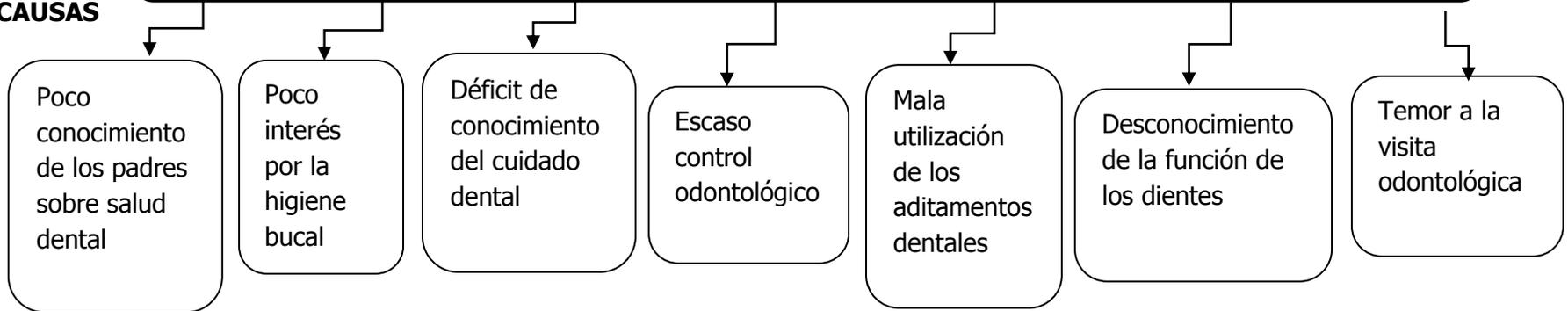
Esta propuesta fue financiada en su totalidad por los autores de la misma.

ANEXO 1

EFFECTOS



CAUSAS



CRONOGRAMA

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

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

PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuentes de Financiamiento	
					Autogestión	Aporte Externo
Fotocopias	650	Unidad	0.03	19.50	19.50	-----
Papel	3	Resma	4.50	13.50	13.50	-----
Internet	2	Meses	22.50	45.00	45.00	-----
Tinta de impresión	2	Cartucho	20.00	20.00	40.00	-----
Laptop	1	Unidad	776.00	776.00	776.00	-----
Espiralado	3	Unidad	1.20	3.60	3.60	-----
Total					897.60	-----

ANEXO 2



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FORMULARIO DE ENCUESTAS

Dirigida a los estudiantes de octavo año básico del Colegio Nacional “Olmedo”
Sobre salud oral

Indicaciones:

- a. Somos estudiantes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y solicitamos su colaboración para cumplir con nuestro objetivo en esta investigación.
- b. La encuesta es anónima con la finalidad de proporcionar la mayor facilidad posible al momento de realizarla.
- c. Se requiere que responda todas las preguntas del formulario con la mayor sinceridad posible.
- d. Por favor contestar únicamente una alternativa en cada pregunta.
- e. De antemano se les agradece su gentileza de haber colaborado en esta encuesta.

CONTENIDO:

1. ¿Con qué frecuencia acudes al odontólogo?
 - a. Cada seis meses
 - b. Una vez al año
 - c. Sólo cuando tengo molestias
 - d. Nunca
 - e. a y b
 - f. Otros
 - g. Ninguno
2. ¿Por qué motivos acudes al odontólogo?
 - a. Para curarme una caries
 - b. Para hacerme una limpieza
 - c. Para sacarme una muela
3. ¿Cada cuánto tiempo te realizas una profilaxis (limpieza dental)?
 - a. Dos veces al año
 - b. Una vez al año
 - c. Pasando más de un año
 - d. Nunca
4. ¿Al cepillarte los dientes también cepillas la lengua?
 - a. Si
 - b. No
5. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?
 - a. Una vez al día
 - b. Dos veces al día
 - c. Tres veces al día
 - d. Después de cada comida
 - e. Ninguna
6. ¿Qué utilizas para limpiar tus dientes?
 - a. Pasta y cepillo
 - b. Bicarbonato
 - c. a y b
 - d. Otros
 - e. Ninguno
7. ¿Con qué frecuencia cambias tu cepillo dental?
 - a. Cada tres meses
 - b. Cuando me acuerdo
 - c. Cuando se daña
8. ¿Con qué complementas tu higiene dental?
 - a. Enjuagues bucales
 - b. Hilo dental
 - c. Palillo de dientes
 - d. Ninguno
9. ¿En el recreo, que comes con mayor frecuencia?
 - a. Frutas frescas
 - b. Sánduches
 - c. Colas
 - d. Frituras (empanadas, deditos, choripán, etc.)
 - e. Dulces (chicles, chupetes, chocolates, etc.)
 - f. Agua
 - g. Jugos naturales
 - h. Nada
10. ¿En tú colegio, con qué frecuencia recibes charlas sobre salud bucal?
 - a. Dos veces al año
 - b. Una vez al año
 - c. Nunca



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
Carrera de Odontología
FORMULARIO DE ENTREVISTA
Dirigida al odontólogo
Sobre Salud Oral

INDICACIONES:

- a. Somos estudiantes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y solicitamos su colaboración para cumplir con nuestro objetivo en esta investigación.
- b. La información será confidencial

CONTENIDO:

1. ¿Cuáles son los tratamientos más frecuentes que se realizan en el departamento odontológico?
.....
.....
.....
.....
2. ¿Qué técnica de cepillado recomienda a los estudiantes?
.....
.....
.....
.....
3. ¿Enseña a los estudiantes el uso correcto del hilo dental?
.....
.....
.....
.....
4. ¿Aplica flúor a los estudiantes?
.....
.....
.....
.....

5. ¿Aplica sellantes a los estudiantes?
.....
.....
.....
.....
6. ¿Realiza profilaxis a los estudiantes?
.....
.....
.....
.....
7. ¿Lleva una historia clínica odontológica de cada uno de los estudiantes?
.....
.....
.....
.....
8. ¿Realiza controles odontológicos de cada uno de los estudiantes?
.....
.....
.....
.....
9. ¿Con qué frecuencia brinda charlas sobre salud oral a los estudiantes?
.....
.....
.....
.....
10. ¿Recomienda a los estudiantes el uso de chicles que contienen xilitol?
.....
.....
.....
.....

HISTORIA CLÍNICA



Realizada a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional "Olmedo"

N°

EDAD:

SEXO:

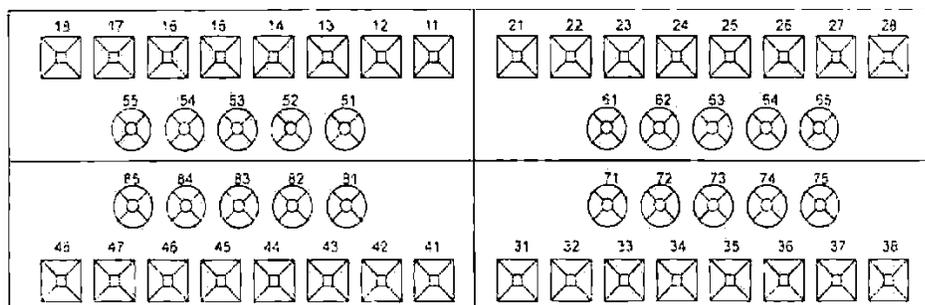
M	
---	--

F	
---	--

EXAMEN CLÍNICO:

LABIOS	PALADAR	LENGUA
MEJILLAS	PISO	A.T.M.

ODONTOGRAMA



Higiene Oral Simplificada					
PIEZAS DENTALES			PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16	17	55			
11	21	51			
26	27	65			
36	37	75			
31	41	71			
46	47	85			
TOTALES					

INDICES CPO				
D	C	P	O	TOTAL

HALITOSIS	
PULPITIS	
ULCERAS AFTOSAS	
EROSION DENTAL	
OTRAS ANOMALIAS	

MATRIZ DEL CONCENTRADO DE INDICADORES CPO

PACIENTES	C	P	O
1	3	0	0
2	6	0	0
3	3	0	0
4	2	0	0
5	2	0	0
6	3	0	1
7	4	0	0
8	4	0	3
9	3	0	1
10	4	0	0
11	2	0	0
12	0	0	0
13	4	0	0
14	5	0	2
15	0	0	0
16	4	0	0
17	4	0	0
18	2	0	0
19	3	0	0
20	4	0	0
21	7	0	0
22	5	0	0
23	10	0	0
24	4	0	0
25	4	0	0
26	1	0	0
27	3	0	0
28	4	0	0
29	3	0	0
30	6	0	0
31	6	1	0
32	3	0	0
33	4	0	0
34	1	0	0
35	5	0	0

36	4	0	1
37	8	0	0
38	4	0	0
39	1	0	0
40	1	0	0
41	2	0	2
42	2	0	0
43	2	2	0
44	4	0	0
45	8	0	0
46	0	0	3
47	4	2	0
48	3	0	0
49	8	0	0
50	5	0	1
51	0	1	0
52	3	0	0
53	2	0	0
54	0	0	0
55	1	0	1
56	0	0	0
57	1	0	0
58	3	0	0
59	11	0	0
60	3	1	2
61	3	0	2
62	5	0	1
63	1	0	0
64	4	0	0
65	0	0	0
66	3	0	0
67	0	0	0
68	4	0	0
69	4	0	0
70	3	0	0
71	7	0	0
72	0	0	0
73	1	0	0
74	2	0	2
75	1	0	3

76	12	0	0
77	2	0	0
78	2	0	2
79	0	0	0
80	4	0	5
81	2	0	1
82	2	0	0
83	0	0	0
84	3	0	0
85	2	0	4
86	3	0	1
87	1	0	3
88	6	2	2
89	4	0	0
90	1	0	0
91	4	0	0
92	4	0	1
93	4	2	0
94	3	1	0
95	4	0	0
96	1	2	0
97	2	0	0
98	8	0	0
99	3	0	0
100	0	0	1
101	3	0	0
102	1	0	3
103	3	0	3
104	3	0	0
105	3	0	2
106	0	0	1
107	4	0	0
108	2	0	1
109	4	1	1
110	4	0	3
111	1	0	0
112	3	1	0
113	1	0	0
114	2	0	0
115	5	0	0

116	3	1	0
117	1	0	0
118	1	0	0
119	1	0	0
120	1	1	1
121	3	0	1
122	4	0	0
123	0	0	0
124	2	0	2
125	2	0	0
126	6	0	1
127	1	0	0
128	0	0	0
129	2	0	2
130	1	0	2
131	0	0	1
132	2	0	0
133	5	0	0
134	4	1	0
135	2	0	0
136	1	0	0
137	8	0	0
138	0	0	0
139	10	0	0
140	2	0	1
141	0	0	2
142	1	2	0
143	2	0	3
144	7	1	2
145	3	0	3
146	1	0	0
147	0	0	0
148	3	0	4
149	1	0	0
150	3	0	6
151	5	0	3
152	4	0	2
153	4	0	4
154	0	0	3
155	1	0	1

156	0	0	3
157	3	0	1
158	2	0	4
159	3	0	0
160	7	0	0
161	6	1	3
162	0	0	1
163	0	0	1
164	4	1	1
165	2	1	0
166	0	0	2
167	1	0	0
168	5	0	0
169	2	2	0
170	4	0	0
171	3	1	0
172	4	0	0
173	2	0	0
174	4	0	0
175	2	0	0
176	7	0	3
177	4	0	0
178	3	0	0
179	0	2	1
180	10	0	0
181	3	0	1
182	5	0	0
183	0	0	2
184	0	0	0
185	8	0	0
186	3	0	0
187	5	0	6
188	2	0	1
189	5	0	2
190	4	0	2
191	4	0	0
192	1	0	1
193	2	0	1
194	6	0	3
195	7	0	0

196	1	0	2
197	5	2	0
198	4	0	3
199	3	0	1

**MATRIZ DEL CONCENTRADO DE INDICADORES DE
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA**

PACIENTES	P	C	G
1	1	0	0
2	1	1	0
3	2	1	1
4	1	0	0
5	1	0	0
6	1	1	0
7	1	2	1
8	2	2	1
9	1	0	0
10	2	1	0
11	0	0	0
12	1	0	0
13	1	0	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	1	0	0
17	2	1	1
18	0	0	0
19	1	0	0
20	1	0	0
21	2	1	1
22	0	0	0
23	2	1	1
24	0	0	0
25	3	0	1
26	1	0	0
27	2	1	1
28	0	0	0
29	1	0	0
30	2	1	1
31	1	0	0
32	0	0	0

33	0	0	0
34	1	0	0
35	2	1	1
36	1	0	0
37	1	1	0
38	0	0	0
39	0	0	0
40	1	0	0
41	0	0	0
42	2	1	1
43	1	1	1
44	0	0	0
45	2	0	1
46	1	0	0
47	2	0	0
48	1	0	0
49	2	1	1
50	1	0	0
51	0	0	0
52	1	0	0
53	2	1	1
54	1	0	0
55	0	0	0
56	2	0	0
57	0	0	0
58	1	0	0
59	1	0	0
60	1	0	0
61	1	0	0
62	1	0	0
63	0	0	0
64	2	0	0
65	0	0	0
66	2	1	1
67	1	0	0
68	2	0	0
69	1	0	0
70	2	1	1
71	1	0	0
72	1	0	0

73	0	0	0
74	1	0	0
75	2	1	1
76	2	1	1
77	2	0	0
78	2	1	1
79	0	0	0
80	1	0	0
81	2	1	1
82	1	0	0
83	0	0	0
84	1	0	0
85	2	1	1
86	1	0	0
87	1	0	0
88	1	0	0
89	0	0	0
90	2	1	1
91	3	1	1
92	1	0	0
93	1	0	0
94	1	0	0
95	1	0	0
96	1	0	0
97	1	0	0
98	3	2	1
99	2	0	0
100	1	0	0
101	1	0	0
102	1	0	0
103	1	0	0
104	0	0	0
105	2	1	1
106	1	0	0
107	1	0	0
108	1	0	0
109	2	2	1
110	2	0	0
111	3	0	0
112	1	0	0

113	1	0	0
114	1	0	0
115	2	0	0
116	1	0	0
117	1	0	0
118	1	0	0
119	1	0	0
120	3	1	1
121	1	0	0
122	1	0	0
123	0	0	0
124	2	1	0
125	1	0	0
126	2	0	1
127	1	0	0
128	0	0	0
129	2	1	0
130	1	0	0
131	1	0	0
132	1	0	0
133	1	0	0
134	1	0	0
135	1	0	0
136	2	0	0
137	1	0	0
138	0	0	0
139	2	1	0
140	3	0	0
141	1	0	0
142	2	0	0
143	1	0	0
144	3	1	1
145	1	0	0
146	1	0	0
147	1	0	0
148	2	0	0
149	0	0	0
150	3	1	1
151	1	0	0
152	0	0	0

153	1	0	0
154	0	0	0
155	2	0	0
156	1	0	0
157	1	0	0
158	3	1	1
159	1	0	0
160	0	0	0
161	2	1	1
162	1	0	0
163	0	0	0
164	1	0	0
165	0	0	0
166	2	0	0
167	0	0	0
168	1	1	1
169	1	0	3
170	2	1	1
171	2	1	0
172	1	0	0
173	1	0	0
174	1	0	0
175	1	0	0
176	1	0	0
177	0	0	0
178	0	0	0
179	2	1	1
180	0	0	0
181	1	0	0
182	1	0	0
183	2	0	0
184	0	0	0
185	1	0	0
186	1	0	0
187	1	0	0
188	2	1	1
189	0	0	0
190	1	0	0
191	0	0	0
192	1	0	0

193	0	0	0
194	1	0	0
195	1	0	1
196	2	1	1
197	1	0	0
198	1	0	0
199	0	0	0

IMÁGENES DE MARCO TEÓRICO



fig. 1. pág.7

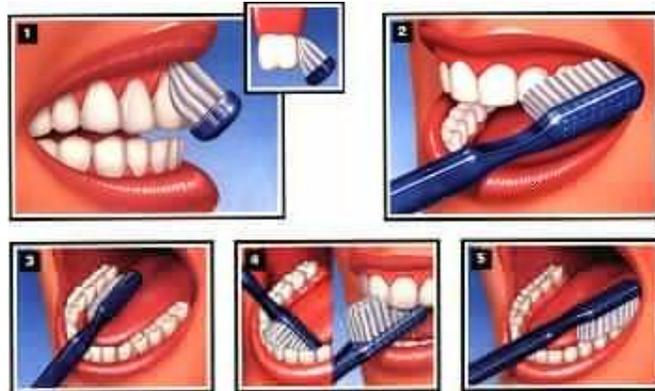


fig. 2 pág. 2



fig. 3 pág. 25



fig. 4 pág 30



fig. 5 pág 32



fig. 6 pág.34



fig. 7 pág. 39



fig.8 pág. 43



fig. 9 pág. 44



fig 10 pág. 48

ENCUESTAS



ENTREVISTA





UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
Carrera de Odontología
FORMULARIO DE ENTREVISTA
Dirigida al odontólogo
Sobre Salud Oral

Indicaciones:

- a. Somos estudiantes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y solicitamos su colaboración para cumplir con nuestro objetivo en esta investigación.
- b. La información será confidencial.

CONTENIDO

1. ¿Cuáles son los tratamientos más frecuentes que se realizan en el departamento odontológico?

Extracciones, curaciones,
limpiezas, se receta a los
estudiantes

2. ¿Qué técnica de cepillado recomienda a los estudiantes?

La técnica general de
limpieza hilo dental
en forma bucal

3. ¿Enseña a los estudiantes el uso correcto del hilo dental?

Si, junto con la técnica
de cepillado, la mayoría de
los estudiantes no la utilizan

4. ¿Aplica flúor a los estudiantes?

No, se aplica a los
estudiantes

5. ¿Aplica sellantes a los estudiantes?

No, no se aplica

6. ¿Realiza profilaxis a los estudiantes?

Si, se realizan bastante
profilaxis

7. ¿Lleva una historia clínica odontológica de cada uno de los estudiantes?

No, actualmente porque los
estudiantes no acuden al departamento
odontológico

8. ¿Realiza controles odontológicos periódicos a los estudiantes?

Por lo general a los estudiantes
de primer año

9. ¿Con qué frecuencia brinda charlas sobre salud oral a los estudiantes?

Una vez al año o hasta 2
veces, solo a los estudiantes
de primer año

10. ¿Recomienda a los estudiantes el uso de chicles que contienen xilitol?

No, porque recomiendo no comer
dulces a los alumnos

HISTORIAS CLÍNICAS



ANEXO 3

LIC. SERGIO TOALA
RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL OLMEDO
2010-09-21
09:40
ee

Portoviejo, 21 de septiembre del 2010

Señor Lic.

Sergio Toala

RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL OLMEDO

Ciudad.

De nuestras consideraciones:

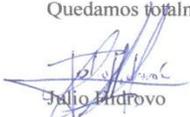
Por medio de la presente nos dirigimos a Ud. deseándole éxitos en sus funciones.

El motivo del particular es para darle a conocer las actividades que pretendemos realizar en el departamento de odontología de la sección vespertina con el fin de realizar nuestra tesis de grado:

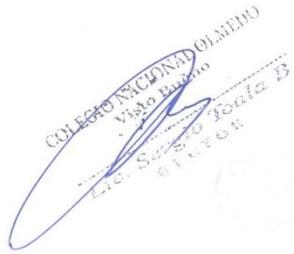
- ◆ Se investigarán los métodos de higiene bucal de los estudiantes.
- ◆ Así mismo se orientará a los estudiantes sobre los cuidados dentales.
- ◆ Se evaluará el grado de información que tienen los alumnos sobre salud dental.
- ◆ Se realizarán fichas odontológicas a los estudiantes de octavo año básico.
- ◆ Se brindarán charlas preventivas a los estudiantes.

Es todo lo que le podemos informar.

Quedamos totalmente agradecidos


Julio Endrovo


Diana Moncayo



2010-12-14 05:10
M

Portoviejo 14 de diciembre de 2010

Señor Lic.

Sergio Toala

SEÑOR RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL "OLMEDO"

Ciudad.

De nuestras consideraciones.

Mediante el siguiente nos permitimos dirigirnos a Ud. Siendo estudiantes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, para que nos permita realizar charlas en la sala de audiovisuales del plantel, sobre prevención oral a los estudiantes de octavo año básico de la sección vespertina y hacer la entrega de trípticos, los cuales son los objetivos de nuestra propuesta en la tesis que estamos realizando en su plantel, previo a la obtención del título de odontólogos.

Las charlas tendrán una duración de 15 minutos por paralelo, se pretende realizarlas entre los días 15 (A, B, C), 16 (D, E, F) y 17 (G, H) de diciembre del presente año, contando con su respectiva aprobación.

Seguros de contar con su aprobación estamos muy agradecidos.

ATENTAMENTE

Julio César Hidrovo Cedeño

Diana Carolina Moncayo Sabando

ACTA DE COMPROMISO

Siendo las 14:h00 horas del día martes 14 del mes de diciembre del año 2010, en el rectorado del colegio Nacional "Olmedo" se reúne el Lic. Sergio Toala Baque Rector de la entidad, Dr. Ángel Obando Odontólogo en la sección vespertina por un lado, y Sra. Diana Carolina Moncayo Sabando, Sr. Julio César Hidrovo Cedeño, Egresados de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo por el otro lado, con la finalidad de suscribir un acta de compromiso entre ambas partes, en el que se llega a los siguientes acuerdos:

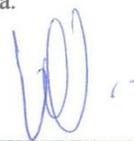
1. Los Egresados de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Sra. Diana Carolina Moncayo Sabando, Sr. Julio César Hidrovo Cedeño, se comprometen a brindar un Ciclo de Charlas Educativas de Prevención en Salud Oral a los estudiantes del octavo año básico, sección vespertina del colegio Nacional "Olmedo", con la ayuda de material de apoyo (Cd) realizado por ellos, y además la entrega de trípticos educativos a los mismos.
2. Los representantes del colegio Nacional "Olmedo", Lic. Sergio Toala Baque, en su calidad de Rector, y el Dr. Ángel Obando, en su calidad de Odontólogo de la sección vespertina se comprometen a continuar con la propuesta educativa titulada "Ciclo de Charlas Educativas de Prevención en Salud Oral a los estudiantes de octavo año básico sección vespertina del Colegio Nacional "Olmedo" , entregada por los egresados, en forma trimestral, así mismo se comprometen a reproducción y entrega de trípticos educativos a estudiantes que ingresen a la institución.
3. Para la ejecución de las charlas el Odontólogo deberá utilizar el material de apoyo (Cd con información sobre prevención oral.) entregado por la Egresados de la Universidad San Gregorio de Portoviejo de la Carrera de Odontología.

Por la presente quienes suscriben se comprometen a cumplir con lo establecido.

Luego de leída la presente acta siendo las 14:h00 del mismo día se suscribe tres originales en señal de conformidad asumiendo los compromisos que en ella contenga.



Lic. Sergio Toala Baque
RECTOR



Dr. Ángel Obando
ODONTÓLOGO



Sra. Diana Moncayo Sabando
EGRESADA USGP



Sr. Julio Hidrovo Cedeño
EGRESADO USGP

ACTA DE COMPROMISO



Lic. Sergio Toala Baque
RECTOR



Dr. Ángel Obando
ODONTÓLOGO

CHARLAS



TRIPTICOS

