



UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“LA CULTURA EN SALUD ORAL DE LOS PADRES
DE LAS NIÑAS DE LA ESCUELA FRANCISCO PACHECO
Y SU INCIDENCIA EN LA PÉRDIDA DE LOS PRIMEROS
MOLARES PERMANENTES”**

PERÍODO OCTUBRE 2009 – FEBRERO 2010

AUTOR:

Darío Javier Cevallos Loor

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Marco Flores Ordóñez

Portoviejo - Manabí - Ecuador

2010



CERTIFICACIÓN

Dr. Marco Flores, certifica que la tesis de investigación titulada:

**“LA CULTURA EN SALUD ORAL DE LOS PADRES
DE LAS NIÑAS DE LA ESCUELA FRANCISCO PACHECO
Y SU INCIDENCIA EN LA PÉRDIDA DE LOS PRIMEROS
MOLARES PERMANENTES”**

Es original del Sr. DARÍO JAVIER CEVALLOS LOOR la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....
Dr. Marco Flores Ordóñez
DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“LA CULTURA EN SALUD ORAL DE LOS PADRES
DE LAS NIÑAS DE LA ESCUELA FRANCISCO PACHECO
Y SU INCIDENCIA EN LA PÉRDIDA DE LOS PRIMEROS MOLARES
PERMANENTES”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

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

Dra. Gladys Vaca Mg. Sc.
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dr. Marco Flores OrdoñezMg.Sp
DIRECTOR DE TESIS.

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg.Sc.
1er.MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Bernardita NavarreteMg.Gs
2do.MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Ramiro Molina Cedeño
SECRETARIO ACADÉMICO

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme iluminado permitiéndome terminar con éxitos mi carrera estudiantil, y por haberme ayudado en los momentos más difíciles de mi vida, al señor Ider Acosta que ha sido como un padre durante todo este tiempo gracias a él he podido cumplir el objetivo más grande de mi vida el cual es ser un profesional, a mi mamá porque desde muy pequeño me enseñó la importancia del estudio e inculcaron en mí los valores morales que hoy hacen posible que mi esfuerzo y sacrificio en el estudio y en esta investigación tengan los frutos añorados.

A la luz de mis ojos mi hija Amy Juliana Cevallos Rojas que me a dado las fuerzas y las ganas de seguir adelante y de cumplir mis metas le dedico este triunfo

Darío

AGRADECIMIENTO

A Dios que con su infinito amor nos acompaña en cada paso de nuestra vida.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo especialmente a la carrera de Odontología por instruir con excelencia, calidad y esfuerzo a jóvenes que buscan en ella superarse profesionalmente.

Al Dr. Marco Flores Ordóñez director de tesis, quien con responsabilidad y sabios consejos supo guiarme durante el desarrollo de la tesis.

A los profesores por compartir sus conocimientos y experiencias con nosotros, enseñándonos que quien estudia es un ser humano de éxito, que nada es imposible si lo deseamos con vehemencia y que nuestro triunfo será el de nuestros seres queridos.

A mis padres guía permanente de nuestra vida por permanecer a mi lado y confiar en mí.

A la señora abogada Nelly Amparo Zambrano Mera directora de la Escuela fiscal de niñas Francisco Pacheco y a todo su cuerpo administrativo que me abrieron las puertas para realizar este trabajo investigativo.

Y a mis compañeros por compartir largas horas de estudio y momentos inolvidables durante la vida universitaria.

Darío

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| INTRODUCCIÓN | ii |
| ANTECEDENTES | iii |
| CAPITULO I | |
| 1.1 Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2 Formulación del problema. | 1 |
| CAPÍTULO II | |
| 2.1. Justificación | 2 |
| CAPITULO III | |
| 3. Objetivos | 3 |
| 3.1 Objetivos generales. | 3 |
| 3.2 Objetivos específicos. | 3 |
| CAPITULO IV | |
| 4.1 Hipótesis | 4 |
| 4.2 Hipótesis general | 4 |
| 4.3 Hipótesis específicas | 4 |
| CAPITULO V | |
| 5. MARCO TEÓRICO | 5 |
| 5.1. Marco Institucional | 5 |
| 5.2. Salud Oral | 6 |
| 5.2.1 La Cultura en Salud Oral | 7 |
| 5.2.2 Entorno familiar | 8 |
| 5.2.3 Entorno escolar | 9 |
| 5.2.4 Importancia de acudir a la consulta odontológica | 11 |

| | |
|--|----|
| 5.2.5 Falta de educación odontológica | 14 |
| 5.2.6 Tareas que se deben realizar para una buena salud oral | 19 |
| 5.3 Medidas de prevención | 19 |
| 5.3.1 Medidas dietéticas | 19 |
| 5.3.2 Higiene oral | 22 |
| 5.3.3 Uso del flúor | 29 |
| 5.3.4 Uso de los sellantes | 31 |
| 5.4 Primeros molares permanentes | 34 |
| 5.4.1 Consecuencia de la pérdida de piezas dentarias permanentes.. | 35 |
| 5.4.2 Importancia de conservar completa la dentición permanente.... | 36 |
| 5.4.3 La Caries dental. | 45 |
| 5.4.4 Caries en los primeros molares permanentes | 46 |
| 5.4.5 Exodoncia de piezas dentales permanentes debido a la caries.. | 47 |
| 5.4.6 Tratamiento para la pérdida de piezas dentales permanentes... | 49 |
| 5.4.7 Causas más frecuentes en la pérdida de piezas dentales permanentes. | 50 |
| 5.4.8 Tratamiento para evitar la pérdida de las piezas dentales permanente. | 51 |

CAPITULO VI

| | |
|---|----|
| 6. Metodología de la Investigación. | 52 |
| 6.1. Método | 52 |
| 6.1.1. Modalidad básica. | 52 |
| 6.1.2 Nivel o tipo de investigación | 52 |
| 6.1.3. Población | 52 |
| 6.1.3.1 Tamaño de la muestra | 53 |
| 6.1.3.2 Área de análisis de estudio | 53 |
| 6.1.4 Instrumentos y recolección de datos | 53 |
| 6.1.5 Plan de tabulación de datos | 53 |
| 6.2 Recursos | 54 |
| 6.2.1 Talento humano | 54 |
| 6.2.2 Recursos materiales | 54 |

| | |
|---|----|
| 6.2.3 Recursos económicos | 54 |
| 6.2.4 Recursos tecnológicos | 54 |
| 6.3 Desarrollo metodológico del cronograma | 55 |
| | |
| CAPITULO VII | |
| 7.1. Análisis e interpretación del concentrado epidemiológico | 56 |
| 7.2. Análisis e interpretación de los graficcuadros | 62 |
| | |
| CONCLUSIONES | 84 |
| | |
| RECOMENDACIONES | 85 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA | 86 |
| | |
| PROPUESTA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | 88 |
| | |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DEL CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

SEXTO AÑO BÁSICO "A" 56

CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

SEXTO AÑO BÁSICO "B" 58

CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

SEXTO AÑO BÁSICO "C" 60

ÍNDICE DE GRAFICUADROS

GRAFICUADRO N°1

¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día su hija ?..... 62

GRAFICUADRO N°2

¿Conoce cuáles son los medios de prevención?..... 64

GRAFICUADRO N°3

¿Conoce para que sirve los sellantes?..... 66

GRAFICUADRO N°4

¿Qué tipo de lonche lleva su hija a la escuela?..... 68

GRAFICUADRO N°5

¿Qué tipo de alimento consume su hija en casa?..... 70

GRAFICUADRO N°6

¿Cree usted que el tipo de alimentación que consume es buena para la salud oral de su hija? 72

GRAFICUADRO N°7

¿Le ha hablado a su hija de la higiene oral?..... 74

GRAFICUADRO N°8

¿Su hija recibe charlas de salud oral en la escuela?..... 76

GRAFICUADRO N°9

¿Lleva a un control odontológico a su hija? 78

GRAFICUADRO N°10

¿Qué tipo de atención odontológica recibe su hija?..... 80

GRAFICUADRO N°11

¿Después del consumo de alimentos en la escuela las niñas se Cepillan los dientes? 82

INTRODUCCIÓN

La cultura preventiva en salud oral es fundamental para el buen funcionamiento de la cavidad bucal y en nuestro medio no se toman las medidas preventivas necesarias para mantener una buena higiene oral, la población en general desconoce la importancia de conservar las piezas dentales lo que conlleva a pérdidas prematuras.

En nuestro medio es muy frecuente encontrar que las personas desde muy pequeños presentan gran cantidad de caries y que esto unido al descuido y poco conocimiento de los padres en la importancia de mantener una buena salud bucal, hace que estas caries avancen provocando la pérdida de los molares permanentes.

Al conversar con algunos odontólogos que están a cargo del programa de salud escolar. Es notable la preocupación de la pérdida de las piezas dentales y mucho más de los primeros molares permanentes, ya que nacen una sola vez y además son la llave de la oclusión, es que si nos ponemos a enumerar todos los problemas que acarrea la pérdida prematura de las piezas dentales y más aún de los primeros molares nos daremos cuenta de la importancia de este trabajo investigativo.

Si hablamos de como se desarrolla la dentición humana, esta se realiza en dos formas, la temporaria y la permanente, la dentición temporaria debe conservarse integral hasta el momento de su recambio fisiológico, la cual mantiene el espacio para los dientes permanentes, pues la pérdida prematura de las piezas temporarias provocan apiñamiento pérdida de la oclusión entre otras anomalías.

Durante el período en que realice el internado pude palpar la realidad de la salud bucal en la población escolar, pues los niños son más susceptibles a las caries por los hábitos de higiene bucal y existe gran

pérdida de las piezas permanentes, no hay la cultura necesaria sobre la importancia de mantener una buena salud oral.

Este es un problema que afecta a la sociedad en general y por ende es muy importante que se empleen métodos de prevención dirigidos a este grupo poblacional, ya que existen muchas limitaciones en la población para realizarse un tratamiento odontológico adecuado.

Este trabajo investigativo se orientó a determinar las causas de la pérdida prematura de las piezas dentales permanentes; las consecuencias de esta pérdida, el grado de conocimiento y cultura de los padres para poder implementar alternativas de solución que logren mejorar su salud oral y concienciar a los padres de la importancia de que estén pendiente de los hábitos de higiene que tienen sus hijos.

La investigación de la tesis está estructurada en 2 partes, una teórica, producto de la investigación bibliográfica actualizada, y una parte práctica que es el resultado de la investigación de campo, que permitió verificar las variables de la hipótesis, logrando complementar un trabajo teórico práctico coherente, fortalecido por una propuesta que permitirá solucionar de alguna manera el problema investigado.

ANTECEDENTES

La Escuela Francisco Pacheco fue fundada por Publio Falcón y el señor Alvarado Leonardo Alban quien fue el primer director. El 1 de septiembre 1938 se hizo cargo de la dirección del plantel la señora Elidía de Montesinos, funciono en los bajos de la primera de mayo.

En un principio carecía de un lugar exacto para funcionar es así que funciono en la parte baja de la casa del señor José Pedro Izaguirre, luego toma la dirección el Dr. Napoleón Dávila Córdova, se implementaron nuevos docentes y cátedras entre ellas la de música, el 18 de octubre se inaugura la biblioteca de la escuela, en el periodo lectivo de 1939 = 1940 se incrementa el personal docente quedando establecidos los grados desde primero a 5to grado.

En el año de 1940 toma la dirección la Sra. Ignacia de Molina, y en el año de 1941 el Sr. Verdi Cevallos envía la letra del himno a la escuela, en el año de 1942 existió un grupo pequeño de estudiante debido a la prolongación de la estación lluviosa.

En el año de 1943 se inicia clases con 6 grados y por ende el aumento de docentes, en vista de no disponer con las infraestructuras necesarias se solicita al concejo cantonal cederle provisionalmente los salones de la escuela nocturna Amalia Cevallos, posteriormente se traslada a la planta bajo del palacio de la gobernación, y en un galpón estando los grados repartidos en diferentes lugares. Luego y por medio de la dirección de educación se traslado a los bajos del local de la escuela 24 de mayo.

En enero de 1964 siendo presidente del comité de padres de familia el Dr. Cesar Ortega se adquieren nuevos implementos educativos para la institución, y en el año de 1971 se inaugura el edificio de hormigón con la

presencia del ministro de educación el Sr. Francisco Alarcón Cevallos, en el año de 1972 se abren las matriculas con 8 aulas nuevas y 15 paralelos.

En 1974 es posesionada la Sra. Alfarían Pita de Cano, con actividades frecuentes y ayuda de diferentes instituciones se realizan diversas obras indispensables para la escuela y se realiza la bendición de la edificación el 18 de junio de 1984 con presencia de familiares de la patrona del salón, el prefecto provincial, y supervisor de educación.

En el año 2001 ingresaron 614 niñas con 21 paralelos con 26 profesores y 3 particulares en este tiempo la directora es la Lcda. Ramona Valencia Domínguez, en el año lectivo 2001-2002 se inaugura el año lectivo con 628 alumnas y con 21 paralelos aulas pedagógicas superando el inconveniente que provoco el fenómeno del niño,

En la actualidad se encuentra encargada de la dirección la Abogada Nelly Amparo Zambrano Mera en la actualidad la institución cuenta con 726 alumnas las mismas que en su mayoría vienen de barrios urbanos marginales y son de escasos recursos económicos lo que ocasiona distintos tipos de problemas psicológicos y educativos, contando en la actualidad con 29 docentes 2 maestros contratados 15 Lda. En ciencias de la educación 10 bachilleres en ciencias de la educación profesores de la rama artesanal 2 y 1 tecnólogo en computación dando un total de 31 maestros.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PROBLEMA:

La falta de cultura de los padres en cuanto a la higiene oral, esta determinada por la considerable pérdida prematura de los primeros molares permanentes, pues desconocen la importancia de estas piezas dentales en la cavidad oral, esto esta relacionado con los inadecuados hábitos alimenticios y la poca educación sobre medidas de prevención que traen como consecuencia presencia de caries destruyendo muy temprana las piezas dentales y terminando en una extracción prematura.

La Escasa cultura de los padres de las niñas de la escuela “Francisco Pacheco” y su incidencia en las perdidas prematuras de los primeros molares permanentes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por los argumentos expuestos el problema, se lo planteó de la siguiente manera:

¿Cómo afecta la escasa cultura en salud oral de los padres de las niñas de la Escuela “Francisco Pacheco” en la pérdida prematura de los primeros molares permanentes?

Esta interrogante fue respondida mediante el proceso de investigación científica.

CAPITULO II

2.1 JUSTIFICACIÓN

La U.S.G.P. en el estatuto Universitario hace constar que para obtener el título profesional de 3° nivel, el aspirante debe realizar una tesis de su especialidad, la misma que tiene que ser sustentada y aprobada por el tribunal respectivo.

En el periodo que se realizó la atención odontológica a las niñas de la escuela “Francisco Pacheco” se observó que había un alto índice que presentaba pérdida prematura de primeros molares permanentes, por lo cual consideré conveniente realizar una investigación para contribuir a encontrar los mecanismos y estrategias que permitirán la solución de esta problemática.

Me llena de satisfacción haber contribuido a mejorar la higiene oral en las niñas de de la escuela “Francisco Pacheco” que serán las más beneficiadas para el bienestar de la salud bucal en nuestra población escolar.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de la cultura de los padres como factor que influye en la pérdida del primer molar permanente en las niñas de la Escuela "Francisco Pacheco".

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar el índice CPO para establecer el porcentaje de primeros molares perdidos.
- Analizar indicadores de higiene bucal de las niñas para relacionarlo con el estado de salud oral.
- Indagar la importancia que los padres dan a la salud bucal de sus hijas para definir las medidas de prevención que poseen.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema encontrado.

CAPITULO IV

4.1. HIPÓTESIS

Para esta investigación se proponen las siguientes hipótesis:

4.2. HIPÓTESIS GENERAL

La escasa cultura de los padres de las niñas de la escuela “Francisco Pacheco” es el origen de la pérdida de los primeros molares permanentes.

4.3 HIPÓTESIS ESPECÍFICA

- Las niñas de la Escuela “Francisco Pacheco” tienen un elevado índice de caries, siendo esta causa de la pérdida prematura de los primeros molares permanentes.
- Las niñas de la Escuela “Francisco Pacheco” no tienen una buena higiene oral aumentando los riesgos de pérdida de los primeros molares permanentes.
- Los padres de las niñas de la Escuela “Francisco Pacheco” dan poca importancia a la normas de prevención oral.

CAPITULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

La escuela Francisco Pacheco fue fundada por Publio Falcón y el señor Alvarado Leonardo Alban quien fue el primer director. El 1 de septiembre 1938 se hizo cargo de la dirección del plantel la señora Elidía de Montesinos, funciono en los bajos de la primera de mayo.

En el año de 1940 toma la dirección la Sra. Ignacia de Molina, y en el año de 1941 el Sr. Verdi Cevallos envía la letra del himno a la escuela, en el año de 1943 se inicia clases con 6 grados y por ende el aumento de docentes, en vista de no disponer con las infraestructuras necesarias se solicita al concejo cantonal cederle provisionalmente los salones de la escuela nocturna Amalia Cevallos, posteriormente se traslada a la planta bajo del palacio de la gobernación, y en un galpón estando los grados repartidos en diferentes lugares. Luego y por medio de la dirección de educación se traslado a los bajos del local de la escuela 24 de mayo.

En enero de 1964 siendo presidente del comité de padres de familia el Dr. Cesar Ortega se adquieren nuevos implementos educativos para la institución.

En 1974 es posesionada la Sra. Alfarían Pita de Cano, con actividades frecuentes y ayuda de diferentes instituciones se realizan diversas obras indispensables para la escuela.

En la actualidad se encuentra encargada de la dirección la Abogada Nelly Amparo Zambrano Mera en la actualidad la institución cuenta con 726 alumnas las mismas que en su mayoría vienen de barrios urbanos

marginales y son de escasos recursos económicos lo que ocasiona distintos tipos de problemas psicológicos y educativos, contando en la actualidad con 29 docentes 2 maestros contratados 15 licenciadas. En ciencias de la educación 10 bachilleres en ciencias de la educación profesores de la rama artesanal 2 y 1 tecnólogo en computación dando un total de 31 maestros.

5.2 “SALUD ORAL

La salud de dientes y encías intervienen en el estado de salud en general, la mala higiene dental provoca un alto riesgo de enfermedades en adultos y en niños. La Asociación Dental Americana indica que cuando un niño tiene mala higiene dental, puede afectar toda su salud provocando problemas al comer, hablar y hasta causar ausencia en la escuela y por ende bajo rendimiento educativo”¹. “Cuando se presentan problemas bucales, muchos aspectos de la vida se ven afectados de manera negativa, Surgen dificultades en la comunicación provoca una baja autoestima, disminuye la capacidad de masticar permite obtener los nutrientes necesarios para el funcionamiento del organismo.

También provocan inconvenientes económicos y sociales, debido a que los tratamientos dentales son costosos”².

“Es importante mantener una excelente higiene oral, para mantener sus dientes y encías sanas además de visitar periódicamente al dentista podrá conservar sus dientes para toda la vida. Por esta razón es importante remover todos los residuos de comida, así como la placa de los dientes”³.

“Las infecciones bucales habitan sólo en la cavidad bucal pero pueden causar infecciones mediante diseminación de microorganismos ocasionando un proceso infeccioso, a veces, de

¹ <http://saludintegral.gril.com>

² Salud oral

³ Manual de higiene bucal.

complicaciones fatales, como son: meningitis, infartos al miocardio, infartos pulmonares, gastritis y conjuntivitis, entre otros”⁴.

5.2.1. “LA CULTURA EN SALUD ORAL

La educación en salud oral se realiza con mayor frecuencia en el consultorio odontológico en sesiones individuales con cada paciente que ha sido programado. Las charlas grupales se usan más como inducción del usuario a la institución. Esto ha generado algunas críticas y quejas pues la introducción de estos temas hace que las charlas sean muy largas y los usuarios se quejan de falta de tiempo”⁵.

“Dentro de los principales problemas de salud de una comunidad se encuentran los relacionados con la salud oral, el grado de cultura de la población provocan un desconocimiento total de la necesidad de una atención dental periódica, de una frecuente higiene dental y como repercute en el resto del organismo.

Existen personas donde se deben poner mayor énfasis en cuanto a salud oral, el perfil epidemiológico de riesgo bucal incluye a los grupos de riesgo y enfermedades relacionadas con la salud, y aquellas enfermedades o condiciones generales de las personas que constituyen un riesgo para la salud bucal.

Se ha demostrado que el nivel educativo, los patrones individuales de conducta los cuales están determinados por factores socio culturales y las características individuales influyen en el estado de salud oral, encontrándose así un mayor índice de patologías bucales en hombre que en mujeres.

⁴ www.dentalsaucedo.com

⁵ <http://www.encolombia.com.odontologia>

En la población general, la falta de obra social, particularmente cobertura odontológica, está Asociada con un menor uso de los servicios dentales y a una salud oral deficiente. Como la obra social es un beneficio de empleo, las personas desocupadas posiblemente tendrán menor Cobertura odontológica Nuestros hallazgos de mayor frecuencia de cepillado y uso de hilo dental en los pacientes, son confirmados por publicaciones en donde se afirma que la higiene oral correcta tiene un efecto positivo en el .Es importante conocer cómo se desarrollan las enfermedades bucales, qué factores las causan, cuáles son sus signos y síntomas más significativos Sin embargo, la ignorancia de los métodos correctos de higiene bucal detectada en los pacientes no controlados, coinciden con los resultados de una investigación realizada.

Una de las mayores razones para no asistir periódicamente al odontólogo expuesta por los pacientes de este trabajo fue el miedo y la ansiedad En algunas se menciona como causa para evitar el tratamiento la falta de obra social, los costos, la falta de tiempo por compromisos.

En otras, se menciona la dificultad en la accesibilidad a los servicios odontológicos, en coincidencia con la otra razón que predominó entre nuestros pacientes para no concurrir al odontólogo”⁶

5.2.2 “ENTORNO FAMILIAR

La atención en salud familiar está organizada en el Programa Nacional atención estomatológica integral a la población. Hasta ahora, casi todos los esfuerzos de la sociedad han estado encaminados a mejorar la salud bucal, y comportamiento familiar de las entidades dento-máximo-faciales estudiadas se distribuyen con la misma frecuencia que ocupa la población primer lugar la caries dental familiar le siguen las afecciones periodontales en las familias, en el tercer lugar las alteraciones dento-máximo-faciales; y por último las disfunciones de la ATM.

⁶ <http://bvs.sld.cu/revista/est>

No se reportó ninguna familia con problemas congénitos de labio y paladar.

Una vez analizados los aspectos anteriores, se debe evaluar en la salud bucal de la familia la manera de participación función de esta, lo que puede considerarse como Familia sondeada.

Familia saneada con riesgo, son aquellas en la que clínicamente no se presenta ninguna enfermedad en los individuos que la integran, aunque puede tener obturaciones sin recidivas y puede tener pérdida de algún diente posterior no continuo sin que afecte el complejo bucal. Además, los miembros de la familia están sometidos a la influencia de factores de riesgo que pueden alterar su estado de salud bucal.

Se puede encontrar una familia enferma que es aquella en la que clínicamente se presenta algún miembro con alguna enfermedad bucal crónica o aguda.

La familia con secuelas: aquella en la que clínicamente se presenta algún miembro con la pérdida de todos los dientes de un sextante o más y que no está rehabilitado.

Y por ultimo la familia rehabilitada *que es aquella en la que clínicamente se presenta algún miembro con la pérdida de todos los dientes de un sextante o más, pero estos se encuentran rehabilitados*".⁷

5.2.3 “ENTORNO ESCOLAR

En la actualidad se presentan problemas en cuanto a la salud bucal especialmente en el sector escolar el índice de caries es muy elevado ya que los niños no saben la importancia de sus dientecitos en boca y sus

⁷ <http://www.bsv.sld.cu/revistas/est>

padres tienden al descuido total. Uno de los pensamientos mas frecuentes de los padres es que los dientes son de leche y tienen que cambiar no importa si tienen caries o si los pierden, y optan por la extracción. Es por esta razón que es indispensable concienciar a los padres a los docentes de las escuelas y colegio sobre la importancia de la salud oral. Se estableció que 7 instituciones no tienen dentro de su planta de personal, auxiliares de higiene oral, por tanto, algunas de las funciones las asumen las auxiliares de consultorio y, en otras, es el odontólogo quien las realiza bajo la figura de Odontólogo Ambientador.

En 6 (13.0%) de estas instituciones la explicación tiene que ver con la situación económica, sin embargo, se pudo observar que para las auxiliares de consultorio esto significa una recarga de trabajo puesto que deben cumplir con las funciones propias de su cargo y las de la higienista. Esto sin contar con que en muchos casos, estas personas no están técnicamente preparadas para cumplir funciones de la auxiliar de higiene oral. Cabe señalar que en cuanto a recurso humano, aparecen otras figuras como la del odontólogo examinador, cuya función es el examen inicial del paciente, la decisión sobre lo que el paciente requiere como tratamiento y la remisión a las entidades prestadoras de servicios y el Auditor, quien se encarga de la vigilancia del cumplimiento de los tratamientos consignados en los Planes de Beneficios.

Ambas figuras tienen que ver de una u otra manera en la organización de la atención preventiva, sin embargo, no se consideraron dentro de las entrevistas realizadas Por prestación de servicios y por productividad más frecuentemente en las instituciones privadas aunque cada vez más común en las públicas y por contrato a término indefinido principalmente en las instituciones públicas. Otra forma como se está contratando el personal de salud bucal es a través de profesionales asociados en cooperativas, que en muchos casos, han sido desvinculados de las instituciones públicas, a partir de las reestructuraciones que se han aplicado al sector.

Para la etapa de la infancia, existen diversas recomendaciones para comprar un cepillo dental adecuado para cada niño. Es importante que los padres consulten durante el primer año al odontopediatra, para recibir asesoría sobre la limpieza de la boca del niño, aún antes de tener dientes.

Los restos de la leche materna o del biberón, pueden causar en las encías del bebé enfermedades que pueden prevenirse, realizando diariamente una completa limpieza de los rodetes o rebordes de las encías con el dedo cubierto por una gasa humedecida, esto también sirve de adaptación y puede posteriormente facilitar el uso del cepillo dental. Para los niños que tengan dientes temporales o deciduos, se recomienda utilizar un cepillo manual sin embargo más importante que el tipo de cepillo dental es la técnica del cepillado, que debe ser especial para cada niño según sus condiciones particulares.

5.2.4 IMPORTANCIA DE ASISTIR A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Es indispensable que toda la población sepa la importancia de asistir a la consulta odontológica como método preventivo y no solo cuando tenga una molestia, esto depende del grado cultural de la población y de la experiencia de la primera consulta, para acudir periódicamente y prevenir de esta manera las enfermedades bucales.

Es aquí donde se debe enfocar el profesional, en dar una buena atención primaria, el personal debe prepararse para desarrollar esta tarea, se debe recibir al paciente con un cordial saludo, identificarlo, anotar en los registros todos los datos personales, el motivo de la consulta, además se debe tener en cuenta. Puntualidad, y en caso de algún imprevisto y no pueda asistir es necesario llamar al paciente disculparse y cambiar el día de la cita, al terminar la atención es necesario recordarle al paciente que el examen periódico de la dentadura es fundamental para mantener la salud bucal, y que la adecuada higiene dental nos permitirá prevenir

enfermedades en las encías y evitará en gran medida la caries. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas, además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva, y por eso le pedimos que nos llame para reservar su próxima cita.

Hay que tener en cuenta que las tres razones por las cuales se consulta más al odontólogo, son la caries dental, la enfermedad periodontal y la exodoncia dental. El dar a conocer la manera de cómo poder evitar estos problemas es muy importante ya que todas estas enfermedades son causadas por el acumuló de restos alimenticios que forman la placa bacteriana, la cual puede ser removida con algunos métodos sencillos de higiene oral. Muchas veces, no se dedica ni el tiempo ni la atención suficiente a los cuidados de la boca. A través de la historia, se han desarrollado diferentes métodos para realizar la higiene oral, desde hierbas o raíces hasta cabello de animales. Es necesario explicar que hoy se cuenta con diferentes opciones como el cepillo dental, la seda dental, y diferentes enjuagues bucales.

El objetivo principal de los cepillos dentales, es remover adecuadamente la placa dental que se encuentra por encima del borde de las encías. En busca de resolver las diferentes necesidades de cada persona, en la actualidad existen numerosas formas, tamaños y presentaciones de cepillos de dientes. Para muchos pacientes infantiles, el acudir a una valoración odontológica, es una situación que les provoca ansiedad y angustia, sobre todo cuando el motivo de la consulta es un padecimiento doloroso que los aqueja en ese momento.

Aconsejamos como inicio para ayudar al paciente infantil, que los padres que hayan tenido experiencias dentales desagradables o que tengan temor o rechazo a tratamientos odontológicos, no lo externen frente o cerca del niño, por el contrario, que sus comentarios y actitud sea

comprensiva y motivante, ya que esto dará al niño seguridad y lo hará sentirse con menos aprensión.

Debemos comprender que si el niño llora, esto es una reacción normal ante una situación desconocida, por lo cual puede estar temeroso, recordemos que es un niño y no un adulto, para cada edad hay palabras adecuadas que el dentista utilizará para tratar de calmar su ansiedad o temor.

Aconsejamos también, nunca engañar al niño, decirle que lo va a llevar al dentista y que él es su amigo, que lo ayudará curando la molestia en sus dientes para que se sienta bien.

Si el niño tuviera algunas dudas que usted no las puede contestar, bastará con decirle que el dentista le explicará todo lo que sea necesario para que él esté tranquilo.

El prometer algún regalo a cambio de que se deje atender, no es una buena manera de motivación, por el contrario en lugar de prometer recompensas, debemos, tanto padres como profesional, ayudar al paciente infantil a que comprenda o cuando menos tratar de que lo haga, que todo este proceso, es con el único propósito de que él se sienta aliviado, esto es muy importante, hay que expresarle a nuestro pacientito, nuestra felicitación más efusiva por lo bien que ha superado esta etapa y seguirlo motivando para crear en él, un hábito en la importancia de su cuidado bucal”⁸.

“La mayor parte de las personas desconocen la existencias de medidas preventivas, es decir como poder prevenir la aparición de caries, halitosis, enfermedades periodontales, etc.

⁸ <http://twitter.com/home/>

Se debe enseñar al paciente que el mejor modo de prevenir las patologías bucales es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al odontólogo o al estomatólogo.

También es relevante hablarle del control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial criogénico: azúcares como la sacarosa o la glucosa. Se debe enseñar detenidamente el uso de un adecuado cepillo dental, que es el medio mecánico mas ampliamente utilizado para el control personal de la placa bacteriana, con su respectiva pasta dental, hilo dental, y el uso de enjuagues bucales.

La más importante de las indicaciones es la visita al odontólogo o al estomatólogo, para realizase una Profilaxis dental como mínimo cada 6 meses. En conclusión una buena salud bucal nos ayudará a no solo tener una dentadura sana, sino también a mantener una autoestima elevada y un bienestar general.

5.2.5 FALTA DE EDUCACION ODONTOLÓGICA

Esta Determina problemas en la salud oral de la persona provocando inflamaciones en las encías, mal aliento procesos cariosos, debido a que no realizan y no mantienen un estado de salud oral adecuado.

Las causas más frecuentes en cuanto a la falta de educación odontológica y los problemas que lo determinan son:

- La Halitosis
- La placa bacteriana
- La gingivitis
- La periodontitis

5.2.5.1 HALITOSIS

Millones de personas atribuyen una gran importancia al aspecto social del mal aliento. Las personas que sufren de mal aliento pierden la confianza

en si mismos. Viven con un miedo constante de ofender o molestar a otras personas. Es una situación agotadora que disminuye la calidad de vida. Muchas veces puede parecer un mal menor que no afecta para nada a quien lo padece, pero que molesta a terceros y resulta, en definitiva, muy perjudicial para las relaciones personales. El mal aliento suele ser insoportable para todos menos para quien lo padece. La explicación a esto radica en las células nasales capaces de detectar el olor acaban por no responder al constante flujo de efluvios fétidos”⁹. “Una deficiente higiene dental, conlleva a una halitosis esta determinado por bacterias que se alojan en las papilas que se encuentran en el dorso de la lengua, que junto con el mucus tienen disponible el sustrato del mal aliento; Para ello es bueno cepillarse en forma periódica el dorso de la lengua y su base Se debe tomar en cuenta que el cepillado debe ser suave y no debe producir irritación. La indicación de esta técnica debe ser supervisada por profesional idóneo. Otra de las posibilidades las tendrá que evaluar el Gastroenterólogo pero por lo general casi el 90% de las causa se encuentra en la boca y la solución la tiene el Odontólogo”¹⁰.

5.2.5.2 “CAUSAS DE HALITOSIS

CAUSAS ORALES

Lingual, periodontal, salival, boca seca, mucosas, dentarias, otras causas (por tabaco)

CAUSAS RESPIRATORIAS:

Sinusitis, Infección pulmonar, Bronquiectasia, Absceso pulmonar, Faringitis, Rinitis atrófica, Infección en la garganta etc¹¹”.

⁹ <http://odontología.lomas.com>

¹⁰ barranco Money

¹¹ www.odonto.uc.ve

“TIPOS DE MAL ALIENTO

SEGÚN EL TIEMPO

Intermitente, se caracteriza por intervalos alternados de presencia y ausencia de halitosis. Continua, no existe interrupción en la existencia de halitosis en el paciente.

SEGÚN EL OLOR

El aroma emitido pertenece a un tipo de olor específico, Inespecífico, no puede determinarse que el aroma emitido por el paciente pertenezca a un tipo particular de olor, también encontramos el olor a podrido, puede indicar un deterioro dental, enfermedad de las encías o sinusitis. Un, olor afrutado, podría ser síntoma de diabetes mellitus. El olor a queso en un niño suele avisar de la presencia de un cuerpo extraño en su nariz, un olor a orina puede ser síntoma de fallo renal”¹².

5.2.5.3 “TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS

Si la causa es oral con una higiene bucodental adecuada, cepillándose los dientes, encías y lengua después de cada comida y acudiendo al dentista con regularidad, se puede solucionar el problema. Si la causa de la halitosis es extra oral, se deberá derivar al paciente al especialista indicado instaurar tratamiento periodontal, y el Uso de pastas y colutorios, capaces de convertir los compuestos volátiles en no volátiles”¹³.

5.2.5.4 “LA PLACA BACTERIANA

Se la puede definir como una zooglea formada por una serie de microorganismos en un hábitat común que contienen sustancias microbianas que las unen a la superficie del diente.

¹² <http://www.alimentacionsana.com>

¹³ <http://www.alimentacionsana.com>

La cavidad oral es estéril en el momento del nacimiento, a las 6 ó 10 horas se establece una flora facultativa, las formas anaerobias aparecen en los 10 primeros días de nacimiento y se organizan de 5 a 6 meses de vida, así mismo la placa bacteriana se empieza a formar apenas se termina de realizar el cepillado.

5.2.5.5 CLASIFICACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

Placa Supragingival. Se acumula coronal al margen gingival del diente y se evidencia con tinciones especiales, se adhiere aprovechando pequeñas rugosidades de la superficie dentaria, márgenes de restauraciones, protésicas, lo mismo que banda de ortodoncias.

Placa Subgingival. Es la que se localiza en la luz del surco gingival o del saco periodontal. Se forma en un medio diferente a la placa Supragingival, el medio en que se organiza la Subgingival está compuesto por células epiteliales de descamación, fluido gingival, ausencia de oxígeno y presencia de leucocitos.

Materia Alba. Es una masa adquirida de elementos amarillentos, blancos, pegajoso que se encuentra asociada con la superficie del diente y se deposita en las zonas cervicales de los dientes especialmente cuando hay apiñamiento dental¹⁴.

5.2.5.6 “LA GINGIVITIS

La acumulación de bacterias en el margen gingival provoca una reacción inflamatoria gingival. La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente.

¹⁴ Gustavo Barrios

La placa es la principal causa de caries dental y, si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se vuelvan sensibles. La gingivitis es causada por la acción de sustancias derivadas de la placa microbiana que se acumula cerca del surco gingival. Las especies microbianas específicas son los estreptococos sanguis y el fusobacterium nucleatum¹⁵.

5.2.5.7 “LA PERIODONTITIS

Es la infección de los ligamentos y huesos que soportan los dientes, la principal causa es la placa bacteriana que si no es removida con la limpieza diaria se acumula y forma tártaro o sarro.

Esta patología que afecta al sistema que soporta nuestros dientes: Hueso, Ligamentos y Encía, puede producirse por la presencia de sarro y de bacterias que habitan normalmente en nuestras bocas, pero que se ven beneficiadas por un ambiente propicio para su crecimiento, abundante sarro y mala higiene.

Ataca el epitelio que reviste el surco, destruye las fibras gingivales y progresa en dirección apical produciendo bolsas y causando la destrucción del hueso subyacente.

La resistencia del huésped es un factor muy importante incluyen todos los factores que interfieren en la evolución de la enfermedad, en algunos casos la falla de defensa del huésped tienen una importancia etiológica primaria, en los otros casos el papel primordial lo asumen los microorganismos de la placa dental¹⁶.

¹⁵ <http://www.nlm.nih.gov/>

¹⁶ www.saludactual.com

5.2.6 “TAREAS QUE SE DEBEN REALIZAR PARA UNA BUENA HIGIENE ORAL

En el desarrollo del componente educativo se ha hecho énfasis en incentivar a través de la educación para la salud, la importancia de una buena higiene oral, por medio de charlas, enseñanzas de técnicas de cepillado y el uso de medios auxiliares, a cada paciente que acude a consulta se le ha motivado a la preservación de sus dientes usando técnicas alternativas conservadoras de alta calidad a bajos costos.

Esto tiene como objetivo fundamental transformar la valoración de la salud oral por parte de los pacientes como un componente importante en la mejora de sus condiciones de vida, la necesidad de investigar el impacto social de los servicios en la modificación de la accesibilidad cultural de la población la capacidad para hacer llegar el mensaje educativo, y el cambio de los pacientes respecto a sus concepciones sobre la salud oral y el cambio en cuanto a los tratamientos que solicitan en la atención odontológica”¹⁷.

“La atención primaria es la asistencia social que se da a la población basada en métodos y tecnología práctica científicamente fundamentada y socialmente aceptada, puesta al alcance de toda la comunidad aun costo aceptable y con plena participación comunitaria”.¹⁸

5.3. “MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Entre las medidas de prevención tenemos las siguientes

5.3.1 MEDIDAS DIETÉTICAS

El azúcar y los dulces han sido considerados durante mucho tiempo los principales causantes de la caries, pero realmente no son los únicos responsables. Los alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (almidón) son los que causan el mayor deterioro, ya que se adhieren a los

¹⁷ <http://www.monografia.com/>.

¹⁸ <http://bvs.sld.cu/revistas/est/>

dientes y los ácidos que forman permanecen mayor tiempo en contacto con el esmalte en lugar de ser eliminados por la saliva. Con la fruta seca, rica en azúcares simples, ocurre lo mismo que con los alimentos ricos en almidón. Los zumos ácidos, como el de naranja, pomelo y otros, también contribuyen al deterioro dental, debido a sus niveles de acidez y alto contenido en azúcares simples. Sin embargo, no por ello debemos evitar estos alimentos; lo realmente importante es no tomarlos entre horas y no descuidar nuestra higiene bucal. Así mismo, no conviene tener en la mesa de noche, bebidas que no sean agua (zumos u otras bebidas azucaradas y leche, que contiene un azúcar llamado lactosa). En general, las recomendaciones que ayudan a la prevención de la caries son:

- Reducir el consumo total de azúcares sencillos de la alimentación diaria.
- Evitar comer entre horas.
- Asegurar un aporte mínimo de flúor en ciertas localidades, habrá que contribuir a la fluoración del agua potable con preparados farmacéuticos, enjuagues o uso de dentífricos con flúor.
- Incluir en cantidades adecuadas los siguientes nutrientes esenciales: calcio, fósforo, magnesio y vitaminas C y D; lo que se consigue llevando a cabo una alimentación equilibrada y saludable.

5.3.1.1 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

Llevar a cabo una alimentación variada y equilibrada, para asegurar que no se produzca ningún déficit, especialmente durante los primeros años de vida, de todos aquellos nutrientes que participan en la composición de huesos y dientes. Reducir la cantidad y frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados, Evitar entre comidas las bebidas dulces y ácidas como los concentrados de frutas, los tentempiés y los alimentos pegajosos que se fijan entre los dientes (galletas, caramelos, etc.).Se puede incluir ocasionalmente tras las comidas alimentos que reducen la acidez de la saliva (cacahuetes, quesos) por su efecto protector frente a la aparición de caries.

5.3.1.2 LA DIETA IMPORTANTE PARA COMBATIR LA CARIES

Se debe de sustituir alimentos que causan caries por otros alimentos que evitan la producción de caries, esto dependerá de una disciplina de hierro, por lo cual muchas personas no están dispuestas a realizarlo. Pero si se disminuye la frecuencia de ingesta a menos de cuatro veces en el día de los alimentos cariogénico. También disminuirá el riesgo de hacer nueva caries.

No olvide cepillarse los dientes periódicamente todos los días con una pasta dental que tenga 1500 partes por millón de flúor. Es aconsejable que el cepillado dure como mínimos tres minutos y se realice después del almuerzo y de la cena, en este caso antes de irse a dormir.

5.3.1.3 LISTA DE ALIMENTOS QUE NO PRODUCEN CARIES

- Carne vacuna
- Carne de pollo
- Carne de cerdo
- Pescado
- Jamón
- Almendras
- Quesos
- Pepino
- Nueces
- Maní
- Brócoli
- Avellanas
- Goma de mascar con edulcorante (xylitol)¹⁹

¹⁹ <http://bvs.sld.cu/revistas/gme/com>.

5.3.2 “HIGIENE ORAL

5.3.2.1 CEPILLO DENTAL

Es ideal cepillarse los dientes después de cada comida (desayuno, almuerzo y cena). Es imprescindible hacerlo a fondo al menos una vez al día. La producción de saliva y los movimientos linguales contribuyen a remover la placa bacteriana de las superficies bucales durante la vigilia.

Durante el sueño disminuyen la producción de saliva y los movimientos linguales, por lo que se favorece la formación de placa bacteriana si no se ha realizado una buena higiene dental.

Así, nunca podemos olvidarnos de lavar los dientes antes de acostarnos Use cualquier método de cepillar los dientes que le sea más cómodo, pero no los frote con fuerza de un lado a otro ,porque puede ocasionar sangrado en las encías y desgastes dentales, realice pequeños movimientos circulares de modo que no lesione los tejidos blandos de la boca. Con el cepillado eliminaremos no sólo los restos de alimentos sino también la invisible placa bacteriana. Existen varias técnicas de cepillado, que van dirigidas a limpiar las caras internas, externas de las piezas Dentales”.²⁰

5.3.2.2. “TIPOS DE CEPILLOS DENTALES

Los cepillos eléctricos, que tienen como ventaja, la facilidad del uso y la disminución de la necesidad de destrezas, ya que tiene un movimiento automático de su cabeza o de los penachos de las cerdas. Se han sugerido además los cepillos interproximales, que son una especie de escobilla, y se utilizan para eliminar también los restos de placa entre diente y diente. Este cepillo es recomendado para pacientes con enfermedad periodontales”²¹

²⁰ <http://saludintegral.grilk.com/>

²¹ <http://www.monografias.com/>

“En la actualidad se fabrican más los cepillos dentales con cerdas de nailon que los de cerdas naturales, porque estos últimos tienen una desventaja, que absorben más el agua y pierden su dureza, además tienen una depresión central que puede causar que el extremo de las fibras se abran y retengan microorganismos. Para poder recomendar un adecuado cepillo dental tenemos que tomar en cuenta los siguientes factores que tendremos que observar en las personas.

- Salud bucal de la persona.
- Destreza manual”²²

“Entre las características del cepillo adecuado tenemos.

- Adecuado tamaño de la cabeza. para poder permitir una adecuada maniobrabilidad en la cavidad bucal.
- El largo de la superficie activa debe cubrir los dientes vecinos.
- Cerdas que sean controladas por el hombre, medianas o suaves medianas.
- Cerdas con cortes rectos.
- De penacho múltiple.

Pero la característica más importante es, de que la persona sienta que el cepillo adquirido por el, sea el adecuado, y que sienta una sensación de limpieza en su boca después de cada cepillada”²³

5.3.2.3 “TÉCNICA DE CEPILLADO

La técnica del cepillado, debe ser especial para cada niño según sus condiciones particulares. Además de esto, la tecnología ha hecho posible diseñar, una gran variedad de cepillos dentales con formas, colores y motivos especiales para llamar la atención del niño y estimular el uso del cepillo dental”²⁴.

²² www.puntovital.cl/vida/sana/salud/bucal

²³ Julio Barrancos Money

²⁴ <http://www.monografias.com/>

“Entre las técnicas de cepillado mas usadas tenemos:

- Técnica rotacional.
- Técnica de Bass

TÉCNICA ROTACIONAL

Es la técnica más sencilla y conocida especialmente es muy utilizada en niños.

- Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes
- Los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo
- Los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado.
- Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies”²⁵

“TÉCNICA DE BASS

Esta es una de las técnicas que se han vuelto muy populares y muy recomendados en niños, esta es útil para remover la placa crevicular en pacientes con surcos gingivales profundos.

- El cepillo se coloca a 45^a respecto al eje mayor del diente y las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal.
- A partir de esa posición el cepillo se mueve de atrás hacia delante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos por una 10 veces en el mismo lugar.
- Para las cara 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 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.

²⁵ <http://html.rincondelvago.com/higiene-bucodental.html>

- Para las caras oclusales se recomienda movimientos de barridos cortos en sentido anteroposterior.

Esta técnica tiene capacidad de remover la placa supragingival como la subgingival más superficial.

5.3.2.4 USO DE DENTÍFRICOS

Contribuye a dejarnos una mayor sensación de limpieza. Se presentan en forma de pasta o geles más o menos líquidos. Incorporan agentes detergentes, y casi todos llevan agentes saborizantes. Con esta composición su uso nos facilita la limpieza dental y nos deja una agradable sensación a limpio. Es deseable que los dentífricos incorporen flúor en su fórmula ya que éste tiene una clara función en la protección frente a la caries. Existen en el mercado pastas especiales para tratar la sensibilidad dental que incorporan nitrato potásico²⁶.

5.3.2.5 “TIPOS DE DENTÍFRICOS Y SUS BENEFICIOS

Debe observar que la pasta dental tenga flúor, como monofluorofosfato de sodio y fluoruro de sodio y levemente alcalina o neutra. Tenga en cuenta que el tubo de dentífrico debe ser de plástico y no metálico porque desactiva la función del Flúor como preventivo de caries. En la actualidad muchos fabricantes suelen adicionar otras sustancias, que mejoran la acción antisépticas. Una de las sustancias en cuestión es el gluconato de clorhexidine, que actúa sobre el metabolismo bacteriano y también evita que se adhiera la placa bacteriana a la superficie dental. La segunda sustancia que mejora la actividad del flúor es un copolimero, que actúa como adherente a la superficie dental. Aumentando el tiempo de disponibilidad del ión Flúor en los dientes.

Existen otras fórmulas comerciales que incorporan desensibilizantes dentinarios, agentes blanqueadores, antisarros, etc. El problema de ubicar

²⁶ <http://www.odontomarketing.com/educa>

todos estos elementos en un mismo tubo dentífrico, es que en la mayoría de los casos los elementos químicos suelen inactivar al ión fluoruro. Y disminuir en forma considerable el efecto anticaries. Es aconsejable que los elementos químicos se usen uno por vez o que sean dosificados en forma separada”²⁷

5.3.2.6 “USO DEL HILO DENTAL

Es fundamental usar la seda dental, mínimo una vez al día, para eliminar los restos de placa alimenticia que se quedan entre los dientes. Preferiblemente se deben usar sedas dentales con cera, para que pase con más suavidad por los espacios entre los dientes y según los gustos del niño, escoger un sabor u olor especial, como menta, tutifrutti, etc. En zonas donde la encía sangra, al usar la seda dental, existe inflamación de las encías lo que se conoce como gingivitis, este sangrado solamente desaparece cuando mejoramos nuestro cepillado y continuamos con el uso de la seda dental. Si el sangrado continúa debe consultar.

Use el hilo dental para remover los gérmenes y partículas de comida entre los dientes²⁸”.

5.3.2.7 “TÉCNICA DEL USO DEL HILO DENTAL

Al cortar un trozo de hilo dental para ser utilizado, se conveniente cortar un trozo generoso de hilo, de unos centímetros, para facilitar tomarlo firmemente y trabajar con precisión. No tiene sentido escatimar unos pocos centímetros y conviene asegurarse una buena limpieza.

Los odontólogos aconsejan arrollarlo en las puntas de los dedos índice y medio de cada mano y sujetarlo firmemente y estirado. Luego se deben realizar movimientos suaves hasta llegar a la encía, pero siguiendo la curvatura del diente para no lastimarla.

²⁷ <http://www.elciglodetorreon.com>

²⁸ <http://www.monografias.com/>

Al terminar, se debe enjuagar bien tratando de que el agua pase entre los dientes, asegurando así que la boca quede bien limpia. Esta tarea no debe tomarse a la ligera, ya que lagunas alteraciones nerviosas y otras enfermedades como trastornos circulatorios y la artritis tienen su origen en infecciones dentales.

Si descubres algún otro problema al hacer esta limpieza, no dudes en consultar a tu odontólogo. El té, el café, el tabaco, afectan la pigmentación de los dientes oscureciéndolos y él puede ayudarte a que recobren su blanco perdido. Más aún, además de desmerecer su color, el tabaco puede irritar las encías y disminuir las defensas dentales. También consúltale si descubres alguna caries.

Recuerda que una alimentación desequilibrada y una mala limpieza dental son las principales causantes de caries.

También vigila tus encías mientras utilizas el hilo dental. Si tus encías sangran con frecuencia pueden estar anunciando la presencia de alguna enfermedad en la boca. Es conveniente darles un masaje de tanto en tanto, Para eso, resultan ideales los cepillos eléctricos porque resultan muy prácticos y aportan un masaje parejo, suave y reconfortante²⁹.

5.3.2.8 “USO DE ENJUAGUES ORALES

Al hablar de los enjuagues bucales, es muy importante mirar bien su contenido, algunos tienen flúor, otros algunos medicamentos antisépticos y también existen aquellos que solamente tienen componentes refrescantes, como alcoholes. Ningún menor de 6 años debe usar los enjuagues, excepto cuando el odontopediatra lo indique, porque existe el riesgo de que ingiera parte de este y se puedan producir daños irreversibles en los dientes permanentes.

²⁹ <http://www.dequate.com/>

El enjuague bucal o colutorio es una solución que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable. Existen enjuagues con funciones específicas dependiendo de su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis es decir el mal aliento, otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes.

El uso de enjuagues bucales es tan útil como las pastas dentales. Se deben usar diariamente porque al igual que el dentífrico su efecto anticaries es acumulativo, reforzando la estructura cristalina dental del ataque ácido de la placa bacteriana, responsable de la caries y la enfermedad periodontal Su empleo implica el aclarado de la boca con aproximadamente 20 ml dos veces al día después del cepillado. El enjuague ha de ser vigoroso incluyendo gárgaras durante un minuto. Una vez que se ha escupido, se recomienda no enjuagar la boca con agua.

Los enjuagues bucales suelen incorporar otros ingredientes de efecto antiséptico tales como la clorhexidina, el cloruro de cetilpiridinio y la hexetidina. Los enjuagues bucales son habitualmente soluciones hidroalcohólicas, esto es, mezclas de alcohol y agua. La concentración de etanol utilizada oscila entre el 4 y el 17%. Estas soluciones se suelen utilizar como vehículo para otros ingredientes activos³⁰.

5.3.2.9. FRECUENCIA DEL USO DE ENJUAGUES BUCALES

El complemento del aseo bucal, son los enjuagues bucales, estos eliminan la placa bacteria en conjunto con el cepillado, porque solo no hacen ningún efecto.

Los enjuagues bucales pueden ser retenidos en la boca por lapso de 1 minuto o más esto se los deberá utilizar a la finalización de cada cepillado

³⁰ <http://www.elsiglodetarreon.con.mx/>

bucal, con el fin de obtener mejores resultados, el componente mas importante .

Es la clorhexidina es una sustancia antiséptica. Pertenece al grupo de las bisguanidas y se utiliza ampliamente en odontología a concentraciones de 0.2%,0.12% y 0.10 % en presentaciones para el uso como colutorio o enjuague bucal.

Estas concentraciones tienen una baja actividad como fungicida ya que se requieren concentraciones más altas para poder tener una eficiente actividad contra estos microorganismos³¹.

5.3.3 USO DEL FLÚOR

El flúor es un mineral que forma parte del compuesto fluoruro de sodio o sódico Los efectos antimicrobianos del flúor desempeñan un papel importante en la prevención de caries y en la disminución de placa bacteriana Entre sus beneficios o funciones más conocidas destaca el de evitar la caries dental y el crecimiento de las bacterias que desarrollan el sarro. Los dentríficos o pasta de dientes también suelen llevar el flúor dentro de sus componentes.

También puede ayudar cuando hay un déficit de Calcio. El exceso de Flúor es muy tóxico y puede provocar la Flúorosis que provoca el efecto opuesto al que buscábamos ya que debilita el esmalte provocando caries y debilita nuestros huesos descalcificándolo El exceso de flúor puede decolorar o manchar los dientes para siempre. En los niños es recomendable aplicarles flúor a bajas dosis para evitar las caries y se lo debe de realizar cada seis meses³².

³¹ Salud oral

³² <http://www.revistaciencia.com/>

“El flúor es una de las mejores maneras para ayudar a prevenir el deterioro y el desgaste de los dientes, por tener agentes antibacterianos. El flúor es un mineral nutritivo que sirve para mejorar la calidad del esmalte dental, consiguiendo que los dientes sean más resistentes a las caries.

El flúor o fluoruro es un elemento natural que está presente, en muy pequeñas cantidades, en alimentos como el pescado azul, en algunas verduras como la col y las espinacas, en el trigo, arroz, en frutas como las uvas, en el té, etc., y que cumple funciones tan importantes como el fortalecimiento de los dientes y de los huesos. También se lo podemos encontrar en la mayoría de los dentífricos y en el agua potable de muchas ciudades. Algunos estudios indican que los niños que beben agua fluorada desde el nacimiento tienen un 65% menos de caries.³³

5.3.3.1 CÓMO DAR FLÚOR A LOS NIÑOS

El flúor se puede ingerir a través del agua, de la sal, y de dentífricos, comprimidos o de soluciones de flúor. En algunas ciudades españolas el agua utilizada es fluorada. Además, algunas marcas comerciales de agua mineral contienen una gran cantidad de flúor, sobre todo las bicarbonatadas. Aparte del agua, alguna sal comercializada aporta más flúor y yodo del habitual. Los comprimidos de flúor también son muy consumidos, principalmente por los niños más pequeños, que todavía no mastican. Se trata de un compuesto único de flúor que a veces incluye vitaminas. Los niños también usan flúor a través del dentífrico, y de enjuagues que contienen flúor. Pero los enjuagues de flúor, que pueden ser de uso diario o semanal, no deben ser usados antes de los 6 años de edad por el peligro de ingestión.

Las cantidades diarias recomendadas de flúor no deben superar los 3 mg/día. Como la mayoría de los casos, los excesos no son beneficiosos y

³³ <http://www.guiainfantil.com>

se podría sufrir una fluorosis, que provoca dientes amarillos, más oscuros o con manchas”

5.3.4. “USO DE LOS SELLANTES

Los sellantes son capas plásticas, delgadas, que se aplican en las superficies de las muelas. Los sellantes se pueden colocar en los consultorios dentales, en los centros de salud y algunas veces también en las escuelas. Los sellantes se aplican pintando el diente con un líquido que se endurece rápidamente formando una capa protectora que cubren las superficies masticadoras de las muelas, impidiendo la entrada de gérmenes y partículas de comida que causan las caries dentales.

Tan pronto a los niños les salgan las muelas permanentes se les deben colocar los sellantes, antes que las caries puedan dañarlas. Los sellantes de fosas y fisuras no son sólo para los niños, sino para pacientes de cualquier edad jóvenes y adultos así como para personas que sufren pérdida de habilidades motoras debido a la artritis o cualquier otra enfermedad, lo cual significa que tienen que tener un cepillado más prolongado los sellantes pueden ayudar a proteger los dientes que no están limpiándose constantemente porque el paciente no es capaz de hacer un trabajo minucioso, para poder mantener una boca saludable.

En la actualidad muchas personas no saben para que se usen los sellantes. Menos del 20% de los niños estadounidenses se hacen Sellantes. Cuanto tiempo dura un sellantes, un sellante puede durar Los Sellantes se han estado utilizando hace mucho tiempo desde 1960. En la hasta 10 años, pero necesitan ser chequeados por el dentista y en caso de que estén muy usados o dañados pueden ser reparados agregando mas material de Sellantes”³⁴.

³⁴ Odontología restauradora salud estética

“El sellantes es una resina con menos relleno. Corresponde a una acción preventiva.

Se debe hacer un buen diagnostico a través de:

- Examen clínico.
- Examen radiográfico.

Para realizar un buen examen clínico requiere de:

- Buena iluminación.
- Limpieza de placa bacteriana
- Sonda de caries se debe usar con cuidado y pasarla suavemente para evitar romper esmalte, por eso cada vez se usa menos. Se favorece más el examen visual.

La Técnica de los sellantes tiene por objeto obturar mecánicamente fosas y fisuras de la superficie dentaria por medio de la colocación de un material que permanece firmemente unido al esmalte.

Objetivos:

- Aislar mecánicamente surcos y fisuras del medio bucal.
- Eliminar nichos ecológicos para los microorganismos.
- Eliminar zonas retentivas de los dientes, facilitando su limpieza.
- Lograr experiencia clínica bien tolerada por el niño (simple, sin anestesia).

Clasificación de los sellantes:

- Auto polimerización: tiempo de trabajo establecido.
- Foto polimerización : da un mayor tiempo de trabajo
- Sellantes de resina: son los más usados por su mejor retención y resistencia mecánica.

Grabado ácido durante 20-30 segundos Se debe ver el esmalte de color blanco, tiza, opaco, esto nos asegura de un buen grabado. No debe contaminarse con saliva, ya que esto evitaría la adhesión del sellante. Si esto ocurre, se debe volver a realizar el grabado ácido. El sellante se aplica en cantidades suficientes que abarque todas las fisuras en la cavidad y se foto polimeriza durante 20 segundos

Vidrio Ionómero: solo usado como sellante temporal, ya que se solubiliza en el tiempo.

Se realiza mezclando un polvo con un líquido en una loseta de vidrio con la espátula de cemento, la unión del polvo y el líquido durante el espatulado se realiza durante 10 a 15 segundos, se aplica en las fosas y fisuras que abarque toda la cavidad, esta debe de estar libre de saliva se, debe de esperar 15 segundos hasta que obtenga una consistencia adecuada.

Características generales de un sellantes:

- Baja viscosidad: para que penetre en las fisuras.
- Baja tensión superficial: también para que penetre en las fisuras. La resina es mejor que el vidrio Ionómero.
- Unión mecánica resina por micro retención y química Ionómero de vidrio.
- Estabilidad dimensional.
- Resistencia a la abrasión – Insolubilidad (Resina).
- Fácil manipulación.
- Biocompatible.
- Acción Cariostática.

Indicaciones de los sellantes:

- Molares y premolares definitivos sanos con surcos y fisuras profundas.
- 1er molar definitivo: se debe colocar sellante por su rica anatomía de fosas y fisuras.

Además como erupciona por atrás, es difícil para el niño cepillarse, por lo tanto, es más fácil que se afecte de caries.

- Piezas anteriores sanas con surcos y fisuras profundas en palatino típico en centrales inferiores y laterales superiores.
- Molares temporales sanos en pacientes en riesgo de caries³⁵.

5.4 “PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

ERUPCIÓN

Erupcionan en la boca por detrás del segundo molar temporario. Los primeros molares permanentes son piezas muy importantes porque determinan el patrón de masticación durante toda la vida de una persona. Son catalogados como la llave de la oclusión o Llave de Angle.

FORMACIÓN

Son los primeros dientes permanentes que se forman y erupcionan a los 6 años de edad. Se presenta en número de cuatro dos superiores y dos inferiores y casi siempre son los primeros dientes permanentes que acompañan a la dentición primaria en la boca de un niño, para transformarla en dentición mixta. El primer molar permanente es una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una oclusión adecuada, pues al ocupar un gran espacio en el sector posterior, su presencia es básica para el desarrollo y equilibrio de la oclusión. Pese a lo anterior, se consideran los dientes permanentes más susceptibles a la caries debido a su morfología oclusal, a la presencia y acumulación de placa bacteriana.

FUNCIÓN

Son la guía para la posición correcta de las piezas dentarias, por ser las bases de las arcadas caducas. Los primeros molares permanentes son el punto de referencia notablemente estable de la anatomía craneofacial. Es

³⁵ <http://bp3.blogger.com/>

una pieza dentaria muy susceptible a la caries, debido a que después de su erupción a los 6 años de edad, se encuentra expuesta al medio ácido bucal antes que otras piezas dentarias y por las características anatómicas que presenta. La frecuencia de pérdida del primer molar permanente está dada en sujetos menores de 15 años de edad; las secuelas potenciales de esta situación incluyen: Migración mesial, sobre erupción, contactos prematuros, problemas de guías dentarias, pérdida ósea, periodontopatías y desórdenes de la ATM”³⁶

5.4.1 “CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Con la pérdida del primer molar permanente se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anteriores al espacio pueden presentar movimientos, inclusive los incisivos laterales y centrales del mismo lado que se produjo la ausencia. También con la pérdida prematura del primer molar permanente se producen trastornos periodontales por trauma durante la masticación ya sea por empaquetamiento de alimentos como por contactos oclusales traumáticos. Por lo que el objetivo de la investigación es identificar el comportamiento de la caries dental en el primer molar permanente en niños de 8, 10 y 12 años del área de salud de Guasimal, asimismo conocer su situación real y de esta forma desarrollar en un futuro planes de acción que le permitan al profesional odontológico intervenir en la población y modificar actitudes y conocimientos que permitan la conservación de este molar tan importante para el desarrollo de una oclusión fisiológica y para el Aparato Estomatognático. Es por esto que el primer molar permanente es una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una oclusión fisiológica y adecuada función masticatoria”³⁷.

³⁶ <http://www.revistaciencia.com/>)

³⁷ Dra. Yillian Gómez Porcague

5.4.2 “IMPORTANCIA DE CONSERVAR COMPLETA LA DENTICIÓN PERMANENTE

Es importante mantener las piezas dentales en boca para un mejor funcionamiento durante la masticación ya que con la pérdida de piezas dentales puede haber disminución en la longitud del arco dentario durante la dentición decidua o mixta puede provocar una mala posición de las piezas permanentes. Debido a estos problemas pueden haber apiñamiento dental es quizá la principal característica de mal oclusión para realizar un análisis preventivo de mal posición es durante la dentición mixta, ya que es, un período de particular importancia en las etiologías de anomalías de la oclusión, debido a que se producen cambios y modificaciones que deben ser respetados y controlados para evitar futuros problemas de alineación, además es un momento adecuado para realizar tratamientos tempranos. Muchos pacientes no necesitarían tratamiento ortodóntico si hubieran recibido atención adecuada durante la etapa crítica de cambios dentales.

5.4.2.1. CAVIDAD BUCAL Y SU IMPORTANCIA

La boca y los dientes son parte importante en la vida del ser humano la sonrisa, formada por la boca ante una orden del cerebro, a menudo es lo primero que la gente nota cuando nos mira. Es la expresión facial que más atrae a otros. Con la ayuda de los dientes, que brindan el sostén estructural para los músculos faciales, la boca también participa cuando fruncimos el ceño y al manifestar muchas otras expresiones faciales.

La boca también cumple una función clave en el aparato digestivo, y hace mucho más que iniciar la digestión. La boca, especialmente los dientes, los labios y la lengua, es esencial para el habla. La lengua, que nos permite saborear, también nos permite formar las palabras cuando hablamos. Los labios que delimitan la parte exterior de la boca nos ayudan a sostener los alimentos cuando masticamos y a pronunciar las palabras cuando hablamos.

En cuanto a los dientes y la lengua, los dientes ayudan a formar las palabras controlando el flujo de aire que sale de la boca. La lengua golpea los dientes cuando se producen ciertos sonidos. El sonido z, por ejemplo, se produce colocando la lengua contra la hilera superior de dientes. Si la lengua toca los dientes al pronunciar palabras con el sonido s, es posible que usted sesee.

Las sustancias más duras del cuerpo, los dientes, también son necesarios para la masticación, el proceso por el cual desgarramos, cortamos y molem los alimentos en preparación para la deglución. La masticación permite la liberación de enzimas y lubricantes en la boca que promueven la digestión, o descomposición, de los alimentos. Sin los dientes, sólo podríamos comer alimentos blandos y pisados. ¡No podríamos disfrutar tanto de la comida”³⁸.

5.4.2.2. “FORMACIÓN DEL DIENTE

La dentición humana, como la de otros mamíferos, muestra dos juegos de dientes llamados dentición temporal o decidua y dentición permanente. Entre la dentición temporal completa y la dentición permanente hay un largo periodo, conocido como dentición mixta en el que suceden dos fenómenos. Por una parte la sustitución de los dientes temporales por permanentes y por otra la aparición de dientes adicionales, los molares, que se sitúan a distal del segundo molar decidua.

De modo que se pasa de una dentición de 20 dientes a otra de 32 con lo que se incrementa la capacidad masticatoria del individuo. Todo el proceso de desarrollo de la dentición ocupa un lapso de tiempo considerablemente largo; desde antes del nacimiento hasta algo más de

³⁸ <http://kidshealth.org/digestive.esp.html/>

los 20 años de vida. En este tiempo, son dos los sucesos más llamativos: la formación y mineralización progresiva de los dientes y su aparición en la cavidad oral y puesta en función.

De este conjunto de eventos, el más estudiado es el momento de emergencia, aquel en que el diente ha perforado la mucosa y es apreciable a la vista o al tacto con la sonda dental. Tanto la mineralización como la erupción y emergencia son procesos continuos, aunque para su estudio suelen convertirse en sucesos discretos, que ocurren con una cronología y en una secuencia que tiene importancia como reflejo de una edad biológica y en cuanto a las posibilidades de que se establezca la mejor relación posible en la articulación entre las arcadas. Sin embargo la determinación de la cronología de erupción o emergencia no es un problema tan sencillo como puede parecer a primera vista. Presenta varias dificultades importantes.

La primera es que es un suceso que ocurre en un momento del tiempo nunca observado por el investigador. Es decir, cuando observamos que un diente ha emergido lo que sabemos es que lo ha hecho en algún momento anterior a la observación pero no sabemos el momento exacto, que generalmente se mide como edad del individuo en el momento de ocurrencia del suceso. Es decir, la información que obtenemos es que éste es el límite superior de un periodo de tiempo dentro del cual se ha producido la emergencia.

Esto es así tanto si el estudio es longitudinal o semi longitudinal como si es seccional. El límite inferior de ese periodo de tiempo se establece en los estudios longitudinales por la observación anterior en la que el diente no estaba todavía en boca y en los seccionales como la edad en la que a ningún individuo de la muestra le había erupcionado. Cuando un diente es observado en la boca consideramos que ha hecho emergencia. El suceso es valorado como una variable dicotómica, el diente no ha emergido o ha

emergido, a pesar de que desde que hace aparición en la encía hasta que alcanza oclusión con los dientes de la arcada antagonista pasa un considerable lapso de tiempo.

Esto hace que algunos de los métodos para averiguar cuando ocurrió la emergencia lleven a cifras que reflejan momentos diferentes de este lapso, de modo que los resultados de distintas metodologías no son realmente comparables sino que representan variables diferentes. La emergencia dentaria presenta una variabilidad amplia y se afecta por una serie de circunstancias ambientales como caries, pérdida prematura de dientes temporales, problemas nutricionales, etc. Esto hace que se requieran muestras amplias para su estudio y sobre todo muestras que en cada grupo de edad cumplan una distribución determinada, generalmente distribución normal.

Para resolver estas dificultades se han empleado distintos métodos que revisaremos brevemente siguiendo fundamentalmente a Smith. Destaquemos antes la importancia de la muestra y el método de obtención de los datos, longitudinal o seccional. Los estudios longitudinales tienen para este tipo de estudios el grave inconveniente del coste en tiempo y de la difícil corrección de la muestra. Sin embargo algunos aspectos de la cronología de erupción solo pueden ser eficazmente obtenidos en estudios longitudinales. Así son las secuencias de emergencia y otros aspectos que reflejen variaciones individuales. Los estudios de tipo semi longitudinal pueden ser una alternativa ventajosa³⁹.

5.4.2.3 “TIPOS DE DENTICIÓN

DENTICIÓN TEMPORAL

La dentición temporal comienza a calcificarse entre el cuarto y el sexto mes de la vida intrauterina, aparece clínicamente alrededor de los 7 meses y se extiende aproximadamente hasta los 6 años Presenta una

³⁹ Herman S. Duterloo

serie de características morfológicas y funcionales que condicionan el desarrollo armónico y estable de la dentición permanente. Estos dientes se pierden en su totalidad, pero son muy importantes porque proporcionan una pauta de orientación y contribuyen a mantener el espacio de los dientes permanentes. Por lo general el periodo de erupción de la dentición temporal dura unos 22 meses desde que hace aparición en la arcada el primer diente, que suele ser el incisivo central inferior sobre los 6-9 meses de vida, hasta que erupcionan los segundos molares a los 30 meses aproximadamente.

El orden normal de erupción en la dentición temporal es: incisivo central inferior, incisivo central superior, lateral superior, lateral inferior, seguidos por los primeros molares, aunque son frecuentes las desviaciones de este orden. Además el orden de erupción en los dientes temporales está más influido por factores genéticos que por otras circunstancias, como sería el crecimiento somático o el sexo.

Estudios histológicos realizados al nacimiento, en los dientes maxilares y mandibulares revela en la mayor parte de los casos un cierto grado de calcificación de las 24 unidades dentarias; 20 dientes primarios, más los 4 primeros molares permanentes.

El primer diente primario en erupcionar es el incisivo mandibular. Este diente erupciona casi siempre en la posición vertical recta; a medida que erupcionan otros dientes primarios se pueden espaciar entre sí, en particular en el área incisiva.

Existen otros espacios en la dentición primaria, llamados espacios primates que encuentran entre el canino mandibular y el primer molar inferiores primarios, y entre el incisivo lateral y el canino superior primario,

dándole cierta estabilidad a la dentición primaria hasta que se recibe influencia del surgimiento de la dentición secundaria”⁴⁰

“DENTICIÓN PERMANENTE

Empiezan a salir hacia los seis años, pero el último puede aparecer a los 17 años o más muela del juicio. Son en total 32 piezas. El primer diente permanente, el molar de los seis años, sale detrás del último diente de leche y no reemplaza a ninguno. Por esta razón, se confunde, en ocasiones, con un diente primario y se puede descuidar y perder a causa de la caries dental.

En la erupción de los dientes definitivos se observa una mayor influencia hormonal. No existen diferencias cronológicas entre niños y niñas en cuanto a la erupción de los incisivos y primeros molares permanentes, pero a medida que se aproxima la pubertad, la erupción de los restantes dientes se adelantan entre 6 y 12 meses en las niñas. En esta segunda dentición las variaciones individuales son mucho más frecuentes que en la primera. La cronología más habitual en esta dentición permanente es: incisivo central inferior, primer molar, incisivo central superior, lateral inferior, lateral superior, caninos o primeros premolares inferiores indistintamente, y primeros premolares superiores; por último, y con gran variación individual, entre los 11 y 12 años erupcionan los caninos superiores, los segundos premolares y los segundos molares”⁴¹

“DENTICIÓN MIXTA

Muchos niños experimentan la erupción de los cuatro primeros molares permanentes y la caída de los incisivos centrales y laterales, de ambos arcos dentales, en el comienzo de este período, con la erupción ulterior de los incisivos permanentes y los premolares caninos y segundos molares entre los seis y los doce años de edad. Los terceros molares

⁴⁰ <http://www.aepap.org/familia/escuela/htm>

⁴¹ <http://www.aepap.org/familia/escuela/htm>).

harán una erupción tardía con respecto a los demás dientes.

En el arco inferior después de que los primeros molares e incisivos centrales permanentes hacen erupción, les seguirán los premolares en orden. Lo mismo ocurre en el arco superior, con excepción de los caninos, que usualmente brotan después de los premolares y más o menos al mismo tiempo que los segundos molares permanentes.

Las raíces de los incisivos centrales inferiores están completas hacia los 9 años de edad, las de los cuatro primeros molares permanentes, incisivos centrales superiores e inferiores suelen estar completas a los diez años de edad, y las de los incisivos laterales superiores, a los doce.

Cuando comienza la formación de las raíces de los dientes permanentes, también ocurre la migración hacia la cavidad bucal por parte de la corona dentaria. Por lo general su trayecto es tal, que se topa con la raíz de los dientes primarios, la absorben y hacen erupción en sentido localizado, en sentido labial a los dientes primarios en la arcada superior y hacia lingual en la arcada inferior. Por lo tanto los dientes permanentes suelen estar angulados.

Los premolares permanentes en su desarrollo, surgen entre las raíces de los molares primarios y hacen erupción levemente mesial a la posición de sus predecesores.

Los molares permanentes se desarrollan a partir de la lámina dental, y erupcionan con una inclinación mesial. En comparación con los incisivos primarios, los permanentes son más grandes, y emergen en un área más restringida. También es frecuente que haya diastemas entre ellos sobretodo en el maxilar.

Los caninos permanentes superiores son por lo general los últimos

dientes que hacen erupción, en sentido mesial al primer molar permanente.

Al ocurrir tal erupción, su componente de erupción mesial con frecuencia, basta para enderezar los incisivos y cerrar los espacios interdentarios. Hay quienes le llaman a este período del desarrollo la etapa de “Patito feo”⁴².

5.4.2.4 “EDAD DE RECAMBIO

A los dos años de edad, un gran número de niños poseen 20 dientes clínicamente presentes y funcionando. Los segundos molares deciduos se encuentran en proceso de erupción o lo harán dentro de los siguientes meses. La formación de la raíz de los incisivos deciduos, está terminada y la de los caninos y primeros A los dos años y medio la dentición primaria, generalmente está completa y funcionando en su totalidad. A los tres años de edad, las raíces de los dientes infantiles están completas. Las coronas de los primeros molares permanentes se encuentran totalmente desarrolladas y las raíces comienzan a formarse.

Existen indicios del estado futuro de la oclusión, puede existir lo que posiblemente se llamará sobre mordida excesiva de los incisivos superiores, ocultando casi completamente a los inferiores al entrar los dientes en oclusión.

Entre los tres años de edad y seis años de edad, el desarrollo de los dientes permanentes continúa, produciendo un avance de los incisivos superiores e inferiores.

De los cinco a los seis años, justamente antes de la exfoliación de los incisivos deciduos, existen mas dientes en los maxilares.

⁴² <http://evoluciondeladenticion.3medio.blogspot.com/>).

Entre los seis y siete años de edad hacen erupción, los primeros molares permanentes. En este momento cuando ocurre el primero de los ataques, contra la sobre mordida excesiva, simultáneamente los incisivos deciduos centrales son exfoliados y sus sucesores permanentes comienzan su proceso eruptivo, hacia el contacto con los incisivos de la arcada opuesta.

Los incisivos centrales inferiores hacen erupción primero, seguidos por los incisivos centrales permanentes superiores. La erupción de los incisivos generalmente se produce antes de lo ocho años de edad, los incisivos centrales y laterales ocupan su posición normal, la formación radicular aún no ha terminado. A los nueve o diez años de edad, el tercer molar aún se encuentra en formación. Los ápices de los caninos y molares deciduos comienzan a resorberse. En este momento, en el maxilar inferior, la anchura combinada del canino deciduo, el primer y segundo molares deciduos es aproximadamente 1.7 Mm. mayor que el ancho combinado del canino y el primero y segundo premolares. En el maxilar superior, la diferencia combinada de esta dimensión tiene un promedio de 0.9 mm. Esta diferencia de espacio para cada segmento maxilar se llama "Espacio libre". Entre los diez y doce años de edad, el canino mandibular, hace erupción antes que el canino maxilar. El segundo premolar superior y el canino superior hace erupción aproximadamente al mismo tiempo. Después de la pérdida de los segundos molares deciduos existe en ajuste en la oclusión de los primeros molares permanentes.

La erupción de los segundos molares, sucede después de la aparición de los segundos premolares. Los segundos molares inferiores y superiores, hacen erupción al mismo tiempo. Poco tiempo después de la erupción del segundo molar permanente existe poco espacio en la arcada dentaria, para el acomodo del tercer molar"⁴³.

⁴³ <http://www.blogger.com/>).

5.4.3“LA CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible de los tejidos duros del diente, de origen microbiano y multifactorial, anatómicamente específica, bioquímicamente controvertida y patológicamente destructiva, que determina la pérdida del equilibrio biológico del elemento dentario provocando una necrosis pulpar”⁴⁴.

“La caries dental es una enfermedad que produce la destrucción localizada y progresiva de la estructura dentaria siendo la causa más común de la enfermedad pulpar. Actualmente se acepta que, para el desarrollo de caries, deben establecerse bacterias específicas sobre la superficie dental. La caries origina una cavidad con pérdida de los tejidos dentarios; su avance progresivo ocasiona la infección del complejo dentino pulpar llegando a afectar las estructuras que se encuentran en el tercio apical Cuando se produce la obstrucción del conducto radicular y aumenta la presión de los gases, producto de la infección, el paciente manifiesta un dolor intenso, en un gran porcentaje de casos, la pieza dentaria afectada debe ser tratada mediante una terapia endodóntica.

5.4.3.1 CARIES OCLUSAL

Para determinar la presencia de caries oclusal se debe inspeccionar la zona por medio de un explorador si se retiene en las fosas y fisuras hay presencia de caries esto se realiza para determinar si hay reblandecimiento en la base de la fisura, opacidad circundante al hoyo o fisura con evidencia de desmineralización del esmalte.

5.4.3.2 CARIES PROXIMAL

Son caries que se localizan por debajo del punto de contacto entre dos dientes contiguos. Por su localización son lesiones de difícil diagnóstico,

⁴⁴ Dra. Yillian Gómez Porcegue

ya que en estadios iniciales no se pueden detectar a simple vista. Por ello la exploraciones radiológicas son imprescindible en estos casos⁴⁵.

5.4.3.3 “CARIES RADICULAR

La caries radicular puede extenderse de la corona a la raíz . La caries de la raíz ocurre mas a menudo cerca de la unión amelo cementaria el cemento en esta zona es de escaso espesor y por lo tanto la dentina también se ve afectada provocando una invasión bacteriana en los túbulos dentinarios. Estas caries pueden causar inflamación gingival.

5.4.4 CARIES EN EL PRIMER MOLAR PERMANENTE

El primer diente permanente, Es el primer molar definitivo de los seis años, erupciona detrás del segundo molar temporario y no reemplaza a ninguno. Por esta razón, se confunde, en ocasiones, con un diente primario y se puede descuidar y perder a causa de la caries dental.

En edad escolar el diente permanente más afectado por caries es el primer molar (PM) y la prevalencia de caries en estos dientes se ha asociado con la actividad futura de caries. Este es el primer diente de la dentición permanente en erupcionar y el más susceptible al ataque de la caries, su destrucción parcial o total repercute de manera importante en el desarrollo y crecimiento maxilofacial y, por lo tanto, en la función masticatoria. Por otra parte, su rehabilitación se dificulta y requiere de tratamientos más especializados y de mayor costo cuando la destrucción del tejido por caries es mayor. Estudios recientes sugieren que la relación de caries en el segundo molar temporal tiene un fuerte valor predictivo en la actividad de caries en el primer molar permanente.

Cuando hay caries en la superficies proximales en el segundo molar temporario se encuentran afectados los primeros molares definitivos ya sea por las caras mesiales o distales. Provocando muy prematuramente

⁴⁵ <http://www.revistaciencia.com/>

el debilitamiento y la destrucción de la pieza dentaria. La caries dental es una enfermedad muy frecuente en la infancia y constituye la causa principal de la pérdida dental. Se produce durante el período posteruptivo del diente culminando en una desmineralización ácida localizada, puede llegar a la destrucción total del diente si no es limitado el daño. Por su magnitud y trascendencia es un problema de salud pública para la población infantil.

En la caries dental y sus factores de riesgo como causa principal de la pérdida dentaria y como prevenirla, pero escasas investigaciones sobre la pérdida a edades tempranas del primer molar permanente. La altas cifras de molares permanentes extraídos prematuramente y la cusa principal de esta pérdida es la caries dental. existe la necesidad de implementar un programa donde se instruya a la población sobre la importancia del cuidado dentario, de modo que acuda a tiempo a consulta en busca de atención médica para prevenir la formación de caries dental avanzada, que es una de las causas más frecuentes en la extracción temprana de los dientes”⁴⁶.

5.4.5 “EXODONCIAS DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

La pérdida de piezas dentarias es debida a diversas causas, las más frecuentes son: Enfermedades con gran prevalecía, la caries y la enfermedad periodontal. Otras causas son los traumatismos y las tumoraciones. Pueden faltar piezas dentarias por falta de formación dental.

La pérdida de una pieza dentaria comporta un déficit en la eficacia masticatoria, con consecuencias tanto funcionales como orgánicas. Muchas enfermedades del tubo digestivo requieren una masticación

⁴⁶ [http:// www.revistaciencia.com/](http://www.revistaciencia.com/)

correcta, por ello los médicos digestólogos aconsejan reponer las piezas dentarias perdidas.

La pérdida de una o más piezas dentarias causa una posible desorganización de la conformación de las arcadas dentarias, con posibles consecuencias locales como puede ser la separación de piezas dentarias, ello implica mayor retención de alimentos, más formación de placa y por tanto más posibilidad de caries y enfermedad periodontal, y consecuencias a distancia, las más frecuentes son los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).

El primer molar permanente tiene gran importancia en tanto que determina el patrón de masticación durante toda la vida. Juega un papel trascendente al Este es un diente muy susceptible a caries después de su erupción alrededor de los 6 años, ya sea por su anatomía, o porque ha estado expuesto al ambiente ácido bucal antes que otros dientes. El primer molar permanente es el diente que se pierde con mayor frecuencia en sujetos menores de 15 años de edad y las secuelas potenciales de esta situación incluyen migración mesial, sobreerupción, contactos prematuros, problemas de guías dentarias, pérdida ósea, parodontopatías, y desórdenes de la articulación temporomandibular. La destrucción o extracción del primer molar permanente, así como sus consecuencias, es frecuente en muchas partes del mundo la cual ha sido reportada en diversos estudios siendo la caries el factor principal para la pérdida prematura del primer molar permanente también se puede asociar a otros factores como bajos recursos económicos que le imposibilitan al niño hacerse tratamientos adecuados. Dentro de las consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente se encuentran la disminución de la función masticatoria, la erupción continua de los dientes antagonistas que facilitan su extrusión y la rotación de los molares adyacentes”⁴⁷.

⁴⁷ <http://www.actaodontologia.com/>

5.4.6 “TRATAMIENTO PARA LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES PERMANENTE

Los tratamientos que se utilizan para la pérdida de piezas dentales.

Según el caso, pueden restaurar con implantes, prótesis fijas y prótesis removible. El implante es un diente artificial en el que la función de la raíz del diente la realiza un tornillo de titanio que se implanta en el hueso maxilar. Para ello hay que abrir un lecho en el hueso, con una sencilla instrumentación quirúrgica bajo anestesia local. Tras la colocación del implante hay que esperar un tiempo a que se produzca la integración entre la superficie del implante y el hueso, y después se coloca una corona cementada al extremo libre del implante.

Las prótesis fijas o puentes constan de unas fundas que se colocan en los dientes que están en los extremos del espacio del diente o dientes que faltan se llaman pilares, y que hacen de soporte de la corona que ocupará dicho espacio pónico. Para poder confeccionar las fundas de los pilares hay que tallar estos dientes para reducirlos de tamaño.

Los materiales con que se hacen los puentes son variados: aleaciones de metales, oro, resinas o porcelanas, y combinaciones de ellos. Hoy en día están de actualidad las coronas libres de metal, totalmente de cerámica, por su máxima estética, o el zirconio, un material de extraordinarias propiedades mecánicas y estética.

Las prótesis removibles son aquellas que incluyen dientes y soportes de metal o resina y que se pueden sacar de la boca por el paciente. Son completas si incluyen todos los dientes de una o ambas arcadas y parciales si sólo incorporan algunos dientes. Aunque son más incómodas de llevar solucionan los casos en que faltan muchos dientes y no hay apoyos para los dientes.

En los casos en que faltan muchos dientes también existen las soluciones combinadas de implantes y prótesis fijas o removibles. El implante aumenta la sujeción y estabilidad de la prótesis, y la prótesis evita el tener que colocar muchos implantes para rehabilitar la dentadura.

Es necesario reponer las piezas dentales perdidas porque la falta de un diente deja un hueco que permite que los dientes vecinos y los dientes de la arcada contraria se desplacen hacia él, por la pérdida de puntos de contacto. Eso origina una desestructuración de todo el aparato funcional masticatorio, con repercusiones estéticas y funcionales.

Cuando reponemos un diente perdido:

Restablecemos la estética.

Restablecemos la función masticatoria.

Preservamos los componentes del todo el sistema bucodental: articulación, músculos, estructuras periodontales y tejidos osteo-mucosos”⁴⁸.

5.4.7 “CAUSAS MÁS FRECUENTES EN LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES PERMANENTES

Las caries, y los traumatismos, son causas que pueden dar lugar a pérdida de dientes. La falta de un diente deja un hueco que permite que los dientes vecinos y los dientes de la arcada contraria se desplacen hacia él, por la pérdida de puntos de contacto. Eso origina una desestructuración de todo el aparato funcional masticatorio, con repercusiones estéticas y funcionales. La caries es una enfermedad multifactorial determina un reblandecimiento de los tejidos duros del diente y es el principal factor para la pérdida de piezas dentales, debido a la presencia de microorganismo, placa bacteriana, dientes muy susceptibles a la caries.

⁴⁸ <http://www.dentalcentral.es/educacion>

Los traumatismos son lesiones de los dientes o tejidos blandos producidas por una acción violenta accidental sobre la boca, pudiendo ocasionar la fractura o pérdida de uno y varios dientes. La fractura de la corona dental la parte visible del diente suele ser el resultado más frecuente en la dentición permanente. Es importante conservar el fragmento fracturado. Muchos dientes pueden restaurarse con la adhesión del fragmento, sobre todo si éste es grande, está íntegro, es adaptable, incluye dentina y está libre de caries. La avulsión es la salida completa del diente de su alvéolo, es muy común en niños entre siete y diez años. Los incisivos centrales superiores son los más afectados. El mejor tratamiento es la reimplantación del propio diente. El factor que más repercute en el éxito es la rapidez en realizar el reimplante, lo ideal sería en los primeros cinco a veinte minutos. Si el diente está limpio el padre o la persona que cuida del niño debe reimplantarlo de la forma más suave, sosteniéndolo por la corona. Si está algo sucio, hay que lavarlo con agua o suero fisiológico y a continuación colocarlo en el alvéolo. Es prioritario acudir a una clínica dental”⁴⁹.

5.4.8 “TRATAMIENTO PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES

La caries origina una cavidad con pérdida de los tejidos dentarios; su avance progresivo ocasiona la infección del complejo dentino-pulpar llegando a afectar las estructuras que se encuentran en el tercio apical. Cuando se produce la obstrucción del conducto radicular y aumenta la presión de los gases, producto de la infección, el paciente manifiesta un dolor intenso. En un gran porcentaje de casos, la pieza dentaria afectada debe ser tratada mediante una terapia endodóntica o Tratamiento de conductos; siendo esta el tratamiento de elección para evitar la pérdida de piezas dentales permanentes”⁵⁰

⁴⁹ <http://www.dentalcentral.es/educacion>

⁵⁰ <http://www.univalle.edu/publicaciones>

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODOS

6.1.1. MODALIDAD BÁSICA

- Es bibliográfica porque se apoyó en bibliografía tanto de materiales literarios como de la web, para adquirir un conocimiento científico.
- Es investigación de campo ya que con la utilización de encuestas y entrevistas se confrontó las bases teóricas con la práctica.

6.1.2 NIVEL O TIPO INVESTIGACIÓN

- **EXPLORATORIA.**- Se realizó en la Escuela “Francisco Pacheco” en el que se observó un número elevado de casos de niñas que presentan pérdida prematura de los primeros molares permanentes.
- **DESCRIPTIVA.**- Este método se utilizó al requerir el uso para describir la problemática por medio del árbol del problema.
- **ANALÍTICA.**- Se realizó mediante la verificación de las principales causas y efectos que produce la pérdida prematura de los primeros molares permanentes.
- **SINTÉTICA.**- Los procedimientos que se aplicaron en la realización del estudio permitieron obtener resultados que están descritos en las conclusiones de la investigación.
- **PROPOSITIVA.**- Con los resultados de los estudios de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

6.1.3 POBLACIÓN

La población la constituyen un grupo de 81 niñas comprendida entre 9 a 10 años de la Escuela “Francisco Pacheco.”

6.1.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población de 9 a 10 años lo constituyen 81 niñas. Al ser pequeño el grupo poblacional no se aplica la técnica de muestreo.

6.1.3.2 ÁREA DE ANÁLISIS Y ESTUDIO

Escuela fiscal de niñas Francisco Pacheco

6.1.4 INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se obtuvieron de fuentes primarias a través de encuestas, e historias clínicas.

Encuestas dirigidas a los padres de las niñas de la escuela Francisco Pacheco.

Fichas clínicas. Que sirvieron para la recolección de información sobre el estado de salud bucal de las niñas de la escuela Francisco Pacheco.

TÉCNICAS

- Encuestas aplicadas a los padres de familia de la Escuela “Francisco Pacheco”.
- Registro de observación.

INSTRUMENTOS

- Formulario de encuestas
- Historia clínica estomatológica
- Concentrado epidemiológico.

6.1.5 PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

La tabulación de datos se realizó en el programa Word de la presentación Microsoft office Word 2007.

6.2. RECURSOS

6.2.1 TALENTO HUMANO

- Investigador.
- Niñas de la Escuela “Francisco Pacheco”
- Padres de las niñas de la Escuela “Francisco Pacheco.”
- Director de tesis.

6.2.2 RECURSOS MATERIALES

- Fotocopias
- Textos
- Internet
- Viáticos
- Suministros.
- Encuadernación
- Materiales dentales
- Materiales de oficina
- Digitación

6.2.3 RECURSOS ECONÓMICOS

La investigación tuvo un costo de 478.5 dólares.

6.2.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Internet
- Computadora
- Flash Memory
- Cámara fotográfica
- Equipo de impresión.

6.3. DESARROLLO METODOLÓGICO

El diseño del proyecto de tesis se realizó en la primera semana de septiembre donde se eligió el tema de investigación con el director del curso de tesis el señor Robert Zambrano y las doctoras Mónica Cabrera y Lilian Bowen quienes facilitaron sus conocimientos para la elección del tema.

En la primera semana de octubre se aprobó el proyecto de tesis en una sustentación privada con la decana de la facultad de odontología la doctora Ángela Murillo.

En la segunda y tercera semana de octubre se empezó a realizar el desarrollo del marco teórico por medio de libros y de Internet. En las primeras semanas de noviembre se empezó a realizar las aplicaciones del instrumento ósea las encuestas a los padres y las revisiones de la cavidad oral de las niñas para determinar el índice del CPO.

A finales de noviembre se realizo las tabulaciones de las encuestas y los concentrados epidemiológicos y en las primeras semanas de diciembre se elaboró las conclusiones y recomendaciones para realizar el diseño de la propuesta que lo elabore en la segunda y tercera semana de diciembre.

La redacción del borrador del informe se elaboró a finales de diciembre mientras que a inicios de enero se entrego la corrección del borrador del informe.

La presentación del informe final se presento a inicios de febrero mientras que la defensa del informe final se presento en la segunda semana de febrero.

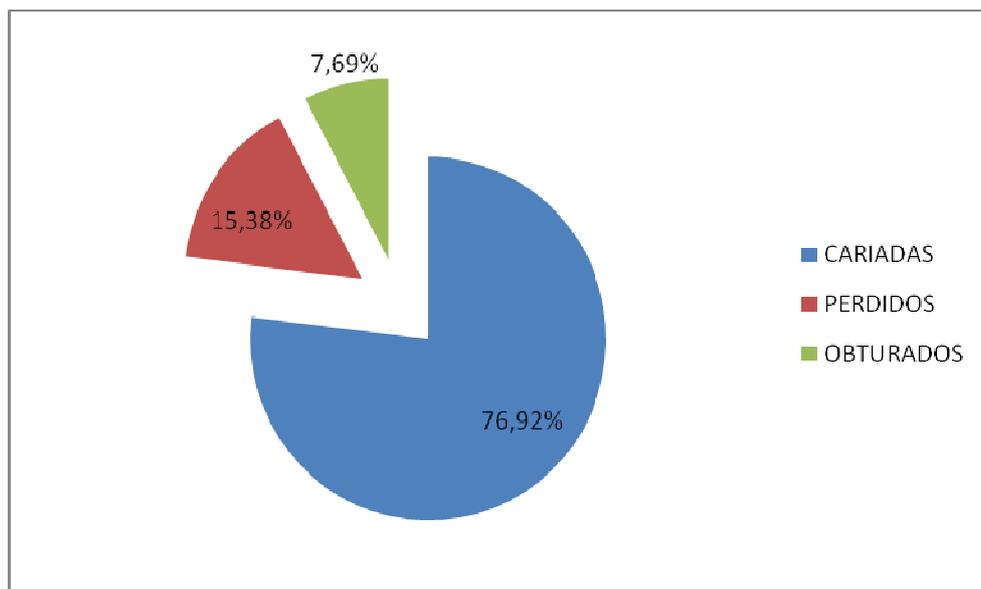
CAPÍTULO VII

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

7.1. RESULTADO DE LAS OBSERVACIONES CLÍNICAS REALIZADAS A LAS NIÑAS DE LA ESCUELA “FRANCISCO PACHECO”

CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO SEXTO AÑO BASICO “A”

| DATOS | FRECUENCIA | % |
|-----------|------------|--------|
| CARIADOS | 60 | 76,92 |
| PERDIDOS | 12 | 15,38 |
| OBTURADOS | 6 | 7,69 |
| TOTAL | 78 | 100,00 |



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICA DIRIGIDA A LAS NIÑAS DE LA ESCUELA FRANCISCO PACHECO.
AUTOR: DARÍO CEVALLOS LOOR.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

Analizando las historias clínicas de las niñas de la escuela Francisco Pacheco del sexto paralelo "A" encontramos el siguiente resultado en el CPO.

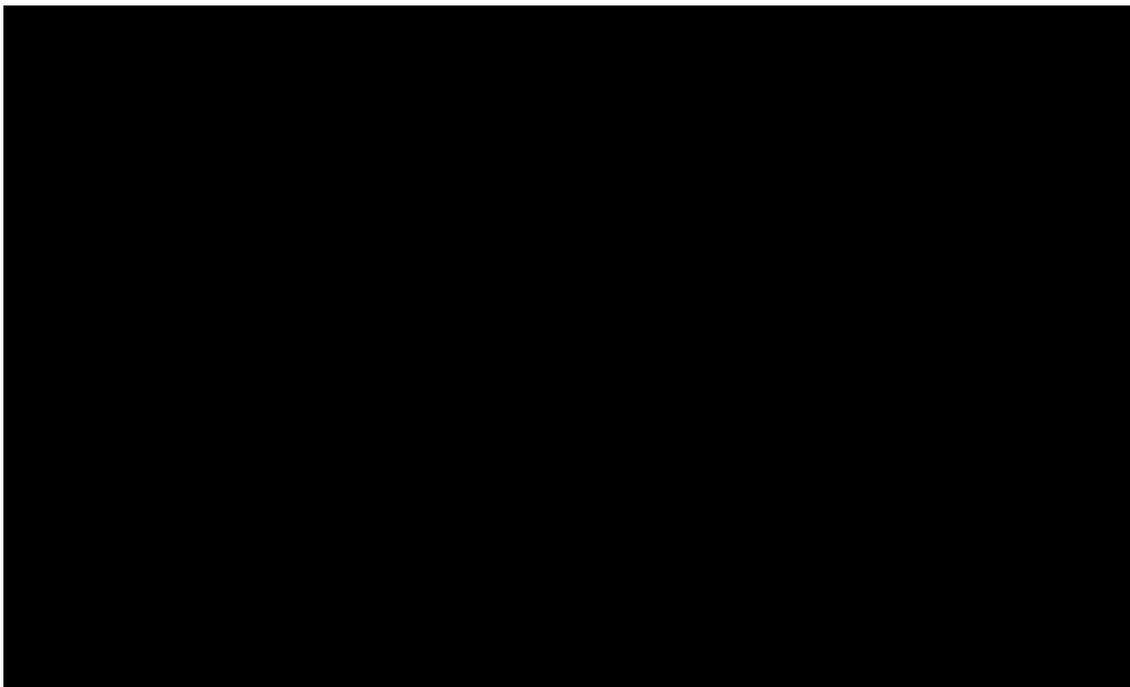
En el sexto año básico paralelo "A" estudian 29 niñas dando como resultado lo siguiente, 60 piezas con caries que corresponden al 76.92 por ciento 12, piezas perdidas que corresponde al 15.38 y solo 6 que corresponden al 7.69 se encuentran obturadas, notando así el alto índice de caries por falta de prevención oral trayendo como consecuencia perdidas de primeros molares permanentes.

Dra. Yillian Gómez Porcague Lo ideal es mantener una buena higiene oral para evitar presencia de caries, y que ésta repercuta en la pérdida de primeros molares permanentes, ya que este es una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una oclusión fisiológica adecuada.

CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

SEXTO AÑO BÁSICO "B"

| DATOS | FRECUENCIA | % |
|-----------|------------|--------|
| CARIADOS | 36 | 61,02 |
| PERDIDOS | 10 | 16,95 |
| OBTURADOS | 13 | 22,03 |
| TOTAL | 59 | 100,00 |



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICA DIRIGIDA A LAS NIÑAS DE LA ESCUELA FRANCISCO PACHECO.
AUTOR: DARÍO CEVALLOS LOOR.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

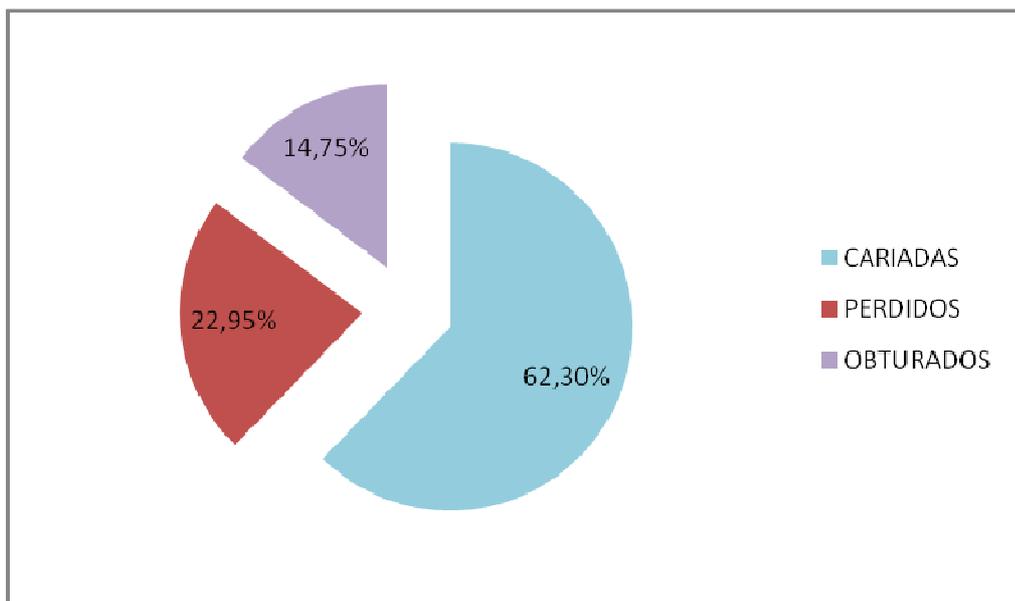
Analizando las historias clínicas de las niñas de la escuela Francisco Pacheco del sexto paralelo "B" encontramos el siguiente resultado en el CPO.

En el sexto año básico paralelo "B" estudian 27 niñas dando como resultado lo siguiente 36 piezas afectadas por caries que corresponde al 61,02%, 10 piezas perdidas que corresponde al 16,95%, 13 piezas obturadas que corresponde 22,03%, notando así un alto índice de piezas cariadas y perdidas y obturadas verificando en este grado que solo 27 niñas que estudian en este paralelo mantienen un alto porcentaje de piezas cariadas dando como resultado pérdida de piezas dentales lo que no es bueno porque el promedio de edad de las niñas es de 10 años y están muy pequeñas para perder una pieza dental muy importante en el funcionamiento de la masticación como lo habla <http://kidshealth.org/digestive.esp.html> **Es importante mantener las piezas dentales en boca para un mejor funcionamiento durante la masticación ya que con la pérdida de piezas dentales puede haber disminución en la longitud del arco dentario y provocar una mala posición de las piezas dentales permanentes.**

CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

SEXTO AÑO BÁSICO "C"

| DATOS | FRECUENCIA | % |
|-----------|------------|--------|
| CARIADOS | 38 | 62,30 |
| PERDIDOS | 14 | 22,95 |
| OBTURADOS | 9 | 14,75 |
| TOTAL | 61 | 100,00 |



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICA DIRIGIDA A LAS NIÑAS DE LA ESCUELA FRANCISCO PACHECO.
AUTOR: DARÍO CEVALLOS LOOR.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

Analizando las historias clínicas de las niñas de la escuela Francisco Pacheco del sexto paralelo "C" encontramos el siguiente resultado en el CPO

En el sexto año básico paralelo "c" estudian 25 niñas dando como resultado lo siguiente 38 piezas cariadas que corresponde a un 62,30% en las niñas, 14 piezas dentales perdidas que corresponde a un 22,95% en las niñas 9 piezas obturadas que corresponde a un 14,75% en las niñas lo que indica que en este paralelo también existe gran cantidad de número de piezas perdidas perjudicando a las niñas desde una muy corta edad por no saber la importancia del primer molar permanente como lo indica <http://kidshealth.org/digestive.esp.html> **La boca y los dientes parte importante en la vida del ser humano la sonrisa, los dientes, también son necesarios para la masticación, el proceso por el cual desgarramos, cortamos y molem los alimentos en preparación para la deglución.**

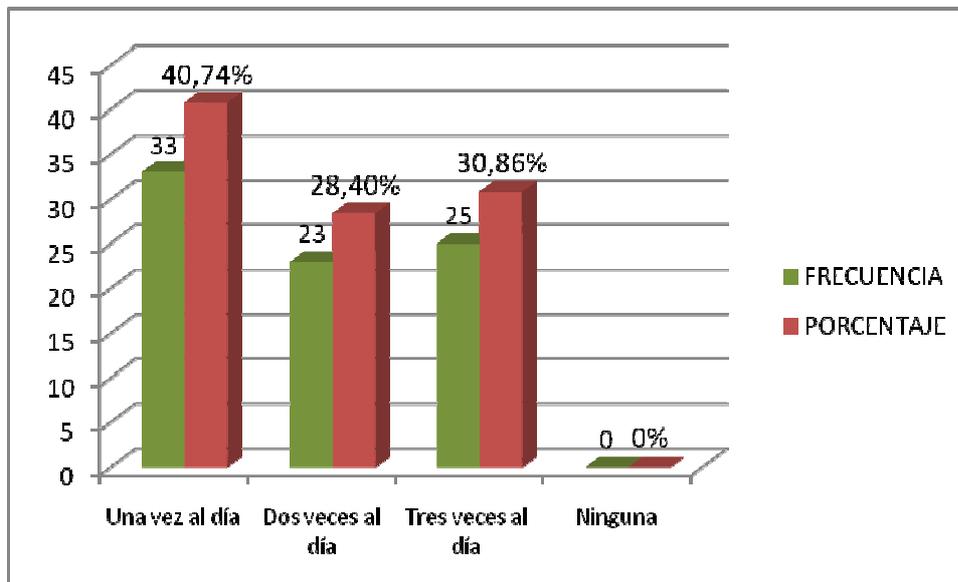
7.2. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS PADRES DE LAS NIÑAS DE LA ESCUELA “FRANCISCO PACHECO”

GRAFICUADRO N°1

SALUD ORAL

1. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día su hija?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|-------------------|-----------|------------|
| 1 | Una vez al día | 33 | 40,74 |
| 2 | Dos veces al día | 23 | 28,4 |
| 3 | Tres veces al día | 25 | 30,86 |
| 4 | Ninguna | 0 | 0 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"
ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 1

En el gráfico N°1 la pregunta es dirigida a los padres de las niñas de la escuela francisco pacheco dando como resultados los siguiente, de 81 personas encuestadas la columna 1 representa el 40,74% que afirman que sus hijas se cepillan los dientes una vez al día, el gráfico número dos representa el 28 ,40% afirman que sus hijas se cepillan los dientes dos veces al día, el gráfico número tres representa el 30,86% afirma que sus hijas se cepillan los dientes tres veces al día y el gráfico número cuatro representa el 0%.

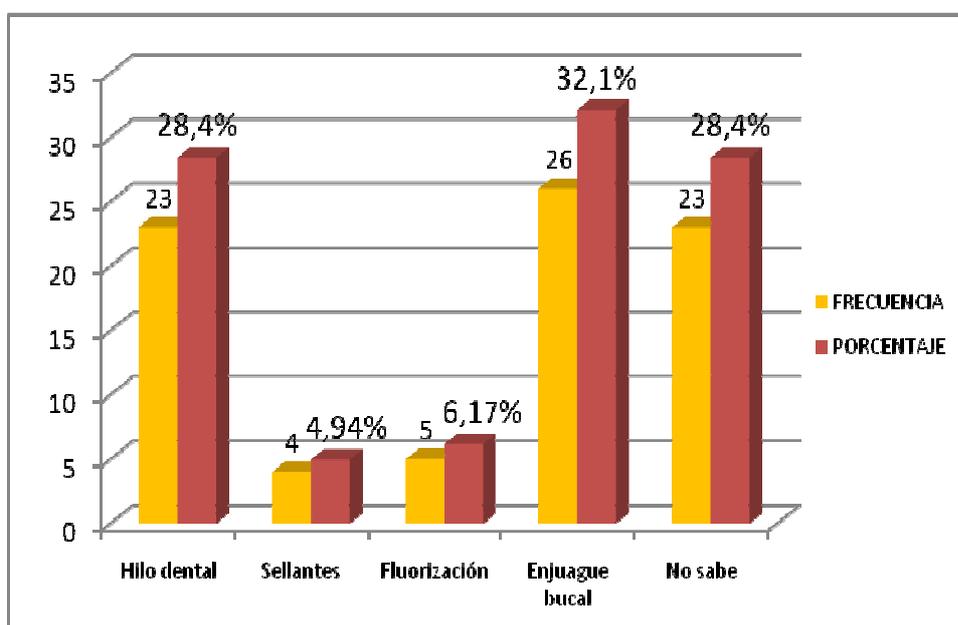
Dando como resultado que el 40,74% de los encuestados afirman que sus hijas se cepillan los dientes una vez al día manteniendo una salud bucal no tan buena e irregular. Notando de esta manera que no se cumple por lo establecido en “<http://saludintegral.grilk.com/>” **que indica que lo ideal es cepillarse los dientes después de cada comida para mantener una buena salud bucal.**

GRAFICUADRO N°2

SALUD ORAL

1. ¿Conoce cuáles son los medios de prevención?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|----------------|-----------|------------|
| 1 | Hilo dental | 23 | 28,4 |
| 2 | Sellantes | 4 | 4,94 |
| 3 | Fluorización | 5 | 6,17 |
| 4 | Enjuague bucal | 26 | 32,1 |
| 5 | No sabe | 23 | 28,4 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"

ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 2

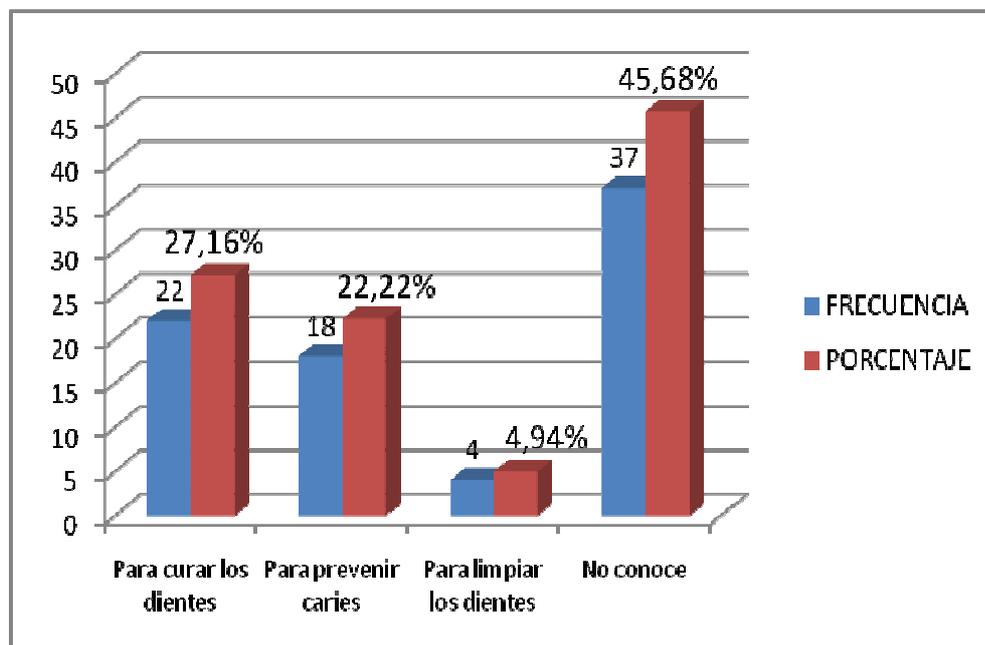
El gráfico número dos la pregunta es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco preguntándoles, si conoce cuáles son los métodos de prevención, dando como resultado lo siguiente, de 81 personas encuestada la pregunta uno representa con una frecuencia de 23 que corresponde al 28,40% , La segunda pregunta representa con una frecuencia de 4 que corresponde al 4,94% la tercera pregunta representa con una frecuencia de 5 que corresponde al 6,17% la cuarta pregunta representa con una frecuencia de 26 que corresponde al 32,10%, y la quinta pregunta representa una frecuencia de 26 que corresponde al 28,40% , de las personas encuestadas la importancia de los métodos de prevención para una buena salud oral . Si nos damos cuenta el 28,40% no tiene la mas mínima idea de medidas de prevención y se puede observar el poco conocimiento sobre salud oral. **“<http://www.revistaciencia.com/>“en donde se afirma que es importante mantener una mejor prevención oral para evitar el deterioro de piezas dentales.**

GRAFICUADRO N°3

SALUD ORAL

2. ¿Conoce para que sirve los sellantes?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|--------------------------|-----------|------------|
| 1 | Para curar los dientes | 22 | 27,16 |
| 2 | Para prevenir caries | 18 | 22,22 |
| 3 | Para limpiar los dientes | 4 | 4,94 |
| 4 | No conoce | 37 | 45,68 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"

ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 3

El gráfico número tres la pregunta es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco preguntándole; si conocen para que sirven los sellantes dando como resultado lo siguiente, de 81 personas encuestada la pregunta uno representa con una frecuencia de 22 que corresponde al 27,16%, de los encuestados, la segunda pregunta representa con una frecuencia de 18 lo que corresponde a un 22,22% de los encuestados la tercera pregunta representa con una frecuencia de 4 que corresponde al 4,94% de los encuestados y la cuarta pregunta representa con una frecuencia de 37 que corresponde al 45,68%, de los encuestados.

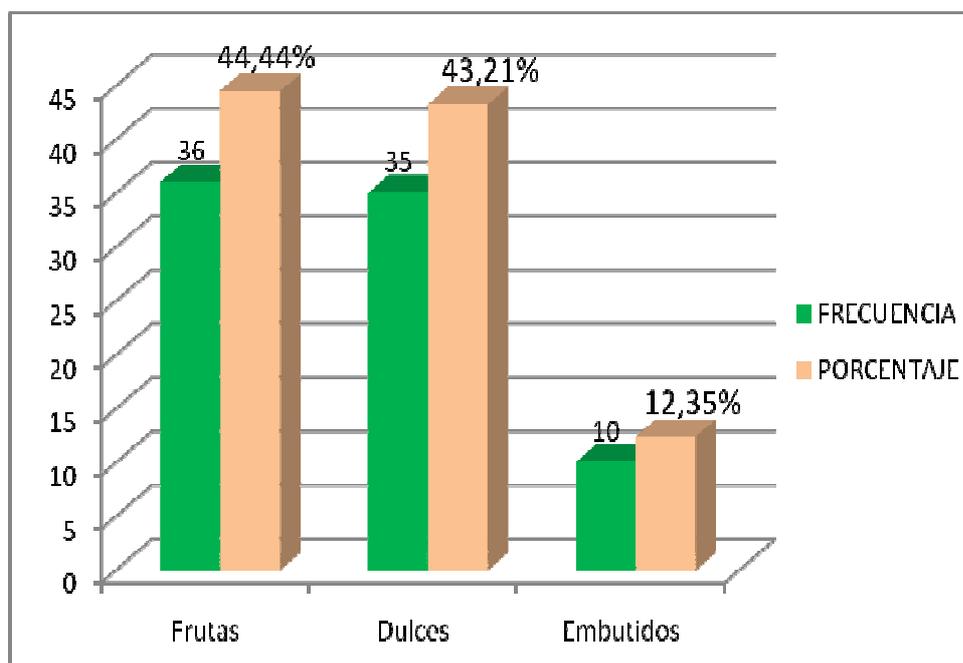
Dando como resultado que el 45,68% desconocen para que sirven los sellantes ignorando este método de prevención que es tan importante para las piezas estén sanas. **<http://www.stayinginshpe.com/> lo aconsejable es que los sellantes sirve como medidas de prevención para mantener una mejor salud oral y evitar que los dientes sufran de caries.**

GRAFICUADRO No. 4

ALIMENTACIÓN

3. ¿Qué tipo de lunch lleva su hija a la escuela?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|--------------|-----------|------------|
| 1 | Frutas | 36 | 44,44 |
| 2 | Dulces | 35 | 43,21 |
| 3 | Embutidos | 10 | 12,35 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"

ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 4

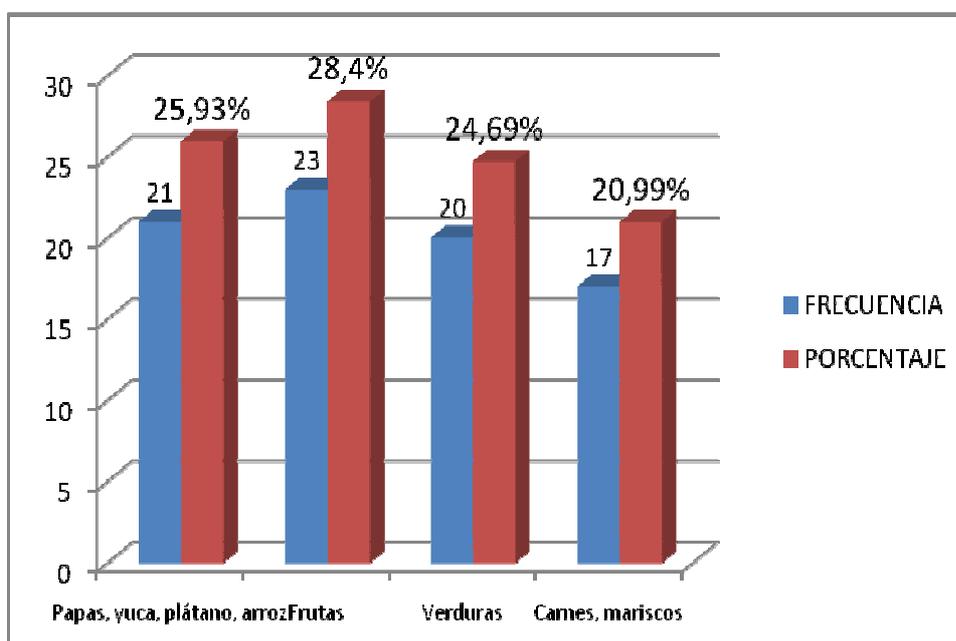
El gráfico número cuatro muestra la pregunta que es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco pacheco preguntándole, que tipo de lonche lleva su hija a Clase dando como resultado lo siguiente, de 81 personas encuestada la pregunta uno representa con una frecuencia de 36 que equivale 44,44%, de personas encuestadas la pregunta dos representa unan frecuencia de 35 lo que equivale al 43,21%, de encuestados el cuadro número tres representa con una frecuencia de 10 que equivale al 12,35% de los encuestados. Lo que indica que el 43,21% tiene un consumo excesivo de dulces lo que puede ocasiona un elevado índice de problemas bucales tales como caries etc. **<http://twitter.com/home/>) tal como se recomienda, lo ideal es hablarle a su hija del control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico: azúcares**

GRAFICUADRO No. 5

ALIMENTACIÓN

4. ¿Qué tipo de alimento consume su hija en casa?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|-----------------------------|-----------|------------|
| 1 | Papas, yuca, plátano, arroz | 21 | 25,93 |
| 2 | Frutas | 23 | 28,4 |
| 3 | Verduras | 20 | 24,69 |
| 4 | Carnes, mariscos | 17 | 20,99 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"

ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 5

El gráfico número cinco muestra la pregunta que es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco preguntándole, que tipo de alimentos consume su hija en casa.

El cuadro número uno muestra con una frecuencia de 21, lo que corresponde al 25,93%, de personas encuestadas, el cuadro número dos muestra una frecuencia de 23 que corresponde al 28,40%; el cuadro número tres muestra.

Una frecuencia de 20 lo que corresponde al 24,69%, el cuadro número cuatro muestra una frecuencia de 17 lo que corresponde al 20,99%. De personas encuestadas Dando como resultado en el número de encuestados que todos tienen un porcentaje promedio de 20% manteniendo una alimentación regular.

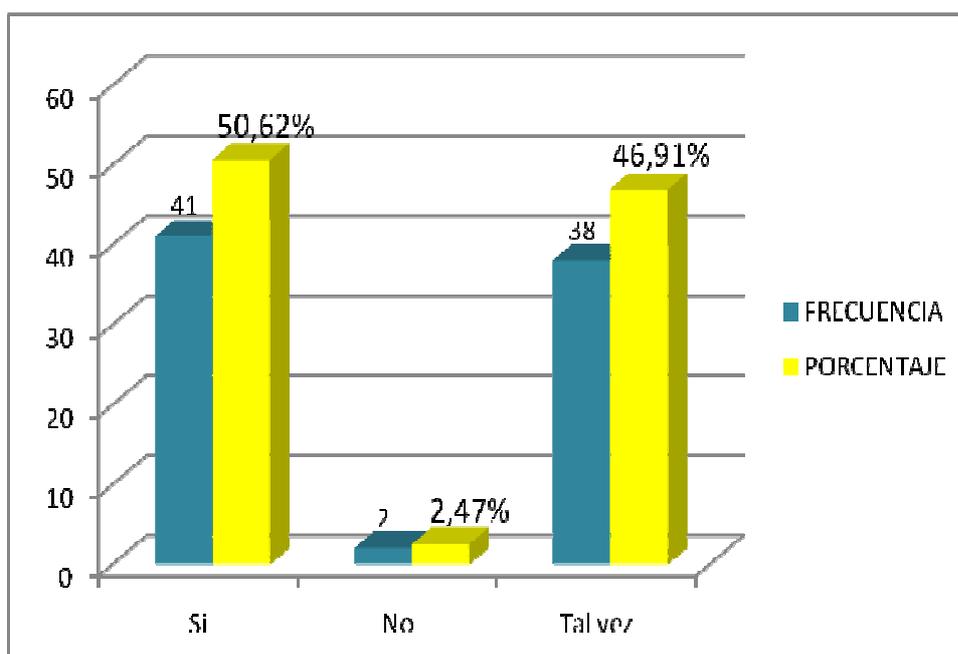
<http://bvs.sld.cu/revistas/gme/com> incluir ocasionalmente tras las comidas alimentos que reducen la acidez de la saliva como, quesos por su efecto protector frente a la aparición de caries.

GRAFICUADRO No. 6

ALIMENTACIÓN

5. ¿Cree usted que el tipo de alimentación que consume es buena para la salud oral de su hija?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|--------------|-----------|------------|
| 1 | Si | 41 | 50,62 |
| 2 | No | 2 | 2,47 |
| 3 | Tal vez | 38 | 46,91 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"
ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 6

El gráfico número seis muestra la pregunta que es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco preguntándole, cree usted que el tipo de alimentación que consume es buena para la salud oral de su hija, en la pregunta número uno muestra con una frecuencia de 41 que equivale al 50,62% de las personas encuestadas en el cuadro número dos muestra con una frecuencia de 2 que equivale al 2,47% de las personas encuestadas, mientras que la pregunta tres muestra con una frecuencia de 38 que equivale al 46,91%. Si los alimentos que consumen son buenos para sus hijas.

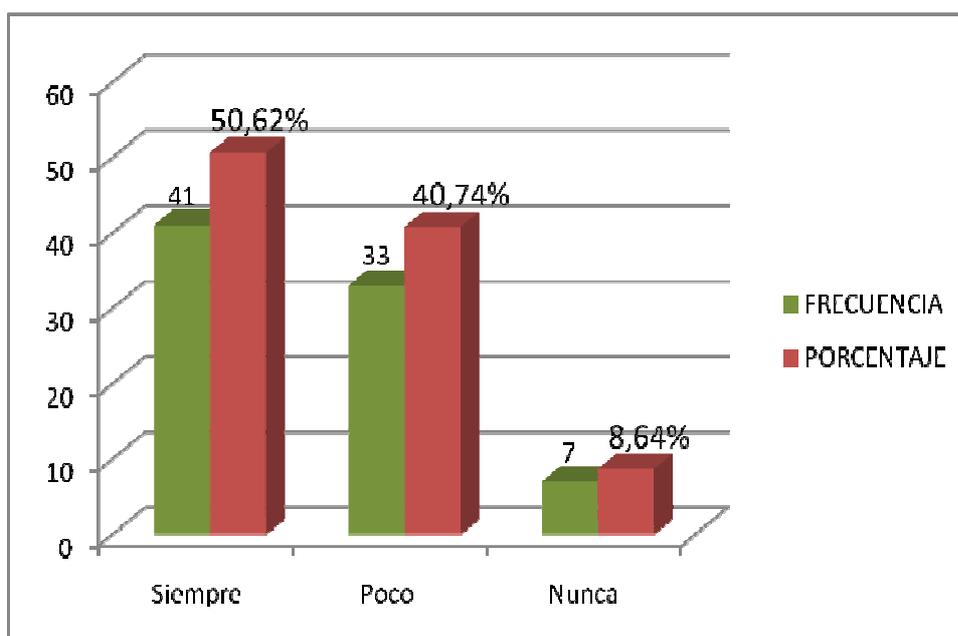
Lo que indica que el 46,91% no están tan seguro de que el tipo de alimentación que les dan a sus hijas sea tan saludable llegando también a perjudicar muchas veces la salud oral de sus hijas. <http://bvs.sld.cu/revistas/est/> lo recomendable es mantener una dieta saludable con alimentos que eviten las caries pescado, jamón, almendra, quesos, pepino, nueces.

GRAFICUADRO No. 7

PREVENCIÓN

6. ¿Le ha hablado a su hija de la higiene oral?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|--------------|-----------|------------|
| 1 | Siempre | 41 | 50,62 |
| 2 | Poco | 33 | 40,74 |
| 3 | Nunca | 7 | 8,64 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"
ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 7

El gráfico número siete muestra la pregunta que es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco preguntándole, le ha hablado a su hija de la higiene oral , en la pregunta número uno con una frecuencia de 41 que equivale al 50,62% los encuestados respondieron siempre en la pregunta número dos con una frecuencia de 33 que equivale al 40,74% los encuestados respondieron que poco le hablan a sus hijas de higiene oral y en la tercera pregunta con una frecuencia de 7 que equivale al 8,64% respondieron nunca, Lo que hace de notar con un 40,74 % la falta de información y motivación a las pacientes sobre salud oral y prevención lo que indica la poca importancia que le dan los padres de familia a las niñas de la escuela sobre higiene oral.

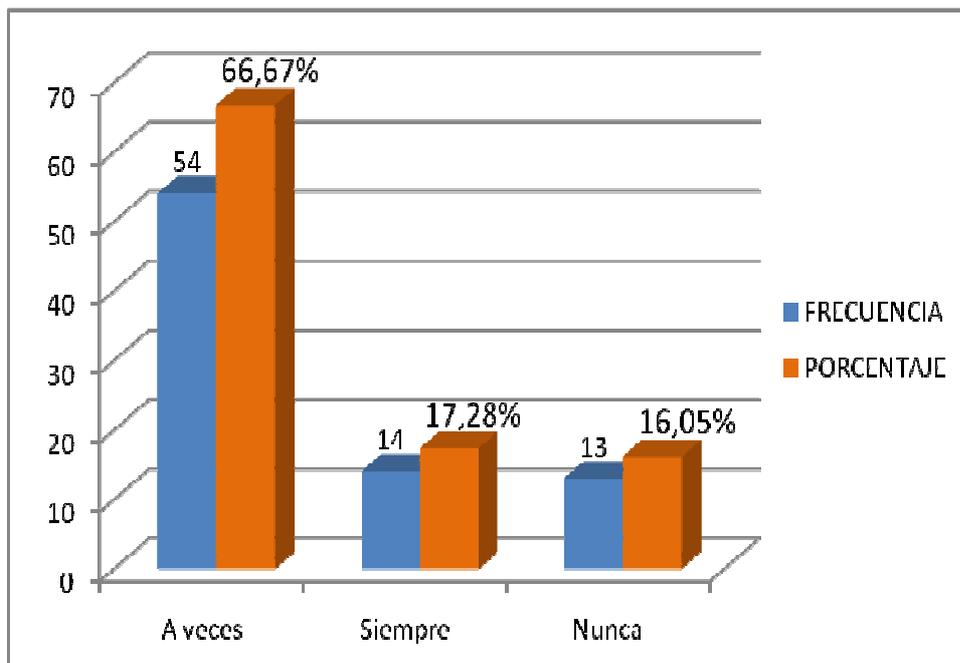
<http://www.monografia.com/> Es recomendable la importancia de una buena higiene oral, por medio de charlas, enseñanzas de técnicas de cepillado dental.

GRAFICUADRO No. 8

PREVENCIÓN

7. ¿Su hija recibe charlas de salud oral en la escuela?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|--------------|-----------|------------|
| 1 | A veces | 54 | 66,67 |
| 2 | Siempre | 14 | 17,28 |
| 3 | Nunca | 13 | 16,05 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"
ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 8

El gráfico número ocho muestra la pregunta que es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco preguntándole, Su hija recibe charlas de salud oral en la escuela en la pregunta número uno con una frecuencia de 54 que equivale al 66,67% continuando con la pregunta número dos con una frecuencia de 14 que equivale al 17,28% finalizando con la pregunta número tres con una frecuencia de 13 que equivale al 16,05%.Dádonos a entender que hay poca importancia sobre el cuidado que las niñas deban tener sobre salud oral que traen como consecuencia que las niñas se despreocupen sobre como mantener una buena higiene oral y esto se debe a la falta de cultura de los profesores sobre salud oral.

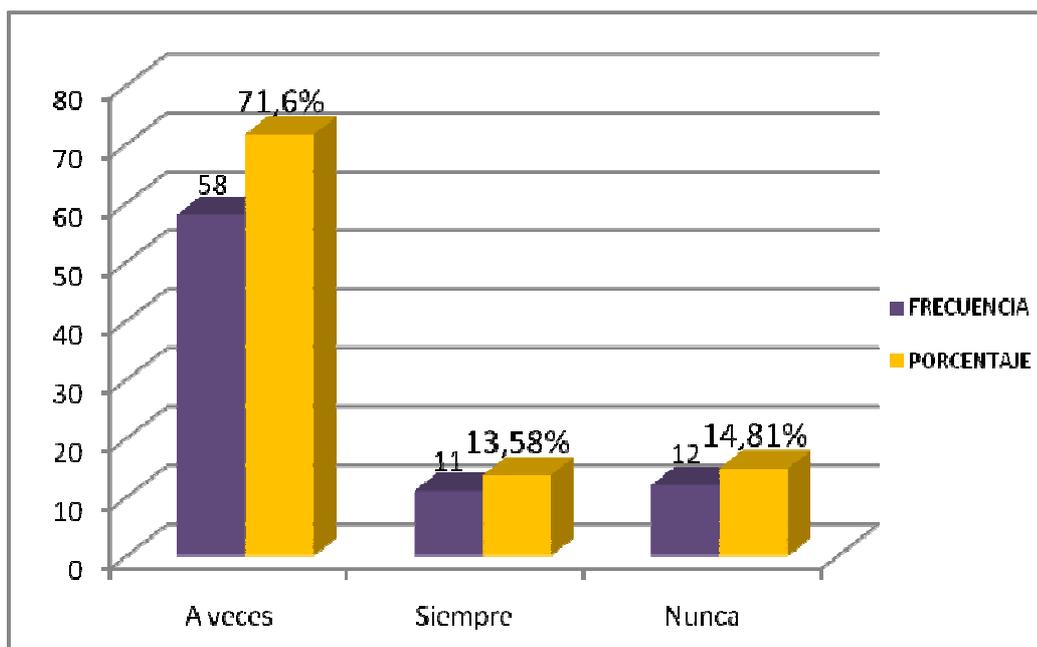
<http://twitter.com/home/> lo que recomienda. Que indispensable concienciar a los padres a los docentes de las escuelas y colegio sobre la importancia de la salud oral.

GRAFICUADRO No. 9

PREVENCIÓN

8. ¿Lleva a un control odontológico a su hija?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|--------------|-----------|------------|
| 1 | A veces | 58 | 71,3 |
| 2 | Siempre | 11 | 13,58 |
| 3 | Nunca | 12 | 14,81 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"

ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 9

El gráfico número nueve muestra la pregunta que es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco preguntándole, Lleva a un control odontológico a su hija, en la pregunta número uno con una frecuencia de 58 que equivale al 71,60% los encuestados respondieron a veces continuando con la pregunta dos con una frecuencia de 11 que equivale al 13,58% de los encuestado que respondieron siempre , y con una frecuencia de 12 que corresponde al 14,81% de las personas encuestadas que respondieron que nunca llevan un control odontológico sus hijas.

Esto nos da a notar que el 71,60% de las personas encuestadas que a veces llevan a un control odontológico a sus hijas le imposibilitan mantener una mejor salud oral ya que para mantener una cavidad oral sana se necesita ir periódicamente al odontólogo.

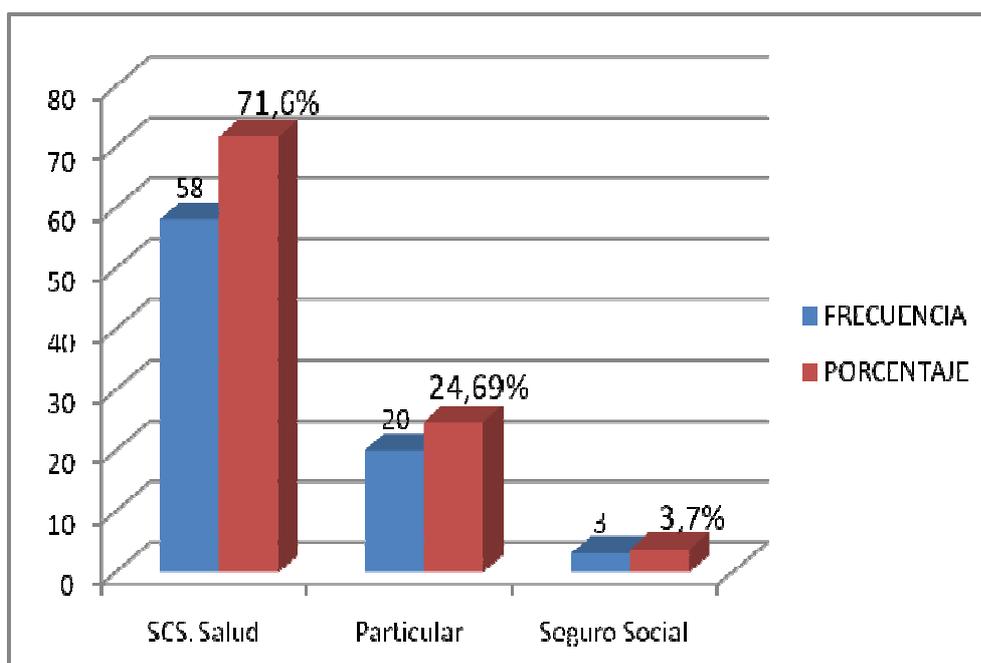
<http://twitter.com/home/> tal como se aconseja de asistir a la consulta odontológica como método preventivo periódicamente, no cuando presenta alguna molestia.

GRAFICUADRO No. 10

PREVENCIÓN

9. ¿Qué tipo de atención odontológica recibe su hija?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|---------------|-----------|------------|
| 1 | SCS. Salud | 58 | 71,3 |
| 2 | Particular | 20 | 24,69 |
| 3 | Seguro Social | 3 | 3,7 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"
ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 10

El gráfico número diez muestra la pregunta que es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco preguntándole, Qué tipo de atención odontológica recibe su hija, con una frecuencia de 58 que corresponde al 71,60% de las personas encuestadas que respondieron scs. salud , con un a frecuencia de 20 que corresponde al 24,69% de los encuestados que respondieron que llevan a citas particulares odontológicas a sus hijas , y con una frecuencia de 3 que equivale al 3.70% de los encuestados que respondieron seguro social .lo que se observa que el 71,60% de los encuestados llevan a sus hijas hacerlas atender de odontólogos en SCS. Salud imposibilitándolas a veces de mejores tratamientos odontológicos por falta de recursos económico.

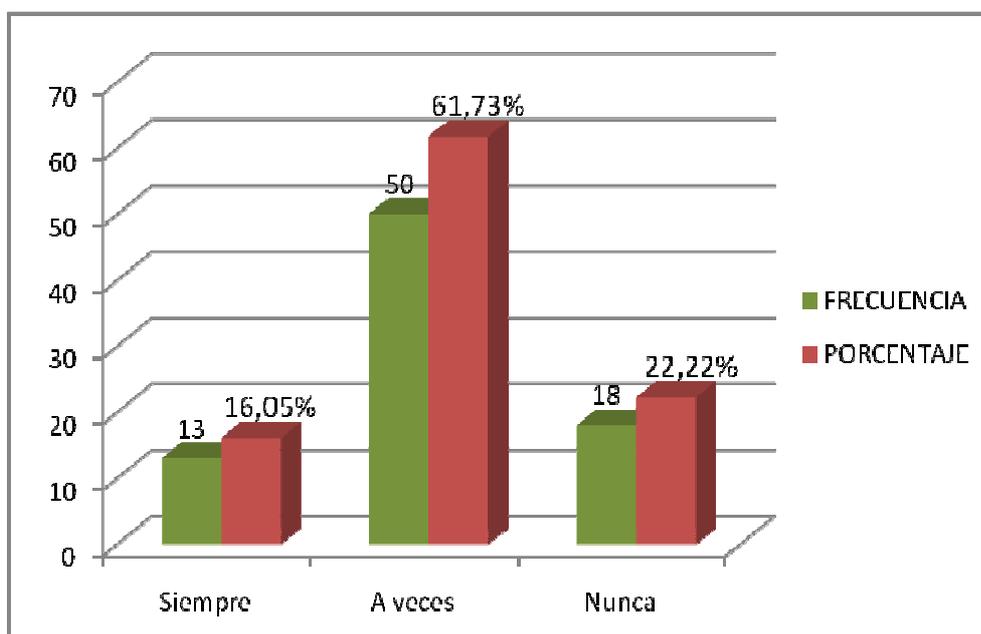
<http://bvs.sld.cu/revista/est>. Lo que se le recomienda a los padres que consulten al odontólogo con sus hijas para que tengan una mejor atención dental y no sufran de mala higiene oral.

GRAFICUADRO No. 11

PREVENCIÓN

11. ¿Después del consumo de alimentos en la escuela las niñas se cepillan los dientes?

| ORD. | ALTERNATIVAS | F | % |
|------|--------------|-----------|------------|
| 1 | Siempre | 13 | 16,05 |
| 2 | A veces | 50 | 61,73 |
| 3 | Nunca | 18 | 22,22 |
| | TOTAL | 81 | 100 |



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "FRANCISCO PACHECO"

ELABORADO POR: DARÍO CEVALLOS LOOR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO No. 11

El gráfico número once muestra la pregunta que es dirigida a los padres de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco preguntándole Después del consumo de alimentos en la escuela las niñas se cepillan los dientes, en la pregunta uno los encuestados respondieron con una frecuencia de 13 que corresponde al 16,05% , en la pregunta dos los encuestados respondieron con una frecuencia de 50 que equivale al 61,73% de las personas encuestadas finalizando con una frecuencia de 18 que equivale al 22,22% de las personas encuestadas que respondieron si las niñas se cepillan los dientes después del consumo de alimentos. Podemos observar que el 22,22% de los encuestados respondieron que nunca las niñas se cepillan los dientes Después del consumo de alimentos en la escuela lo que trae como consecuencia que los restos alimenticios se empaqueten en los dientes provocando enfermedades bucales como caries etc.

<http://saludintegral.grilk.com/>) lo que indica que lo ideal es cepillarse los dientes después de cada comida para evitar que se queden restos alimenticios en los dientes.

CONCLUSIONES

Mediante el resultado de la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- El 44% de las niñas del objeto de estudio perdieron su primer molar permanente
- El 40,74% reciben poca comunicación sobre salud oral y solo se cepillan los dientes una vez al día dando como consecuencia un alto índice de caries.
- El 28,4% de los padres no saben cuáles son las medidas de prevención que existen para evitar que sus hijas sufran a temprana edad de procesos cariosos, y además aseguran que sus hijas consumen en el receso dulces lo que puede ocasionar un elevado índice de caries y repercutir en la pérdida de piezas dentarias.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones del trabajo investigativo se recomienda:

- Que se mejore la atención odontológica que utilizan los centros de salud y que se adopten campañas de prevención para evitar la pérdida del primer molar permanente.
- Que las niñas mejoren su salud oral por medios de charlas educativas y cepillado dental para evitar un alto índice de caries.
- Se debe realizar constantemente charlas educativas para los padres con el fin de mejorar y que puedan aplicar constantemente las medidas de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRANCO MONEY, Julio, Operatoria dental integración clínica cuarta edición 2004- 2006.
- BARRIOS, Gustavo, Odontología profesor en la universidad nacional, profesor asociado universidad del bosque tres ediciones 2004.
- DUTERLOO, Herman S., D.D.S.,PH.D dentición infantil ortodoncista clínico Maastricht Holanda primera edición española 1992.
- GÓMEZ PORCEGUE, Yillian Dra. Premio a la investigación en cariólogía otorgada por la sociedad chilena mega salud, Miembro del Comité de Tesis de Magíster Facultad de Odontología, U Valpararaíso 2007-2008
- JOMÁS SAMORA. Odontología. Buenos Aires Argentina. 1ra. Edición 2009.
- Manual de higiene bucal sociedad española y periodoncia una edición 2009.
- Salud oral para todos w.w.w.sdpt.net.2003.

Internet:

- <http://saludintegral.gril.com>
- www.dentalsaucedo.com.
- [htt://www.encolombia.com.odontologia](http://www.encolombia.com.odontologia).
- <http://bvs.sld.cu/revista/est>.
- <http://twitter.com/home/>.
- www.alimentacionsana.com.
- www.odonto.uc.ve.

- <http://www.nlm.nih.gov/>.
- www.saludactual.com.
- <http://www.blogger.com>.
- <http://evoluciondeladenticion.3medio.blogspot.com/>.
- <http://www.aepap.org/familia/escuela/htm>.
- <http://www.guiainfantil.com>
- <http://www.elciglodetorreon.com>
- <http://www.monografias.com/>
- <http://www.revistaciencia.com/>

PROPUESTA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

“EDUCACIÓN PERMANENTE A LOS PADRES, PROFESORES Y NIÑAS DE LA ESCUELA “FRANCISCO PACHECO” PARA EVITAR PERDIDA PREMATURA DE PIEZAS PERMANENTES

ENTIDAD EJECUTORA

Escuela “Francisco Pacheco”

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Educativo.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

La escuela Fiscal de niñas Francisco pacheco esta ubicado

Al norte con la calle pacheco.

Al sur con el parque mamey de la San Eduardo.

Al este con la calle sucre.

Al oeste con la casa de la cultura.

2. JUSTIFICACIÓN

Debido a los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a los padres de las niñas de la escuela “Francisco Pacheco” y por los resultados de las historias realizadas a dicha población, se realizara charlas educativas para concienciar sobre una correcta cultura preventiva.

3. MARCO INSTITUCIONAL.

La escuela Francisco Pacheco fue fundada por Publio Falcón y el señor Alvarado Leonardo Alban quien fue el primer director. El 1 de septiembre

1938 se hizo cargo de la dirección del plantel la señora Elidía de Montesinos, funciono en los bajos de la primera de mayo.

En el año de 1940 toma la dirección la Sra. Ignacia de Molina, y en el año de 1941 el Sr. Verdi Cevallos envía la letra del himno a la escuela, en el año de 1943 se inicia clases con 6 grados y por ende el aumento de docentes, en vista de no disponer con las infraestructuras necesarias se solicita al concejo cantonal cederle provisionalmente los salones de la escuela nocturna Amalia Cevallos, posteriormente se traslada a la planta bajo del palacio de la gobernación, y en un galpón estando los grados repartidos en diferentes lugares. Luego y por medio de la dirección de educación se traslado a los bajos del local de la escuela 24 de mayo.

En enero de 1964 siendo presidente del comité de padres de familia el Dr. Cesar Ortega se adquieren nuevos implementos educativos para la institución.

En 1974 es posesionada la Sra. Alfarían Pita de Cano, con actividades frecuentes y ayuda de diferentes instituciones se realizan diversas obras indispensables para la escuela.

En la actualidad se encuentra encargada de la dirección la Abogada Nelly Amparo Zambrano Mera en la actualidad la institución cuenta con 726 alumnas las mismas que en su mayoría vienen de barrios urbanos marginales y son de escasos recursos económicos lo que ocasiona distintos tipos de problemas psicológicos y educativos, contando en la actualidad con 29 docentes 2 maestros contratados 15 licenciadas. En ciencias de la educación 10 bachilleres en ciencias de la educación profesores de la rama artesanal 2 y 1 tecnólogo en computación dando un total de 31 maestros.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evitar la pérdida de los primeros molares permanentes en las niñas de la escuela “Francisco Pacheco”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Motivar a los docentes con el fin de informar y crear conciencia de la importancia de una buena salud bucal y de mantener las piezas dentales y principalmente de los primeros molares permanentes.
- Incentivar a las niñas de la escuela para que apliquen medidas de higiene oral.
- Entregar el material visual a cada grado, para que el docente realice las respectivas charlas educativas.

5. DESCRIPCION DEL PROYECTO

Los padres de familia de las niñas de la Escuela Francisco Pacheco y los docentes de dicha institución no poseen los conocimientos adecuados sobre una buena higiene oral, según las encuestas realizadas, es por esta razón que se consideró la elaboración de gigantografías que contengan ciertos puntos relacionados con la salud, prevención e higiene oral, los cuales van a ser de gran ayuda no solo para las niñas y los padres de familia sino también para los docentes, para que de esta manera fomenten mayor interés sobre la salud oral.

6. BENEFICIARIOS

6.1 Los beneficiarios directos son las niñas de la Escuela “Francisco Pacheco”

6.2 Los indirectos son los padres de familia de las niñas y profesores.

7. DISEÑO METODOLOGICO

Para llevar a cabo la realización de la propuesta se debe realizar las siguientes actividades:

En la primera etapa se conversó con la directora para socializar resultados y realizar un cronograma con los docentes, para dictar las charlas educativas en la escuela

También se determinó una fecha para poder capacitar a los maestros para que puedan continuar con la labor de concienciar a los padres y a los niños del problema planteado.

- Conocimiento de lo que es la salud bucal, su importancia.
- Enfermedades más frecuentes en la cavidad bucal,
- Tipo de denticiones y su importancia
- Problemas provocadas por la pérdida de los primeros molares permanentes
- Medidas preventivas.

En la segunda etapa:

Después de haber realizado las charlas respectivas y para que el trabajo beneficie a población estudiantil actual se decidió donar unas ilustraciones a cada uno de los grados para que de esta manera los educadores den charlas a las niñas una vez al mes y las niñas tengan los conocimientos de salud bucal, y también aprovechar las futuras reuniones de los padres para que se los conciencie de la importancia de la salud bucal y de mantener los primeros molares permanentes en la cavidad bucal.

8. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

| RUBROS | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR UNITARIO | COSTO TOTAL | FUENTES DE FINANCIAMIENTO |
|-------------------------|----------|------------------|----------------|--------------|---------------------------|
| | | | | | FINANCIADO POR |
| FOTOCOPIAS | 100 | UNIDAD | 0.03 | 3.00 | AUTOR |
| INTERNET | 4 | HORA | 1.00 | 2.00 | AUTOR |
| IMPRESION GIGANTOGRAFIA | 1 | UNIDAD | 20.00 | 20.00 | AUTOR |
| SUMINISTROS | 20 | PLUMAS | 0.25 | 5.00 | AUTOR |
| CEPILLOS DENTALES | 25 | UNIDAD | .0.40 | .10.00 | AUTOR |
| PASTA DENTAL | 25 | TUBO | 0.45 | 11.25 | AUTOR |
| MOVILIZACION | 2 | UNIDAD | 4.00 | 8.00 | AUTOR |
| GUANTES | 4 PARES | UNIDAD | 0.35 | 1.40 | INSTITUCION |
| IMPREVISTOS | | | | 20.00 | AUTOR |
| TOTAL | | | | 80.65 | |

9. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

| ACTIVIDADES | CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|---|---|---|--------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|-------|---|---------|---|
| | 2009 | | | | | | | | | | | | | | | | 2010 | | | |
| | SEPTIEMB. | | | | OCTUB. | | | | NOVIEMB. | | | | DICIEMB. | | | | ENERO | | FEBRERO | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Charlas Educativas | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | |
| Entrega de Material visuales a las niñas de la escuela francisco pacheco | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | |

10. SOSTENIBILIDAD:

Esta propuesta es sostenible porque los padres de familia y profesores se comprometieron a mantener una buena salud bucal de las niñas.

También los docentes capacitados tienen nombramiento en esta institución y tienen bajo su responsabilidad grados determinados y por disposición de la directora de la institución se dedicara 2 horas de un día de cada mes a hablar y educar sobre salud oral.

Dicha propuesta no encontrara limitaciones en su financiamiento ya que se donó el material de apoyo para la educación constantes de las niñas y además se cuenta con el constante talento humano y el tiempo ya que será en día de clase en horarios de clase por lo que no será necesario pagar ora extras a los educadores, para que dicten las charlas

Durante el desarrollo pueden existir restricciones tales como:

Ausencia de alguna niña a la escuela o de la educadora justo el día destinado a dicha labor.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Serán otorgadas por los padres y profesores de la escuela, mediante actividades.