



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema.

Etiología de la extracción dental en pacientes de 30 - 60 años de edad que asisten al Centro de Salud Santa Ana, marzo- junio de 2015.

Autora.

Gema Rossybell Mendoza Santana.

Directora de tesis.

Dra. Julia Cárdenas Sancán Mg.Gs

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Julia Cárdenas Sancán Mg. Gs. Certifica que la tesis de investigación
Titulada: Etiología de la extracción dental en pacientes de 30 - 60 años de edad que
asisten al Centro de Salud Santa Ana, marzo – junio de 2015. Es trabajo original de
Gema Rossybell Mendoza Santana, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....
Directora de tesis.

Dra. Julia Cárdenas Sancán Mg.Gs.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Etiología de la extracción dental en pacientes de 30 - 60 años de edad que asisten al Centro de Salud Santa Ana, marzo – junio de 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.
Directora de la Carrera.

Dra. Julia Cárdenas Sancán Mg. Gs.
Directora de Tesis.

Dra. Ayleen Barboza Fernández Esp.
Miembro del Tribunal.

Dr. Wilson Espinosa Estrella Mg. Ge
Miembro del Tribunal

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Yo, Gema Rossybell Mendoza Santana, declaro que soy la única autora del trabajo de investigación titulado: Etiología de la extracción dental en pacientes de 30 - 60 años de edad que asisten al Centro de Salud Santa Ana, marzo– junio de 2015. El cual constituye una elaboración personal realizada únicamente con la dirección de la directora de tesis, manifestando la originalidad del mismo. Además, cedo mi declaración de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Gema Rossybell Mendoza Santana.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Quiero agradecer a Dios, porque ha sabido guiarme por el camino del bien, dándome sabiduría, inteligencia para culminar con éxito una etapa más de mi vida.

A mis padres y hermanos que con su apoyo incondicional, me han enseñado que nunca se debe dejar de luchar por lo que se desea alcanzar.

A la Dra. Julia Sancán por los consejos, brindados. Y a mis amigos quienes me han ofrecido su amistad sincera, y demás personas que colaboraron para este trabajo.

Son demasiadas las personas a las que tengo que agradecerle su amistad, ánimo, ahínco y apoyo en las diferentes etapas de mi vida. Desde ya donde estén o si alguna vez llegasen a darle lectura a esta dedicatoria, de antemano quiero agradecerles por formar parte de mí y por todas sus bendiciones.

Gema Rossybell Mendoza Santana.

DEDICATORIA.

A mis padres quienes estuvieron siempre apoyándome para alcanzar mis objetivos, y brindándome cariño sincero e incondicional, Lcdo. Mauricio Geovanny Mendoza Murillo y Lcda. Rosa Margarita Santana Macías, a mis hermanos Mauricio Geovanny y Renán Mauricio Mendoza Santana, familiares y amigos, quienes me han brindado su apoyo incondicional en todo momento.

Especialmente a mi abuelo Manuel de los Reyes Solórzano que aunque ya no este físicamente formo parte fundamental en mi vida.

También dedico de una u otra forma aquellas personas que me ayudaron a crecer como personas y como profesional. De manera especial a mi directora de tesis Dra. Julia Cárdenas quién con sus conocimientos y apoyo supo guiarme en el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

A quien me alegra cada día con sus ocurrencias mi niño hermoso un miembro más de la familia.

Gema Rossybell Mendoza Santana.

RESUMEN.

En el trabajo investigativo se llevó a cabo un estudio en la ciudad de Santa Ana, con el objetivo de determinar la etiología de la extracción de piezas dentarias en pacientes de 30-60 años de edad que asisten al Centro de Salud Santa Ana, en el periodo de abril a junio de 2015. La investigación se la realizó a través de un estudio descriptivo de corte transversal aplicada 100 pacientes del Centro de Salud Santa Ana.

De los resultados obtenidos de los instrumentos recolectores de información se determinó que la principal causa de pérdida dentaria es la pulpitis en un 40%, seguida de la periodontitis un 16%, restos radiculares 10%. En este Centro de Salud, la mayor parte de los pacientes en un 72% no han recibido charlas sobre la higiene bucal, por lo que se realizaran charlas educativas para concientizar a los adultos de que tan importante es la higiene oral y de las consecuencias que esta puede provocar en el futuro.

Palabras claves: Etiología, extracción dental (exodoncia), pulpar, periapical, periodontal, fracturas, periodontitis, patología, caries.

ABSTRACT.

In the research work was carried out a study in the city of Santa Ana, in order to determine the etiology of tooth extraction in patients 30-60 years of age attending the Health Center Santa Ana, in the April-June period of 2015. The research was made through a cross-sectional descriptive study of 100 patients applied to Health Center Santa Ana.

From the results of the information collected from the gathering instruments it was determined that the major cause of tooth loss is pulpitis 40%, followed by periodontitis 16%, 10% root fragments . In this health center, most of the patients 72%, have not received lectures on oral hygiene, so educational talks were held to raise awareness among adults on how important oral hygiene is and the consequences that may result in the future.

Keywords: Etiology, dental extraction (extraction), pulp, periapical, periodontal, fractures, periodontitis, pathology, caries

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX

Introducción.....	1
-------------------	---

Capítulo I

1. Marco referencial.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema.....	2
1.4. Preguntas de la investigación.....	4
1.5. Delimitación de la investigación.....	4
1.6. Justificación.....	5
1.7. Objetivos.....	6
1.7.1. Objetivo general.....	6
1.7.2. Objetivo específico.....	6

Capítulo II

Marco teórico conceptual.....	7
2.1. Principios básicos para la exodoncia.....	7

2.2.	Indicaciones de la extracción dentaria.....	7
2.2.1.	Patología dentaria.....	8
2.3.	Caries.....	9
2.3.1.	Clasificación.....	10
2.4.	Patología pulpar.....	10
2.4.1.	Clasificación.....	11
2.4.2.	Pulpitis reversible.....	11
2.4.3.	Pulpitis irreversible.....	12
2.4.4.	Necrosis pulpar.....	12
2.5.	Enfermedad periapical.....	13
2.5.1.	Periodontitis apical aguda.....	13
2.5.2.	Periodontitis apical crónica.....	13
2.5.3.	Acceso apical agudo.....	14
2.5.4.	Acceso apical crónico.....	14
2.6.	Patología periodontal.....	15
2.6.1.	Tipos de periodontitis.....	16
2.6.2.	Plan de tratamiento.....	16
2.7.	Traumatismo.....	16
2.7.1.	Fracturas coronales.....	17
2.7.2.	Fracturas radiculares.....	17
2.8.	Motivos Ortodóncicos.....	18
2.9.	Accesibilidad.....	19
2.10.	Factor económico.....	19
2.11.	Contraindicaciones de la exodoncia.....	20
2.12.	Salud bucal.....	20
2.12.1	Higiene dental.....	21
2.12.2.	Elementos de limpieza.....	22
2.12.3.	Técnicas de cepillado dental.....	24

2.12.4. Cultura preventiva.....	25
2.12.5. Unidades de observación y análisis.....	26
2.12.6. Variables.....	26
Capítulo III	
3. Marco metodológico.....	28
3.1. Modalidad de la investigación.....	28
3.2. Tipo de investigación.....	28
3.3. Métodos.....	28
3.4. Técnicas.....	28
3.5. Instrumentos.....	28
3.6. Recursos.....	29
3.7. Población y muestra.....	30
3.8. Recolección de la información.....	30
3.9. Procesamiento de la información.....	30
Capítulo IV	
4. Análisis e interpretación de resultados.	
Capítulo V	
5. Conclusiones y recomendaciones.....	48
5.1. Conclusiones.....	48
5.2. Recomendaciones.....	49
Capítulo VI	
6. Propuesta.....	50
6.1. Nombre de la propuesta.....	50
6.2. Introducción.....	50
6.3. Justificación.....	51
6.4. Objetivos.....	51
6.4.1. Objetivo general.....	51
6.4.2. Objetivos específicos.....	51
6.5. Descripción de actividades.....	51

6.6.	Responsable.....	52
6.7.	Beneficiarios.....	52
6.8.	Factibilidad.....	52
6.9.	Sostenibilidad.....	52
6.10.	Diseño metodológico.....	52
6.11.	Recursos.....	53
6.11.1.	Humanos.....	53
6.11.2.	Técnicos.....	53
6.11.3.	Materiales.....	53
6.11.4.	Financiero.....	53
6.11.5.	Presupuesto.....	53
	Anexos.....	66
	Bibliografía	

INTRODUCCIÓN.

Examinando en la obra de Soriano¹ (2011), puedo citar que:

La extracción dental es un acto quirúrgico por medio del cual se elimina a un órgano dentario de su alveolo, a pesar de las acciones preventivas que buscan preservar la salud bucal, sigue siendo un procedimiento odontológico frecuente. Son múltiples las causas que llevan a realizar alguna extracción dental en las diferentes etapas de la vida. En ocasiones se sacrifican órganos dentales sanos, buscando mejorar la masticación o para prevenir o corregir una mal oclusión, pero en la mayoría de los casos se extraen por estar afectados por enfermedades que no solo impiden su función masticatoria, sino que ponen en riesgo la salud de la persona al ser focos infecciosos. Entre las principales causas de extracción de órganos dentales se encuentran la caries dental, las enfermedades pulpares y periapicales, patología periodontal, trauma, motivos protésicos, estéticos, ortodóncicos. (p. 6).

Este trabajo de investigación se enfocó en determinar la etiología de las pérdidas dentarias. Para lo cual se realizó un estudio de campo, de tipo de corte transversal, para establecer el estado de salud bucal de los pacientes de 30- 60 años que asisten al centro de Salud Santa Ana. Para esto se utilizaron matriz de observación, la HC 033 del MSP, que ayudaron a recolectar la información. Para el desarrollo de la investigación se utilizó diferentes materiales y recursos tanto humano como tecnológico.

Para contribuir y mejorar la educación de la salud bucal se dictaron charlas educativas acerca del efecto perjudicial que puede causar una mala higiene y que tipos de métodos de prevención se pueden utilizar.

¹Soriano, C. (2011). Factores causantes de extracciones a pacientes atendidos en brigadas comunitarias de la Universidad Veracruzana. [Resumen]. Tesis de grado publicada. Universidad Veracruzana.

CAPÍTULO I

1. Marco Referencial.

1.1. Tema.

Etiología de la extracción dental en pacientes de 30 - 60 años de edad que asisten al Centro de Salud Santa Ana, marzo-junio de 2015.

1.2. Formulación del Problema.

¿Cuáles son las causas de la extracción dentaria en pacientes de 30 - 60 años de edad que asisten al Centro de Salud Santa Ana, junio de 2015?

1.3. Planteamiento del Problema.

Los dientes desempeñan un papel importante en nuestra vida cotidiana. Intervienen en diferentes funciones como la masticación la fonética y la estética. Al llevar los alimentos a la boca los dientes nos permiten realizar la masticación, mediante la cual desgarramos, cortamos y molemos los alimentos preparándolos para la deglución, facilitándose el proceso de la digestión.

Examinado en el sitio web de la Universidad Veracruzana, su versión digital; un artículo de la OMS² (2015), puedo mencionar que:

La caries dental y la enfermedad periodontal son las que ocasionan la mayor pérdida de órganos dentarios en el mundo. En el estado de Veracruz la

²OMS. (2015). Programa Educativo de Posgrado: Orientación Profesionalizante. [En línea]. Consultado: [28, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.uv.mx/coatza/epi/plan/fundamento/>

Encuesta nacional de caries nos marca que el índice de prevalencia es de 52.26% a 56.38%, siendo muy alto la frecuencia de esta enfermedad que ocasiona la pérdida de piezas dentales.

En investigación realizada en la Revista Estomatal Herediana, su versión digital, consultando un artículo de García y colaboradores³ (2012), puedo mencionar que: “En México, los problemas de salud bucal, como las caries y las enfermedades periodontales, se consideran como problemas de salud pública debido al alto número de personas que la padecen” (párr. 2).

En el Ecuador, estas causas son también comunes en la mayoría de los pacientes que llegan a los consultorios odontológicos, aunque en menor escala la pérdida de piezas dentales puede ocurrir también por ausencia congénita, traumatismo o falla mecánica.

Estudiando en la obra de Barreno⁴ (2011), se puedo mencionar que:

En nuestro país, los estudios realizados por el Ministerio de Salud, demuestran una realidad sumamente compleja, ya que el 85% de la población ecuatoriana está afectada por caries dental, el 98% presenta algún grado de placa bacteriana el 23,2% tiene cálculo dental, un 38,7% tiene gingivitis, un 9,3% presenta sangrado en las encías, un 19% tiene algún grado de mal oclusión, un 6,5 padecen de fluorosis y un 21% presentan dolor de las piezas dentarias al momento del examen. Como se aprecia, diferentes son las causas por las que se afectan los dientes, que al no ser tratados a tiempo puede generar la pérdida de la pieza dentaria (p. 2).

³García, J., Loyola, J., Patiño, N., Islas, H., Mendoza, M., y Medina, C. (2010). Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos. . [En línea]. Consultado: [28, julio, 2015]. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1735/1761>

⁴Barreno, J. (2011). Proyecto educativo para promover la higiene bucodental en los niños de la escuela fiscal mixta 17 de julio de la comunidad Miguicho adentro, cantón Santa Ana. Provincia de Manabí 2011. [Resumen]. Tesis de grado publicada. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

En el Centro de Salud Santa Ana según informe de atención anual obtenidos se puede evidenciar un alto porcentaje de extracción dentaria que equivale a un 60% de pacientes atendidos en el área de odontología, por lo que es necesario definir cuáles son las causas principales que conllevan a este problema, y poder buscar solución al mismo.

1.4. Preguntas de la Investigación.

¿Qué piezas dentarias se extraen con mayor frecuencia en los pacientes?

¿Cuáles son las causas de mayor prevalencia que llevan a la extracción de dientes en pacientes del Centro de Salud Santa Ana?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontológica.

Aspectos: Exodoncia, etiología de la exodoncia.

Delimitación espacial: La investigación se realizó en el Centro de Salud de Santa Ana.

Delimitación temporal: El estudio se realizó durante el mes de junio de 2015.

1.6. Justificación.

La extracción dentaria provoca un cambio degenerativo en la estructura dental y facial ya que se produce la reabsorción del hueso alveolar y el desplazamiento de las piezas adyacentes hacia el nuevo espacio creado ocasionando alteraciones en la oclusión dental y mayor probabilidad de sufrir caries y enfermedades en las encías.

Múltiples son los beneficios obtenidos para la salud dental al mantener la dentadura natural, facilitándose el proceso de la masticación y consecuentemente de la digestión. Además permite tener una apariencia agradable, una sonrisa saludable, previniéndose también futuros problemas en los dientes.

Datos obtenidos en el centro de Salud Santa Ana han demostrado se presenta una considerable pérdida de piezas dentarias en un 60% de la población, no existe un estudio realizado en este cantón por lo que este trabajo tiene el fin de poder identificar las causas que provocan estas pérdidas. Siendo los beneficiarios directos de esta investigación la población del cantón Santa Ana y como beneficiarios indirectos las organizaciones estatales y privadas de dicho cantón. Los resultados del estudio investigativo permitirá la puesta en práctica de una campaña de prevención y conservación de las piezas dentales en los habitantes de este cantón.

Este estudio fue factible, porque se contó con el apoyo tanto del director como de los odontólogos y pacientes permitiendo el desarrollo del estudio y obteniendo información importante con el fin de que los pacientes de este subcentro tengan mayor conocimiento acerca de la importancia de la conservación de las estructuras dentales.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general.

Determinar la etiología de las extracciones de piezas dentarias en pacientes de 30 a 60 años que asisten al Centro de Salud de Santa Ana, junio de 2015.

1.7.2. Objetivos Específicos.

Definir las causas de mayor prevalencia que llevan a la extracción de dientes en pacientes de 30-60 años de edad.

Identificar las piezas dentarias con mayor prevalencia de pacientes con extracción.

CAPÍTULO II.

2. Marco teórico conceptual.

2.1. Principios básicos para la exodoncia.

En investigación realizada en el sitio web open course ware de la Universidad de Valencia⁵ (2015), puedo aludir que:

La exodoncia, como parte de la cirugía bucal, consiste en la extracción de un diente o de una porción del mismo del alveolo en el que se encuentra, mediante unas técnicas e instrumental adecuado. La extracción dentaria suele ser una operación sencilla y básica en la mayoría de las ocasiones, aunque no debemos olvidar que pueden surgir una serie de complicaciones de forma inesperada y ante las cuales debemos estar preparados para poder solucionarlas. Para ello deberemos conocer perfectamente la anatomía de los dientes y las estructuras anatómicas vecinas, las diferentes técnicas, el instrumental necesario para poder llevarlas a cabo, y por supuesto cuando está o no indicada la exodoncia de un diente (párr. 1).

La extracción automática de una pieza dental es un procedimiento que requiere delicadeza, conocimientos y destreza por parte del cirujano. El objetivo de esta sección es dar a conocer los principios de la exodoncia así como el instrumental, las técnicas y el manejo de los pacientes que se van a someter a una extracción

2.2. Indicaciones de la extracción dentaria.

En investigación en el sitio web vive la vida con una actitud positiva, un artículo de Becerra⁶ (2013), puedo referir que:

⁵Universidad de Valencia. (2015). Principios básicos para la exodoncia. [En línea]. Consultado: [2, julio, 2015]. Disponible en: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/cirugia-bucal/pract05.pdf>

⁶Becerra, M. (2015). Exodoncia método abierto. [En línea]. Consultado: [28, julio, 2015]. Disponible en: <http://marlonbecerrasuba.blogspot.com/2013/03/exodoncia-metodo-abierto.html>

Nunca debe menospreciarse el valor o importancia de un diente, ya que su pérdida es siempre lamentable, por motivos ya sean estéticos o funcionales. Los dientes son un componente importante del cuerpo humano, pero esto no obsta para que, en casos concretos y con indicaciones precisas, sea pertinente extraer dientes permanentes o temporales.

2.2.1 Patología dentaria.

Los problemas dentales no son más que enfermedades infecciosas que en su mayoría atacan a los tejidos calcificados de los dientes, por lo que se puede manifestar por la desmineralización de los tejidos dentarios; en algunos estados iniciales es reversible, pero si no son tratadas a tiempo pueden provocar la destrucción del tejido dentario, debido a la proliferación de bacterias existentes en la cavidad dentaria.

Cada enfermedad tiene su forma propia de evolucionar de manera espontánea, por ello se conceptualiza que la enfermedad corresponde a tres niveles de prevención, teniendo así:

El período prepatogénico donde se presentan los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad, pudiendo ser ambientales como las bacterias, virus, productos químicos; conductuales como ingestas excesivas de azúcares; y endógenos como el sexo o edad; en algunos casos estos factores pueden ser mixtos.

Segundo período patogénico donde se encuentran dos estadios, el presintomático y el de la enfermedad clínica. Evidenciándose que en el primero existe ausencia de signos y síntomas y en el segundo estas manifestaciones son más frecuentes debido a la presencia de una desmineralización de las superficies.

Tercer período y último donde la enfermedad muestra un resultado su evolución teniendo muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la superficie.

2.3. Caries.

Analizando la obra de Negroni⁷ (2009), puedo citar que:

La caries dental se define como una enfermedad infecciosa, compleja, trasmisible y multifactorial, en la que un amplio grupo de factores biológicos, socioeconómicos y culturales interactúan, directa o indirectamente en el establecimiento de los microorganismos cariogénicos incluidos en la comunidad microbiana de la biopelícula dental. Afecta la estructura de las piezas dentarias y se caracteriza por su desintegración, molecular, progresiva que lleva, si no se detiene su avance natural a una lesión irreversible. (p. 243)

Estudiando la obra de Barrancos⁸ (2006), puedo mencionar que:

Por otra parte las restauraciones defectuosas, con márgenes desadaptados, sin relación de contacto, de forma incorrecta, superficie aspera y otros defectos, favorecen la retención de la placa o dificultan la adecuada higiene bucal. Por lo que contribuye un factor de riesgo agregado. (p. 395)

Examinando la obra de Negroni⁹ (2009), puedo citar que:

La interacción entre la dieta y la caries dental constituye un aspecto de importancia trascendental ya que los alimentos son una fuente de los nutrientes necesarios para el metabolismo de los microorganismos. No hay ninguna evidencia de producción natural de caries sin la presencia de carbohidratos en la dieta. A esto debe agregarse que la placa o biofilm expuesto a azúcares produce un descenso de pH que es necesario para la descalcificación del esmalte.

⁷Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica Fundamentos y guía práctica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁸ Barrancos, M. (2006). Operatoria dental Integración clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁹Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica Fundamentos y guía práctica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Analizando la obra de Ross¹⁰ (2008), puedo señalar que:

Cantidades muy pequeñas de flúor, de fuentes como de agua potable (0,5 a 1,0 ppm en la cantidad optima), los dentífricos incluso la dieta, pueden aumentar la resistencia, de las bacterias cariogénicas. El flúor mejora la resistencia de la estructura dentaria al ácido, actúa como agente antimicrobiano y promueve la remineralización de las lesiones cariosas pequeñas. El tratamiento de las lesiones cavitadas o caries dentales comprende la excavación del tejido dentario infectado y su reemplazo por materiales superficiales como amalgama, resinas compuestas (composite) y cementos de ionomeros vítreos. (p.540)

2.3.1. Clasificación.

Estudiando la obra de Alonso¹¹(2005), puedo mencionar que:

En función de su localización se habla de tres tipos de caries:

1. Caries de surcos, fosas y fisuras: es el tipo más frecuente de caries. Tiene un pequeño punto de origen visible en la cara oclusal, mostrando forma de V invertida con una base amplia. Aparecen en las zonas más deprimidas de las superficies dentarias o en grietas del esmalte (cara oclusal de premolares y molares).
2. Caries de superficie lisas: vestibular y lingual, normalmente en cervical, atacando esmalte, cemento o ambos. Progresa rápidamente en superficie (sobre todo en cemento) pero poco en profundidad. Más frecuente en personas con higiene deficiente o con problemas salivales.
3. Caries interproximal: se extiende en superficie antes de profundizar en el diente. Su progresión suele ser más lenta que la anterior. (p. 376)

2.4. Patología pulpar.

Examinando la obra de Canalda y colaboradores¹² (2006), puedo citar que:

¹⁰Ross, M. (2008). Histología Texto y Atlas color con biología celular y molecular. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

¹¹Alonso, N y et al. (2005). Manual del Técnico Superior de Higiene Bucodental. España: Editorial MAD,SL.

¹²Canalda, C., Brau, E. (2006).Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. (2ª ed.). Reino de España: Editorial Masson,SA.

La pulpa es un tejido conectivo que se localiza en el interior de los dientes y está delimitada por dentina, un tejido duro, calcificado y en continua formación que condiciona la progresiva disminución de volumen de la pulpa, la pulpa y la dentina son dos tejidos de características histológicas distintas, pero debido a su origen embriológico e implicaciones estructurales se consideran una unidad funcional, por lo que preferimos hablar de complejo dentinopulpar. Para conocer un correcto conocimiento de la biología pulpar, debemos conocer también la de los tejidos que la rodean, ya que tanto la dentina como los tejidos periapicales están íntimamente implicados en la fisiopatología pulpar. (p. 4)

La enfermedad pulpar, resulta de una irritación o injuria, usualmente bacteriana, mecánica o química. La respuesta de la pulpa depende de la severidad de la agresión y resultará en una inflamación reversible o en una inflamación irreversible, que eventualmente lleva a una necrosis pulpar.

Analizando la obra de walton¹³ (2010), puedo señalar que:

Los irritantes de los tejidos pulpares o perirradiculares pueden dar lugar a la inflamación. Podemos dividir los principales factores irritantes de estos tejidos en factores vivos y sin vida. Los irritantes son diferentes microorganismos y virus. Los irritantes sin vida comprenden factores mecánicos, térmicos y químicos. (p. 49)

2.4.1. Clasificación.

2.4.2. Pulpitis reversible.

Estudiando la obra de Cohen¹⁴(2015) puedo mencionar que:

Cuando la pulpa esta irritada de modo que su estimulación resulta incómoda para el paciente pero revierte rápidamente después de la irritación, se dice que existe una pulpitis reversible. Entre los factores etiológicos están las caries, las dentinas expuestas, los tratamientos dentales recientes y las restauraciones

¹³Walton, R.,Torabinejad, M. (2010). Endodoncia Principios y Práctica. (4ª ed.). Reino de España. Editorial: Elsevier.

¹⁴ Cohen, H. (2015). Vías de la Pulpa. (Decima ed.). Estados Unidos Mexicanos. Editorial: Elsevier.

defectuosas. La eliminación conservadora del factor irritante resolverá los síntomas, un interrogatorio detallado de tratamientos dentales, recientes sin mencionar una exploración clínica y radiográfica detallada nos ayudara a distinguir la hipersensibilidad de la dentina de otras patologías dentales, ya que las modalidades terapéuticas para cada una de ellas son completamente diferentes. (p. 36)

2.4.3 Pulpitis irreversible.

Estudiando en la obra de Villafranca y colaboradores¹⁵ (2006), puedo citar que: “Generalmente es consecuencia de una pulpitis reversible no tratada. Si existe una comunicación (fístula) de la cámara pulpar con la cavidad oral, un cuadro de gran severidad puede permanecer asintomático, pues se permite la evacuación del exudado” (p. 32).

Analizando en la obra de Cohen y Hargreaves¹⁶ (2011), puedo referir que:

El diagnóstico de la pulpitis irreversible se puede dividir en asintomática y sintomática. La pulpitis irreversible asintomática corresponde a un diente que no presenta síntomas, pero que tiene una caries profunda o pérdida de estructura dental que, si se deja sin tratar, conseguirá que el diente se convierta en sintomático o no vital (necrótico). Por otro lado, el dolor por una pulpitis irreversible *sintomática* suele ser un cuadro urgente que requiere un tratamiento inmediato. (p. 41)

2.4.4. Necrosis pulpar.

Estudiando en la obra de Beer y Baumann¹⁷ (2000), puedo aludir que:

La necrosis pulpar es un cuadro irreversible, caracterizado por la destrucción tisular que se puede presentar localmente en un tejido pulpar por lo demás vital, o en la pulpa coronal y radicular. Las causas de la necrosis pulpar son principalmente las infecciones bacterianas, con lo cual las dimensiones de la

¹⁵Villafranca, C., Fernández, M., García, A., Hernández, L., López, L., Perillán, C., Díaz, B., Álvarez, C., Alfonso, N., Mansilla, O., Cobo, M., García, M., Ania, J., Junquera, C., Silva, L., Cobo, J., y García, J. (2006). Higienistas dentales. Reino de España: Editorial Mad S. L.

¹⁶Cohen, S., y Hargreaves, K. (2011). Vías de la pulpa. Reino de España: Editorial Elseiver.

¹⁷Beer, R., y Baumann, M. (2000). Atlas en endodoncia. Reino de España: Editorial Masson, S. A.

necrosis están correlacionadas con la extensión de la invasión bacteriana (Schroeder, 1991). (p. 16)

Indagando en la obra de Cohen y Hargreaves¹⁸(2011), puedo señalar que:

“Cuando la pulpa está totalmente necrosada el diente suele estar asintomático hasta que aparecen síntomas por extensión de la enfermedad a los tejidos perirradiculares” (p.37).

2.5. Enfermedad periapical.

2.5.1 Periodontitis apical aguda.

Examinando la obra de Bergenholz¹⁹(2011) puedo citar que:

El dolor hipersensibilidad a la presión a la presión de la mordida, percusión o palpación e hinchazón son típicos signos clínicos de la periodontitis apical sintomática (figura 7-2 a, b). Los síntomas pueden variar de moderados a graves. Pueden aparecer otros síntomas clínicos y predominar cuando falla la defensa inmunológica local para detener la infección, lo que resulta en un absceso apical. Aunque es muy rara la periodontitis apical aguda puede propiciar el desarrollo de un trastorno más severo y aun amenazante de la vida. (p. 114)

2.5.2. Periodontitis apical crónica.

Investigación realizada en el sitio web Scielo, Revista de la Facultad de Odontología de Antioquia, su versión digital; estudiando un artículo de Luna y colaboradores²⁰ (2009), puedo citar que:

¹⁸Cohen, S, y Hargreaves, K. (2011). Vías de la pulpa. Reino de España. Editorial: Elseiver.

¹⁹Bergenholz, G. (2011). Endodoncia. México. Editorial: El manual modero.

²⁰Luna, N., Santacruz, A., Palacios, B., y Mafla, A. (2009). Prevalencia de periodontitis apical crónica en dientes tratados endodónticamente en la comunidad académica de la Universidad Cooperativa de

La periodontitis apical (PA) es una secuela de la infección endodóntica y se manifiesta por la respuesta de defensa del huésped al estímulo microbial del sistema del conducto radicular. Cuando un proceso agudo no se resuelve, evoluciona a un estado crónico, el cual está relacionado con gran diversidad de microorganismos como se explicó anteriormente, y su etiología se asocia con la necrosis pulpar infecciosa y la extensión de esta al periápice. En este lugar, las bacterias pueden entrar en la cámara pulpar a través de los túbulos dentinarios expuestos o ser transportados hasta la pulpa vital durante las bacteremias transitorias. La necrosis pulpar se ha asociado a la presencia de periodontitis apical crónica en los tejidos periapicales. (p. 41)

2.5.3. Acceso apical agudo.

Estudiando la obra de Cohen²¹(2015) puedo mencionar que:

Un diente con un acceso perirradicular agudo será muy doloroso a la presión al morder, a la percusión. Este diente no responderá a ninguna de las pruebas de vitalidad pulpar y exhibirá grados de movilidad variables. La radiografía puede evidenciar desde un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal hasta una translucidez perirradicular. El pliegue mucobucal y los tejidos faciales próximos casi siempre mostraran un cierto grado de tumefacción. (p. 37)

2.5.4. Acceso apical crónico.

Examinando la obra de Cohen²²(2015) puedo citar que:

Un diente con un absceso apical crónico no presentara normalmente síntomas clínicos. Este diente no responderá a las pruebas de vitalidad pulpar y la radiografía revelara una radiolucidez perirradicular. El diente normalmente no está sensible al morder pero el paciente puede notarlo deferente a la percusión. Esta entidad se diferencia de la periodontitis perirradicular crónica porque mostrara una supuración intermitente a través del tracto sinusal asociado. (p. 37)

Colombia, Pasto, 2008: Revista de la Facultad de odontología de Antioquia. [En línea]. Consultado el: [19, de mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoa/v21n1/v21n1a05.pdf>

²¹ Cohen, H. (2015). Vías de la Pulpa. (Decima ed.). Estados Unidos Mexicanos. Editorial: Elsevier.

²² Cohen, H. (2015). Vías de la Pulpa. (Decima ed.). Estados Unidos Mexicanos. Editorial: Elsevier.

2.6. Patología periodontal.

Analizando la obra de Raspall²³(2007) puedo mencionar que:

La enfermedad periodontal está constituida por un grupo de cuadros clínicos de etiología infecciosa que producen lesiones inflamatorias con una elevada capacidad de destrucción dental, existen factores que induce y favorecen la enfermedad periodontal como son los agentes irritantes y locales (químicos o mecánicos), la placa dental y el sarro, los materiales porosos de restauración, desechos alimenticios y la respiración bucal. Estos factores influyen de forma distinta en cada individuo dependiendo de factores generales y disfuncionales (traumatismo oclusales, bruxismo, mal posición o ausencia de piezas y masticación unilateral). (p. 290)

Cuando la gingivitis se deja avanzar sin tratamiento provocara que la inflamación se extienda hacia el periodonto destruyendo la inserción epitelial, ligamento periodontal y el hueso alveolar, se inicia la formación de la bolsa la cual dificulta al paciente eliminar acúmulos de agentes irritantes, las piezas dentarias empiezan a perder inserción al hueso provocando una hipermovilidad y su pérdida posterior.

Analizando la información disponible del sitio web National Institute of dental²⁴ (2013), puedo aludir que:

Los síntomas de la enfermedad de las encías incluyen:

1. Mal aliento constante
2. Encías rojas o inflamadas
3. Encías muy sensibles o que sangran
4. Dolor al masticar
5. Dientes flojos
6. Dientes sensibles
7. Encías retraídas o dientes que se ven más largos de lo normal.

²³Raspall, G. (2007). Cirugía oral e Implantología. (4ª ed.). República de Argentina: Medica Panamericana.

²⁴ National Institute of dental (2013) Sintomas de la enfermedad de las encías. [En línea]. Consultado el: [19, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/GumDiseases/Enfermedad.htm>

2.6.1. Tipos de periodontitis.

Estudiando la obra de Villafranca y colaboradores²⁵(2006), puedo citar que:

Los siguientes periodos indican el estado del periodonto en un momento dado, pero no la velocidad de progresión de la enfermedad:

- Periodontitis leve: pérdida incipiente de la inserción de $\frac{1}{4}$ o $\frac{1}{3}$ de la longitud radicular. Aparece una pérdida ósea horizontal.
- Periodontitis moderada: pérdida de inserción de $\frac{1}{2}$ de longitud radicular. La destrucción ósea es horizontal con hendiduras verticales.
- Periodontitis severa: la pérdida de inserción es mayor de $\frac{1}{2}$ de la longitud radicular, la movilidad dentaria es evidente.(p.43)

2.6.2. Plan de tratamiento.

Examinando la obra de García²⁶(2008), puedo aludir que:

Los objetivos del tratamiento periodontal son: eliminar o alterar la etiología microbiana y los factores de riesgo de la periodontitis, frenar la progresión de la enfermedad y preservar la dentición en estado de salud, confort y función con una estética apropiada, así como prevenir la residua de la periodontitis. Además en algunos casos puede estar indicado la regeneración del aparato de inserción previo dental.(p. 70)

2.7. Traumatismo.

Consultando la información disponible del sitio web del Gallego²⁷ (2004), podemos citar que:

Las mismas aunque con algunas diferencias; dividen bien tres tipos de fracturas: 1) Fractura donde está afectado solamente el esmalte, 2) fracturas que involucran esmalte y dentina (en algunos con más extensión que en otras)

²⁵ Villafranca, C., Fernández, M., García, A., Hernández, L., López, L., Perillán, C., Díaz, B., Álvarez, C., Alfonso, N., Mansilla, O., Cobo, M., García, M., Ania, J., Junquera, C., Silva, L., Cobo, J., y García, J. (2006). Higienistas dentales. Reino de España: Editorial Mad S. L.

²⁶García, F., Navarro, C. (2008).Cirugía Oral. Reino de España:Editorial Copyright.

²⁷ Gallego, Jesús. (2004). Diagnóstico y tratamiento de las fracturas coronarias: Una revisión de la literatura. [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652004000300011&script=sci_arttext.

y 3) fracturas que involucran esmalte, dentina y exposición del tejido pulpar. Debemos tener en cuenta que cuando se produce una fractura coronaria, puede ocurrir al mismo tiempo una concusión, una luxación o una avulsión del diente. Por lo tanto aunque en esta revisión solamente estudiaremos las fracturas coronarias, debemos ver el diente en conjunto aplicando todos los tratamientos como la ferulización, sutura de tejidos blandos. (párr. 6).

2.7.1. Fracturas coronales

Razonando la información disponible de Zambrano y colaboradores²⁸ (2012), podemos conocer que:

Fracturas no complicadas de la corona

Infracción de esmalte: cuando se produce una fractura incompleta del esmalte (grieta o fisura), sin pérdida de sustancia dental.

Fractura de esmalte: cuando se produce una fractura con pérdida de sustancia dental pero localizada en el esmalte.

Fractura esmalte - dentina: cuando se produce una fractura con pérdida de sustancia dental que abarca al esmalte y a la dentina pero sin compromiso pulpar.

Fracturas complicadas de la corona: __Fractura esmalte y dentina con compromiso pulpar (párr. 1 - 4).

2.7.2. Fracturas radiculares.

Estudiando la obra de Golberg²⁹ (2002), puedo citar que:

Fracturas verticales radiculares: suelen asociarse con dientes con tratamiento endodóntico; algunos procedimientos, por ejemplo, el desgaste excesivo de la corona durante la apertura, parecen contribuir para que estas fracturas se produzcan con mayor frecuencia. Cuando el diente afectado tiene vitalidad pulpar es común que el paciente manifieste dolor a la presión masticatoria. Si el diente afectado esta despulpado, puede ocurrir que el diagnostico se establezca algunos días después, cuando ya está involucrado el periodonto.

Fracturas horizontales radiculares u oblicuas: también llamadas intraalveolares, se caracteriza por la ruptura de las estructuras duras de la raíz, queda dividida en dos segmentos; uno apical y otro coronario. (p. 278)

²⁸Zambrano, B., et al. (2012). Fracturas Coronarias de Dientes permanentes y alternativas de tratamiento - Revisión de la Literatura. [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art35.asp>

²⁹Golberg, F., Soares, J. (2002). Endodoncia Técnicas y Fundamentos. España: Medica Panamericana S.A.

Consultando la información disponible del sitio web de Rivas³⁰(2008), puedo conocer que:

En las fracturas cororradiculares están afectados el esmalte, la dentina y el cemento. Si también resulta afectada la pulpa, el caso se considera más complicado. En los dientes anteriores, suelen ser ocasionadas por traumatismo directo, esto puede causar una fractura en forma de cincel, con su porción apical bajo la encía lingual, estos fragmentos pueden ser múltiples o únicos y quedar sueltos o adheridos solo mediante fibras del ligamento periodontal. En los dientes posteriores, se ha atribuido a traumatismo directo, que incluye restauraciones de gran tamaño, ciclos térmicos, instrumentos de alta velocidad, colocación de poste y traumatismo directos como golpes accidentales en la cara y los maxilares. (párr.1)

2.8. Motivos ortodóncicos.

Consultando la información disponible del sitio web de Segura³¹(2015) puedo conocer que:

Las extracciones en Ortodoncia son un procedimiento muy frecuente que se realiza en una clínica dental. Existen muchos mitos y desinformación sobre este tema, como por ejemplo que algunos brackers son la solución para evitar las extracciones. Las extracciones se deben realizar en situaciones muy específicas con la finalidad de crear espacios para poder acomodar o alinear las piezas dentales. Quizá en los inicios de la ortodoncia no eran una alternativa de tratamiento, pero hoy se ha demostrado con amplia evidencia de casos tratados a nivel mundial, que es una opción válida y necesaria en casos específicos. (párr. 1)

Existen otras causas que conllevan a la pérdida dental.

³⁰Apoyo Académico Por Antologías. (2008). Fracturas cororradiculares. [En línea]. Consultado el: [16, Junio, 2015]. Disponible en:

<http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas9Trauma/radcoronoradicular.html>

³¹Segura, M. (2015).Solución Dental. . [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.ortodonciaestetica.pe/cuando-es-necesario-extraer-los-dientes-en-ortodoncia/>

2.9. Accesibilidad.

La accesibilidad del paciente para asistir a la consulta odontológica, esta se relaciona con la satisfacción del paciente, siendo esta el resultado de las expectativas que tenía en un principio o de las que pueda tener en las visitas sucesivas y la percepción que tiene ahora del servicio recibido.

En investigación realizada en el sitio web de Otero³²(2014), puedo comentar que:

Cuando una persona acude a un consultorio dental es porque ya es una urgencia, cuando el dolor es insoportable. A nadie le gusta ir al dentista, y mucho es porque se le asocia con el dolor, amén de que es un servicio muy caro, añadió. Expresó que en la actualidad es un círculo vicioso, que puede convertirse a virtuoso, pues si alguien asiste al dentista a sus limpiezas todos los años, la probabilidad de que caiga en necesidad de un tratamiento muy doloroso, muy costoso, muy complejo, es muy baja.(parr.3

2.10. Factor Económico.

Influye también en las pérdidas dentarias el factor económico ya que de esta depende el tipo de tratamiento que reciba el paciente, es decir, que un paciente que requiera un tratamiento determinado, sino tiene la capacidad de pago no lo podrá recibir. Así la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales ya que los ciudadanos tienen acceso a servicios según la capacidad de pago.

Estudiando la obra López³³ (2010), puedo citar que:

³²Otero, (2014) Visitas al Odontologo. [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.informador.com.mx/suplementos/2014/551473/6/mexicanos-acuden-cada-siete-anos-al-dentista.htm>

La condición socioeconómica es un factor contribuyente por cuanto las personas de estratos de menor nivel de educación y de dieta limitada, que no tienen acceso a la promoción y a la prevención de la salud (que incluye la higiene oral, flúor o sellante), aumentan sustentablemente su riesgo de adquirir enfermedades estomatológicas y sistémicas, debido a que no realizan una visita odontológica adecuada, la cual debería ser por lo menos cada seis meses. (p. 45)

2.11. Contraindicaciones de la exodoncia.

Consultando la información disponible del sitio web Prop Dental³⁴(2013) puedo decir que:

Todo tratamiento quirúrgico como la extracción dental tiene diversas contraindicaciones como:

1. El mal estado general contraindica la extracción dental,
2. gestantes de 1r a 3r semestre.
3. Después de la quimioterapia y radioterapia se debe esperar 6 meses para realizar la extracción dental del diente dañado.
4. coronaroterapia, tratamiento coagulante, enfermedades sistémica no estabilizadas,
5. Una infección odontógena, estomatitis y si hay presente alguna lesión no diagnosticada.(párr. 3)

2.12. Salud bucal.

Estudiando la obra de Moya³⁵(2012), puedo citar que:

Existe evidencia sobre la relación entre la salud bucal y la salud general, principalmente como resultado de factores de riesgo comunes entre condiciones bucales y enfermedades crónicas no transmisibles. Una salud bucal deficiente en adultos mayores generalmente está acompañada por una mala salud general, repercutiendo en su calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud oral van de la mano ya que la boca desempeña funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje, las expresiones faciales, masticación, deglución, salivación, el sentido del gusto y es un gran indicador de la salud del individuo.(p. 202)

³³López, J. (2010).Odontología para la higiene oral. República del Perú: Editorial Zamora Ltda.

³⁴Prop Dental. (2010).Indicaciones y contraindicaciones de la extracción dental. [En línea]. Consultado el: [19, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/extraccion-dental/>

³⁵Moya, P y colaboradores. (2012). Situación de la salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Revista Estomatal Herediana.

2.12.1. Higiene dental.

Analizando la obra de Rossi³⁶ puedo aludir que:

La higiene dental es uno de los elementos principales del cuidado personal. El deseo de lucir una sonrisa con dientes limpios, sanos y blancos han dado lugar a que existan los dentífricos de muchos tipos y características. Se pueden encontrar en una gran variedad de sabores, colores, y envases; con compuestos contra la caries, el sarro, la placa dentobacteriana o para contrarrestar la sensibilidad de los dientes, entre otras propiedades anunciadas que, por cierto, no cumplen cabalmente.(p. 20)

Estudiando la obra de Lindhe³⁷(2008), puedo citar que:

En la actualidad el cepillado es la medida de higiene mas usada para realizar la higiene de la boca. Sin embargo, el cepillo dental solo no provee la limpieza interdental adecuada porque solo puede alcanzar las superficies vestibulares y linguales y oclusales de los dientes. (p.706)

Comparando la obra de Mendoza³⁸ (2011), puedo citar que:

La higiene dental debe estar dirigida al control y la eliminación de la placa mediante métodos mecánicos y químicos. Esta higiene dental se debe fundamentalmente al cepillado, al uso del hilo o seda dental y todos aquellos medios complementarios menores que sean necesarios.(p. 23)

En la actualidad existen muchos químicos que ayudan en la labor odontológica, coloreando la placa, haciéndola visible para el profesional y paciente, gracias a ello se puede indicar al paciente cuan deficiente es su limpieza. Esto nos ayuda para corregir, enseñar y controlar la remoción de la placa.

³⁶Rossi, C. (2009).Lesiones cervicales no cariosas la lesión dental del futuro. Brasil. Editorial: Medica Panamericana.

³⁷Lindhe,L.(2008).Periodontología clínica e Implantología Odontológica.

³⁸Mendoza, N. (2011). Estomatología Comunitaria. Universidad Privada de Tacna. Perú.

2.12.2. Elementos de limpieza.

Pasta dental.

Consultando la información disponible del sitio web Temas de Salud³⁹(2015) puedo decir que:

El objetivo principal de la pasta dental es ayudar a limpiar los dientes y proporcionar flúor. En pequeñas cantidades, el flúor ayuda a prevenir la caries. Se encuentra en muchos alimentos y en el agua corriente, aunque, según el lugar donde viva, el agua puede contener más o menos flúor. En algunas áreas, se ha agregado flúor a los suministros de agua corriente. Esto ha causado controversia porque algunas personas creen que puede ser perjudicial. (párr. 2)

Componentes de los dentífricos.

Analizando la obra de Aranibar⁴⁰(2011) puedo citar que:

Los dentífricos están compuestos por diferentes sustancias y cada una de ellas tiene una función diferente, son las siguientes:

- Detergentes.
- Abrasivos.
- Humectantes o Humedificantes.
- Aromatizantes u Edulcorantes.
- Colorantes.
- Conservantes y Anticorrosivos del Tubo.
- Sustancias Antiplaca Bacteriana y Anticálculo.
- Sustancias que Aumentan la Resistencia del Esmalte.
- Desensibilizantes.
- Blanqueadores.
- Antiinflamatorios y Epitelizantes.
- Enzimas.
- Portadores de Calcio.
- Sustancias Naturales, Vegetales.(p.p. 97)

³⁹Temas de Salud.(2015). Pasta dental. [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.bupasalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/productos-para-cuidado-dental>

⁴⁰ Mendoza, N. (2011). Estomatología Comunitaria. Universidad Privada de Tacna. Perú.

Tipos de cepillos dentales.

Analizando la información disponible del sitio web Salud Dental⁴¹(2014), puedo mencionar que:

No hay evidencia clara que un tipo en particular de cepillo sea superior a otro cepillo con respecto a la eliminación de placa dental y a la prevención de la gingivitis y de las posibles caries. El efecto reductor de la placa de los cepillos duros con respecto a los blandos es un tema muy tratado por los profesionales del sector pero no se ponen de acuerdo, y algunos prefieren el de tipo duro, mientras que otros no encuentran diferencia. Actualmente existe una gran variedad de cepillos dentales, con relación a la forma de sus mangos, el número de cerdas y la longitud de las mismas. Sin embargo los estudios realizados demuestran que la capacidad de eliminación de placa de los diferentes tipos de cepillos dentales es básicamente la misma, siendo que lo fundamental está en otros aspectos y no en el uso de un cepillo más o menos sofisticado. Entre los factores moduladores de un buen cepillado esta la frecuencia, técnica, tiempo destinado al cepillado, etc. (párr.2-5)

Enjuague bucal.

Consultando la información disponible del sitio web Prop Dental⁴²(2013), puedo aludir que:

Siempre que se trate de un elemento adicional en nuestra higiene bucal diaria la utilización del enjuague bucal no solo es necesario, sino también recomendable, en cualquiera de sus variantes porque estos productos suelen especializarse en una cuestión básica, como puede ser la lucha contra la caries dental, la lucha contra el mal aliento, para ayudar a la limpieza de la herida postoperatorio, para el tratamiento de la periodontitis, para el blanqueamiento dental, etc. No todos los enjuagues que se pueden encontrar en el mercado son adecuados para complementar la higiene bucal, por lo que se debe consultar con su dentista para elegir uno u otro según necesidad que la persona tenga en cada fase de su tratamiento dental. (párr.2-3)

⁴¹Salud dental.(2014). [En línea]. Consultado el: [25, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.saludaliadental.com/tipos-de-cepillos-dentales/>

⁴²Prop dental.(2013).Que enjuague bucal es recomendable. [En línea]. Consultado el: [19, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/que-enjuague-bucal-es-recomendable/>

Seda dental

Analizando la de Soory⁴³(2012), puedo citar que:

La seda dental con o sin cera puede ser muy efectiva para eliminar la placa interproximal. Para resultar efectiva, la seda debe pasar alrededor de la curvatura del diente, de forma que establezca contacto íntimo con la superficie. Es necesario usarla con control para no cortar la encía (fig.11.5); a muchas personas les resulta difícil usarla en los segmentos posteriores.es necesario un enhebrador de seda para limpiar los pilares de los puentes. Como todos los dispositivos su higiene oral, el uso de la seda se enseña en la boca del paciente, y después el paciente repite el procedimiento bajo supervisión. Su uso alrededor de todos los dientes una vez al día.(p. 156)

2.12.3. Técnicas de cepillado dental.

Estudiando la información disponible del sitio web Prop Dental⁴⁴(2013), puedo citar que:

La técnica de Bass: fue la primera técnica de cepillado dental que se ocupó específicamente de la remoción de placa bacteriana del surco gingival.En esta técnica de cepillado dental las cerdas del cepillo se sitúan en un ángulo de 45 grados en dirección al ápice del diente, en el fondo del surco y se produce una vibración en el sentido de un movimiento horizontal. La técnica de Bass modificada: es la que la mayoría de los dentistas coinciden en definir como la mejor técnica de cepillado dental para eliminar la placa bacteriana de los dientes. En la modificación de la técnica de bass el cepillo realiza movimientos de rotación entre la encía y diente. (párr. 11-12)

Técnica de Charters.

Consultando la información disponible del sitio web de Vidal⁴⁵(2015) puedo mencionar que:

⁴³Soory,M y colaboradores.(2012). Periodoncia. (Sexta Ed.).Barcelona. Editorial: Elseiver.

⁴⁴Prop Dental. (2013). Cepillado con Técnica de Bass. . [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/cepillado-dental/>

El cepillo se coloca a 45° respecto del eje mayor del diente y las cerdas del cepillo se dirigen hacia la superficie masticatoria de los dientes. Las superficies masticatorias se limpian con un movimiento rotatorio ligero. En la cara interna de los dientes anteriores el cepillo se coloca verticalmente y trabajan solo las cerdas de la punta. Esta técnica es eficaz cuando hay aplanamiento de las papilas interdentarias (cuando la zona de encía que se encuentra entre diente y diente es más plana, dejando un espacio entre ellos), ya que permite la penetración de las cerdas. (párr. 4 y 6)

Técnica Horizontal o de Fones.

Examinando la información disponible del sitio web de Fernández⁴⁶(2015) puedo aludir que:

Es la técnica más conocida. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies. Es la técnica recomendada en niños más pequeños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental.

2.12.4. Cultura preventiva.

La cultura preventiva, pretende que la odontología promueva en las casas de salud resolver los problemas bucales de la población, orientando que se privilegien las actividades preventivas, promoviendo una promoción de salud a todos los medios disponibles y necesarios, como es el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, rehabilitando a los pacientes en etapas evitando que una lesión inicial evolucione complicando el tratamiento de

⁴⁵Vidal, R. (2015). Te cuidamos. [En línea]. Consultado: [3, diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/uso-cepillo-dental.shtml>

⁴⁶Fernández. (2015). Especialidades Periodoncia. [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2014] Disponible en: http://www.clinicavigil.com/v_portal/informacion/informacionver.asp?cod=4657&te=1347&idage=5396

la misma, si se analizan las causas por los que los pacientes acuden a la atención odontológica, se evidencia que las lesiones que más afectan a la salud bucal es la caries y la enfermedad periodontal; y si se revisa los tipos de tratamientos que se realizan se encontrará que estos son orientados a resolver la secuela y no la causa, por lo que funcionan como soluciones temporales, puesto que el origen de la enfermedad permanece ahí.

En investigación realizada en el sitio web de Díaz⁴⁷,(2006) puedo citar que:

La situación de la educación en el Ecuador es dramática, caracterizada, entre otros, por los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone el actual proceso de apertura y globalización de la economía.(párr. 1)

2.12.5. Unidades de Observación y análisis.

Pacientes de 30 – 60 años de edad que asistieron al Centro de Salud Santa Ana para realizarse una extracción dental.

2.12.6 Variables.

Higiene bucal.

Enfermedades bucales.

Traumatismo.

⁴⁷Díaz, G.(2006).Economía del Ecuador. [En línea]. Consultado: [3, diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>

Accesibilidad.

Niveles

Escolares.

Ocupación.

Piezas dentales pérdidas.

CAPÍTULO III

3.MARCO METODOLÓGICO

3.1. Modalidad de la investigación.

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo.

3.2. Tipo de investigación.

La investigación realizada fue de tipo corte transversal.

3.3. Métodos.

Para la identificación de la etiología de la extracción de las piezas dentarias, se realizó un examen clínico al paciente, registrándose en la historia clínica 033 del MSP, conjuntamente con una encuesta mediante un cuestionario diseñado para el efecto nos permitió identificar las causas que provocan las pérdidas dentarias.

3.4. Técnicas.

Observación: Examen clínico bucal.

Encuesta: La misma se realizó mediante un cuestionario diseñado al efecto.

(Anexo N° 2) el cual será aplicado a cada paciente.

3.5. Instrumentos.

Matriz de observación: Historia clínica N°033 del MSP.

Cuestionario.

3.6. Recursos.

Humanos.

-Investigadora.

Tutora de tesis

Materiales.

-Textos.

-Fotocopias.

Técnicos

-Cámara fotográfica digital.

-Computador.

-Pen drive.

- CD.

Económicos.

El desarrollo de la investigación tuvo un valor aproximado de \$ 330.00 dólares americanos.

3.7. Población y Muestra.

La población y muestra fue integrada por los pacientes de 30-60 años de edad que asistieron al subcentro de salud a realizarse una extracción dental durante marzo-junio de 2015.

3.8. Recolección de la información

Se realizó mediante instrumentos relacionados al efecto (cuestionario, historia clínica).

3.9. Procesamiento de la información.

Los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos para ser procesados con el software "Microsoft Excel" del paquete ofimático "Microsoft Office 2010".

CAPÍTULO IV.

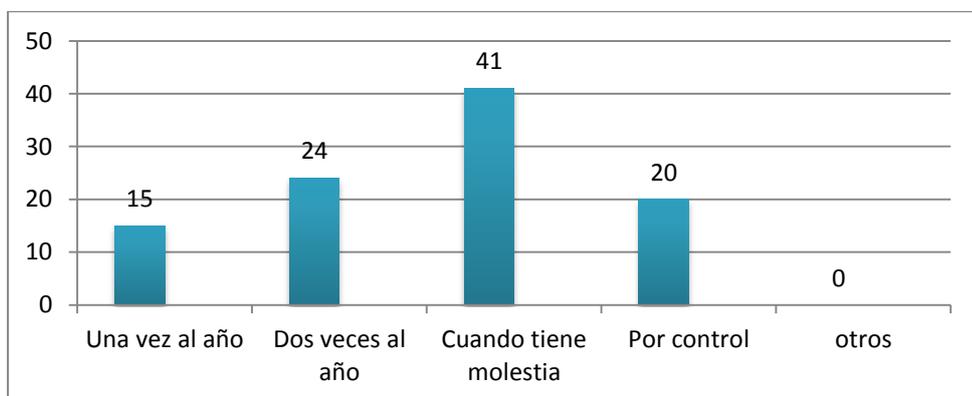
CUADRO N° 1

1. ¿Con que frecuencia asiste usted al servicio odontológico del Centro de Salud de Santa Ana?

ALTERNATIVAS	F	%
Una vez al año	15	15.00%
Dos veces al año	24	24.00%
Cuando tiene molestia	41	41.00%
Por control	20	20.00%
Otros	0	0.00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: Pacientes Que Asisten Al Servicio Odontológico Del Centro De Salud De Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 1
SERVICIO ODONTOLÓGICO



FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

Análisis e Interpretación.

De los 100 pacientes encuestados, sobre la pregunta que con qué frecuencia asiste usted al servicio odontológico del Centro de Salud de Santa Ana, 41 personas dijeron que cuando tienen molestias, con un porcentaje del 41%, 24 personas dijeron que dos veces al año, que representa el 24%; 20 personas dijeron que por control, con un porcentaje de 20%, mientras que 15, que representa el 15% expresaron que una vez al año.

En investigación realizada en el sitio web de Otero⁴⁸(2014), puedo comentar que:

Cuando una persona acude a un consultorio dental es porque ya es una urgencia, cuando el dolor es insoportable. A nadie le gusta ir al dentista, y mucho es porque se le asocia con el dolor, amén de que es un servicio muy caro, añadió. Expresó que en la actualidad es un círculo vicioso, que puede convertirse a virtuoso, pues si alguien asiste al dentista a sus limpiezas todos los años, la probabilidad de que caiga en necesidad de un tratamiento muy doloroso, muy costoso, muy complejo, es muy baja.(p. 18-19)

⁴⁸Otero.(2014). Mexicanos asisten al dentista. [En línea]. Consultado: [3, diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.informador.com.mx/suplementos/2014/551473/6/mexicanos-acuden-cada-siete-anos-al-dentista.htm>

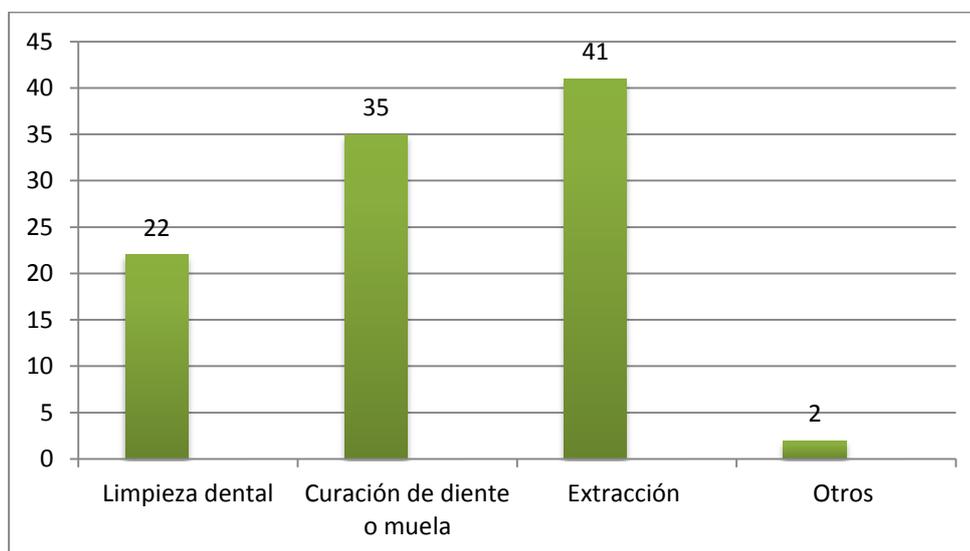
CUADRO N° 2

2. ¿Cuándo asiste al servicio odontológico acude por?

ALTERNATIVAS	F	%
Limpieza dental	22	22.00%
Curación de diente o muela	35	35.00%
Extracción	41	41.00%
Otros	2	2.00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 2 MOTIVOS DE CONSULTA ODONTOLÓGICA



FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

Análisis e interpretación:

De los 100 pacientes encuestados sobre cuándo asiste al servicio odontológico acude por, 41 dijeron que por extracción de diente o muela, lo que equivale al 41%; otras 35 personas manifestaron que por curación, lo que equivale al 35%, 22 encuestados dijeron que para una limpieza dental, lo que representa el 22%, mientras que la frecuencia otros con 2 personas, equivalente al 2%.

Analizando la obra de Negroni⁴⁹ (2009), puedo citar que:

La caries dental se define como una enfermedad infecciosa, compleja, trasmisible y multifactorial, en la que un amplio grupo de factores biológicos, socioeconómicos y culturales interactúan, directa o indirectamente en el establecimiento de los microorganismos cariogénicos incluidos en la comunidad microbiana de la biopelícula dental. Afecta la estructura de las piezas dentarias y se caracteriza por su desintegración, molecular, progresiva que lleva, si no se detiene su avance natural a una lesión irreversible. (P. 9)

⁴⁹Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica Fundamentos y guía práctica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

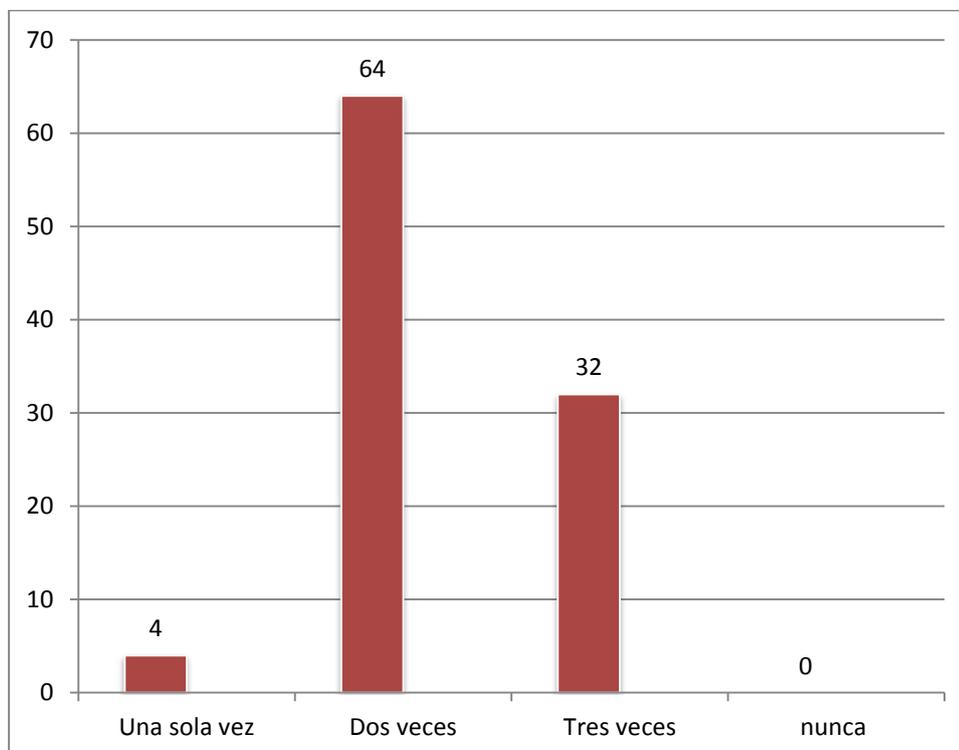
CUADRO N° 3

3. ¿Cuál es la frecuencia con la que usted cepilla sus dientes al día?

ALTERNATIVAS	F	%
Una sola vez	4	4.00
Dos veces	64	64.00
Tres veces	32	32.00
nunca	0	0.00
TOTAL	100	100,00

FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 3 FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL



FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

Análisis e interpretación.

De los 100 pacientes encuestados de cuál es la frecuencia con la que usted cepilla sus dientes 64, dijeron que dos veces al día, lo que equivale al 64%, 32 personas manifestaron que tres veces al día, lo que representa el 32%, 4 encuestados expresaron que solo una sola vez, lo que equivale al 4%.

Comparando la obra de Mendoza⁵⁰ (2011), puedo citar que:

La higiene dental debe estar dirigida al control y la eliminación de la placa mediante métodos mecánicos y químicos. Esta higiene dental se debe fundamentalmente al cepillado, al uso del hilo o seda dental y todos aquellos medios complementarios menores que sean necesarios.(p. 20)

⁵⁰Mendoza, N. (2011). Estomatología Comunitaria. Universidad Privada de Tacna. Perú.

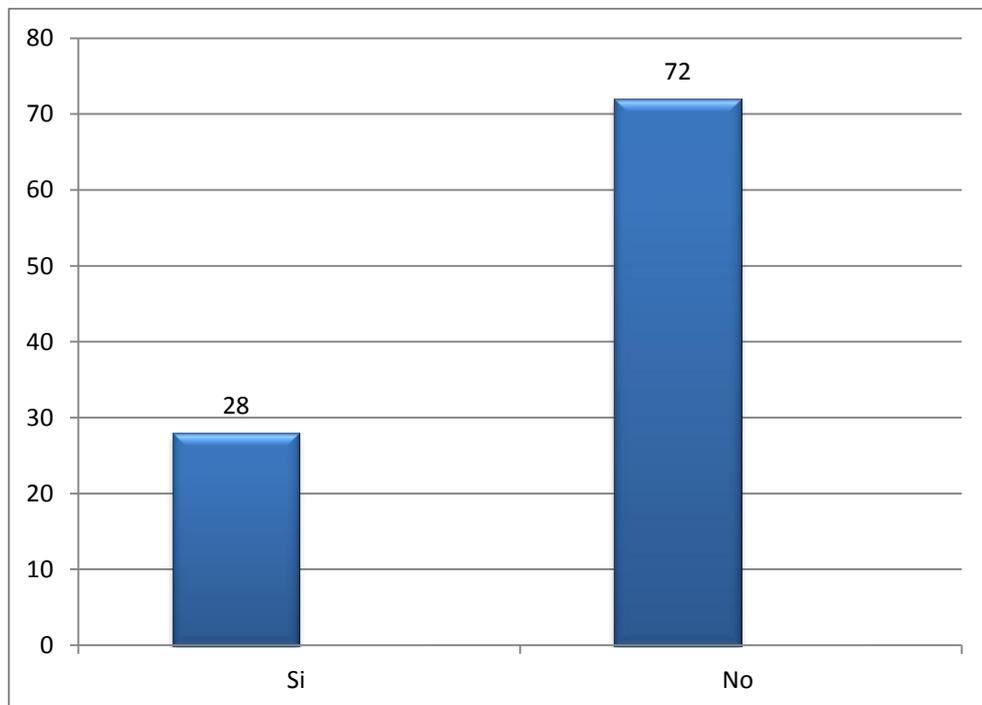
CUADRO N° 4

4. ¿Dentro del centro de salud Santa Ana, ha recibido usted charlas sobre higiene bucal?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	28	28.00%
No	72	72.00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 4 CHARLAS SOBRE HIGIENE BUCAL



FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del Centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

Análisis e interpretación.

De los 100 pacientes encuestados que dentro del centro de salud Santa Ana, ha recibido usted charlas sobre higiene bucal, 72 personas dijeron que no han recibido charlas, lo que equivale al 72%; mientras que 28, manifestaron que si han recibido charlas, lo que representa el 28%.

Analizando la obra de Rossi⁵¹ puedo aludir que:

La higiene dental es uno de los elementos principales del cuidado personal. El deseo de lucir una sonrisa con dientes limpios, sanos y blancos han dado lugar a que existan los dentífricos de muchos tipos y características.(P.20)

⁵¹Rossi, C. (2009). Lesiones cervicales no cariosas la lesión dental del futuro. Brasil. Editorial: Medica Panamericana.

CUADRO N° 5

5. ¿Tiene facilidad de acceso al Centro de Salud?

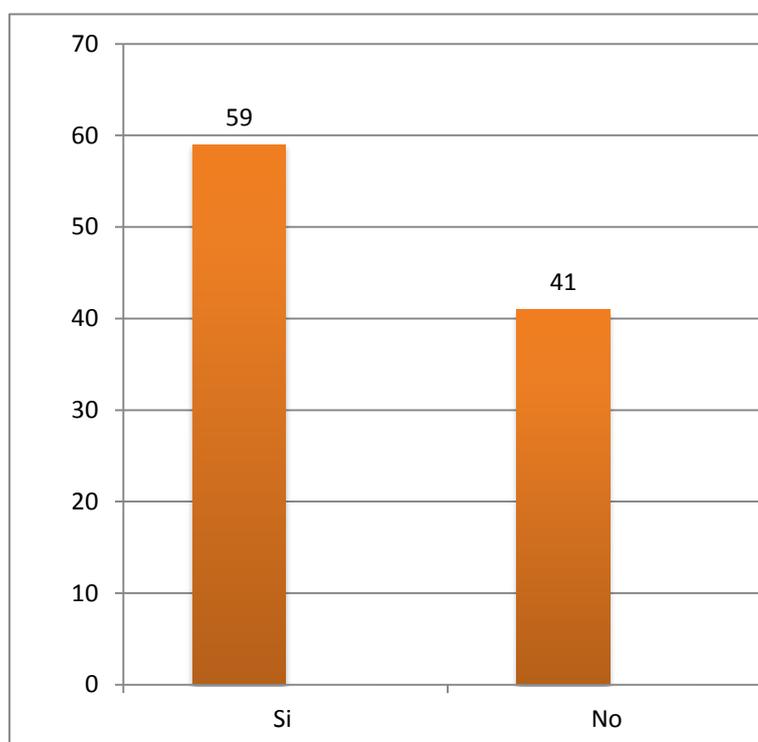
ALTERNATIVAS	F	%
Si	59	59.00%
No	41	41.00%
TOTAL	100	100,00%

FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del Centro de Salud de Santa Ana

ELABORADO: Gema Mendoza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 5

ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD



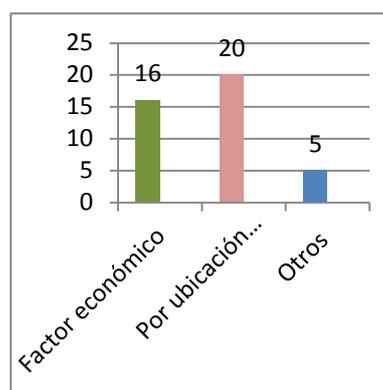
FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana

ELABORADO: Gema Mendoza

Análisis e interpretación.

De los 100 pacientes encuestados que si tiene facilidad de acceso al Centro de Salud hipertensos, 59 encuestados manifestaron que si tienen acceso al Centro de Salud, lo que equivale al 59%; mientras que 41 restantes de los pacientes encuestados dijeron que no, lo que representa el 41%.

Si su respuesta es no, marque una de las siguientes causas		
ALTERNATIVAS	F	%
Factor económico	16	39.02%
Por ubicación geográfica	20	48.78%
Otros	5	12.20%
TOTAL	41	100,00%



De estas 41 personas que dijeron que No, 20 de los encuestados que el motivo principal por la ubicación geográfica, lo que equivale a un 48,78%, 16 personas dijeron que otra de las causas es el factor económico, con un 39,02%, mientras que 5 encuestados dijeron que por otras causas, con porcentaje del 12,20%.

Estudiando la obra López⁵² (2010), puedo citar que:

La condición socioeconómica es un factor contribuyente por cuanto las personas de estratos de menor nivel de educación y de dieta limitada, que no tienen acceso a la promoción y a la prevención de la salud (que incluye la higiene oral, flúor o sellante), aumentan sustentablemente su riesgo de adquirir enfermedades estomatológicas y sistémicas, debido a que no realizan una visita odontológica adecuada, la cual debería ser por lo menos cada seis meses. (p. 19)

⁵²López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. República del Perú: Editorial Zamora Ltda.

CUADRO N° 6

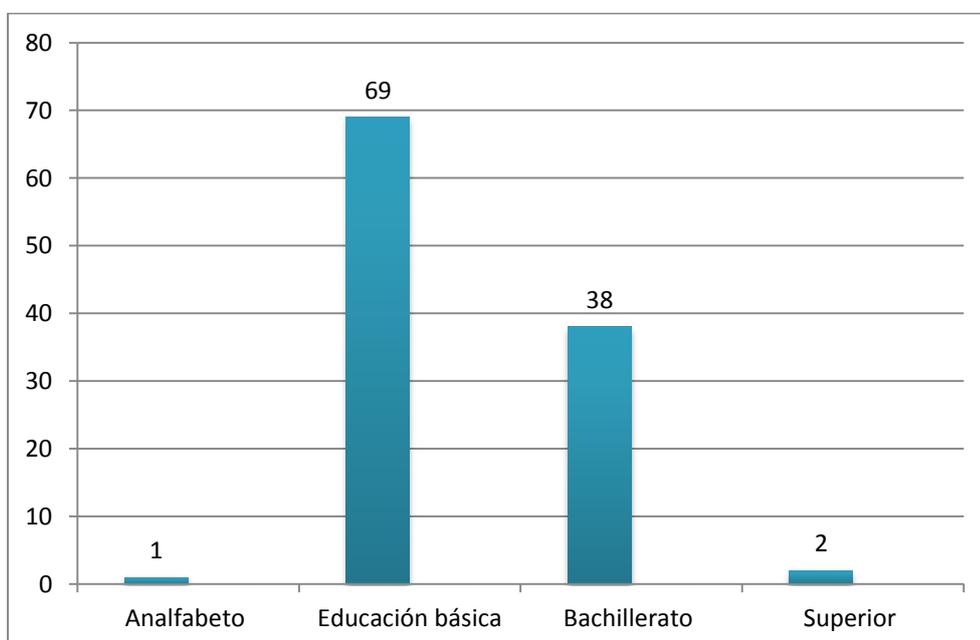
6. ¿Cuál es su nivel de estudio?

ALTERNATIVAS	F	%
Analfabeto	1	1.00%
Educación básica	69	69.00%
Bachillerato	38	38.00%
Superior	2	2.00%
TOTAL	100	100,00

FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 6

NIVEL DE ESTUDIO



FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

Análisis e interpretación.

De los 100 pacientes encuestados que cuál es su nivel de estudio, 69 manifestaron que Educación Básica, lo que equivale al 69%; 38 encuestados dijeron que Bachillerato, lo que representa el 38%; 2 personas expresaron que Superior, lo que representan el 2%, mientras que 1 persona por analfabeto, lo que equivalente al 1%.

En investigación realizada en el sitio web de Díaz⁵³,(2006) puedo citar que:

La situación de la educación en el Ecuador es dramática, caracterizada, entre otros, por los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone el actual proceso de apertura y globalización de la economía.(p. 25)

⁵³Díaz, G.(2006).Economía del Ecuador. [En línea]. Consultado: [3, diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>

CUADRO # 7

CAUSA DE EXTRACCIÓN DENTAL

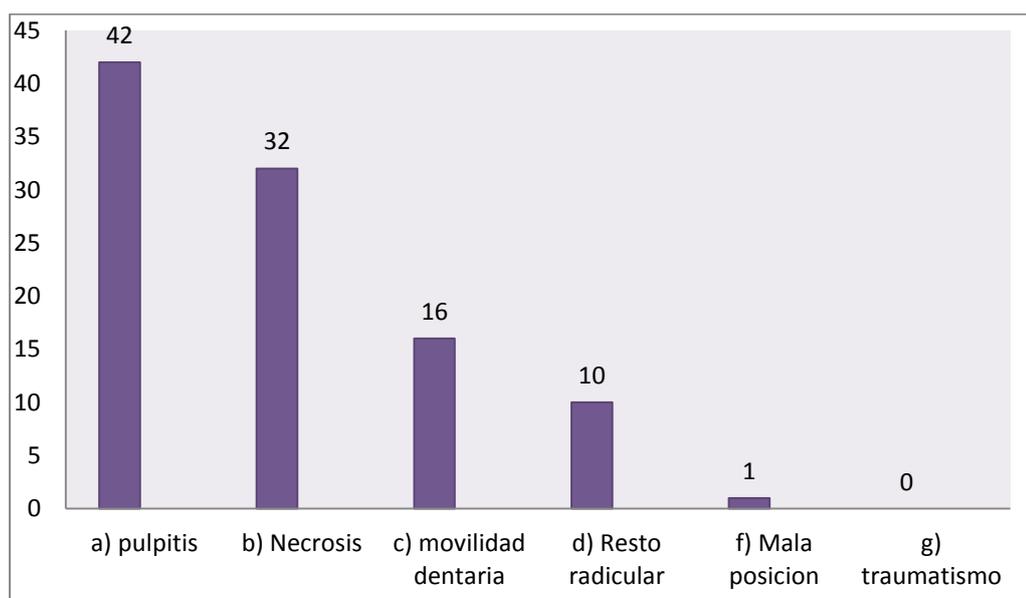
HISTORIA CLÍNICA CASOS DE EXTRACCIÓN DENTAL

Frecuencia	Alternativa	Porcentaje
a) Pulpitis	42	41.00%
b) Necrosis	32	31.00%
c) Movilidad dentaria	16	15.00%
d) Resto radicular	12	12.00%
f) Mala posición	1	1.00%
	103	100,00%

FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del Centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 7

EXTRACCIÓN DENTAL



FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana
ELABORADO: Gema Mendoza

Análisis e interpretación.

De los 100 pacientes de la historia clínica de extracción dental, podemos decir que en su mayor encuestados que en su mayoría con un 40 personas son tratados por pulpitis, que hacen un 40%, 32 personas dijeron que por necrosis, equivalente al 32%, 16 personas que por movilidad dental, que equivale al 16%, 10 personas dijeron que por raíz retenida que manifestaron que por mala posición lo que equivale al 1%.

Estudiando en la obra de Villafranca y colaboradores⁵⁴ (2006), puedo citar que: “Generalmente es consecuencia de una pulpitis reversible no tratada. Si existe una comunicación (fístula) de la cámara pulpar con la cavidad oral, un cuadro de gran severidad puede permanecer asintomático, pues se permite la evacuación del exudado”(p.12)

⁵⁴Villafranca, C., Fernández, M., García, A., Hernández, L., López, L., Perillán, C., Díaz, B., Álvarez, C., Alfonso, N., Mansilla, O., Cobo, M., García, M., Ania, J., Junquera, C., Silva, L., Cobo, J., y García, J. (2006). Higienistas dentales. Reino de España: Editorial Mad S. L.

CUADRO # 8

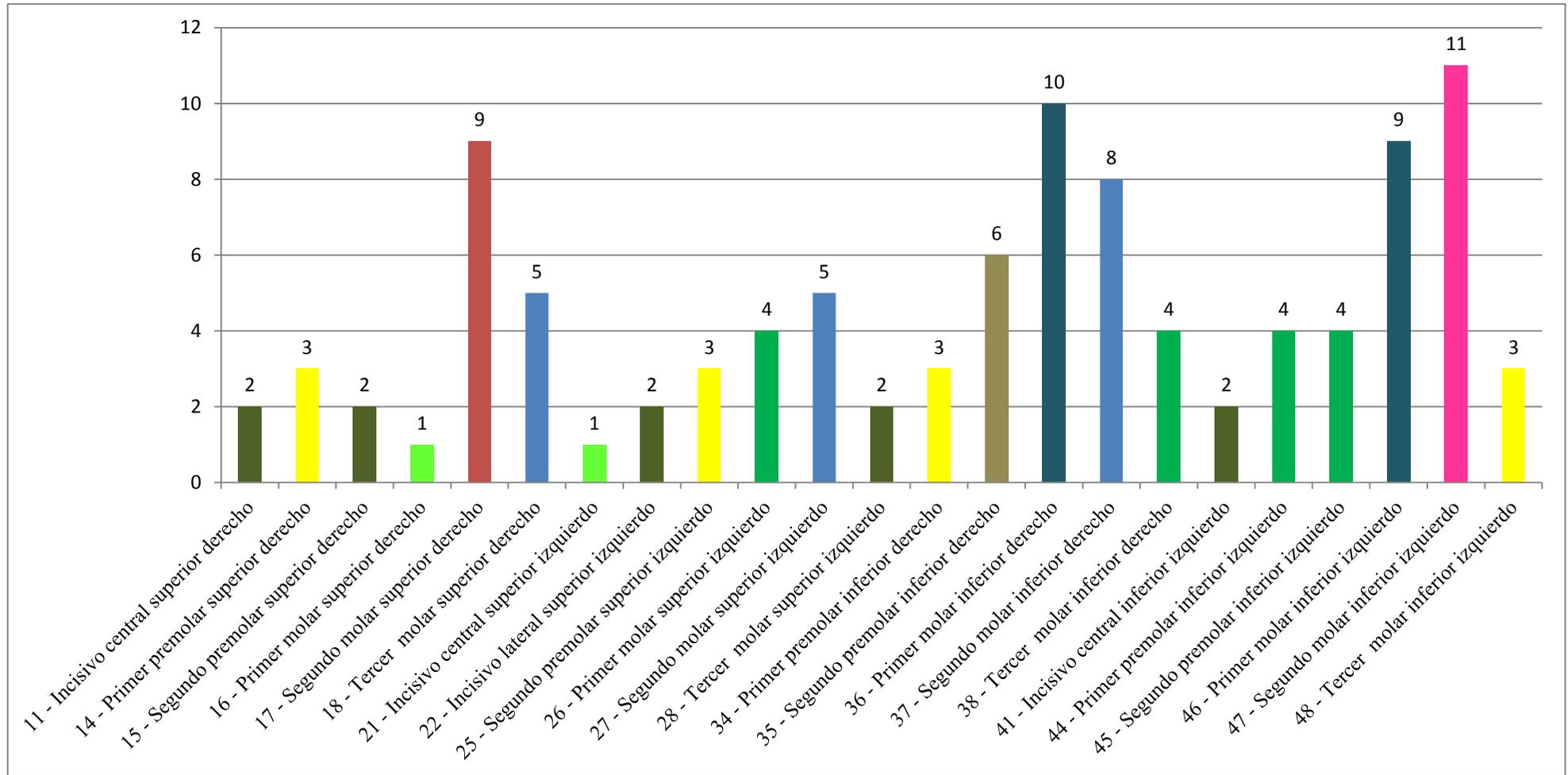
PIEZAS DENTARIAS EXTRAÍDAS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA
11 - Incisivo central superior derecho	2
14 - Primer premolar superior derecho	3
15 - Segundo premolar superior derecho	2
16 - Primer molar superior derecho	1
17 - Segundo molar superior derecho	9
18 - Tercer molar superior derecho	5
21 - Incisivo central superior izquierdo	1
22 - Incisivo lateral superior izquierdo	2
25 - Segundo premolar superior izquierdo	3
26 - Primer molar superior izquierdo	4
27 - Segundo molar superior izquierdo	5
28 - Tercer molar superior izquierdo	2
34 - Primer premolar inferior derecho	3
35 - Segundo premolar inferior derecho	6
36 - Primer molar inferior derecho	10
37 - Segundo molar inferior derecho	8
38 - Tercer molar inferior derecho	4
41 - Incisivo central inferior izquierdo	2
44 - Primer premolar inferior izquierdo	4
45 - Segundo premolar inferior izquierdo	4
46 - Primer molar inferior izquierdo	9
47 - Segundo molar inferior izquierdo	11
48 - Tercer molar inferior izquierdo	3

FUENTE: Pacientes que asisten al servicio odontológico del centro de Salud de Santa Ana

ELABORADO: Gema Mendoza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 8



Análisis e interpretación.

El número mayor de piezas dentarias perdidas la obtuvo el segundo molar inferior izquierdo, con 11 piezas extraídas, seguida por el primer molar inferior izquierdo y primer molar inferior derecho, con 10 piezas extraídas cada una, con 9 piezas extraídas tenemos al segundo molar superior derecho, y con 8 piezas extraídas al segundo molar inferior derecho, dejando en claro que estas son las piezas con más alto índice de extracción, seguidas en un porcentaje bajo de las otras piezas.

Examinando en la obra de Soriano⁵⁵ (2011), puedo citar que:

La extracción dental es un acto quirúrgico por medio del cual se elimina a un órgano dentario de su alveolo, a pesar de las acciones preventivas que buscan preservar la salud bucal, sigue siendo un procedimiento odontológico frecuente. Son múltiples las causas que llevan a realizar alguna extracción dental en las diferentes etapas de la vida.

⁵⁵Soriano, C. (2011). Factores causantes de extracciones a pacientes atendidos en brigadas comunitarias de la Universidad Veracruzana. [Resumen]. Tesis de grado publicada. Universidad Veracruzana.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Concluida esta investigación se pudo determinar que las causas principales por las que se realizaron extracciones dentales fueron, en primer lugar la pulpitis, siguiendo la movilidad dental, restos radiculares, y piezas en mala posición.

La inadecuada higiene bucal conlleva a la presencia de caries, y factores de accesibilidad como: el económico y la ubicación geográfica impiden que tengan una atención oportuna, avanzando el nivel de esta enfermedad, desencadenando la extracción dental.

Las piezas dentarias con mayor prevalencia de extracción fueron: el segundo molar inferior izquierdo, seguido el primer molar inferior derecho e izquierdo, segundo molar superior derecho y segundo molar inferior derecho.

5.2. Recomendaciones.

Se recomienda implementar materiales y equipos odontológicos de mejor calidad y servicio, para brindar a los pacientes una mejor atención, proporcionando tratamientos conservadores de tal manera que se obtenga un nivel de salud bucodental más elevado.

Impartir charlas de prevención que incluyan técnicas e implementos utilizados durante el cepillado dental y con ello lograr concientizar a los pacientes que acuden al centro de salud Santa Ana sobre la importancia que deben prestar a la salud bucal.

Brindar servicios odontológicos en zonas alejadas del centro de salud facilitando el servicio a las personas con difícil acceso a consulta odontológica debido a su factor económico y ubicación geográfica y con ello contribuir en la mejoría de la salud bucal de dichos pacientes.

CAPÍTULO VI

6. Propuesta.

6.1. Nombre de la propuesta:

Concientización a los pacientes que acuden al Centro de Salud Santa Ana sobre la importancia de la conservación de las piezas dentales.

6.2. Introducción.

En esta propuesta se llevará a cabo en el Centro de Salud de Santa Ana, para prevenir futuras exodoncias y concienciar sobre el tratamiento odontológico adecuado a los pacientes de 30 a 60 años de edad, centrándonos sobre todo en la salud bucodental. Para ello realizaremos una organización de los contenidos por etapas, para que dicho programa sea el adecuado y obtenga una buena acogida entre todos los miembros de la comunidad del cantón Santa Ana.

También es necesario aquellos recursos personales con los que podemos contar y que son imprescindibles para el buen funcionamiento del programa de salud, entre ellos podemos resaltar a profesionales especialistas en odontología que realizan su labor en el Centro de Salud de Santa Ana y de la misma manera la comunicación con otros centros de que estén desarrollando un programa de las mismas características.

La presente propuesta consistirá en dar charlas educativas a los pacientes que asisten al centro de salud Santa Ana.

6.3. Justificación.

La investigación de campo permitió obtener resultados mediante encuestas y ficha de observación realizada a los pacientes de 30-60 años del centro de salud Santa Ana, pudiendo notar un gran número de pérdida de piezas dentarias. Con lo expuesto la propuesta consiste en dar a conocer a los pacientes la importancia de una buena higiene bucal, visita periódica al odontólogo, mejorando la salud dental de los pacientes, ya que un cuidado adecuado de los dientes supone evitar la pérdida definitiva de los mismos.

6.4. OBJETIVOS:

6.4.1. Objetivo General

- Concientizar sobre la importancia de la conservación de las piezas dentarias en los pacientes que acuden al centro de salud Santa Ana.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Motivar mediante charlas educativas a los pacientes del centro de salud Santa Ana sobre el correcto cepillado dental y visitas periódicas al odontólogo.
- Brindar información detallada sobre la correcta higiene bucal y cepillado dental.

6.5. Descripción de actividades.

Se realizarán charlas educativas sobre la higiene bucal y su relación con la pérdida dental que se presenta en los pacientes, así como también una orientación de cómo prevenir la pérdida dental, se entregarán trípticos a los pacientes con el fin de informar las consecuencias que conllevan tener una mala higiene bucal.

6.6. Responsable.

Autora de la tesis.

6.7. Beneficiarios.

Los beneficiarios fueron los pacientes que asistieron al centro de salud Santa Ana.

6.8. Factibilidad.

Fue factible porque se contó con el apoyo del Centro de salud Santa Ana, permitiendo proporcionar información adecuada a los pacientes sobre la correcta higiene bucal.

6.9. Sostenibilidad.

Se realizó una charla educativa a dichos pacientes con el fin de mejorar su salud bucal y así conservar y mantener las piezas dentarias en boca.

6.10. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se tomó en cuenta la colaboración y el permiso correspondiente del Director de Centro de salud Santa Ana, para que de manera organizada se le brindara atención adecuada e información mediante charlas educativas sobre la higiene bucal y entrega de trípticos a los estudiantes.

6.11. Recursos.

6.11.1. Humanos.

Investigador.

Pacientes del Centro de Salud Santa Ana.

6.11.2. Técnicos.

Trípticos.

Diapositivas.

6.11.3. Materiales.

Hojas, textos impresiones, copias, fotos, trípticos.

6.11.4. Financiero.

La propuesta será financiada por la autora de la investigación.

6.11.5. Presupuesto.

Esta propuesta tendrá un costo de noventa y ocho dólares.

Actividad:	Recursos:	Cantidad:	V. Unit:	V. Total:	Financiar:
Diseño trípticos.	Diseñador gráfico.	1	1,00	1,00	Autofinanciamiento
Elaboración de trípticos.	Copias a color.	150	0,25	37,00	Autofinanciamiento
Viáticos	-	-	-	30	Autofinanciamiento
Imprevistos	-	-	-	30	Autofinanciamiento
Total:				98,00	Autofinanciamiento

FUENTE: Centro de Salud Santa Ana.

ELABORACIÓN: Gema Mendoza Santana

ANEXO # 1



DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD Nº 13D01 PORTOVIEJO - MANABÍ

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 -19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min.

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESIÓN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD	MOVILIDAD
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
VESTIBULAR	VESTIBULAR
LINGUAL	LINGUAL
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
VESTIBULAR	VESTIBULAR
MOVILIDAD	MOVILIDAD
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
RECESIÓN	RECESIÓN

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
CÁLCULO 0-1-2-3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
GINGIVITIS 0-1						
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo SELLANTE NECESARIO	⊗ PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	= PRÓTESIS TOTAL
* azul SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X rojo EXTRACCIÓN INDICADA	□ PRÓTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X azul PÉRDIDA POR CARIES	(.....) PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

ANEXO # 2

ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD SANTA ANA

1. ¿Con que frecuencia asiste usted al servicio odontológico del Centro de Salud de Santa Ana?

Una vez al año ()

Dos veces al año ()

Cuando tiene molestia ()

Por control ()

Otros ()

2. ¿Cuándo asiste al servicio odontológico acude por?

Limpieza dental ()

Curación de diente o muela ()

Extracción ()

Otros ()

3. ¿Cuál es la frecuencia con la que usted cepilla sus dientes al día?

Una sola vez ()

Dos veces ()

Tres veces ()

Nunca ()

4. ¿Dentro del centro de salud Santa Ana, ha recibido usted charlas sobre higiene bucal?

SI ()

NO ()

5. ¿Tiene facilidad de acceso al Centro de Salud?

SI ()

NO ()

6. ¿Cuál es Educación básica su nivel de estudio?

Analfabeto ()

Educación básica ()

Bachillerato ()

Superior ()

ANEXO # 3

Planilla de consentimiento informado

Yo, abajo firmante,.....

Con residencia en.....

Acepto tomar parte de este estudio titulado **“Etiología de la extracción dental en pacientes de 30 - 60 años de edad que asisten al Centro de Salud Santa Ana, período 2014 – 2015”**. La egresada **Gema Rossybell Mendoza Santana**, de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, me ha informado exhaustivamente acerca de las características como objetivos y aproximada duración de la exploración bucal, he tenido oportunidad de hacer preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con el egresado.

Estoy de acuerdo con que mis datos personales odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados del autor de la investigación.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con mayor discreción, accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades odontológicas y el investigador.

Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Gema Rossybell Mendoza Santana

EGRESADA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

ANEXO # 4

Presupuesto

Cantidad del material	Costo por unidad	Costo general
	\$	\$
5 resmas de papel A4	4,00	20,00
4 cartuchos de tinta	20,00	80,00
20 pasajes Portoviejo – Santa Ana (Movilización)	2,50	50,00
20 Fotografías	0,50	10,00
600 Fotocopias	0,05	30,00
2 Cajas de guantes	7,00	14,00
8 Espejos bucales	150,00	12,00
10 exploradores	150,00	12,00
1 caja de mascarilla	5,00	5,00
Imprevistos		100,00
	Valor total	\$ 333,00

ANEXO # 5

DECIMO OCTAVA PROMOCION																																										
ACTIVIDADES	2014												2015																													
	sep		nov				Dic				enero				Feb				marzo				Abril				Mayo				jun				jul				Agosto			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
ELABORACION DE PROYECTO																																										
PRESENTACION DE PROYECTOS																																										
APROBACION DE PROYECTOS																																										
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION																																										
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION																																										
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION																																										
ANALISIS E INTERPRETACION																																										
ELABORACION DE CONCLUSIONES																																										
ELABORACION DE PROPUESTA																																										
REDACCION DEL BORRADOR																																										
REVISION DEL BORRADOR																																										
PRESENTACION DE INFORME FINAL																																										

ANEXO # 6

Matriz de operacionalización de las variables.

Variables Independiente y Dependiente:

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Higiene bucal	Cualitativa nominal Politónica	1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día	Cepillado dental. Enjuague bucal, hilo dental.	Valor absoluto Frecuencia (%).
Enfermedades bucales	Cualitativa nominal Politónica	Periodontitis - Caries	Fractura. Pérdida de hueso. Afectación del nervio.	Valor absoluto Frecuencia (%).
Traumatismos	Cualitativa nominal Politónica	Presencia de traumatismo. Ausencia de traumatismo	Fractura	Valor absoluto Frecuencia (%).
Accesibilidad al servicio	Cualitativa nominal Politónica	Factor económico. Ubicación geográfica.	Disponibilidad financiera. Frecuencia a la consulta	Valor absoluto Frecuencia (%).
Edad.	Cuantitativa discreta	De 30 a 60 años	Años cumplidos al haberse realizado la historia clínica	Valor absoluto Frecuencia (%).
Sexo	Cualitativa nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Valor absoluto Frecuencia (%).
Nivel escolar	Cualitativa Nominal Politónica	Analfabeto. Educación Básica. Bachillerato. Superior	Según el nivel de estudio	Valor absoluto Frecuencia (%).
Ocupación	Cualitativa Nominal Politónica	Doméstico. Comerciante. Agricultor Empleado Público. Empleado Privado	Acorde a la ocupación que desempeña.	Valor absoluto Frecuencia (%).
Piezas dentarias perdidas	Cualitativa nominal Politónica	Incisivos. Caninos. Premolares. Molares.	Acorde a la edad	Valor absoluto Frecuencia (%).

ANEXO # 7

¿ Porque se debe utilizar el hilo

Remueve la placa bacteriana y restos de alimentos entre dientes .

Llega a lugares donde el cepillo no alcanza por el grosor de las cerdas.

Si no se usa el hilo dental , se esta haciendo únicamente la mitad de trabajo para mantener limpios los dientes



Recomendación

Use un cepillo de cerdas suaves y puntas redondeadas de tamaño adecuado para no lastimar la encía.



Cuando las cerdas del cepillo estén gastadas o dobladas, es hora de cambiarlo.



La salud bucal es parte integral de la salud general, por lo tanto significa mas que dientes sanos

La prevención es la clave para conservar tu salud y la de tu familia



La higiene bucal

Una buena higiene bucodental debería establecerse mediante la adopción de cuatro hábitos:

- El cepillado
- La limpieza con hilo dental
- El enjuague

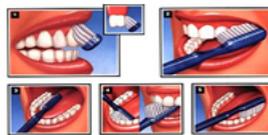
Visita periódica al dentista.



Las revisiones periódicas al odontólogo, se recomienda que sean dos veces por año. También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial carcinogénico.



Técnica de cepillado



1.-Cepillar los dientes superiores hacia abajo por fuera y por dentro.

2.-Cepillar los dientes inferiores hacia arriba por fuera y por dentro.

3.-Cepillar los molares y premolares en las superficies masticatoria con movimientos circulares.

4.-También se debe cepillar la lengua suavemente de atrás hacia adelante para remover gérmenes y refrescar su aliento.

Uso de enjuague bucal

Mayor efectividad de la limpieza bucal. Finalizar la rutina de higiene bucodental mediante un enjuague bucal nos permite acabar con aquellas bacterias localizadas en zonas de difícil acceso tanto para el cepillo como para el hilo dental., nos proporciona un aliento fresco.



Recuerda visitar al odontólogo al menos 2 veces al año.

ANEXOS # 8

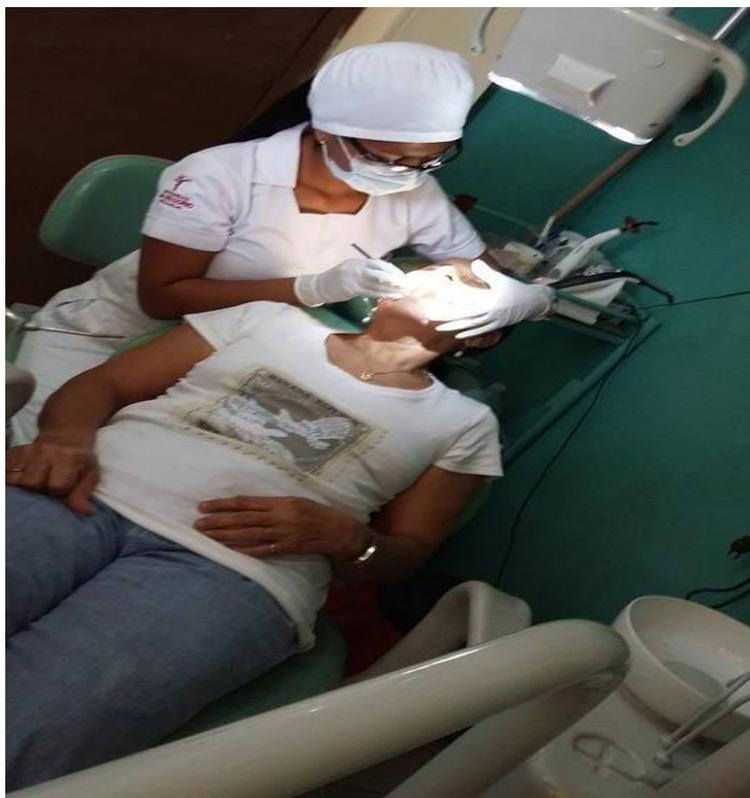


Gráfico # 9. Realizando diagnóstico de la ficha de observación. Foto realizada por la auxiliar de tesis.



Gráfico # 10. Realizando diagnóstico de la ficha de observación. Foto realizada por la auxiliar de tesis.



Gráfico # 11. Luxación de la pieza dentaria. Foto realizada por la auxiliar de tesis.



Gráfico # 12. Pieza dentaria extraída. Foto realizada por la auxiliar de tesis.



Gráfico # 13. Pieza dentaria extraída. Foto realizada por la auxiliar de tesis.



Gráfico # 14. Pieza dentaria extraída. Foto realizada por la auxiliar de tesis.



Gráfico # 15. Alveolo. Foto realizada por la auxiliar de tesis.



Gráfico # 16. Firma de la testigo del Consentimiento Informado. Foto realizada por la auxiliar de tesis.

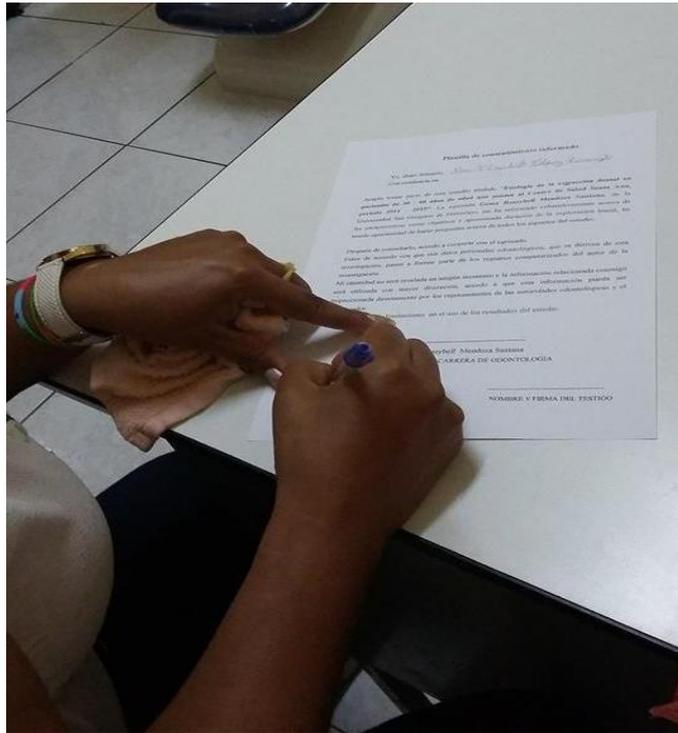


Gráfico # 17. Firma del paciente del Consentimiento Informado. Foto realizada por la auxiliar de tesis.

Planilla de consentimiento informado

Yo, abajo firmante, Gema Rosybell Mendoza Santana
 Con residencia en: San Lorenzo, D.C.

Accepto tomar parte de este estudio titulado "Etiología de la extracción dental en pacientes de 30 - 60 años de edad que asisten al Centro de Salud Santa Ana, periodo 2014 - 2015". La egresada Gema Rosybell Mendoza Santana, de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, me ha informado exhaustivamente acerca de las características como objetivos y aproximada duración de la exploración bucal, he tenido oportunidad de hacer preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con el egresado.

Estoy de acuerdo con que mis datos personales odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados del autor de la investigación.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con mayor discreción, accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades odontológicas y el investigador.

Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.



 Gema Rosybell Mendoza Santana
 EGRESADA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA



 NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE



 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

Gráfico # 18. Consentimiento Informado. Firmado por la autora de tesis, la Dra. Testigo y el paciente. Foto realizada por la auxiliar de tesis.



Gráfico # 19.Charla sobre higiene bucal. Foto realizada por la auxiliar de tesis.



Gráfico # 20.Charla sobre higiene bucal. Foto realizada por la auxiliar de tesis

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, N y et al. (2005). Manual del Técnico Superior de Higiene Bucodental. España: Editorial MAD,SL.

Apoyo Académico Por Antologías. (2008). Fracturas cororadiculares. [En línea]. Consultado el: [16, Junio, 2015]. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas9Trauma/radcoronoradicular.html>

Barreno, J. (2011). Proyecto educativo para promover la higiene bucodental en los niños de la escuela fiscal mixta 17 de julio de la comunidad Miguicho adentro, cantón Santa Ana. Provincia de Manabí 2011. [Resumen]. Tesis de grado publicada. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

Barrancos, M. (2006). Operatoria dental Integración clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Becerra, M. (2015). Exodoncia método abierto. [En línea]. Consultado: [28, julio, 2015]. Disponible en: <http://marlonbecerrasuba.blogspot.com/2013/03/exodoncia-metodo-abierto.html>

Bergenholtz, G. (2011). Endodoncia. México. Editorial: El manual modero.

Beer, R., y Baumann, M. (2000). Atlas en endodoncia. Reino de España: Editorial Masson, S. A.

Canalda, C., Brau, E. (2006).Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. (2ª ed.). Reino de España: Editorial Masson,SA.

Cohen, H. (2015). Vías de la Pulpa. (Decima ed.). Estados Unidos Mexicanos. Editorial: Elsevier.

Cohen, S., y Hargreaves, K. (2011). Vías de la pulpa. Reino de España: Editorial Elsevier.
Beer, R., y Baumann, M. (2000). Atlas en endodoncia. Reino de España: Editorial Masson, S. A.

Díaz, G.(2006).Economía del Ecuador. [En línea]. Consultado: [3, diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>

Fernández. (2015).Especialidades Periodoncia. [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2015] Disponible en: http://www.clinicavigil.com/v_portal/informacion/informacionver.asp?cod=4657&idage=5396

García, J., Loyola, J., Patiño, N., Islas, H., Mendoza, M., y Medina, C. (2010). Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos. . [En línea]. Consultado: [28, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1735/1761>

García, F., Navarro, C. (2008).Cirugía Oral. Reino de España:Editorial Copyright.

Gallego, Jesús. (2004). Diagnóstico y tratamiento de las fracturas coronarias: Una revisión de la literatura. [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652004000300011&script=sci_arttext.

Golberg, F., Soares, J. (2002).Endodoncia Técnicas y Fundamentos. España: Medica Panamericana S.A.

Lindhe,L.(2008).Periodontología clínica e Implantología Odontológica.
Mendoza, N. (2011). Estomatología Comunitaria. Universidad Privada de Tacna. Perú.

López, J. (2010).Odontología para la higiene oral. República del Perú: Editorial Zamora Ltda.

Luna, N., Santacruz, A., Palacios, B., y Mafla, A. (2009). Prevalencia de periodontitis apical crónica en dientes tratados endodónticamente en la comunidad académica de la Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto, 2008: Revista de la Facultad de odontología de Antioquia. [En línea]. Consultado el: [19, de mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v21n1/v21n1a05.pdf>

Mendoza, N. (2011). Estomatología Comunitaria. Universidad Privada de Tacna. Perú.

Moya, P y colaboradores. (2012). Situación de la salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Revista Estomatal Herediana.

National Institute of dental (2013) Síntomas de la enfermedad de las encías. [En línea]. Consultado el: [19, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/GumDiseases/Enfermedad.htm>

Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica Fundamentos y guía práctica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

OMS. (2015). Programa Educativo de Posgrado: Orientación Profesionalizante. Consultado: [28, julio, 2015]. Disponible <http://www.uv.mx/coatza/epi/plan/fundamento/>

Otero, (2014) Visitas al Odontólogo. [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.informador.com.mx/suplementos/2014/551473/6/mexicanos-acuden-cada-siete-anos-al-dentista.htm>

Prop dental.(2013).Que enjuague bucal es recomendable. [En línea]. Consultado el: [19, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/que-enjuague-bucal-es-recomendable/>

Prop Dental. (2013). Cepillado con Técnica de Bass. . [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/cepillado-dental/>
Prop Dental. (2010).Indicaciones y contraindicaciones de la extracción dental. [En línea]. Consultado el: [19, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/extraccion-dental/>

Raspall, G. (2007).Cirugía oral e Implantología. (4ª ed.). República de Argentina: Medica Panamericana.

Ross, M. (2008). Histología Texto y Atlas color con biología celular y molecular. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Rossi, C. (2009).Lesiones cervicales no cariosas la lesión dental del futuro. Brasil. Editorial: Medica Panamericana.

Salud dental.(2014). [En línea]. Consultado el: [25, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.saludaliadental.com/tipos-de-cepillos-dentales/>

Segura, M. (2015).Solución Dental. . [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.ortodonciaestetica.pe/cuando-es-necesario-extraer-los-dientes-en-ortodoncia/>

Soriano, C. (2011). Factores causantes de extracciones a pacientes atendidos en brigadas comunitarias de la Universidad Veracruzana. [Resumen]. Tesis de grado publicada. Universidad Veracruzana.

Soory,M y colaboradores.(2012). Periodoncia. (Sexta Ed.).Barcelona. Editoria

Temas de Salud.(2015). Pasta dental. [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.bupasalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/productos-para-cuidado-dental>

Universidad de Valencia. (2015). Principios básicos para la exodoncia. [En línea]. Consultado: [2, julio, 2015]. Disponible en: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/cirugia-bucal/pract05.pdf>

Villafranca, C., Fernández, M., García, A., Hernández, L., López, L., Perillán, C., Díaz, B., Álvarez, C., Alfonso, N., Mansilla, O., Cobo, M., García, M., Ania, J., Junquera, C., Silva, L., Cobo, J., y García, J. (2006). Higienistas dentales. Reino de España: Editorial Mad S. L

Vidal, R. (2015). Te cuidamos. [En línea]. Consultado: [3, diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/uso-cepillo-dental.shtml>

Walton, R.,Torabinejad, M. (2010). Endodoncia Principios y Práctica. (4ª ed.). Reino de España. Editorial: Elsevier.

Zambrano, B., et al. (2012). Fracturas Coronarias de Dientes permanentes y alternativas de tratamiento - Revisión de la Literatura. [En línea]. Consultado el: [23, de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art35.asp>