



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ODONTÓLOGO

TEMA:

**“RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA PRIMERA VISITA AL ODONTÓLOGO
CON LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS”**

AUTOR:

JUAN PABLO MOLINA NÚÑEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. VICTOR ARMENDÁRIZ ESPINOZA Mg. Ge.

PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN

Dr. Víctor Armendáriz Espinosa Mg. Ge. Certifico que la tesis de investigación titulada “**Relación entre la edad de la primera visita al odontólogo con los indicadores epidemiológicos**”, es trabajo original de **JUAN PABLO MOLINA NÚÑEZ**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

DR. VICTOR ARMENDÁRIZ ESPINOSA Mg. Ge.
DIRECTOR DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Relación entre la edad de la primera visita al odontólogo con los indicadores epidemiológicos”

Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Dra. Ángela Murillo Almache Mg. Sp.
COORDINADORA DE LA CARRERA

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Sc.
PRESIDENTE

Dr. Víctor Armendáriz Espinosa. Mg. Ge.
DIRECTOR DE TESIS

Dra. Julia Cárdenas Sancán Dp. Gs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Celia Ponce Faula. Mg. Ge.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones presentes en este trabajo de investigación titulado **“Relación entre la edad de la primera visita al odontólogo con los indicadores epidemiológicos”**, pertenece exclusivamente al autor:

JUAN PABLO MOLINA NÚÑEZ

AGRADECIMIENTO

A nuestro Padre Dios, por la oportunidad de vivir y poder concretar esta meta trazada, sin Él nada es posible.

A mis padres, el Sr. Milton Miguel Molina Vera y la Sra. Leticia Núñez Márquez quienes supieron apoyarme en todos los momentos y en mis decisiones, acertadas o erradas.

A mis familiares, que me motivaron de alguna manera, aun sin ellos saberlo.

A las personas que me ayudaron en la consecución de mis trabajos y casos clínicos.

A los docentes, que con mucha entrega guiaron cada uno de mis pasos dentro de mi etapa universitaria, Dios les bendiga.

A las personas que me abrieron las puertas para llevar a cabo mi trabajo de tesis, en especial al personal del Sub Centro de Salud de Lodana.

JUAN PABLO MOLINA NÚÑEZ

DEDICATORIA

Con mucho afecto y dedicación a mis padres, el Sr. Milton Miguel Molina Vera y la Sra. Leticia Núñez Márquez, quienes fueron pilar fundamental en todos mis años de estudios. Va por y para ustedes.

A mis hermanos, que de una u otra forma intervinieron en esta etapa formativa, estando siempre a mi lado.

A Blanca Isabel Montesdeoca Delgado, cuya presencia en mi vida ha sido primordial para no desmotivarme ante las adversidades.

A mis amigos y compañeros, los que están y los que ya no están, de ellos aprendí mucho, sintiéndonos merecedores de alcanzar esta meta.

JUAN PABLO MOLINA NÚÑEZ

SUMARIO

La falta de cultura en salud bucal es ya una constante que afecta a personas de todo el mundo, de todas las razas, pero en especial a personas cuyas condiciones socio-económicas son bajas; lo que conlleva a que estas personas tengan mayor índice de placa bacteriana, cálculos, que después ocasionarán halitosis, caries e incluso la pérdida prematura de dientes tanto temporales como permanentes.

En la presente investigación, se trabajará con los niños que asistieron por primera vez al SCS Lodana, en el periodo de mayo a octubre del año 2012; se investigará sus indicadores epidemiológicos, se determinará la cultura preventiva de sus padres y se tratará de identificar como influyen los deficientes hábitos de higiene oral en la salud oral de los niños. Finalmente se desarrollará una propuesta alternativa de solución al problema.

La investigación fue sustentada con fuentes bibliográficas de libros e internet, y con una investigación de campo. El nivel de la investigación fue: exploratorio, descriptivo, analítico, sintético y propositivo. Se trabajó con instrumentos de recolección de datos como encuestas, fichas clínicas y matriz de observación.

En el primer capítulo se explica el planteamiento del problema a estudiar, se realiza la formulación del problema, el cual nos muestra cómo incide la edad del niño en los indicadores epidemiológicos. La tesis se justifica con el porqué de su realización, su importancia, su propósito, los beneficios que brindará a terceros y la factibilidad de la misma. También se detallan en este capítulo la formulación de los objetivos, el general y los específicos. Finalmente en este mismo capítulo se analizó la hipótesis.

En el segundo capítulo se asimiló todo lo referente al marco teórico, iniciando con un marco institucional, estudio de la edad de la primer visita al odontólogo y los indicadores de salud bucal.

En el tercer capítulo se puntualiza la metodología de la investigación, los métodos usados para su ejecución, tipos de investigación, técnicas usadas, instrumentos, recursos y materiales. Se pormenoriza también la población y el tamaño de la muestra, además del tipo de muestreo que se aplicó.

En el cuarto capítulo se analizará cada resultado de las encuestas y fichas de observación, mediante la utilización de cuadros y gráficos, los cuales tendrán su respectivos análisis e interpretaciones; luego se formularán conclusiones, las cuales avizoran un aumento de los indicadores epidemiológicos a medida que la edad a la que asisten los niños a su primer consulta odontológica sea mayor. Este capítulo se concluye con recomendaciones, como visitar a edad temprana al odontólogo.

El último y quinto capítulo consiste en la propuesta a desarrollar, describiendo su marco institucional, diseño metodológico y sostenibilidad de la misma, finalmente se incorporan los anexos.

SUMMARY

The lack of culture and oral health is a constant that affects people worldwide, of all races, but especially to people whose socio-economic conditions are low, leading to these people more plaque index bacterial, calculations, that after will cause halitosis, tooth decay and even premature loss of both temporary and permanent teeth.

In this research, we will work with children who attended for the first time Lodana SCS, in the period from May to October of 2012, will investigate their epidemiological indicators will determine the safety culture of their parents and will be identified as influenced by poor oral hygiene in children's oral health. Finally, we develop an alternative approach to the problem solution.

The research was supported with bibliographic sources and Internet books, and field research. The level of the research was: exploratory, descriptive, analytical, synthetic and purposeful. Worked with data collection instruments such as surveys, medical records and observation matrix.

In the first chapter explains the approach of the problem to be studied is done the problem formulation, which shows how it affects the child's age epidemiological indicators. The proposition is justified by the reason for the inspection, its importance, its purpose, the benefits it will provide to third parties and the feasibility of it. Also detailed in this chapter, the formulation of objectives, the general and the specific. Finally in this chapter we examined the hypothesis.

In the second chapter assimilated everything related to the theoretical framework, starting with an institutional framework, study of age of first visit to the dentist and oral health indicators.

In the third chapter points out the research methodology, the methods used for its implementation, types of research, techniques used, tools, resources and materials. It also itemizes population and sample size, and sampling rate was applied.

In the fourth chapter will analyze each outcome of surveys and observation sheets, using charts and graphs, which have their respective analyzes and interpretations, then formulate conclusions, which envision an increase in the epidemiological indicators as the age at which children attend their first dental visit is greater. This chapter concludes with recommendations as early visit to the dentist.

The last and fifth chapter is the proposal to develop, describing its institutional, methodological design and sustainability of it, finally incorporate annexes.

ÍNDICE GENERAL

PÁGINAS PRELIMINARES

Certificación del director de tesis.....	ii
Certificación del tribunal	iii
Declaratoria de autoría.....	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Sumario.....	vii
Summary.....	ix
Índice.....	xi
Antecedentes	1

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema.....	4
1.1. Formulación del problema	5
1.2. Justificación	5
1.3. Formulación de los objetivos	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Hipótesis.....	7

CAPÍTULO II

2. Marco teórico	8
2.1. Marco institucional.....	8
2.2. Edad de la primera visita al odontólogo.....	9
2.2.1. Características generales del niño	9
2.2.2. Desarrollo y erupción de los dientes en los niños.....	10
2.2.3. La prevención de las caries	14
2.2.4. El flúor	16
2.2.5. El cepillo dental	26
2.2.6. Seda dental	31
2.2.7. Sellantes.....	33
2.3. El primer encuentro con el odontólogo	34

2.3.1. Placa bacteriana.....	35
2.3.2. Gingivitis.....	35
2.3.3. Caries dental.....	36
2.3.4. Indicadores de salud bucal.....	43

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación.....	47
3.1. Métodos.....	47
3.1.1. Modalidad básica de la investigación.....	47
3.1.2. Nivel o tipo de investigación.....	47
3.2. Técnicas.....	47
3.3. Instrumentos.....	48
3.4. Recursos.....	48
3.5. Población y muestra.....	49
3.5.1 Población.....	49
3.5.2 Tamaño de la muestra.....	49
3.5.3 Tipo de muestreo.....	49

CAPÍTULO IV

4 Resultado de la investigación.....	50
4.1 Análisis e interpretación de los resultados.....	50
4.1.1 Cuadros y gráficos de encuestas realizadas a los padres de familia de los niños atendidos por primera vez en el sub-centro de salud Lodana.....	50
4.1.2 Cuadros y gráficos de las fichas odontológicas realizadas a las historias clínicas de los niños atendidos en el sub-centro de salud Lodana.....	78
4.1.3 Cuadros y gráficos de la matriz de observación realizada a los niños atendidos por primera vez en el sub-centro de salud Lodana.....	97
4.1.4 Cuadros y gráficos comparativos de acuerdo a los objetivos planteados.....	102
4.2 Conclusiones.....	113

4.3	Recomendaciones	114
	Bibliografía	115
	Webgrafía.....	117

CAPÍTULO V

5	Propuesta	120
5.1	Identificación del proyecto	120
5.2	Justificación	120
5.3	Objetivos.....	120
5.3.1	Objetivo general	120
5.3.2	Objetivo específico	121
5.4	Descripción de la propuesta	121
5.5	Beneficiarios	122
5.6	Diseño metodológico	122
5.7	Cronograma.....	123
5.8	Presupuesto.....	124
5.9	Sostenibilidad	124
5.10	Fuente de financiamiento.....	125

Anexos

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

CUADROS Y GRÁFICOS DE LAS ENCUESTAS

CUADRO Y GRÁFICO N°1	58
¿Qué medida de prevención considera usted importante para una buena salud oral?	
CUADRO Y GRÁFICO N°2	60
¿Cuál de estos implementos utiliza usted para su higiene oral?	
CUADRO Y GRÁFICO N°3	62
¿Cuántas veces en el día cepilla usted sus dientes?	
CUADRO Y GRÁFICO N°4	64
¿Después de ingerir alimentos entre comidas qué actividad usted realiza?	
CUADRO Y GRÁFICO N°5	66
¿Todos los miembros de su familia tienen cepillo dental?	
CUADRO Y GRÁFICO N°6	68
¿Comparten el cepillo dental en su familia?	
CUADRO Y GRÁFICO N°7	70
¿Le exige a su hijo que se cepille los dientes después de cada comida?	
CUADRO Y GRÁFICO N°8	72
¿Cada qué tiempo cambian el cepillo dental en su familia?	
CUADRO Y GRÁFICO N°9	74
¿Le enseña usted a sus hijos cómo deben cepillarse los dientes?	
CUADRO Y GRÁFICO N°10	76
¿Usa hilo dental?	
CUADRO Y GRÁFICO N°11	78
¿Considera usted que la caries es una enfermedad?	
CUADRO Y GRÁFICO N°12	80
¿Cada qué tiempo visita usted al odontólogo?	
CUADRO Y GRÁFICO N°13	82
¿Por qué razón trajo a su hijo por primera vez al odontólogo?	
CUADRO Y GRÁFICO N°14	84
¿Su hijo sintió temor a la consulta dental?	

CUADROS Y GRÁFICOS DE LAS FICHAS ODONTOLÓGICAS

CUADRO Y GRÁFICO N°1	86
Caries en dientes temporales	
CUADRO Y GRÁFICO N°2	90
Extracciones indicadas en dientes temporales	
CUADRO Y GRÁFICO N°3	93
Caries en dientes permanentes	
CUADRO Y GRÁFICO N°4	97
Dientes permanentes perdidos	
CUADRO Y GRÁFICO N°5	99
Índice de placa bacteriana	
CUADRO Y GRÁFICO N°6	101
Índice de cálculo dental	
CUADRO Y GRÁFICO N°7	103
Índice de gingivitis	

CUADROS Y GRÁFICOS DE LA MATRÍZ DE OBSERVACIÓN

CUADRO Y GRÁFICO N°1	105
Técnica de cepillado dental	
CUADRO Y GRÁFICO N°2	108
Uso del hilo dental	

CUADROS Y GRÁFICOS COMPARATIVOS DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

CUADRO Y GRÁFICO N°1	100
Prevalencia de la caries dental relacionada con la edad de la primera visita al odontólogo	
CUADRO Y GRÁFICO N°2	115
Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres de familia relacionada con la aplicación de tratamientos preventivos en sus hijos	
CUADRO Y GRÁFICO N°3	118
Incidencia de placa bacteriana relacionada con la deficiente higiene oral de los niños	

ANTECEDENTES

Se determinó los índices promedios de ceod y CPEOD de 432 preescolares y escolares de ambos sexos de diferentes escuelas de la comuna de Rio Hurtado; el cual, el porcentaje de niños sanos es de 13.43%, el índice ceod promedio en los varones es de 4.15, mientras que el de las mujeres fue de 3.93. El índice ceod promedio de la población estudiada fue de 4.04. En tanto que el índice CPOD promedio en varones fue de 2.75 y el de las mujeres de 2.64; el índice CPOD promedio de toda la muestra fue de 2.67. ROJAS R. 2001, Estudio epidemiológico de la caries según el índice c.e.o.d y C.P.O.D. en preescolares y escolares de la comuna de Rio Hurtado, IV región recuperado de <http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20abril%202001/PDF%20ABRIL%202001/Estudio%20Epidemiologico%20de%20las%20Caries..%20.pdf>

Según un estudio realizado en Costa Rica, se detalla que la atención odontológica infantil en Tacares de Grecia y Palmares de Alajuela, iniciaban entre los 6 o 7 años de edad; queriendo cambiar este panorama surge el estudio denominado Impacto de una Intervención Educativa, en el Proceso Salud – Enfermedad Bucodental, de niños y niñas menores de 5 años de Tacares de Grecia y Palmares de Alajuela, Costa Rica. 2003. Es así que se obtiene como resultado que la magnitud del índice ceo-d de los niños y niñas disminuyó de 3.4 en el año 1999 a 1.42 en el 2003; concluyendo que el índice de caries aumento proporcionalmente con la edad de los niños estudiados. CAMPOS F. 2003, Impacto de una Intervención Educativa, en el Proceso Salud – Enfermedad Bucodental, de niños y niñas menores de 5 años de Tacares de Grecia y

Palmares de Alajuela, Costa Rica. 2003 recuperado de <http://www.latindex.ucr.ac.cr/odontos-11/odontos-11-04.pdf>

Según un artículo publicado en la Revista Odontológica Latinoamericana, que se titula Indicadores de Salud Oral en Escolares, Catmis, Yucatán; demostró que de 140 niños y niñas de la población de Catmis, existe un índice ceo de 3,21 en los niños y de 3,55 en las niñas. Además se obtuvo un índice CPOD de 1.64 en niñas y de 1,75 en los niños. Mientras que el índice IHO fue de 24.29%. REJÓN P. 2009, Indicadores de Salud oral en escolares, Catmis, Yucatán, recuperado de <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p39.pdf>

El Colegio de Postgrado de la Universidad San Francisco de Quito, mediante su Estudio longitudinal prospectivo del comportamiento de escolares mediante limpieza supervisada y motivación para la prevención de caries dental en la escuela Ilaló de Tumbaco, determinó que en 72 niños sometidos a tratamientos preventivos y restauradores durante 18 meses, el índice final de cpod fue de $p=0.655$, mientras que el índice final de cedo fue de $p=0.023$, concluyendo que el cedo final fue menor al valor con el que se inició el estudio. BARRAGÁN A. 2009, Estudio longitudinal prospectivo del comportamiento de escolares mediante limpieza supervisada y motivación para la prevención de caries dental en la escuela Ilaló de Tumbaco, recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/971/1/90855.pdf>

Como señala un estudio realizado por el Colegio de Postgrado de la Universidad San Francisco de Quito llamado Evaluación del potencial cariogénico de los elementos contenidos en las loncheras de preescolares del centro educativo ecológico trilingüe Gonzales Rúaless Benalcázar, se determinó que en un grupo

de 70 niños de entre 2 a 5 años de edad, existió un índice ceod que expresa que el 97,1% de niños no presentó piezas extraídas y sólo un 2,9% tuvo una pieza extraída; y el 58.6% no presentó piezas obturadas. Además se determinó que el 17.1% no presentó piezas cariadas. CHAMORRO M. 2009, Evaluación del potencial cariogénico de los elementos contenidos en las loncheras de preescolares el centro educativo ecológico trilingüe Gonzales Rúaless Benalcázar, recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/536/1/91209.pdf>

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La odontología pediátrica busca por medio de sistemas preventivos, reducir los valores obtenidos mediante los indicadores de salud oral. Es por esta razón que los sistemas de salud públicos se enfocan en la promoción y aplicación de las diferentes técnicas de prevención de la caries dental. Este esfuerzo por parte del sector público será útil si contamos con la colaboración y el temprano interés de los padres por la salud bucal de sus hijos; caso contrario los indicadores epidemiológicos denotarán muy bajos niveles de salud oral.

Según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud, una rata del 60-90 % de la población escolar del mundo presenta caries dental, posicionando para muchos autores a la caries dental como una pandemia, la cual afecta desde edades muy tempranas a la población con consecuencias irreversibles, ya que el tejido dental afectado por caries es irrecuperable pero si reemplazable por sistemas adhesivos convencionales. MARTINEZ L. 2010, Prevalencia de fluorosis y experiencia de caries dental en un grupo de escolares en el área urbana del Municipio de Yondó (Antioquia, Colombia), 2010 recuperado de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3696407.pdf

En Costa Rica, un estudio denominado Caries de la Temprana Infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo, demostró que la CTI varia en su prevalencia entre los diferentes países del mundo debido las condiciones socioeconómicas del país que se estudie, específicamente en Costa Rica se encontró una prevalencia de caries del 36%, con más de 4

dientes cariados, estando este rango dentro de lo “moderado”. GUDIÑO S. 2006, Caries de la Temprana Infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo recuperado de <http://www.latindex.ucr.ac.cr/odontos-8/odontos-8-07.pdf>

En Ecuador, un estudio realizado por la Universidad Autónoma de los Andes, que versa Programa de salud oral para la prevención de caries dental dirigido a escolares del sector rural del cantón Salcedo, demostró que el 83% de un total de 350 niños de 8 a 12 años de edad, visitan al odontólogo solo cuando sienten dolor, el 94% de los niños no utilizan enjuague bucal y seda dental; y el 80% de los padres de familia del grupo examinado, no saben lo que es la salud oral. CHICAIZA A. 2011, Programa de salud oral para la prevención de caries dental dirigido a escolares del sector rural del cantón Salcedo recuperado de <http://rapi.epn.edu.ec/?page=record&op=view&path%5B%5D=70276>

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la edad del niño durante su primera consulta dental en los indicadores epidemiológicos?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de los indicadores epidemiológicos de los pacientes que son tratados por primera vez en la consulta odontológica, lo cual permitirá conocer la relación entre una visita tardía y un alto o bajo índice de caries. Estos datos son de relevancia para los sistemas de salud ya que por medio de ellos se puede determinar el éxito o fracaso de sus formas de promoción.

La caries es una patología multifactorial, relacionada con diferentes condicionantes; lo novedoso de esta investigación es que trata de determinar la importancia que tiene la primera visita al odontólogo con el desarrollo de caries, este factor ha sido olvidado en muchas investigaciones a pesar de su acción determinante en la incidencia de caries, cuya importancia será determinada en el proceso de esta investigación.

Esta investigación está dirigida a los odontólogos, ya que ellos son los encargados de promocionar a los padres de niños de temprana edad sus servicios, evitando la instauración prematura de patologías orales. Igualmente la investigación será de gran beneficio para los sistemas de salud públicos quienes son los encargados de garantizar la salud general y oral de los individuos.

Los datos obtenidos por medio de esta investigación beneficiaran a la comunidad odontológica, aportando con datos exactos acerca de la relación entre la edad de la primera visita al odontólogo y el índice de caries, al igual que permitirá evaluar la eficacia que tienen los sistemas públicos de salud en cuanto a prevención se refiere. Esta investigación servirá de guía a proyectos similares, los cuales se beneficiaran con los datos, procedimientos, y técnicas usadas durante su desarrollo.

La información de esta investigación se obtendrá por medio de libros, internet, registros y encuestas realizadas a los padres de los niños atendidos en la casa de salud en mención. La investigación es factible porque para su desarrollo se cuenta con el apoyo de las autoridades y personal del SCS Lodana y con los recursos técnicos económicos y bibliográficos que darán sustento a la investigación y favorecerán a la obtención de mejores resultados.

1.3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre los indicadores epidemiológicos y la edad de la primera visita al odontólogo.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la prevalencia de la caries dental en relación con la edad de la primera visita al odontólogo.
- Analizar el nivel de cultura preventiva de salud oral de los padres de familia para relacionarla con la aplicación de tratamientos preventivos en sus hijos.
- Determinar la incidencia de placa bacteriana y su relación con los deficientes hábitos de higiene oral de los niños.
- Establecer una propuesta alternativa de solución al problema.

1.4. HIPÓTESIS

La edad del niño que acude a su primera visita odontológica al SCS Lodana incide significativamente en la prevalencia de los indicadores epidemiológicos.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Institucional

En el año 1987 Lodana, la segunda parroquia urbana del cantón Santa Ana, obtiene su primera unidad de salud, esto gracias a las gestiones de sus líderes comunales y en estrecha relación con el Dr. Hilario Cedeño Cantos, director del área #10 de Manabí. En un principio la unidad funcionó junto a la iglesia de la parroquia, pero por motivo de diversas inundaciones que afectaron su infraestructura, fue necesaria la reubicación en la casa comunal de la parroquia, en donde se atendió por casi 2 años.

En el mes de abril del año 2000, la parroquia ya contaba con un terreno propio en donde se edificaría la nueva unidad de salud, esto no pudo haber sido posible sin la generosidad de Don Enrique Tobías Cedeño Cedeño (+), quien donó el bien para beneficio de su parroquia.

El personal que labora en esta casa de salud está conformado por un doctor rural que desempeña las funciones de director, un odontólogo rural, un licenciado en enfermería, una ingeniera encargada del área de estadística, internos rotativos, técnicos de salud primaria y un conserje. El departamento de odontología se encuentra equipado con un sillón odontológico, un esterilizador e instrumentos y materiales que permiten un buen desenvolvimiento del profesional para así brindar un servicio de calidad a los parroquianos.

En el SCS Lodana del cantón Santa Ana se han realizado múltiples investigaciones referentes a la salud general, pero lamentablemente muy pocas han sido enfocadas a la salud oral, no se registra ningún antecedente

investigativo en el área de odontología acerca de los indicadores epidemiológicos ni la edad del paciente ante la primera consulta odontológica.

2.2 EDAD DE LA PRIMER VISITA AL ODONTÓLOGO

2.2.1 Características generales del niño

El desarrollo del niño implica, según Bordoni¹, conocer cada una de las etapas evolutivas, no tan sólo en el aspecto físico, sino también en el psicológico, pues en cada una de ellas el niño desarrolla nuevas experiencias y pericias cognitivas, sociales y afectuosas que le permitirán relacionarse con su entorno. Así es que Boj² manifiesta que los niños menores a dos años de edad van a ser presa fácil del miedo en la consulta odontológica por estar frente a personas desconocidas, más aún cuando son separados de sus padres; la comunicación con ellos será muy difícil y recomienda utilizar órdenes claras y un tiempo de trabajo corto.

Cameron³, resalta el comportamiento de los niños de tres y cuatro años de edad, los cuales se mostrarán más aperturados con otras personas, ayudando a la comunicación con el odontólogo y auxiliares; este infante adquirirá cierta familiaridad con los operadores siempre y cuando esté junto a ellos un familiar cercano. Con niños de esta edad, según el autor, será posible entablar cierta conversación, pues, se muestran más cooperativos.

En cuanto con los niños de cuatro a seis años de edad, se puede realizar una pequeña conversación a manera de introducción a la consulta, bien sea el tema su vestimenta o algún dibujo animado del agrado del niño. Aunque en algunos

¹ BORDONI, Noemí. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. (1era edición). Buenos Aires: Médica Panamericana. p. 90.

² BOJ, Juan. (2011). *Odontopediatría, la evolución del niño al adulto joven: desarrollo psicológico del niño*. (1era edición). Madrid: Ripano SA. p. 98.

³ CAMERON, Angus. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*. (3era edición). Barcelona: Elsevier. p. 10.

casos, a esta edad, el niño puede tener una conducta inestable que puede desembocar en actitudes reprochables en la consulta como llegar a romper objetos. En esta edad es necesario aplicar al niño cierta firmeza y se debe responder sus dudas de “por qué” y “cómo”; sin llegar a herir su susceptibilidad (Boj, 2011, p. 99) (Angus, 2010, p. 10).

En la etapa escolar, es decir, de seis a doce años de edad, Boj (2011) describe a un niño con mucha codicia por aprender y curiosear, un niño que en algunas ocasiones no acepta de buena manera las críticas, regaños o castigos. En esta etapa el niño sabe diferenciar con mayor exactitud el dolor, lo cual es ventajoso para el odontólogo. En algunos casos detalla el autor, el niño ya no necesita la presencia de los padres en la consulta, más bien se comporta independiente de ellos, llegando a creer que ellos son malos con él y tomando más analogía con los amigos que con los propios familiares (p.p. 99-100).

Durante los tratamientos dentales, Boj (2011) aconseja que debemos transmitir al niño la idea que él debe ser el responsable de su propia conducta. Intentaremos evitar la crítica y la autoridad, y procuraremos que se sienta siempre tratado con justicia. Trataremos de interesarlo en los tratamientos y motivarlo para promover unos buenos hábitos de salud... Tanto el temor (miedo) como la ansiedad pueden afectar la conducta del niño en la consulta, y por lo tanto influir en el resultado de nuestro tratamiento...” (p.p. 100-101).

2.2.2 Desarrollo y erupción de los dientes en los niños

Bordoni (2010) afirma que la formación de los dientes se origina desde la embriogénesis y se conoce como uno de los factores de regulación del desarrollo de los dientes. Entre las capas germinativas primarias más importantes se encuentran, el endodermo y el mesodermo; el ectodermo cumple también su

función en la elaboración del esmalte, el ectomesenquima proporciona la dentina y la pulpa; mientras que el mesodermo colabora en la construcción del cemento (p. 21).

Según lo dice Assed⁴, la formación de los dientes se da por la influencia de varios factores, entre ellos se pueden mencionar los factores de orden general como la clase racial, el género sexual, los factores hormonales, entre otros. También indica que existen factores de orden local, los cuales pueden alterar el desarrollo de los dientes, así tenemos la ausencia de espacio en las arcadas, traumas, retención de raíces, la ausencia precoz de las piezas temporales y la presencia de piezas excedentes.

Bordoni (2010) también recalca que este fenómeno consta de tres fases siendo la primera la preeruptiva donde los dientes temporales se dirigen en sentido de la cara vestibular y el plano oclusal. La segunda consiste en la fase eruptiva o prefuncional, donde el diente empieza propiamente a erupcionar conjuntamente con la elaboración de la raíz. En esta etapa se puede observar la elaboración de la membrana de Hertwing y el folículo dentario. Además se forma un epitelio de dos mantos a nivel de la corona dental. A este proceso se acompaña la salida del diente en la cavidad oral. Finalmente la última etapa de la erupción se denomina eruptiva funcional o poseruptiva, donde los dientes de ambas arcadas se ponen en contacto oclusal (p.p. 24-25-27). (Ver anexo #3, imagen 1)

⁴ ASSED, Lea. (2008). *Tratado de Odontopediatría – Tomo 1*. Sao Paulo: Actualidades médico odontológicas latinoamericanas. p. 195.

Cronología de la erupción

Según Assed (2008), la cronología de la erupción corresponde al periodo de tiempo y al orden en el que los dientes salen a la cavidad oral, siendo esto parte del desarrollo normal de la cara. En condiciones normales la emergencia de los dientes cumplirá un ciclo evolutivo fisiológico, pero si el orden de erupción es alterado, pueden presentarse problemas oclusales (p. 188).

“Desde el momento en que la corona emerge, puede erupcionar a un ritmo de 1-2 mm mensuales hasta la etapa funcional. En la dentición permanente, el diente erupciona típicamente alrededor de 4 mm en catorce semanas (1,1 mm/mes), pero la velocidad de la dentición temporal no está claramente establecida” (Bordoni, 2010, p. 27.).

Como bien lo dice Assed (2008), la erupción depende de cierta velocidad para que el diente alcance una posición útil en boca, ésta no será constante, ya que cuando el diente está aún en tejido óseo, su velocidad es lenta, ésta aumentará mientras se acerca al diente antagonista y ahí se vuelve a enlentecer (p. 185). (Ver anexo #3, imagen 2)

Assed (2008) indica que “a nivel histológico, el emerger de la corona dental, se asocia con reabsorción de fibras colágenas y de sustancia fundamental de la lámina propia de la encía, y con la muerte programada de células del tejido conjuntivo que recubren la corona en erupción” (p. 185).

La dentición temporal.

Bordoni (2010, p. 27) y Assed (2008, p.p. 188-189-190) argumentan que la dentición temporal se inicia a nivel intrauterino a la sexta semana. Al cuarto mes

fetal, se produce la mineralización de las piezas primarias. Al sexto mes fetal la mayoría de los dientes temporales se encuentran en etapa de mineralización y al primer año de edad ésta finaliza. La formación de la raíz termina entre los 1,5 y 3.0 años de edad. A los 6 y 8 meses de edad comienzan a emerger los incisivos centrales, luego los laterales, los primeros molares, los caninos y por último los segundos molares. Esta es una secuencia normal de erupción dental temporaria, pero puede sufrir modificaciones en su orden eruptivo.

Cuando emerge por completo el segundo molar, pareciera que la dentición del infante esta en inmovilidad, sin embargo es el momento de mayor movimiento, pues se ultima el desarrollo de las raíces primarias en unos dientes e inicia la reabsorción en otros, y avanza la formación de las piezas definitivas.

En cuanto a la cronología de la erupción individual de cada pieza temporal, Salete⁵ sostiene que:

Los incisivos centrales inferiores erupcionan a los 8 meses y los superiores a los 10 meses; los incisivos laterales inferiores erupcionan a los 13 meses y los superiores a los 11; los primeros molares inferiores erupcionan a los 16 meses y los superiores a los 18; los caninos inferiores erupcionan a los 20 meses y los superiores a los 22; y los segundos molares inferiores erupcionan a los 28 meses y los superiores a los 30 meses (p. 62).

La autora también indica que al momento del nacimiento del bebe pueden estar presentes algunos dientes natales⁶.

⁵ SALETE, María. (2009). *Salud bucal del bebe al adolescente*. (1era edición). Sao Paulo: Livraria Santos Editora Ltda. p. 62.

⁶ Dientes natales son aquellos que están presentes al nacimiento, o sea que irrumpen cuando el bebé esta aun en el útero materno.

La dentición permanente.

En cuanto a la dentición permanente, Assed (2008) argumenta que se inicia desde muy temprano, desde el nacimiento del niño se establece el inicio del primer molar permanente. La mineralización de los incisivos inicia al primer año de edad, mientras que los premolares y segundos molares, en los dos años siguientes. La erupción de las piezas definitivas se da desde los 6 años hasta los 12 años de edad, pero el tercer molar aún no se encuentra entre ellos, pues, este inicia su erupción después de completarse la formación de su corona (p. 190).

Assed (2008) manifiesta que la cronología de erupción de los dientes permanentes se da de la siguiente manera:

Los incisivos superiores irrumpen a los 7 u 8 años de edad, los inferiores a los 6 ó 7 años; los caninos superiores erupcionan a los 11 ó 12 años de edad, los inferiores a los 9 ó 10; los premolares superiores erupcionan a los 10 años de edad, el primer premolar inferior lo hace a los 10 y el segundo a los 11; los primeros molares erupcionan a los 6 años de edad; el segundo molar superior erupciona a los 12 años de edad, el segundo molar inferior a los 11 años; y los terceros molares erupcionan a partir de los 17 años (p. 193).

2.2.3 LA PREVENCIÓN DE LA CARIES

En cuanto a la prevención de la caries según la OMS, Enrile⁷ indica que: “la prevención abarca las medidas encaminadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su progresión y a reducir sus

⁷ ENRILE, Francisco. (2009). *Manual de higiene bucal*. (1era edición). Madrid: Editorial Medica Panamericana CA. p.47.

consecuencias” (p. 47). Según la Dental Nursing⁸, la prevención de caries es fundamental en el cuidado bucal y se considera que todos los pacientes deben conocer y aplicar correctas medidas de higiene oral. Cuando se habla de medidas de prevención contra la caries, se refiere al correcto cepillado dental, uso de antisépticos, uso del hilo dental y la aplicación de fluoruros y sellantes (Recuperado de

<http://web.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c058957d-04fe-4909-bbfb-3614eef1e5af%40sessionmgr112&vid=7&hid=106>).

La prevención en los niños de 6 meses de edad es muy oportuna, ya que a partir de este periodo comienzan las bacterias causantes de las caries a poblar la cavidad oral de los infantes y ayudado con el inicio prematuro de ingesta de carbohidratos, tendremos como resultado un bebé muy propenso a la caries dental. El inicio temprano en la higiene oral ha mostrado una disminución en los índices de caries dental e inflamación de las encías⁹ (Castillo, 2011, p. 114). (Ver anexo #3, imagen 3)

Algunas madres argumentan que es innecesaria la higiene bucal en el bebé desdentado, pero Castillo (2011) señala que es primordial realizarla, utilizando una gasa húmeda, después de cada alimentación y también en el momento del cambio del pañal. Posteriormente cuando aparecen en boca los primeros dientes, se vuelve aún más necesario el cuidado oral. Recomienda que el cepillado dental deba incorporarse al niño hasta volverlo una rutina, acompañado de alguna acción atractiva para el niño como coplas (p. 114). Salette (2009) añade que todo

⁸ An Update On Oral Hygiene Products and Techniques. En Dental Nursing. N°7, N°5. (Mayo 2011), 264-267. Recuperado de <http://web.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c058957d-04fe-4909-bbfb-3614eef1e5af%40sessionmgr112&vid=7&hid=106>

⁹ CASTILLO, Ramón. (2011). *Estomatología Pediátrica*. (1era edición). Madrid: Ripano SA. p. 114.

padre de familia debe conocer lo necesario que es el cepillado en sus niños y sentirse motivados a enseñarles un correcto cepillado dental después de ingerir alimentos (p. 77).

Castillo (2011) afirma que un niño alcanza la capacidad motriz para realizar correctamente su cepillado dental a los 8 años de edad, por esta razón es muy importante que los padres acompañen a sus hijos durante el cepillado de sus dientes particularmente por las noches (p. 115).

2.2.4 El Flúor

Etimológicamente la palabra flúor se deriva del latín *fluere*, la cual significa fluir; éste es un elemento de electronegatividad 4.0 y uno de los más comunes en la naturaleza, podemos encontrarlo en la litosfera en forma de fluorita, fluoruro de calcio o espatoflúor; en la hidrósfera como agua del mar y en la atmósfera mediante emanaciones volcánicas o por procesos mecánicos con aluminio¹⁰ (Higashida, 2009, p.p.182-183).

Según indica Castillo (2011), en el ámbito odontológico, se descubre por casualidad las propiedades anti-cariogénicas de los fluoruros; pues en algunas localidades de Estados Unidos, ciertas personas presentaban zonas oscuras en sus piezas dentales, y a la vez sus indicadores cariogénicos eran muy bajos (p.p. 116-117).

“El flúor es un componente químico que promueve el fortalecimiento del esmalte, siendo capaz de reducir significativamente la caries” (Salette, 2009, p. 89).

¹⁰ HIGASHIDA, Bertha. (2009). *Odontología Preventiva*. (2da edición). México DF: Mc Graw Hill. p. 182-183.

Como bien lo rotula Higashida (2009), entre las principales fuentes de flúor tenemos:

- Agua de ríos o pozos. La concentración de fluoruro varia de 0,01 a 10 o más ppm.
- Agua entubada fluorada. Contiene 0,8 a 1,4 ppm.
- Atmosfera. El fluoruro se obtiene principalmente de procesos industriales como la fundición de aluminio, la fabricación de ladrillos y la explotación minera de rocas de fosfato.
- Alimentos. El pescado contiene 0,1 a 20 ppm de fluoruro, principalmente en los huesos.
- Bebidas. El té verde contiene 100 a 300 ppm de fluoruro en la hoja seca.
- Profiláctica: tabletas de fluoruro de sodio. Sal de mesa con fluoruro de sodio. Dentífricos con fluoruro de estaño. Dentífricos con fluorofosfato. Enjuagues bucales con fluoruro de sodio (p. 188).

Mecanismos de acción del fluoruro.

Castillo (2011), revela que anteriormente se conceptuaba que la acción anticariogénica del flúor provenía de una acción integral, es decir, el flúor ingresaba al organismo mediante el consumo de agua, se absorbía y alcanzaba a las piezas dentales en crecimiento, estos absorbían el flúor y lo trocaban de hidroxapatita a fluorapatita, teniendo baja solubilidad pero era muy fuerte ante la agresión de los ácidos producidos por las bacterias durante su metabolismo. Alrededor del año 1980, esta teoría cambió, ya que el flúor que llegaba al mineral dental era escaso como para prevenir la caries dental (p. 117).

En cuanto al metabolismo del flúor, Higashida (2009) expresa que:

Cuando se ingiere, el ion se absorbe con gran rapidez en el estómago y el intestino delgado, al grado de que en 30 min ya se está distribuyendo por difusión en los tejidos. El flúor absorbido se elimina a través de la orina y el sudor, a diferencia del que no se absorbe, el cual se elimina en la materia fecal. La cantidad de flúor

en el organismo es variable y depende de la ingestión, la inhalación, la absorción y la eliminación [...] en términos generales el organismo contiene alrededor de 2,6 g de flúor, el cual se concentra en algunos tejidos: huesos, 500 ppm (20ppm en el feto); cartílago, 30 ppm; esmalte, 100 ppm; dentina, 300 ppm; cemento, 1000 ppm; pulpa, 680 ppm, y en la placa dentobacteriana, 67 ppm (p. 188).

Al emplear bajos niveles de flúor, como en los dentífricos, el flúor se fija a los cristales de hidroxiapatita y afianza la estructura mineral del esmalte; el flúor ocupa el lugar del ion hidroxilo en la molécula de apatita y forma los cristales de fluorapatita y también fluorhidroxiapatita. Estos que actúan de reservorio de flúor que es liberado durante los momentos de desafíos cariogénicos. El flúor que se libera, interfiere con las fases de desmineralización-rem mineralización del proceso carioso. Una remineralización exitosa dará como resultado un cristal con una capa superficial de un material parecido a la fluorapatita de baja solubilidad (Castillo, 2011, p. 117).

El flúor también tiene propiedades anti bacterianas, pues este ingresa a la célula bacteriana a manera de ácido fluorhídrico y este luego se desdobra dentro del citoplasma en flúor e hidrógeno [...] promueve la remineralización en la superficie del cristal, inhibe la desmineralización en las superficies del cristal dentro del diente y disminuye el metabolismo bacteriano (Castillo, 2011, p. 117).

Mecanismos de incorporación del flúor.

Entre los tipos de fluorización que existen, uno de los más importantes es la fluorización en el agua. Este tipo de técnica se inicia en 1950 y ha formado parte de políticas públicas de diferentes países. Actualmente se encuentra en una

variedad de productos profesionales bucales¹¹ (Draper, 2011, Recuperado de http://www.cdha.org/downloads/ce_courses/homestudy_PediatricOralHealth.pdf).

Castillo (2011) presenta un estudio, el cual concluye que los niveles de caries en la población pueden ser reducidos mediante la incorporación de fluoruros al agua de consumo masivo. Gracias a este estudio se logra determinar que 1 ppm es la concentración capaz de reducir el nivel de caries dental sin inducir a una fluorosis dental. Con este dato, la ciudad de Michigan en Estados Unidos, fue la primera en recibir agua con flúor para el consumo humano en el año 1945, reportándose una reducción de caries del 60% en el año 2002.

Mediante la adición de flúor a la sal de consumo, también se intenta controlar los niveles de caries en la población. La adición de flúor a la leche, también puede aminorar los índices de caries dental.

Pensar que toda la población tiene acceso a estos beneficios es absurdo, ya que la población que habita en las zonas rurales marginales, no cuentan con estos beneficios. Para estos lugares se debe implementar el uso de flúor en tabletas de 1.0mg, 0.5mg o 0.25mg o gotas de 0.25mg a 0.125mg de flúor (p. 118).

Para la aplicación del flúor, según Castillo (2011), se debe tener en cuenta ciertas indicaciones que son:

- Pacientes con un alto riesgo de caries, especialmente en superficies lisas.
- Grupos de pacientes especiales como:
 - Pacientes con tratamientos ortodóncicos.
 - Pacientes en tratamientos de radiación de cabeza y cuello.
 - Pacientes con disminución del flujo salival.
- Niños a quienes no se les puede aplicar sellantes en los primeros molares por no estar completamente erupcionados.

¹¹ Draper, Cathy. Pediatric oral health – Care considerations for dental hygiene. En: CDHA Journal. N°26, N°1 (2011). Recuperado de http://www.cdha.org/downloads/ce_courses/homestudy_PediatricOralHealth.pdf

- No recomendado en niños que residen en una comunidad con una fluorización óptima (p. 118).

Castillo (2011), afirma que la certeza en la disminución de los índices cariogénicos mediante el flúor, no se fundamenta en la cantidad que se utiliza, más bien en la periodicidad con que se lo realiza; es así, que se respalda la elaboración y uso de aparatos para la emanación lenta pero permanente de flúor, uno de ellos es un mecanismo a manera de chupón que expelle flúor, xilitol y sorbitol en cada succión. Un método más para adicionar flúor a la cavidad oral, es la utilización del ionómero vítreo, este libera flúor de manera constante y puede ser recargado cuando se aplica flúor al paciente (p. 119).

Tipos de flúor.

Son cinco los fluoruros de usados más habitualmente, entre ellos tenemos al fluoruro de sodio (NaF), que está combinado por un 55% de sodio y un 45% de flúor, es hidrosoluble; se necesita de una solución de NaF al 2% en 2 g de polvo mezclada con 10 ml de agua y se aplicará por cuatro ocasiones dejando una semana de por medio. El fluoruro de estaño (SnF), contiene 75% de estaño y 25% de F, su composición será al 8% en 0,8 g de polvo disuelto en 10 ml de agua; su uso debe ser inmediato, pues pierde su acción a los 30 minutos. Estéticamente presenta algunas falencias, pues al contactar con esmalte careado se formarán fosfatos de estaño, los cuales darán una apariencia de color oscuro. Además deja un saborcillo férreo y algunas veces lacera los tejidos gingivales.

El fluoruro acidulado (APF), el cual es acidificado con ácido fosfórico, puede ser administrado en gel una vez cada semestre; no deja mal sabor e incluso se le puede adicionar fragancias.

El diaminofluoruro es un compuesto altamente cáustico, por ello se debe tener especial cuidado con los tejidos blandos. Posee un efecto bactericida gracias a la presencia del ion de plata, además reduce la adhesión de la placa en las piezas dentales (Higashida, 2009, p.p. 194-195).

Fluoruros tópicos.

La aplicación tópica de flúor fomenta los procesos para remineralizar las zonas donde existan manchas blancas, previene las caries superficiales y previene las lesiones en las periferias de las restauraciones en boca; además ayuda a la maduración del esmalte, volviéndolo más resistente a la caries, por eso indican el uso de flúor en altas concentraciones en los primeros años de edad; y en edad escolar aconsejan la administración de flúor de manera constante pero en bajas concentraciones.

En cuanto a las indicaciones para la aplicación de flúor, indican que debe tomarse en cuenta el riesgo de caries del paciente, la cariogenicidad de los alimentos que ingiere, intensidad de la autoclisis oral, grado de fluoración del agua comunitaria; y previo a la aplicación de flúor, enfatizan que debe realizarse una profilaxis en las superficies dentales mediante cepillos o discos y pastas abrasivas, aislar y secar las piezas dentales para lograr una mínima deshidratación de la superficie adamantina, lo que promoverá la captación de iones flúor. Los medios de autoaplicación de fluoruros son los enjuagues, dentífricos, e hilos dentales;

mientras que los de aplicación profesional son los geles, barnices y soluciones (Cameron, 2010, p. 59) (Higashida, 2009, p.p. 195-196-197-198).

Enjuagues fluorados.

Castillo (2011), asevera que los enjuagues fluorados tienen una gran efectividad en lo que respecta la prevención de caries interproximal y poseen un alto nivel de incidencia en la remineralización de afecciones por caries de manera superficial, además de la invaluable ayuda que brindan estos enjuagues en pacientes con tratamientos de ortodoncia. Previo al enjuague deberá existir un correcto cepillado dental. Enfatiza también que en el mercado se pueden encontrar 2 tipos de enjuagatorios, uno con una concentración de fluoruro de sodio (NaF) al 0,2%, el cual su uso recomendado es una vez por semana; y otro con NaF al 0,05% pudiéndose utilizar diariamente (p.p. 120-121).

Con respecto al enjuague con NaF al 0,05% (225 ppm F), se recomienda su uso nocturno, luego de un correcto cepillado dental, administrando 10 ml en adultos y 6 a 7 ml en infantes, no para menores de 6 años, después de conservar en boca aproximadamente 50 segundos se lo expule. Este producto es recomendado en individuos con bajo flujo salival, con tratamientos ortodóncicos, con alteración gingival y pacientes con caries rampante. (Higashida, 2009, p. 198) (Cameron, 2010, p. 61).

Mientras que Castillo (2011) añade a este grupo a pacientes que tienen la capacidad de enjuagarse y escupir por sí mismos (p. 121). Wolf¹² manifiesta que:

¹² WOLF, Herbert. (2008). *Atlas a color de periodontología*. (1era edición). Stuttgart: Georg Thieme Verlag. p. 225.

“una quimiosustancia suave terapéuticamente debe ocasionar por lo menos un 80% de reducción de placa” (p. 225).

Dentífricos fluorados.

Como bien lo dice Wolf (2008), los dentífricos vuelven más eficaz la remoción de la placa bacteriana, previniendo patologías orales como la caries y la gingivitis; estos están compuestos de sustancias abrasivas que pueden ser carbonatos, alumina y sílice, los cuales difieren su tamaño y forma; y de componentes no abrasivos como son los químicos (p. 234).

Higashida (2009) sostiene que los dentífricos “constituyen el vehículo de administración de fluoruros de mayor uso en el mundo. Su eficacia se debe a: facilidad de uso, bajo costo y promoción de sus ventajas por los fabricantes a través de los medios de difusión” (p. 196). El autor también manifiesta que el flúor que se añade a las pastas es en forma de fluoruro de sodio y monofluorofosfato. El fluoruro de sodio se activa en cuanto entra en contacto con la cavidad oral y es más eficaz en cuanto a remineralización de lesiones se refiere; mientras que el monofluorofosfato se libera mecánicamente durante el cepillado y ayuda a detener las desmineralizaciones de las superficies dentales (p.p. 196-198). (Ver anexo#3, imagen 4)

Cameron (2010) demuestra que un niño al momento del cepillado dental puede tragar hasta un 30% de la crema dental con flúor, por esto recomienda que el dentífrico que usan los niños debe contener baja concentración de flúor, señalando los que contienen 250, 400 y 500 ppm de este componente (p. 59). Por

esta misma razón, Higashida (2009) enfatiza que el total de pasta dental a utilizar en los niños no deberá sobrepasar las medidas de la uña del dedo meñique.

Señala también que existen dentífricos que poseen otros elementos como el xilitol, el cual posee un efecto anticariogénico debido a que evita la elaboración de ácidos por las bacterias y fomenta el fluido salival; también está presente el triclosán, este presenta propiedades antibacterianas (p. 198).

Cameron (2010) demuestra también la existencia de dentífricos fluorados estándar, los cuales contienen entre 1000 y 1100 ppm de F, es decir, aproximadamente 1 mg por gramo de pasta; y los dentífricos fluorados de alta concentración, que contienen entre 1500 a 5000 ppm de F equivalente a 1,5 a 5 mg por gramo de pasta (p. 60).

Geles fluorados.

Existe un significativo porcentaje de reducción de caries dental por el uso de geles y espumas fluoradas, según Castillo (2011), existe una deflación del 22% del índice de caries después de la administración de flúor a manera de gel; esta presentación aprovecha su viscosidad para ser dispuesta en cada arcada dental mediante el uso de cubetas. Existe un tipo de flúor gel acidulado que puede alterar la porcelana e incluso la resina, en su lugar se prefiere el flúor neutro (p.p. 118-119). Cameron (2010), indica que la administración de flúor-gel tiene más eficacia en los dientes definitivos que en los deciduos y recomienda que los geles o espumas que poseen de 9.000 a 12.300 ppm de flúor sólo deban usarse en la consulta odontológica y para tratamientos caseros sugiere el uso de geles con una concentración de hasta 1.000 ppm de F (p. 62).

Barnices fluorados.

Según señala Castillo (2011), estos tienen un gran efecto anti caries, llegando al 43% en denticiones deciduas como en definitivas. Su acción se extiende a pacientes con altos riesgo de padecer caires, como lo son: infantes, pacientes con aparatos ortodóncicos y pacientes con capacidades especiales.

Poseen una alta ventaja que los destaca, ésta es la capacidad de fijarse al esmalte, prolongando su tiempo de relación, generando una alta liberación de flúor. También se resalta el poco riesgo que existe en que el paciente pueda ingerir flúor en esta presentación, ya que solamente será usado un 0.3ml de barniz, que equivale a sólo 3-5 mg de flúor (p. 119).

Toxicidad del flúor.

La dosis aproximada para que la ingesta de flúor sea letal es de 4 a 5 g. pero se considera preferentemente 5mg/Kg de flúor ingerido; en el caso de que la ingesta sea menor en la consulta, el operador deberá suministrar ya sea calcio o magnesio, pues el flúor al entrar en contacto con el revestimiento gástrico, se convertirá en ácido fluorhídrico, el mismo que producirá úlceras, provocando náuseas y vómitos, puede provocar tetania¹³ y en casos más graves una hiperpotasemia¹⁴, la cual desemboca en arritmias cardiacas llegando en casos crónicos a la muerte. Cuando la ingesta es mayor, se recomienda la inmediata hospitalización, la administración por vía intravenosa de gluconato de calcio al 10% y la monitorización de las frecuencias cardiacas (Higashida, 2009, p.198).

¹³ Tetania es el conjunto de calambres muy dolorosos que se dan especialmente en brazos y piernas debido al bajo nivel de calcio o magnesio en el organismo.

¹⁴ Hiperpotasemia es el elevado nivel de potasio en la sangre debido a un desequilibrio de electrolitos.

Por otra parte, Cameron (2010) recalca que “la fluorosis dental es un defecto cualitativo del esmalte (hipomineralización) que resulta de un aumento en la concentración de flúor en el microambiente de los ameloblastos durante la formación del esmalte. En las formas más graves, la fluorosis puede manifestarse también como un defecto cuantitativo (hipoplasia)” (p. 56). (Ver anexo #3, imagen 5)

2.2.5 El cepillo dental

Wolf (2008) expresa que el método mecánico más común para mantener una correcta higiene bucal es el cepillo dental, ya que éste durante mucho tiempo ha sido utilizado para remover restos alimenticios de las superficies bucales; sin embargo continúa sin brindar una buena higiene interproximal. El uso del cepillo dental debe estar ligado al uso de los dentífricos, ya que estos son una especie de aplicadores para ellos (p. 226). (Ver anexo #3, imagen 6).

Como lo dice Salette (2009), el paciente debe estar cómodo al momento de utilizar el cepillo dental, y para esto se han diseñado varios modelos de cepillos, el más común lleva un mango recto y largo de entre 10 a 13 cm, éste siempre deberá ser lo suficientemente largo para alcanzar a cepillar los últimos molares. La unión entre el mango y la cabeza del cepillo, debe ser recta para permitir un contacto uniforme con las superficies dentales, mientras que la cabeza tiene que ser pequeña pero capaz de abarcar tres piezas anteriores. Las cerdas deben ser maleables y de punta redondeada. Estas normativas no se indican para dentición temporal ni mixta (p. 78).

Higashida (2009) expresa que existen cepillos dentales que difieren en el tamaño y dureza de sus cerdas, todas están elaboradas de fibra, pero el diámetro que poseen las clasifican de la siguiente manera: las blandas, las de mediana dureza

y las de mayor dureza. Mientras tanto indica beneficioso que las cerdas de los cepillos infantiles tengan 0.005 de pulgada o menos (p. 145).

Para infantes, existe una gran gama de cepillos dentales, así lo manifiesta Castillo (2011), quien indica que estos varían según sus características morfológicas, así tenemos con cabeza chicas, cerdas blandas, mangos cortos o largos, entre otros. También se puede encontrar cepillos manuales y eléctricos, estos últimos, si gozan de movimientos rotatorios son más prácticos en la eliminación de placa bacteriana. Los cepillos eléctricos, son más llamativos para los infantes, ya que por lo novedoso no se olvidan de cepillarse sus dientes (p. 115).

Enrile (2009) manifiesta acerca de los cepillos eléctricos, que estos presentan una cabeza más pequeña comparada con la de los manuales, inclusive pueden ser retiradas para su recambio cuando pase su tiempo de vida útil. Las cerdas que poseen son más cortas y más flácidas. A su vez, estos cepillos se clasifican de acuerdo a la función que desempeñan; así tenemos a los vibran a mínima repetición, los giratorios, contrarrotatorios, rotatorios oscilantes y los ultrasónicos (p. 84).

Frecuencia del cepillado.

Según indica Higashida (2009), el estado gingival del individuo determinará la frecuencia y duración del cepillado dental, es así que en personas adultas que no son propensas a caries, puede bastarles con cepillarse los dientes, seguido del uso del hilo dental una vez al día, recomendándose después de la última comida del día. Mientras que los adultos propensos a caries y afección gingival, pueden cepillarse dos veces al día, seguido de un correcto uso del hilo dental.

Sin embargo, para los niños, adolescentes, jóvenes y adultos con alto riesgo de caries, aconseja el cepillado dentro de los primeros diez minutos después de cada comida y antes de dormir (p. 150).

En todos los casos, el cepillado no debe ser menos de tres minutos. Bascones¹⁵ recalca que: "...la indicación posterior al paciente, es que esto lo debe realizar dos o tres veces diarias en su casa..." (p. 393). Enrile (2009) acota lo siguiente: "en general se debe recomendar cepillarse tres veces al día (una después de cada comida), de las cuales una se debe realizar de forma minuciosa, utilizando el tiempo necesario para asegurarse de que se elimine la PB, tanto de las caras libres, como de las zonas interproximales" (p. 50).

Cambio del cepillo.

Como bien lo señala el sitio ecured¹⁶ (2010) en su página electrónica, el cepillo dental debe ser reemplazado meritoriamente dentro de un lapso de tres meses de uso, aunque también este tiempo está supeditado a la intensidad y frecuencia con la que se realiza el cepillado dental, o bien cuando sus cerdas ya se aprecien desgastadas, no pudiendo cumplir con su función primordial de remoción, recuperado de

http://www.ecured.cu/index.php/Cepillo_dental#Vamos_paso_por_paso

Según sugiere Saleté (2009), el cepillo del niño debe cambiarse mensualmente, no tan sólo por el deterioro de sus cerdas, sino también por el gran número de bacterias y colonias que pueden anidarse en ellas (p. 79).

¹⁵ BASCONES, Antonio. (2009). *Periodoncia clínica e implantología oral. (1era edición)*. Madrid: Avances médicos dentales. p. 393.

¹⁶ Revista on line Ecured. (2010). Recuperado de http://www.ecured.cu/index.php/Cepillo_dental#Vamos_paso_por_paso

El cepillado en los niños.

En cuanto al cepillado infantil, Castillo (2011) indica que la técnica a utilizar por el infante debe ser muy sencilla, pues, existen datos de agravias, como la introducción de la cabeza del cepillo en la zona parafaríngea. El cepillado debe estar enmarcado en una técnica simple que se base en la eliminación de la placa bacteriana, bajo esta premisa tenemos que se debe abarcar el cepillado de las caras oclusales y terminar en sentido vertical desde el cuello del diente hasta el plano oclusal (p. 115).

Acerca de los cepillos infantiles, Salete (2009) menciona que: “sugerimos su cambio por lo menos cada mes, no sólo por deformación de las cerdas, sino por el gran número de colonias de bacterias que pueden ser encontradas en ellos. Después de cierto tiempo de uso, las cerdas pierden su flexibilidad correcta” (p. 79). Además menciona que los padres deben sentirse animados en cuanto a la higiene de sus hijos, ayudándoles a cepillar sus dientes después de cada ingesta de alimentos (p. 77).

Técnicas de cepillado.

Varios han sido los métodos propuestos y establecidos para un correcto cepillado dental, pero todos son olvidados fácilmente, entre ellos, Wolf (2008) destaca los que incluyen movimientos vibratorios, ondulantes y circulatorios; esto se da porque, más importante que la técnica, es la eficacia con la que se realice la limpieza, convirtiéndolo en sistemático sin causar injuria alguna a los tejidos duros y blandos. Los expertos en salud bucal consideran que por más técnicas de cepillado dental que se le imparta a un individuo, este siempre se inclinará por

una técnica innata, la del barrido horizontal. También indica la importancia de la sincronización que debe haber entre el cepillo dental y la crema dental para cada paciente (p. 228).

Técnica de Bass.

Higashida (2009) la describe como un gran apoyo para individuos que presentan alteraciones en tejidos blandos con sus surcos están muy pronunciados. Afianzando el cepillo a manera de lápiz y haciendo una inclinación de 45 grados, las cerdas suaves, ingresarán en los surcos, a la vez se realiza un movimiento vibratorio seguido de una leve presión hacia la pieza dentaria. Si existe ruido por frotamiento durante el cepillado, nos indica que existe una presión excesiva contra los dientes. El cepillo debe estar en sentido horizontal para limpiar las caras libres de las piezas posteriores, mientras que para las anteriores, el cepillo debe estar en sentido vertical (p.p. 146-147).

A esto Bascones (2009) añade que en esta técnica se debe utilizar un cepillo de cerdas flácidas, las cuales ingresan en el surco aproximadamente de 2 a 2.5 mm (p. 397).

Técnica horizontal.

En esta técnica, según Higashida (2009), el cepillo se colocará de tal manera que sus cerdas queden en sentido perpendicular a los dientes, luego se procede a realizar movimientos hacia adelante y hacia atrás. El uso de cremas dentales muy abrasivas puede entorpecer este método básico de cepillado, a esto sumándole una fuerte presión, tenemos como resultado una recesión de tejidos blandos hasta una lesión en la unión cemento esmalte (p. 149).

Técnica de Stillman.

Como bien lo indica Higashida (2009), en esta táctica las cerdas se ubican con una angulación de 45 grados, dirigiéndoselas hacia apical, estas deben contactar simultáneamente con las piezas dentarias y con la encía, cuidando que no se ofenda a la gingiva; seguido a esto se da paso a una leve presión masajeadora acompañada de movimientos vibrátiles (p. 149).

Técnica de Charters.

Con esta técnica según señala Bascones (2009), es igual de vibrátil como la de Bass, pero esta centra mayor atención a las áreas interproximales, ya que los filamentos del cepillo dental se colocarán en el borde gingival con una angulación de 45 grados, pero en esta ocasión direccionados hacia las superficies oclusales (p. 397). Higashida (2009) complementa, indicando que para las caras oclusales es necesaria mayor presión para higienizar las fosas y fisuras, y para sanear las caras linguales y palatinas de las piezas anteriores el cepillo se coloca de manera vertical (p.p. 147-148)

Bascones (2009) recomienda este procedimiento a pacientes que presentan GUNA, pues no injuria el borde entre la gingiva y los dientes (p. 397).

2.2.6 Seda dental

El uso de hilo dental, según Castillo (2011), es una medida más para prevenir el aumento de los niveles de caries, pues, se enfoca estrictamente en las lesiones que se dan en las zonas interproximales (p.p. 115-116). Mientras que el sitio electrónico childrens national¹⁷ (2009), recomienda utilizar el hilo dental por lo

¹⁷ Portal electrónico childrens national. (2009). Recuperado de

menos una vez al día, durante dos o tres minutos, recuperado de <http://childrensnational.staywellsolutionsonline.com/Spanish/Pediatric/Dental/90,P04955>

Bascones (2009) expresa que el hilo dental es el acompañante ideal del cepillado dental, pues, su acción se extiende hacia las zonas donde las cerdas no tienen capacidad de limpieza (p. 397). Carranza¹⁸ (2010) menciona que en el mercado existen varias presentaciones de esta herramienta de higiene dental, así tenemos: de seda, nylon, enroscado, no enroscado, unido, encerado o no, y grueso o fino. Sin embargo, la investigación científica no ha establecido diferencias importantes entre estas variaciones de hilo (p. 735).

Higashida (2009) detalla el uso del hilo dental de la siguiente manera, se extraen del rollo más o menos 60 cm y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente hilo para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental (p. 150). (Ver anexo 33, imagen 7)

El hilo ingresa con delicadeza entre las piezas dentarias hasta llegar al surco, se procura abrazar el diente y subir hacia el plano oclusal realizando movimientos de vaivén, es prioritario mantener la integridad de la papila. Luego se continúa con la limpieza de otro espacio interdental con un nuevo segmento de hilo. Es recomendado dirigir el hilo con los pulgares en las piezas maxilares y con los dedos índices en los mandibulares. Si el individuo no tiene la capacidad para manipular el hilo, puede auxiliarse con un portahilo (Higashida, 2009, p. 151).

<http://childrensnational.staywellsolutionsonline.com/Spanish/Pediatric/Dental/90.P04955>

¹⁸ CARRANZA, Fermín. (2010). *Periodontología clínica. (4ta edición)*. México DF: McGraw Hill. p. 735.

2.2.7 Sellantes

Referente a los selladores de fosas y fisuras, Boj (2011) manifiesta que estos:

Actúan como una barrera física que impide el contacto de microorganismos y sus nutrientes con la superficie del diente, impidiendo la aparición de caries o evitando su progresión si ya existía una lesión incipiente. De esta manera, los selladores adquieren tres efectos preventivos fundamentales: 1) obturan mecánicamente las fosas y fisuras con una resina resistente a los ácidos; 2) al obturar las fosas y fisuras suprimen el hábitat de los *streptococcus mutans* y otros microorganismos y 3) facilita la limpieza de la fosas y fisuras mediante métodos físicos como el cepillado dental y la masticación (pp. 267-268). (Ver anexo #3, imagen 8)

Castillo (2011) manifiesta que la eficacia de los sellantes en la disminución de caries en fosas y fisuras está muy demostrada, ya que un metaanálisis da como conclusión que los sellantes tienen desde un 86% de eficacia a los 12 meses después de su aplicación y hasta un 57% a los 4-5 años de edad. La aplicación de sellantes deberá ser regidas a ciertas características, por ejemplo: riesgo cariogénico del individuo y riesgo cariogénico de cada diente. Los dientes con fosas y fisuras muy pronunciadas son los predilectos para este tipo de medidas preventivas, mientras que los que presentan fosas y fisuras anchas de fácil limpieza simplemente no requieren sellantes.

Las piezas no selladas tienen 3 veces más posibilidades de padecer lesiones cariosas. Algunos investigadores sostienen que es lícito sellar lesiones cariosas incipientes, ya que según sus resultados, se determinó que la lesión cariosa no progresa, creyéndose que el ácido con que se graba elimina las colonias de bacterias (p.p. 125-126).

2.3 EL PRIMER ENCUENTRO CON EL ODONTÓLOGO

La Academia Americana de Pediatría¹⁹ (2011) recomienda que los niños reciban su primer examen o consulta odontológica en el primer año de vida. Sin embargo se observa que el 75 % de los niños preescolares en los Estados Unidos entre los 3 a 4 años nunca han acudido al odontólogo, recuperado de http://www.cdha.org/downloads/ce_courses/homestudy_PediatricOralHealth.pdf

Normalmente de 10 personas, dos sufren un terror incontrolable a la primera consulta odontológica, según refiere la página electrónica odontologiadental²⁰ (s.f.), recuperado de <http://odontologiadental.com/enfermedades/%C2%A1no-quiero-ir-al-dentista-odontofobia>

Salete (2009) manifiesta que los padres de familia deben empaparse en cuanto a prevención de salud oral, pues si no lo hacen, serían negligentes en los cuidados orales de sus hijos (p. 76).

Según Assed (2008), la filosofía curativa de las personas, hace que solamente acudan al consultorio dental, cuando la afección es relativamente clínica, es decir, se la puede apreciar, más no por un tratamiento preventivo (p. 269).

Enrile (2009) indica: muchos investigadores se han planteado cual debe ser el protocolo de las visitas al profesional...la respuesta parece bastante clara: no hay un protocolo que pueda aplicarse en sentido general a toda la población... Parece razonable aplicar una frecuencia de visitas al profesional al menos una vez al año... (p. 51).

Mientras Castillo (2011) recalca: la periodicidad con la que un niño debe asistir a su cita al odontopediatra ha sido determinada clásicamente cada 6 meses... en la actualidad, se cree que la visita

¹⁹ Academia Americana de Pediatría. (2011). Recuperado de http://www.cdha.org/downloads/ce_courses/homestudy_PediatricOralHealth.pdf

²⁰ Portal electrónico Odontología Dental. (s.f.). Recuperado de <http://odontologiadental.com/enfermedades/%C2%A1no-quiero-ir-al-dentista-odontofobia>

periódica debe ser espaciada de acuerdo al riesgo de caries del paciente. Niños con altos niveles de caries tendrán que ser examinados cada 1 ó 2 meses... (p. 114).

2.3.1 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

2.3.2 Placa bacteriana

Según Bascones (2009), la placa dental se trata de un material blando que se adhiere al diente, compuesto por microorganismos y sus productos bacterianos, y que no es fácilmente eliminado por enjuagatorios con agua. Las bacterias se encuentran unidas entre sí por una sustancia intermicrobiana. Es el primer agente etiológico de la gingivitis y de la periodontitis.

El contenido microbiano de la placa varía ampliamente entre los diferentes individuos y, dentro del mismo individuo, en distintas zonas (p. 91).

También indica que la placa supragingival está formada por microorganismos, células, glóbulos blancos y macrófagos; siendo el 70% compuesta de bacterias; mientras que la subgingival se localiza en el surco y bolsa del periodonto y se encuentra organizada principalmente por microorganismos anaerobios (Bascones, 2009, p. 92).

2.3.3 Gingivitis

Según Bascones (2009), la placa dental es el principal factor para desembocar en una inflamación de las encías, llamado también gingivitis, causada principalmente por los gram negativos anaerobios, los cuales conforman un 25% de la placa. Esta patología según el autor, se da por la falta de medidas de aseo bucal, principalmente la falta del cepillado dental. Se acota también que esta condición es reversible cuando se incorporan dichas medidas. Las bacterias orales que están presentes en la placa organizada producirán una leve inflamación, la cual

después de pasar por estadios de reorganización, sumándoseles el factor tiempo, podrán desencadenar una periodontitis (p.p. 92-93-94-95-96).

2.3.4 Caries dental

El término caries en latín, según Higashida (2009), significa descomponerse o mal lograrse (p. 121). Guedes²¹ (2011) manifiesta que la caries es un padecimiento que tiene su origen en varios factores y presenta un avance lento. También se estipula que la caries es la consecuencia de una serie de inestabilidades entre la composición mineral del diente y los compuestos de la cavidad oral. La alta fuga de minerales de los tejidos dentarios acarrea la presencia de caries. Una lesión cariosa puede conllevar desde una pérdida molecular hasta la pérdida total del diente (p. 133).

Según Gutiérrez²² (2009), la caries también puede involucrar el contagio y muerte de los tejidos adyacentes, como la pulpa, incluso puede extenderse hasta el hueso y si no se toma los correctivos adecuados, esta infección podría poner en riesgo la integridad general del individuo al aquejar a otros miembros por propagación local o progresiva por vía sanguínea (p. 96). Higashida (2009) aconseja brindar específica consideración a esta patología, ya que posee un alto grado de afección en el mundo entero y puede desembocar en procesos patológicos más complejos, como por ejemplo la endocarditis bacteriana (p. 121).

²¹ GUEDES, Antonio. (2011). *Odontopediatría*. (1era edición). Sao Paulo: Livraria. p. 133.

²² GUTIERREZ, Enrique. (2009). *Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica*. (1era edición). Madrid: Editex SA. p. 96.

Según un Fernández²³ (2010), se indica que en la niñez la caries dental es una de las enfermedades más prevalentes y se considera un problema de salud pública que afecta sobre todo a preescolares de bajos recursos económicos, además se observó que los grupos minoritarios y de bajo recursos económicos son más propensos a este tipo de enfermedad (p. 29). Mientras Draper (2011) menciona que en Estados Unidos, el 25 % de los niños entre 2 y 5 años y más del 50 % de los adolescentes entre 12 y 15 años presentan caries dental (p. 8).

Etiología de las caries.

En cuanto a la etiología de la caries, Guedes (2011) expresa que la principal causa de la caries es una infección bacteriana. No obstante, la caries es una enfermedad acaecida por varios factores, es decir un solo elemento no podrá desencadenar la patología. Estos elementos que ayudan a fomentar el inicio de la caries, son la forma de los dientes, su ubicación en la cavidad oral y de forma relevante la conformación mineral que puedan presentar estos.

En cuanto al fluido salival, se sabe que es el elemento de protección primordial que posee el paciente ante las caries, esto gracias a sus propiedades físicas; además de cumplir un rol importante en el lavado de las piezas dentarias.

La placa bacteriana, llamada también biofilm, está compuesta por varias comunidades de organismos que se aproximan a las 300 especies, las cuales se aglutinan en las zonas dentarias (p.p. 134-135).

Antonio Guedes (2011) asevera que las bacterias fuertemente asociadas a las caries dentarias son: *S. mutans*, *S. anginosus*, *S. constellatus*, *S. gordinii*, *S. intermedius*, *S. mitis*, *S. oralis*, *S. salivarius* y *S. sanguis*. Los estreptococos del grupo *mutans* son

²³ FERNANDEZ, Claudia. Caries de la infancia temprana, demanda de atención odontológica y percepción parental de salud en preescolares de riesgo social del Gran Mendoza. En: Facultad de Odontología: Área Odontopediatría. N°4 (2010). p. 29.

considerados los principales microorganismos cariogénicos porque son altamente acidogénicos, por su capacidad de metabolizar la sacarosa y producir polisacáridos extracelulares que favorecen su adherencia a la superficie (p. 135).

No se debe dejar pasar por alto la actividad cariogénica del lactobacilos, ya que este se encuentra en la mayoría de afecciones cariosas con gran destrucción dental, denotando un alto índice de ingesta de azúcares por parte del individuo. El rol que desempeña la dieta en la aparición e incremento de las caries, es sin duda muy significativo, este factor actúa como sustrato de esta patología. La adición de azúcares a los alimentos y bebidas en su proceso de elaboración es un punto más para los agentes patogénicos de las caries, entre ellos la sacarosa. Hay que tomar en cuenta también la repetición de ingesta de ciertos alimentos y la dureza que estos presentan, ya que de estos factores dependerá la adhesividad y el tiempo de contacto con las superficies (Guedes, 2011, p.p. 135-136). (Ver anexo #3, imagen 9)

Existen varias teorías sobre el mecanismo de las caries menciona Higashida (2009), la más aceptada hasta la actualidad es la que está expuesta desde finales del siglo XIX por el investigador Miller, la cual sustenta que la acción cariosa es un proceso en el cual las bacterias producen ácidos al disgregar alimentos, de forma privilegiada a los carbohidratos. Esto origina la disminución del pH en la placa, iniciando la colonización de más microorganismos y por ende la producción de ácidos. Finalmente los elementos del esmalte comienzan a descalcificarse dando lugar a las cavidades. Denotándose que este proceso patológico comprende de dos etapas: la descalcificación y la disolución del residuo descalcificado (p. 122).

Diagnóstico de las caries.

Assed (2008) exhorta a los odontólogos usar procedimientos apropiados para la detección de patologías en todas las partes de la cavidad oral, estos métodos deben tener por características principales su veracidad, la posibilidad de identificar alteraciones leves o crónicas, fácil acceso para el paciente y sobre todo inducir al profesional a un tratamiento oportuno (p. 271).

Guedes (2011) manifiesta que a simple vista las variaciones de coloración y de estructura en las superficies dentarias, denotan el desgaste de minerales y estudiándolas más a fondo, sabremos la progresión que lleva la lesión. Para realizar una buena observación (examen visual), se deberá realizar la remoción de la placa bacteriana con instrumental apropiado y se realizará una deshidratación controlada que nos permita distinguir entre un tejido sano y uno afectado (p. 139).

La identificación temprana de la caries en etapas que sólo afectan la lucidez del esmalte, según indica Assed (2008), permite al odontólogo incorporar medidas profilácticas que conlleven a la remineralización del tejido, dejando a un lado las maniobras de restauración (p. 271).

Con respecto a otros métodos de diagnósticos, Guedes (2011) indica que el uso del explorador ayuda a la inspección táctil, esta evidenciará alteraciones en las superficies dentales, teniendo como precaución la fuerza que se aplicará a través de ella, ya que en una lesión cavitada se podría injuriar a los tejidos expuestos, causando dolor al paciente. Debe considerarse también que el hecho de que cuando el instrumento no se deslice normalmente sobre las caras oclusales, no

quiere decir que en realidad exista una lesión cariosa, ya que esto podrá ser el resultado de ciertas tipologías morfológicas de la pieza dental o del instrumental (p. 140).

Teniendo como desventaja de que algunas lesiones en caras oclusales se caracterizan por la formación de cavidad en el esmalte luego de haber comprometido la dentina, se urge de un método más avanzado para la detección caries en este aspecto. Es así que se cuenta con el examen radiográfico, el cual permite apreciar en estos casos la profundidad y severidad de la lesión cariosa, además de dejar al descubierto lesiones que fueron pasadas por alto durante el examen visual, así tenemos a las caries interproximales, las cuales en algunos casos comprometen hasta dos piezas dentales y aún así se muestran esquivas en los diagnósticos con instrumental y visual.

Assed (2008) asegura que en 1925 se incorpora el uso de la radiografía en el ámbito odontológico para observar los elementos de sostén y los tejidos propios de los dientes. Este método debe proveer más información acerca de las lesiones dentales y su entorno, pero en algunos casos no se da tal situación, ya que muchas veces se distorsiona la información por falencias durante el proceso radiográfico. El diagnóstico se altera cuando la técnica empleada por el operador ha sido errónea, la angulación no es la indicada, la exposición de la película a los rayos es poca o en exceso o cuando no existe una adecuada técnica de revelado (p.p. 276-277).

Mancha blanca.

Según manifiesta Bordoni (2010), la corona dentaria se encuentra conformada por dos tipos de epitelios celulares los odontoblastos y los ameloblastos. Estos últimos tienen como función formar el esmalte. Sin embargo cuando se produce una destrucción de los ameloblastos por algún factor externo, contagios o golpes, se crean desperfectos cualitativos a nivel del esmalte o también denominados mancha blanca (p. 23).

Pero Guedes (2011) comenta que: “no obstante las lesiones de mancha blanca sean la primera señal clínica de la enfermedad, las pérdidas minerales resultantes del proceso de caries ya ocurrieron en niveles subclínicos, que todavía no son posibles de que sean identificados en la rutina clínica” (p. 137). (Ver anexo #3, imagen 10)

Epidemiología de las caries.

Lindhe²⁴ (2008) presenta que: “el término epidemiología, de origen griego, está formado por el prefijo “epi”, que significa “entre”, y el sustantivo “demos”, que significa “pueblos”, “población”. Por lo tanto, según su etimología, la epidemiología es “el estudio de la distribución de una enfermedad o de un estado fisiológico en las poblaciones humanas y de los factores que influyen sobre esa distribución”” (p. 129).

Koch²⁵ (2011) encuadra este término en odontología como la ciencia que busca puntualizar la distribución de la caries en las localidades y describir las transformaciones en los indicadores de caries en un periodo fijo de tiempo (p. 62).

²⁴ LINDHE, Jan. (2008). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (Quinta edición). Madrid: Editorial Medica Panamericana. p. 129.

²⁵ KOCH, Goran. (2011). *Odontopediatría abordaje clínico*. (2da edición). Oxford: Amolca CA. p. 62.

Guedes (2011) detalla que el índice con el cual se va a medir la incidencia y gravedad de caries en piezas temporales son los indicadores ceo, que refleja caries, extracción indicada y obturados, mientras que para las piezas definitivas es CPO, indicando los cariados, perdidos y obturados. La Organización Mundial para la Salud señala que la edad propicia para la comparación de la incidencia de caries es a los 12 años, sujetándose a estos valores: CPO muy bajo: 0 a 1,1; bajo de 1,2 a 2,6; mediano 2,7 a 4,4; alto de 4,5 a 6,5 y muy alto cuando su valor sea mayor que 6,5 (p. 142).

La caries de la infancia temprana, según Fernández (2010), se define como la presencia de una o varias superficies dentarias cariadas, perdidas (por caries) u obturadas en cualquier elemento dentario temporario en niños de 71 meses de edad o menores. Se amplía esta definición a la detección en niños menores a 3 años de cualquier signo de superficie reblandecida. Se detalla además que para niños entre 3 y 5 años se considera caries de la infancia temprana a la presencia de:

- 1 o elementos dentarios primarios anteriores cavitados, perdidos –atribuibles a caries- u obturados, o bien
- Índice ceos de valor 4 a la edad de 3 años, o
- Índice ceos con valor 5 a la edad de 4 años, o
- Índice ceos con valor a 6 a la edad de 5 años (p. 30).

Koch (2011) sustenta que en pacientes con caries de la niñez temprana, la primera característica que se observa es el color nacarado, producto de la desmineralización del esmalte, especialmente de las piezas del maxilar. Las áreas más afectadas por caries en los niños escolares son las superficies oclusales de los segundos molares y las distales de los primeros molares, en piezas temporales (p. 55).

2.3.5 INDICADORES DE SALUD BUCAL

Los indicadores de salud bucal buscan organizar los datos que arrojen los diagnósticos orales, para su redacción es necesario plasmar los nombres de cada pieza, la arcada donde se encuentra ubicado, lugar de la afección, hemiarcada y dentición a la que pertenece. La redacción de estos datos resulta muy tediosa, es por este motivo que se idearon esquemas en donde verter la información.

Así, Higashida (2009) resalta que existen varios diagramas dentales, los cuales buscan agilizar la redacción de datos, así tenemos el diagrama de Zsigmondi o de cuadrante, este designa a los dientes de la dentición permanente con números arábigos del uno al ocho, por cada hemiarcada, empezando desde el incisivo central hasta el último molar, mientras que a la dentición primaria la designa con números romanos del uno al cinco siguiendo la misma división de hemiarcadas.

Otro método de enumeración es el esquema numérico o método universal, este considera a los dientes permanentes desde el tercer molar superior derecho hasta el tercer molar superior izquierdo, para continuar con el tercer molar inferior izquierdo hasta terminar con el tercer molar inferior derecho. Para la dentición primaria este esquema usa números arábigos siguiendo el mismo sentido que en dentición permanente.

Por último, el esquema más manipulado internacionalmente, es el de la Federación Dental Internacional (FDI); este consiente una rápida y fácil interpretación de los datos hallados, obteniendo rapidez al momento de vaciar la información en la historia clínica. Este esquema denomina a los cuadrantes por números, así que el cuadrante superior derecho será el 1, el cuadrante superior

izquierdo 2, el cuadrante inferior izquierdo el 3 y el cuadrante inferior derecho 4; el número del cuadrante será el que se anteponga al número de cada diente, estos serán del uno al ocho por cada hemiarcada empezando desde la zona anterior a la posterior, todo esto para la dentición definitiva. Para la dentición infantil se usa el mismo sistema, sólo que los cuadrantes ahora serán: superior derecho será el 5, el cuadrante superior izquierdo 6, el cuadrante inferior izquierdo el 7 y el cuadrante inferior derecho 8 (p.p. 220-221-222-223-224-225).

En el campo de la salud un índice, expresa López²⁶ (2010), es un valor que denota la presencia o no de alguna patología específica en ciertas localidades; este valor es comparado con parámetros previamente estipulados, los cuales demostrarán si dicha patología está golpeando a la población o si sólo existen pequeños gérmenes que pueden aún ser controlados. Así tenemos a los índices para medición de caries dental.

Índice cpod

Basándose en la tipología de las caries, es decir su morfología, se confecciona un índice sencillo que permite apreciar la presencia o ausencia de esta enfermedad, el índice CPOD. Sus siglas pueden variar según las lenguas de cada región, pero su significado se mantendrá, siendo diente (D), cariados (C), obturados (O) y perdidos (P).

El resultado de estas situaciones, determinará el índice CPO del paciente, el índice CPOD de una población se obtiene al sumar todos los índices personales y luego se lo divide para el número de personas revisadas. Este índice aplica para

²⁶ LOPEZ, Jorge. (2010). *Odontología para la higiene oral*. (1era edición). Bogotá: Zamora Editores. p. 172-173.

los dientes permanentes y posee un valor que fluctúa desde 0 hasta los 32, ya que puede ser el caso que el paciente no presente ninguna caries o quizás presente en todas las piezas dentales.

Índice ceod

El índice ceod se utiliza para la dentición decidua, este va a diagnosticar los dientes temporales –d- que estén cariados –c-, obturados –o- o que presenten una extracción demostrada por caries –e-; sus valores van desde el 0 hasta el 20. Igualmente que el CPOD, para sacar el ceod de una determinada población, se debe sumar todos los resultados personales y luego dividir por el número de niños revisados; sin embargo contrasta con éste, porque se excluyen los dientes perdidos, pues no se conoce a ciencia cierta si el diente fue exfoliado o la caries llevó a su pérdida.

Índices ceos y CPOS

Los índices ceos y CPOS son transformaciones de las que le preceden, ya que estas tienen como unidad de medida cada uno de los dientes en su total integridad, pero en esta modalidad recoge el conteo de caries basándose en cada una de las 5 facetas dentales (p.p. 172-173).

Índices para medición de placa bacteriana y cálculo dental

Según manifiesta López (2010), estos están diseñados para cuantificar la presencia de tártaro y placa en boca, existen muchos índices de diferentes autores, los más utilizados son el índice de Green y Vermillon, el cual no toma en cuenta todos los dientes de una persona, más bien se dividen las arcadas en

forma de sextantes y se analiza una pieza por sextante, es así que se inspeccionarán las superficies vestibulares de las piezas 16, 11, 26 y 31, mientras que a las piezas 36 y 46 se les examinará las caras linguales. Estas indicaciones son valederas para medir el índice de placa bacteriana y de cálculo dental.

En cuanto al valor, este será de 0 a 3, tomando en cuenta que 0 es cuando no hay presencia alguna de placa ni de cálculo, 1 la placa o cálculo cubre más de $1/3$ de la cara sondeada, 2 la placa o cálculo cubren más de $1/3$ pero menos de $2/3$ de la cara examinada; y 3 cuando la cara está recubierta en su totalidad ya sea por placa o por cálculo dental. Los índices personales resultan de la adición de todas las piezas examinadas y dividiéndolas para el número de piezas exploradas, mientras que el poblacional resulta del promedio de los índices personales (p.p. 177-178).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODOS

3.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Bibliográfica: Porque se utilizó información obtenidas de textos y de fuentes digitales.

De campo: Porque la información bibliográfica recopilada, fue puesta en contrastes con el lugar donde se desarrolló el problema mediante el uso de encuestas y fichas de observación.

3.1.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratoria: Porque se investigó en las fichas clínicas de los infantes que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Descriptiva: Porque se detalló la relación que existe entre la edad a la que acuden al SCS, con los indicadores epidemiológicos ceo y CPO.

Analítica: Porque permitió determinar la edad a la que visitaron por primera vez al odontólogo para relacionarlo con sus indicadores epidemiológicos.

Sintética: Porque los resultados obtenidos, según los objetivos planteados, se sintetizaron mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva: Ya que al final de la investigación, se diseñó una propuesta de solución al problema estudiado.

3.2. TÉCNICAS

Encuesta: Dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS. de Lodana.

Observación: Aplicadas a las historias clínicas de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS. de Lodana.

3.3 INSTRUMENTOS

- Formulario de encuestas
- Ficha de observación
- Historias clínicas

3.4 RECURSOS

Talento humano:

- Investigador
- Director de tesis
- Pacientes que se atendieron en el SCS de Lodana
- Personal que labora en el SCS de Lodana

Materiales:

- Textos relacionados al tema de investigación
- Materiales de oficina y papelería
- Suministros de impresión
- Material de encuadernación

Tecnológicos:

- Computador
- Internet
- Unidades de almacenamiento de información
- Impresora
- Cámara fotográfica
- Copiadora

Económicos:

La presente investigación tuvo un costo aproximado de \$614.75, financiados por el investigador.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 Población

La población está constituida por los niños desde los 3 hasta los 11 años que asistieron por primera vez a la consulta odontológica en el SCS Lodana, la cual fue de 543 niños.

3.5.2. Tamaño de la muestra

La muestra la constituyen 96 niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS de Lodana desde el mes de mayo hasta el mes de octubre de 2012.

3.5.3. Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

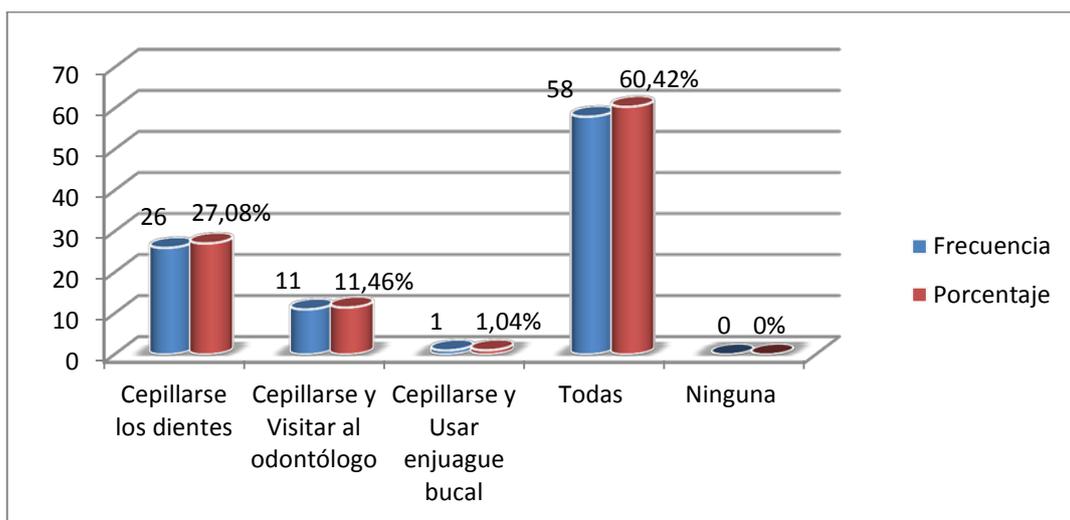
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1.1. GRÁFICOS Y CUADROS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ EN EL SCS LODANA

CUADRO Y GRÁFICO N°1

Pregunta 1: ¿Qué medida de prevención considera usted importante para una buena salud oral?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Cepillarse los dientes	26	27,08%
Cepillarse y Visitar al odontólogo	11	11,46%
Cepillarse y Usar enjuague bucal	1	1,04%
Todas	58	60,42%
Ninguna	0	0
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

El cuadro y el gráfico N°1 demuestran que de un global de 96 personas encuestadas, 26 refieren que el cepillarse los dientes basta como medida importante de prevención, correspondiente al 27.08%; 11 indican que el cepillarse y visitar al odontólogo les alcanza como medida preventiva en salud oral, ellos representan el 11.46%; una persona manifestó que el uso del cepillo más el enjuague bucal son suficientes para una correcta prevención, siendo el 1.04%; mientras que 58 personas, equivalentes al 60.42%, consideran la interacción de estos tres componentes para una excelente prevención en salud oral.

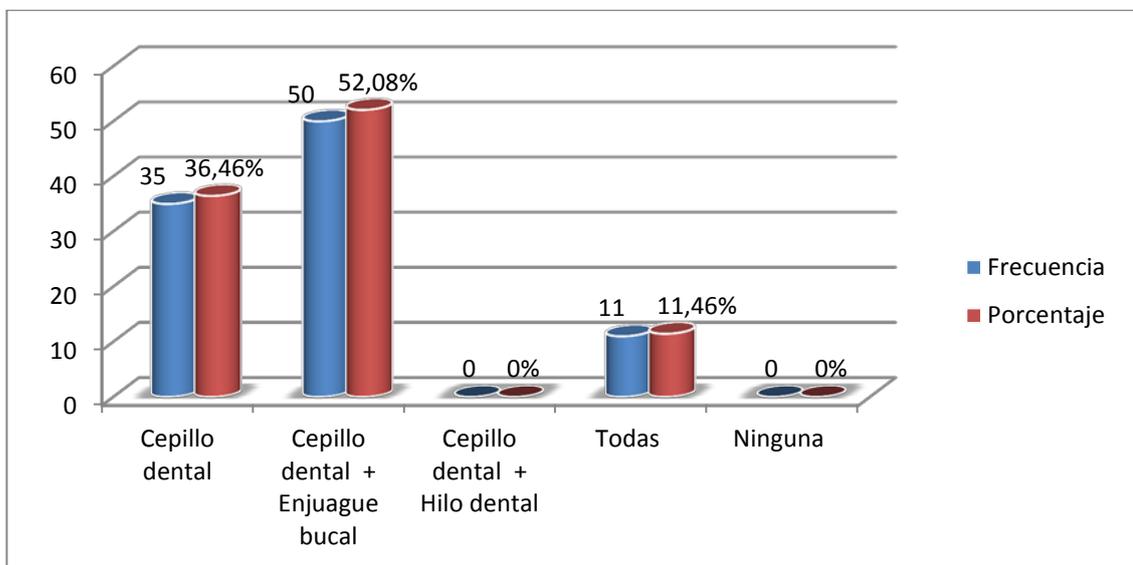
Como manifiesta Enrile (2009, p. 47) en su libro *Manual de higiene bucal* edición N°1: “la prevención abarca las medidas encaminadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su progresión y a reducir sus consecuencias”. Véase en página 15

Como se puede apreciar en los resultados, el 60.42% de los padres de familia encuestados, consideran que el cepillarse los dientes, visitar al odontólogo, usar enjuague y seda dental son medidas importantes para una buena salud dental, en contraste con el 39.58% que indica que con uno o dos medidas de prevención es suficiente.

CUADRO Y GRÁFICO N°2

Pregunta 2: ¿Cuál de estos implementos utiliza usted para su higiene oral?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Cepillo dental	35	36,46%
Cepillo dental + Enjuague bucal	50	52,08%
Cepillo dental + Hilo dental	0	0%
Todas	11	11,46%
Ninguna	0	0%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro y gráfico N°2, manifiestan que de los padres de familia encuestados, 35 de ellos solo utilizan el cepillo dental para su higiene diaria, siendo el 36.46%; 50 manifestaron que en su rutina de aseo oral diaria incluyen cepillo y enjuague bucal, representando el 52.08%; y solo el 11.46%, es decir 11 padres, indicaron que utilizan diariamente el cepillo dental, seda dental y enjuague bucal.

Como lo indica Wolf (2008, p. 226), en su libro *Atlas de periodontología*, edición N°1: "el uso del cepillo debe estar ligado al uso de los dentífricos, ya que estos son una especie de aplicadores para ellos". Véase en página 28

A esto, Castillo (2011, pp. 115-116) en su libro *Estomatología Pediátrica* edición N°1, manifiesta que: "el uso del hilo dental es una medida más para prevenir el aumento de caries..." Véase en página 34

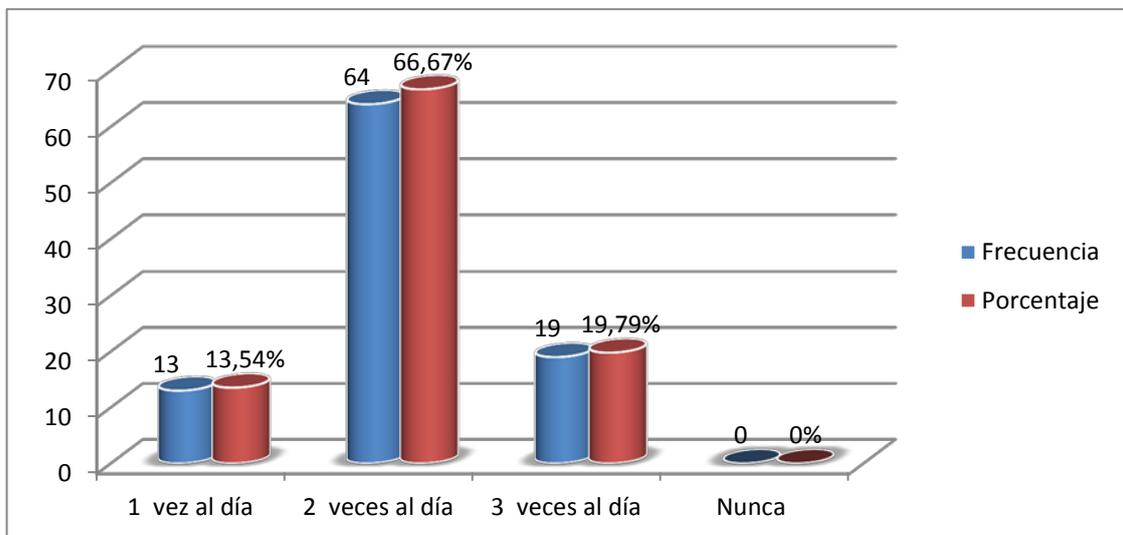
Según destaca Wolf (2008, p. 228) en su libro *Atlas a color de periodontología*: "...es valedero de consideración el hecho de que el cepillo dental siempre es usado con crema dental...estos dos componentes deberían estar "sincronizados" para cada paciente individual y esto debe ser logrado por el higienista dental". Véase en página 33

Como se puede notar, solo el 11.46% de los padres encuestados tienen dentro de su rutina de aseo bucal diaria el uso del cepillo dental, enjuague bucal y de la seda dental, mientras que el restante incorpora a su rutina solo algunos de estos métodos.

CUADRO Y GRÁFICO N°3

Pregunta 3: ¿Cuántas veces en el día cepilla usted sus dientes?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
1 vez al día	13	13,54%
2 veces al día	64	66,67%
3 veces al día	19	19,79%
Nunca	0	0%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°3 indica que de un universo de 96 personas encuestadas, 13 aseguran cepillarse los dientes 1 vez al día, correspondiendo al 13.54%; no así el 66.67% que corresponde a 64 padres de familia, los cuales aseguran que se cepillan los dientes 2 veces por día; mientras que 19 padres encuestados, equivalentes al 19.79% indican que se cepillan los dientes 3 veces al día.

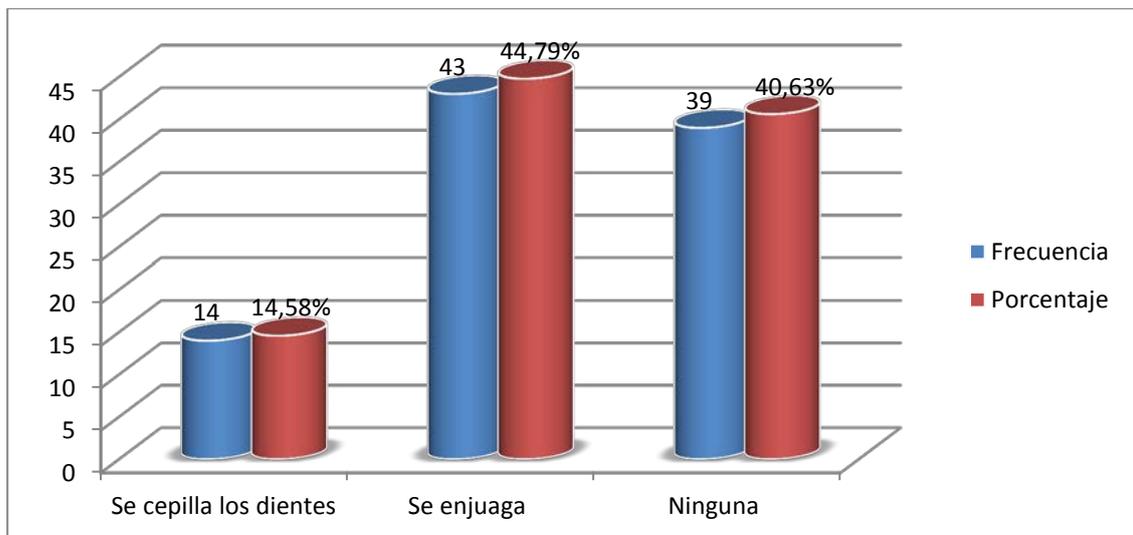
Como se señala en el texto de Enrile (2009, p. 50), en su libro *Manual de higiene bucal*, edición N°1: “en general se debe recomendar cepillarse tres veces al día (una después de cada comida), de las cuales una se debe realizar de forma minuciosa, utilizando el tiempo necesario para asegurarse de que se elimine la PB, tanto de las caras libres, como de las zonas interproximales”. Véase en página 30

Según estos resultados, solo el 19.79% de la población consultada indican que se cepillan los dientes según lo recomendado, es decir 3 veces al día.

CUADRO Y GRÁFICO N°4

Después de ingerir alimentos entre comidas, usted:

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Se cepilla los dientes	14	14,58%
Se enjuaga	43	44,79%
Ninguna	39	40,63%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°4, indica que de todos los encuestados 14 se cepillan los dientes cuando ingieren alimentos entre comidas, representando el 14.58%; 43 aducen que solamente se enjuagan la boca después de ingerir alimentos a deshoras, representando el 44.79%; mientras que el restante 39%, es decir 40.63 padres de familia, manifestaron que no se asean la cavidad bucal cuando ingieren alimentos en horas que no son de comida.

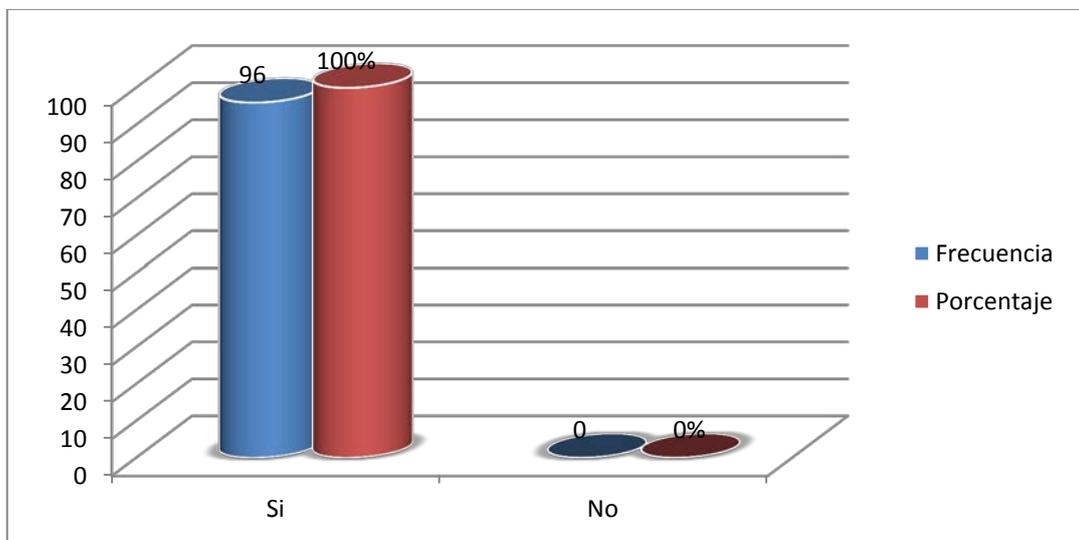
Como señala Higashida (2009, p. 150) en su libro *Odontología preventiva*, segunda edición: "...aconseja el cepillado dentro de los primeros diez minutos después de cada comida y antes de dormir". Véase en página 31

Como se observa en estos datos, el 59.37% de los padres de familia encuestados si realizan actividad alguna de higiene oral después de haber ingerido algún alimento entre los horarios normales de comida.

CUADRO Y GRÁFICO N°5

¿Todos los miembros de su familia tienen cepillo dental?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	96	100%
No	0	0%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°5, nos revela contundentemente que de la población encuestada, el 100% indica que todos los miembros de su familia poseen cepillo dental.

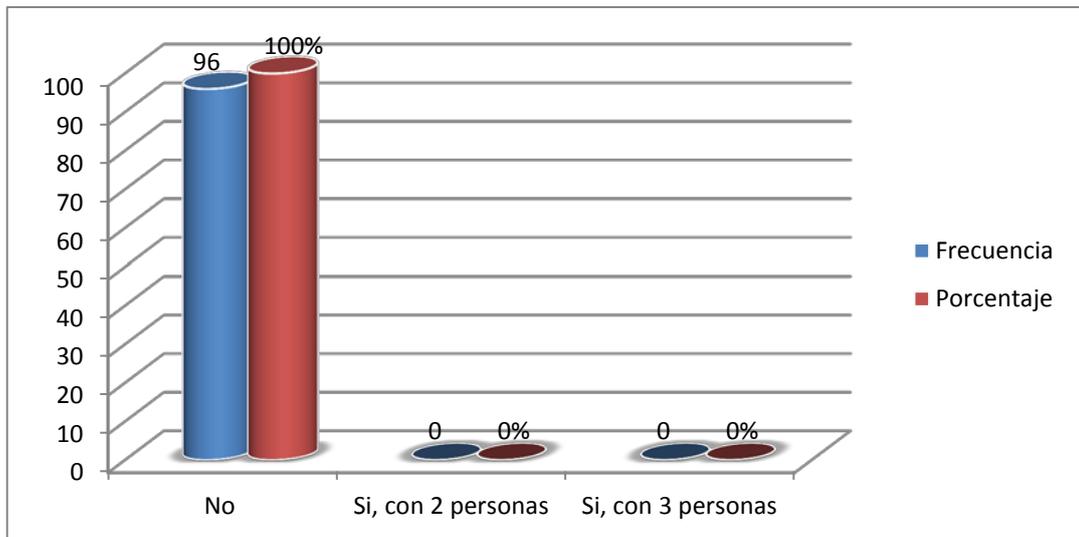
Como lo dice Salette (2009, p. 78) en su libro *Salud bucal del bebe al adolescente*: “el paciente debe estar cómodo al momento de utilizar el cepillo dental, y para esto se han diseñado varios modelos de cepillos, el más común lleva un mango recto y largo de entre 10 a 13 cm, ésta siempre deberá ser lo suficientemente larga para alcanzar a cepillar los últimos molares. La unión entre el mango y la cabeza del cepillo, debe ser recta para permitir un contacto uniforme con las superficies dentales, mientras que la cabeza tiene que ser pequeña capaz de cubrir tres piezas anteriores”. Véase en página 28

Como es de conocimiento general, existen diversos tipos de cepillos dentales en el mercado, variando desde su forma hasta su costo, con tal característica no podría haber persona alguna sin poseer un cepillo dental.

CUADRO Y GRÁFICO N°6

¿Comparten el cepillo dental en su familia?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
No	96	100%
Si, con 2 personas	0	0%
Si, con 3 personas	0	0%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

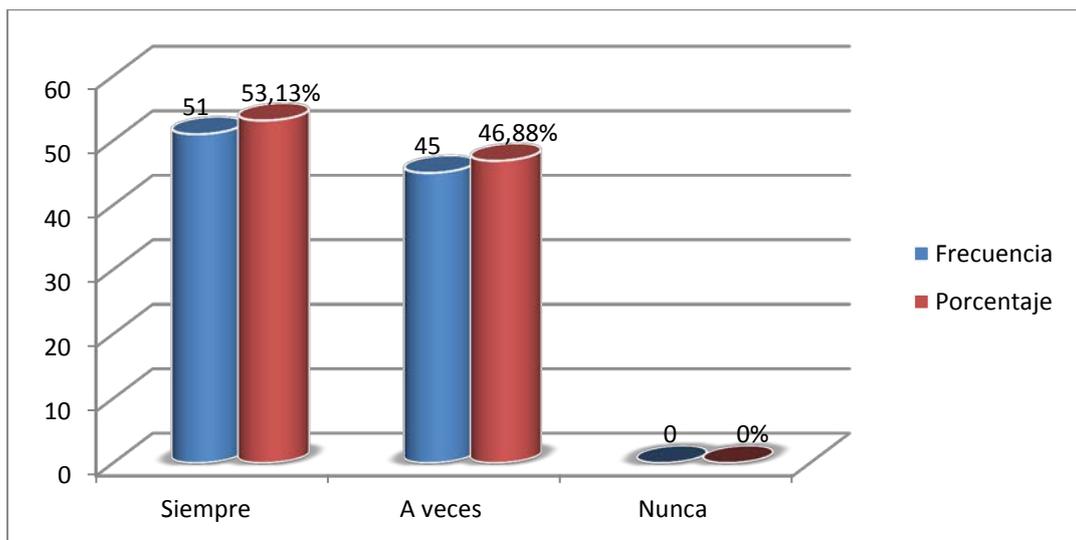
El gráfico y cuadro N°6, indica que de 96 personas sometidas a la encuesta, su totalidad, es decir el 100% respondió que no comparten el cepillo dental entre sus familiares.

Dadas las razones expuestas en la interpretación del cuadro y gráfico anterior, tampoco se consentiría el compartir un cepillo dental, ni si quiera con un familiar cercano (Salette, 2009. p. 78).

CUADRO Y GRÁFICO N°7

¿Les exige a sus hijos que se cepillen los dientes después de cada comida?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	51	53,13%
A veces	45	46,88%
Nunca	0	0%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro N°7 se puede determinar que de 96 encuestas realizadas, el 53.13% de encuestados, es decir 51 de ellos, indican que siempre exigen a sus hijos el cepillarse los dientes después de cada comida; mientras que el 45%, es decir 46.88 de ellos, lo exigen no con tanta frecuencia.

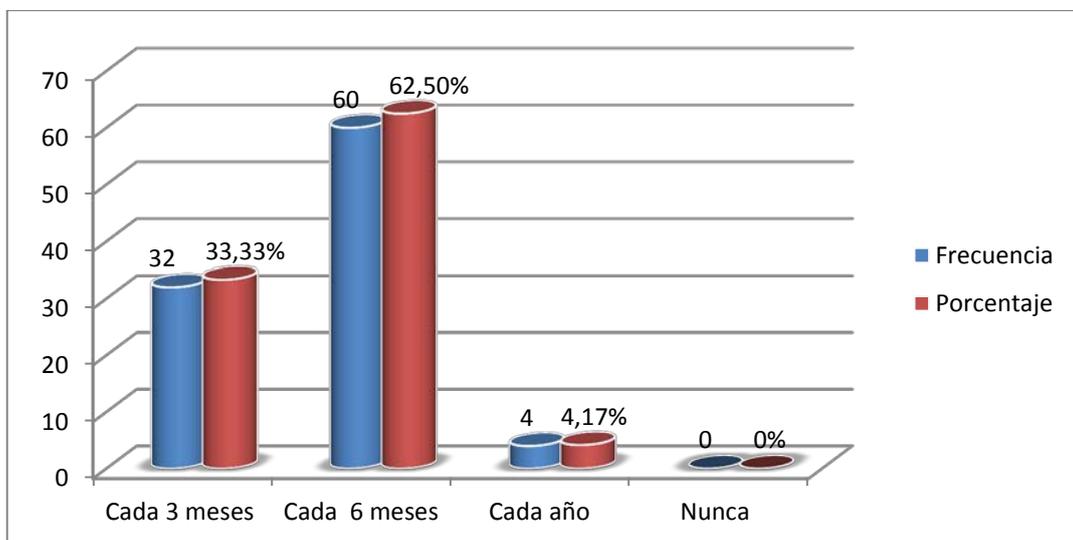
Como indica en su libro *Salud bucal del bebe al adolescente*, la autora Salette (2009, p. 77): “los padres deben estar conscientes de la importancia del cepillado y tambien sentirse animados a limpiar los dientes de sus hijos con cepillo dental, después de cada comida.”. Véase en página 33

Es importante notar que el 53.13% de los padres encuestados siempre exigen la limpieza bucal en sus hijos después de cada comida, mientras que el resto, es decir el 46.88%, lo realiza de vez en cuando.

CUADRO Y GRÁFICO N°8

¿Cada que tiempo cambian el cepillo dental en su familia?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Cada 3 meses	32	33,33%
Cada 6 meses	60	62,50%
Cada año	4	4,17%
Nunca	0	0%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°8, revela que de 96 personas encuestadas, 32 de ellas cambian el cepillo dental cada 3 meses, correspondiendo al 33.33%; 60 de ellas lo hace cada 6 meses, que corresponde al 62.50%; y 4 encuestados cambian el cepillo dental cada año, representando el 4.17%.

Como lo señala la página ecured (2010): “El momento de cambiar de cepillo dental, varía según la fuerza y la frecuencia del cepillado. En promedio se sugiere cambiar cada 3 meses el cepillo dental... es importante mantener el cepillo con un protector de la cabeza, o en un lugar fresco y seguro, para evitar la contaminación de éste” recuperado de http://www.ecured.cu/index.php/cepillo_dental. Véase en página 31

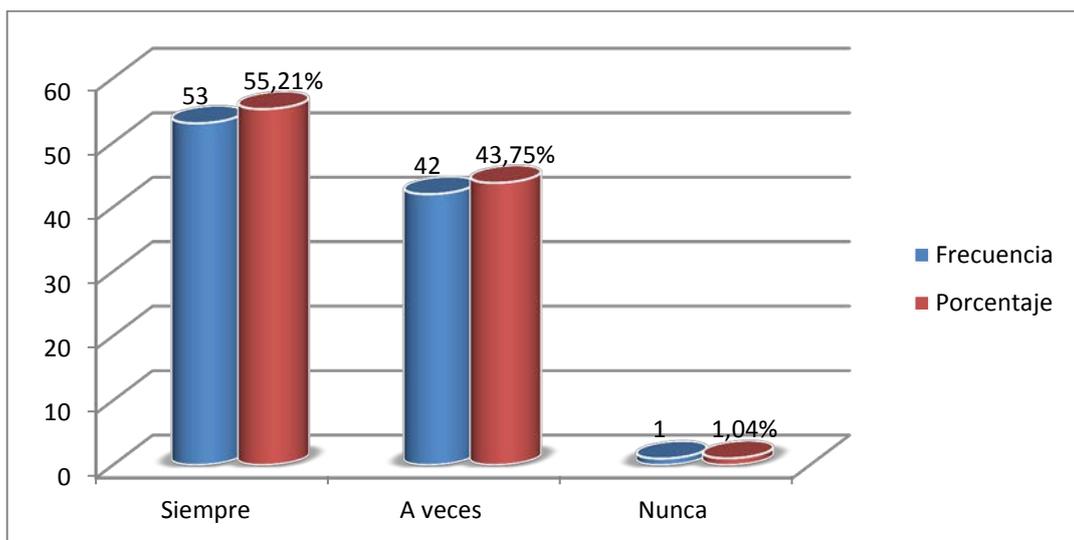
Como se aprecia en el libro: *Salud bucal del bebe al adolescente*, de la autora Salette (2009, p. 79), “sugerimos su cambio por lo menos cada mes, no solo por deformación de las cerdas, sino por el gran número de colonias de bacterias que pueden ser encontradas en ellos. Después de cierto tiempo de uso, las cerdas pierden su flexibilidad correcta. Además, los niños pequeños tienen el hábito de morder el cepillo, reduciendo su vida útil. Se recomienda designar un cepillo exclusivo para que los niños “entrenen” el cepillado y otro cepillo bajo la responsabilidad de los padres”. Véase en página 32

Los resultados demuestran que el 95.83% de los padres de familia encuestados, si cambian sus cepillos dentales dentro del tiempo prudencial y recomendable.

CUADRO Y GRÁFICO N°9

¿Le enseña usted a sus hijos como deben cepillarse los dientes?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	53	55,21%
A veces	42	43,75%
Nunca	1	1,04%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro N°9, se puede apreciar que de 96 personas encuestadas, 53 de ellas manifestaron que siempre enseñan a sus hijos como deben cepillarse los dientes, representando el 55.21%; 42 de los encuestados, es decir 43.75%, a veces enseñan a sus hijos acerca de un correcto cepillado dental; mientras que una persona manifestó nunca haber enseñado a su hijo como debe cepillarse los dientes.

Como consta en el libro *Salud bucal del bebe al adolescente*, de Saleté (2009, p. 76): “los padres que no reciben orientación preventiva, generalmente tienden a la negligencia de los cuidados bucales de sus hijos”. Véase en página 37

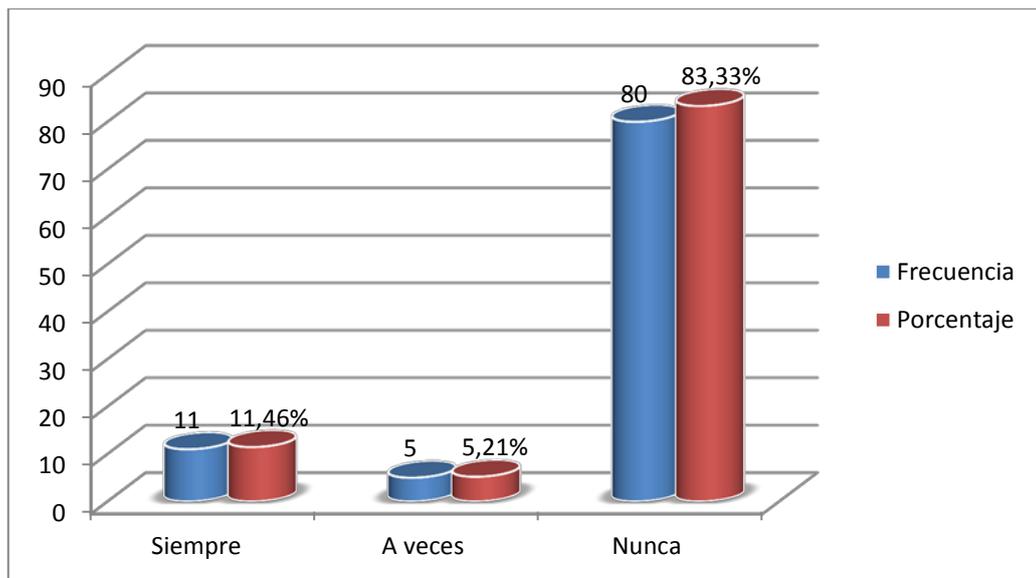
Y, Wolf (2008, p. 228) en su libro *Atlas a color de periodontología*, también indica que: “los higienistas dentales han reconocido una y otra vez que la mayoría de los pacientes, a pesar de la instrucción parecen estar satisfechos con la aparentemente “genéticamente determinada” técnica de barrido horizontal”. Véase en página 32

En los resultados se aprecia que el 98.96% de personas encuestadas, si enseñan a sus hijos como deben cepillarse los dientes, lamentablemente solo una persona refirió no haberlo hecho antes.

CUADRO Y GRÁFICO N°10

¿Usa hilo dental?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	11	11,46%
A veces	5	5,21%
Nunca	80	83,33%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°10, da a notar que de un total de 86 encuestas realizadas, 11 personas utilizan siempre la seda dental, ellos representan el 11.46%; 5 de ellas, es decir el 5.21%, lo utilizan a veces; mientras que el restante 83.33%, es decir 80 padres de familias encuestados afirman no utilizar la seda dental.

Como se señala en la página web childrens national (2009) "...además de eliminar la placa, la limpieza con hilo dental también ayuda a: eliminar los restos de alimentos que se adhieren a los dientes y encías entre los dientes, pulir la superficie del diente, controlar el mal aliento. Se debe realizar la limpieza con hilo dental por lo menos una vez al día durante dos o tres minutos para que sea más efectiva" recuperado de

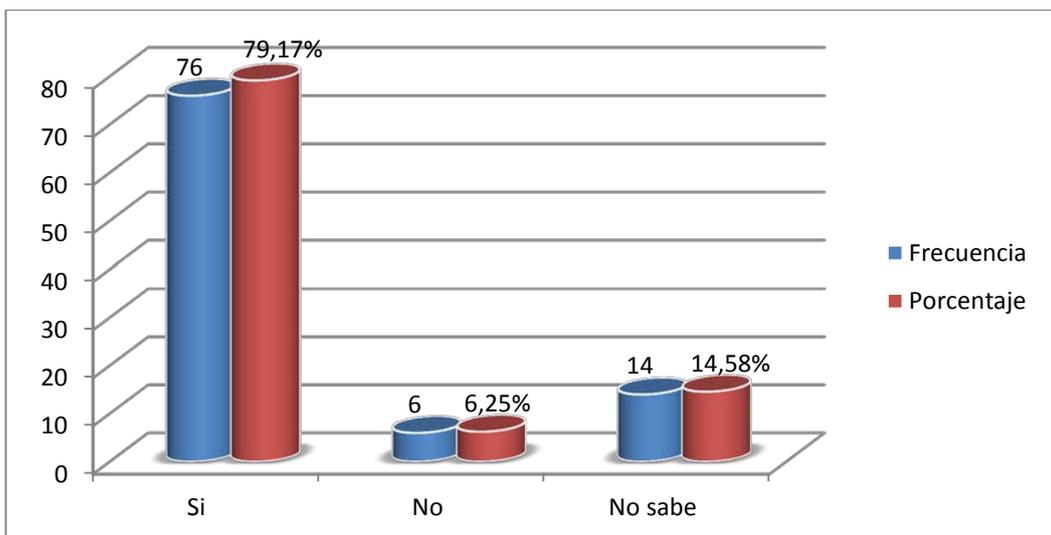
<http://childrensnational.staywellsolutionsonline.com/Spanish/Pediatric/Dental/90,P04955>. Véase en página 35

Analizando los resultados obtenidos, apreciamos que solo el 16.67% de los padres de familia encuestados, si utilizan la seda dental como medida de prevención de caries.

CUADRO Y GRÁFICO N°11

¿Considera usted que la caries es una enfermedad?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	79,17%
No	6	6,25%
No sabe	14	14,58%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°11, manifiesta que de 96 padres de familia encuestados, 76 de ellos, es decir el 79.17%, si consideran la caries como una enfermedad; 6 no lo consideran así, representando el 6.25%; mientras que el restante 14.58%, es decir 14 padres encuestados, no saben cómo catalogar a las caries dental.

Como indica Guedes (2011, p. 133) en su libro *Odontopediatría*: "...la caries es una enfermedad de origen multifactorial, transmisible e infecciosa y de progresión lenta...es la consecuencia de una serie de desequilibrios entre los cambios minerales que ocurren entre los tejidos dentarios y los fluidos de la cavidad oral". Véase en página 39

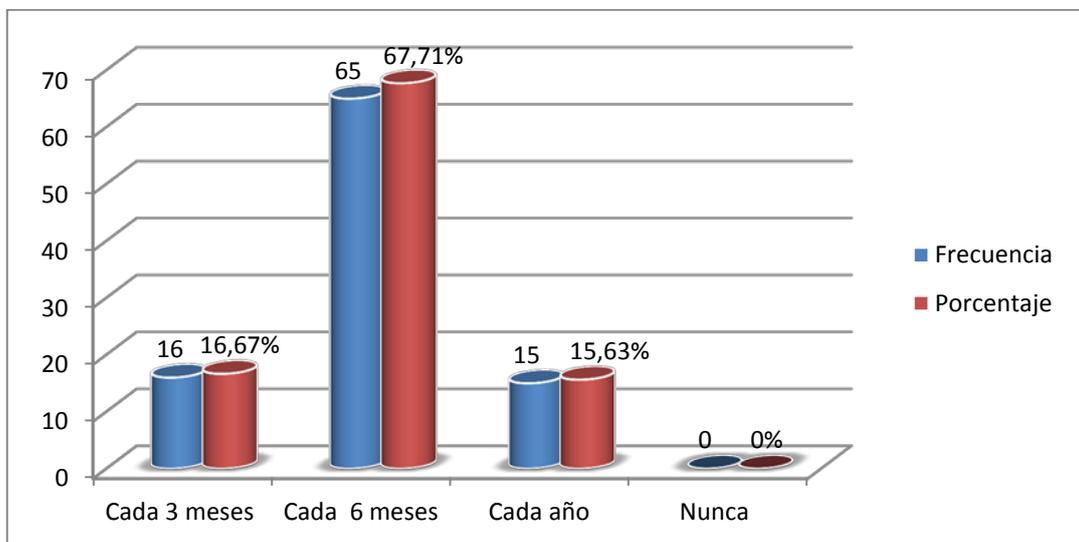
Según se manifiesta en el libro *Estomatología Pediátrica* de Castillo (2011, p. 114): "la periodicidad con la que un niño debe asistir a su cita al odontopediatra ha sido determinada clásicamente cada 6 meses... en la actualidad, se cree que la visita periódica de be ser espaciada de acuerdo al riesgo de caries del paciente. Niños con altos niveles de caries tendrán que ser examinados cada 1 o 2 meses...". Véase en página 38

Los resultados demuestran que el 79.17% de los padres de familia encuestados si están conscientes del nivel patológico que representa la presencia de caries en sus cavidades bucales.

CUADRO Y GRÁFICO N°12

¿Cada que tiempo visita usted al Odontólogo?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Cada 3 meses	16	16,67%
Cada 6 meses	65	67,71%
Cada año	15	15,63%
Nunca	0	0%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°12 señala que de 96 encuestas realizadas a los padres de familia, 16 de ellos, es decir el 16.67%, indicaron que visitan al odontólogo cada 3 meses; 65 de ellos, equivalente al 67.71% aducen que visitan al odontólogo cada 6 meses; mientras que 15 de ellos, representando el 15.63%, respondieron que visitan al odontólogo una vez al año.

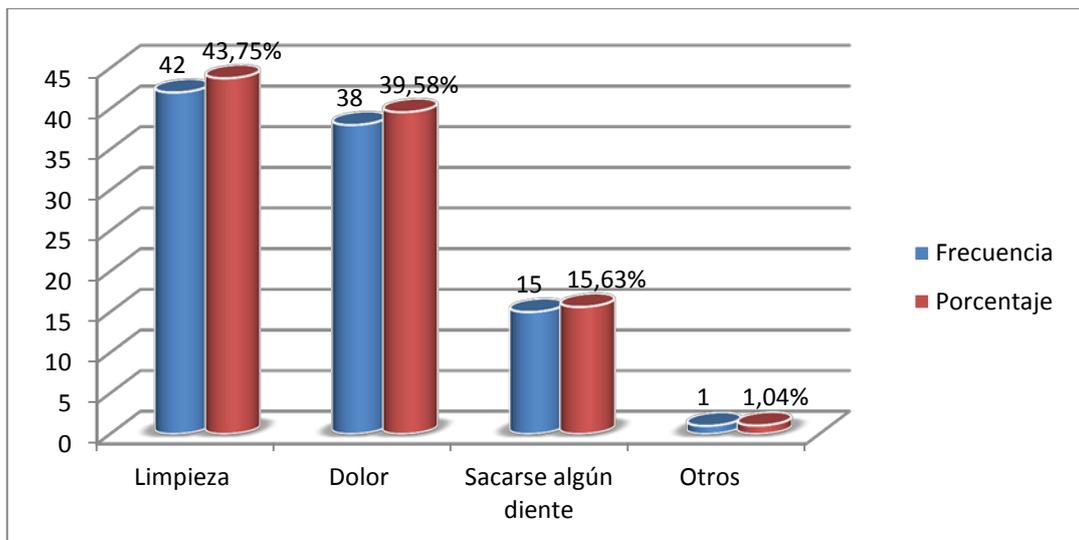
Como consta en el libro *Manual de higiene bucal*, en su edición N°1 de Enrile (2009, p. 51): “muchos investigadores se han planteado cual debe ser el protocolo de las visitas al profesional...la respuesta parece bastante clara: no hay un protocolo que pueda aplicarse en sentido general a toda la población... Parece razonable aplicar una frecuencia de visitas al profesional al menos una vez al año...”. Véase en página 38

Los resultados demuestran que el 84.37% de los padres de familia que fueron encuestados, acuden al odontólogo de manera periódica y dentro de las recomendaciones profesionales.

CUADRO Y GRÁFICO N°13

¿Por qué razón trajo a su hijo por primera vez al odontólogo?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Limpieza	42	43,75%
Dolor	38	39,58%
Sacarse algún diente	15	15,63%
Otros	1	1,04%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°13, nos muestra que 42 padres encuestados acudieron por primera vez con sus hijos al odontólogo para realizarles una limpieza, ellos son el 43.75%; 38 indican que lo hicieron por algún dolor en sus piezas dentales, correspondientes al 39.58%; el 15.63% refiere que visitaron con sus niños por primera vez a la consulta para realizarse una extracción dental, ellos solo son 15 personas; y solo 1 persona refirió que lo hizo por otro motivo, lo cual equivale al 1.04%.

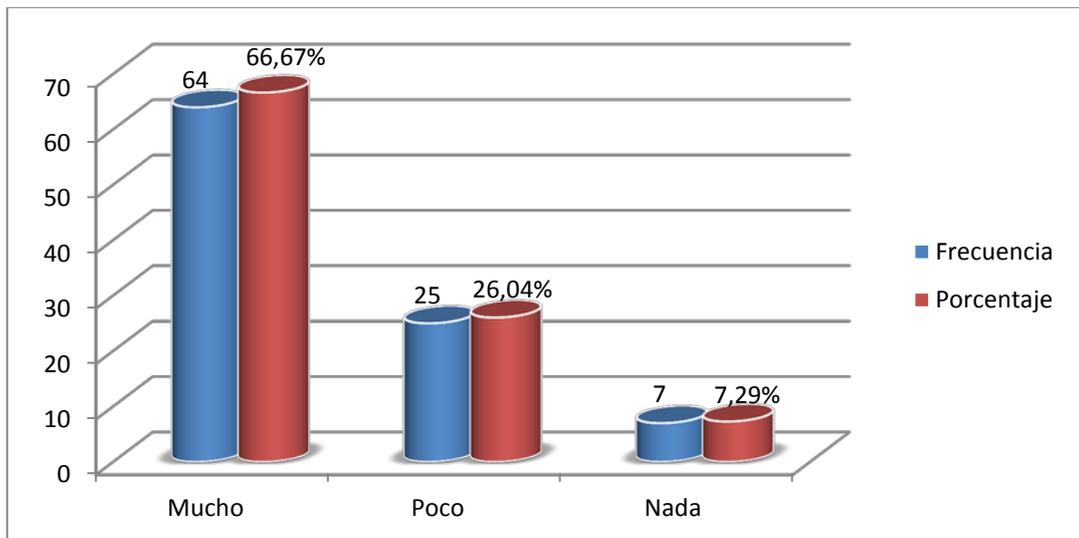
Según detalla Assed (2008, p. 269) es su libro *Tratado de Odontopediatría*: "...esa situación es el resultado de la filosofía esencialmente curativa que durante mucho tiempo fue predominante, o sea, los signos clínicos más evidentes de las caries, es decir, las cavidades, representaban el principal foco de atención en el tratamiento de la enfermedad". Véase en página 38

En los resultados se aprecia que solo el 43.75% acudieron con sus hijos al odontólogo en busca de una profilaxis como medida preventiva, mientras que el 56.25% restante lo hicieron por otros motivos.

CUADRO Y GRÁFICO N°14

¿Su hijo sintió temor a la consulta dental?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	64	66,67%
Poco	25	26,04%
Nada	7	7,29%
Total	96	100%



Fuente: Encuestas dirigidas a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°14, indica que de los 96 padres encuestados, 64 refirieron que sus hijos demostraron mucho temor a la primera consulta odontológica, ellos son el 66.67%; 25 manifestaron que el susto de sus hijos era poco, ellos son el 26.04%; mientras que el 7.29%, es decir 7 encuestados, indico que sus hijos no se sintieron atemorizados en dicha consulta.

Como se señala en el libro *Odontopediatría, la evolución del niño al adulto joven* de Boj (2011, pp. 100-101): “tanto el temor (miedo) como la ansiedad pueden afectar la conducta del niño en la consulta, y por lo tanto influir en el resultado de nuestro tratamiento. El miedo es una reacción o actitud frente a una amenaza real que surge de un objeto externo aceptado como perjudicial, y corresponde en el plano psicológico, a la respuesta física al dolor”. Véase en página 10

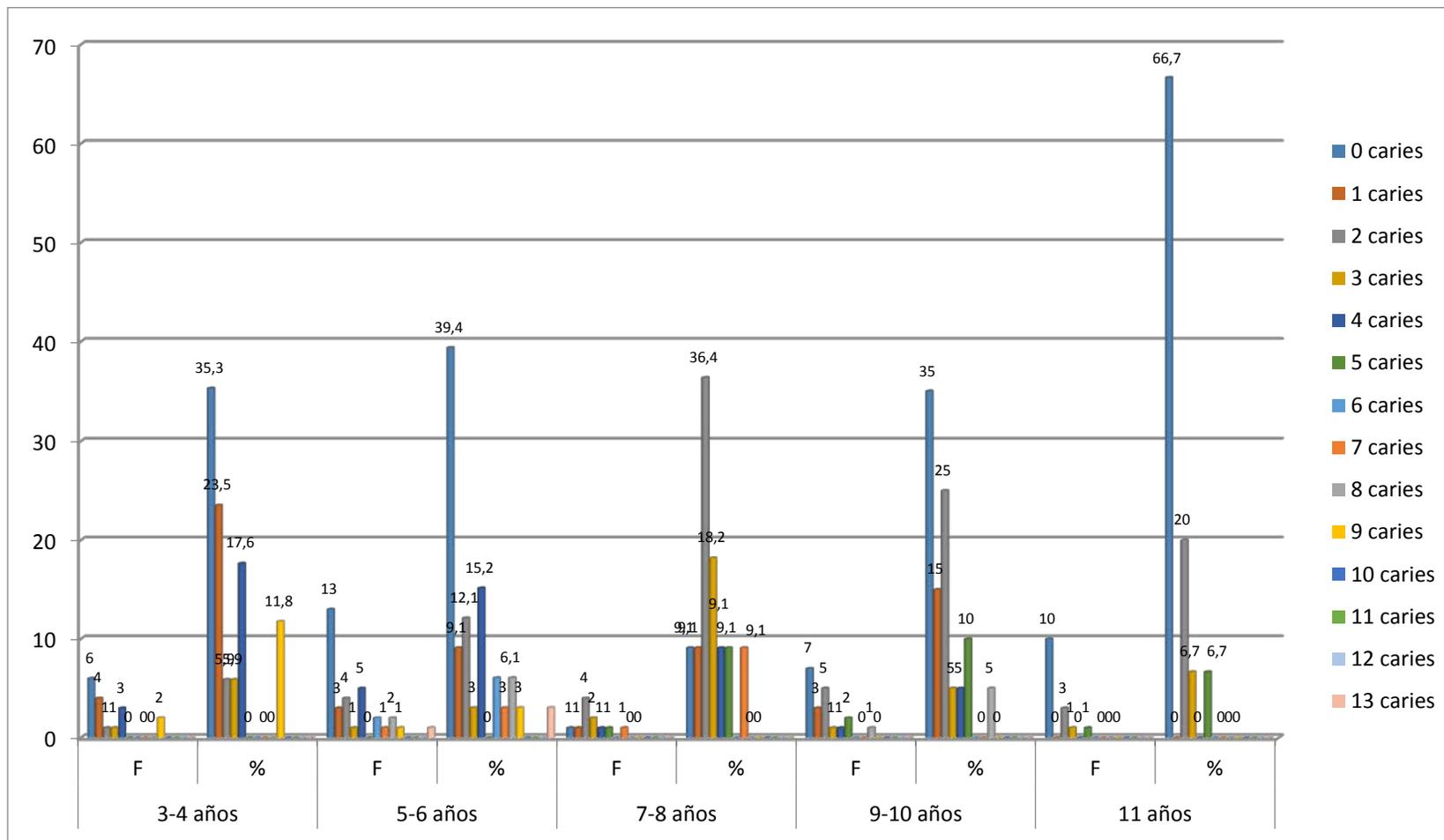
De acuerdo a los resultados, más de la mitad de los padres encuestados, es decir el 66.67% de ellos, refirieron que sus hijos sintieron mucho temor a la primera consulta odontológica.

4.1.2. CUADROS Y GRÁFICOS DE LA FICHAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS A LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ EN EL SUB-CENTRO DE SALUD LODANA

CUADRO Y GRÁFICO N°1

Caries en dientes temporales de los niños atendidos en el Sub-Centro de Salud de Lodana.

CARIES EN LOS DIENTES TEMPORALES	3-4 años		5-6 años		7-8 años		9-10 años		11 años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0 caries	6	35,3%	13	39,4%	1	9,1%	7	35%	10	66,7%
1 caries	4	23,5%	3	9,1%	1	9,1%	3	15%	0	0%
2 caries	1	5,9%	4	12,1%	4	36,4%	5	25%	3	20%
3 caries	1	5,9%	1	3%	2	18,2%	1	5%	1	6,7%
4 caries	3	17,6%	5	15,2%	1	9,1%	1	5%	0	0%
5 caries	0	0%	0	0%	1	9,1%	2	10%	1	6,7%
6 caries	0	0%	2	6,1%	0	0%	0	0%	0	0%
7 caries	0	0%	1	3%	1	9,1%	0	0%	0	0%
8 caries	0	0%	2	6,1%	0	0%	1	5%	0	0%
9 caries	2	11,8%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
10 caries	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
11 caries	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
12 caries	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
13 caries	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	17	100%	33	100%	11	100%	20	100%	15	100%



Fuente: Fichas odontológicas basadas en las historias clínicas de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.
Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En lo que respecta a la presencia de caries en dientes temporales, el gráfico y cuadro # 1, nos indica que del grupo etario de 3 a 4 años, conformado por 17 niños, 6 no presentaron caries alguna, representando el 35.3%; 4 presentan una sola caries en boca, equivalente al 23.5%; 1 presentó 2 caries en boca, lo que representa el 5.9%; 1 niño presentó 3 caries en boca, igualmente representa al 5.9%; 3 niños presentaron 4 caries en boca, lo que equivale al 17.6%; y 2 niños presentaron 9 caries en boca cada uno, ellos son el 11.8%.

En el grupo etario de 5 a 6 años, formado por 33 niños, 13 de ellos presentan 0 caries, equivalentes al 39.4%; 3 presentan 1 caries en boca, representando el 9.1%; 4 niños presentan 2 caries en sus cavidades orales, ellos son el 12.1%; 1 niño presentó 1 caries en boca, siendo el 3%; a 5 niños se les observó la presencia de 4 caries en cada uno, equivalentes ellos al 15.2%; 2 niños presentaron 6 caries cada uno, representando el 6.1%; 1 niño presentó 7 caries en su boca, siendo el 3%; 2 niños presentaron 8 caries cada uno, equivalente al 6.1%; 1 niño presentó 9 caries en boca, lo que representan el 3%; y solo 1 niño presentó 13 caries en boca, representando el 3%.

En tanto, en el grupo etario de 7 a 8 años, conformado por 11 niños, 1 presentó 0 caries en boca, representando el 9.1%; 1 presentó 1 caries, representando el 9.1%; 4 presentaron 2 caries, equivalentes al 36.4%; 2 presentaron 3 caries, los que pertenecen al 18.2%; 1 presentó 4 caries, perteneciente al 9.1%; a 1 se le detectó la

presencia de 5 caries en su boca, el representa el 9.1%; y 1 presentó 7 caries, equivalente al 9.1%.

Mientras en el grupo etario de 9 a 10 años, conformado por 20 niños, tenemos que de ellos 7 no presentaron piezas temporales cariadas, representando el 35%; 3 presentaron 1 caries, equivalentes al 15%; 5 presentaron 2 caries, pertenecientes al 25%; 1 presentó 3 caries, perteneciente al 5%; igualmente 1 presentó 4 caries, representando el 5%; 2 niños presentaron 5 caries cada uno, equivalentes al 10%; y solo 1 niño presentó 8 caries en boca, equivalente al 5%.

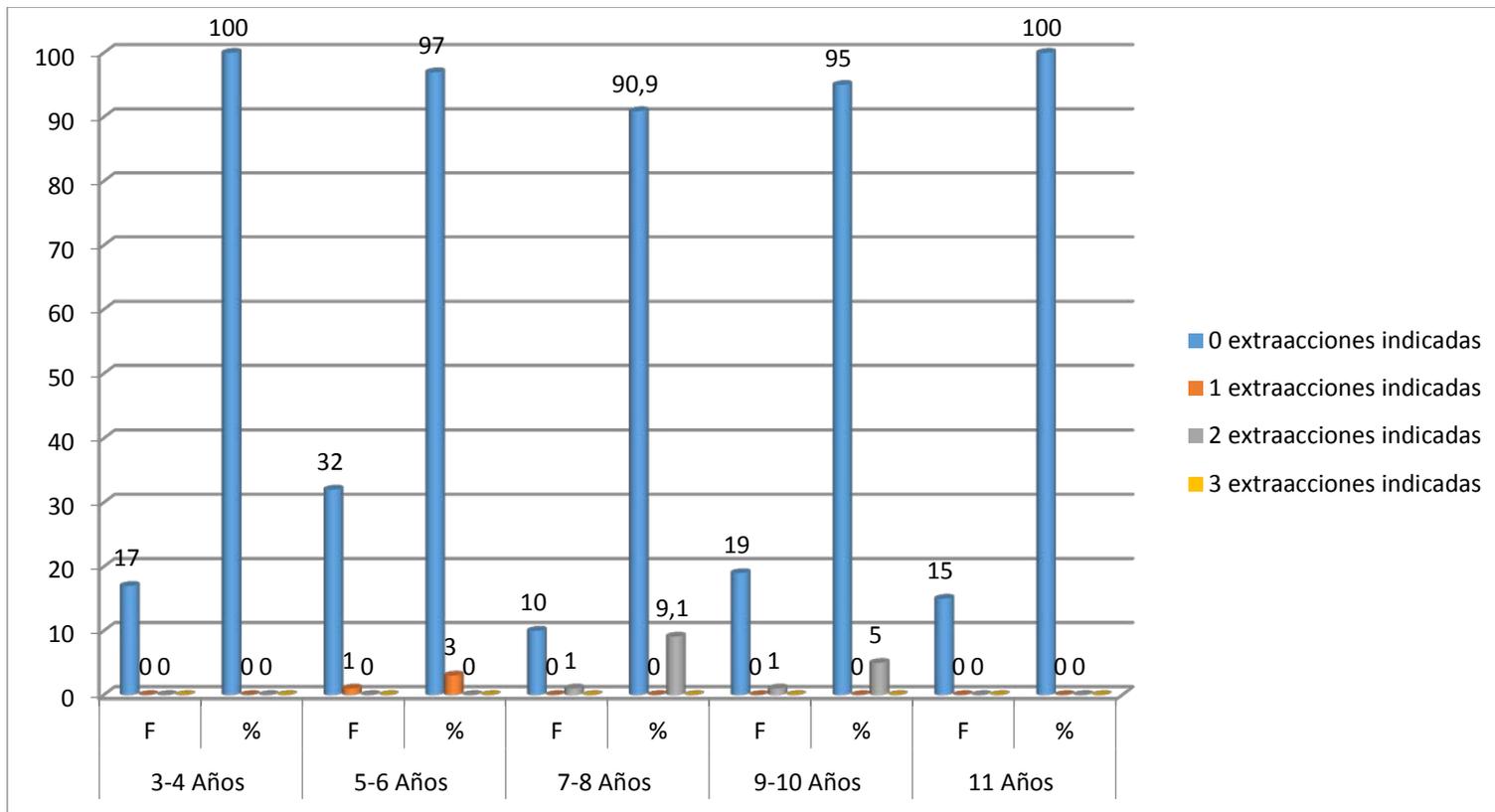
En el grupo etario de 11 años, formado por 15 niños, tenemos que de ellos 10 no presentaron caries alguna, representando el 66.7%; 3 presentaron 2 caries, equivalentes al 20%; 1 presentó 3 caries, equivalente al 6.7%; y solo 1 niño presentó 5 caries, perteneciente al 6.7%.

Según los resultados, tenemos que en el grupo etario de 3 a 4 años, formado por 17 niños, de ellos el 64.7% presenta caries; en el grupo de 5 a 6 años, formado por 33 niños, de ellos el 60.6% presenta caries; del grupo de 7 a 8 años, formado por 11 niños, de ellos el 90.9% presentan caries; del grupo de 9 a 10 años formado por 20 niños, de ellos el 65% presenta caries, mientras que del grupo de 15 niños con 11 años de edad, el 33.3% presentan caries.

CUADRO Y GRÁFICO N°2

**Extracciones indicadas en dientes temporales de los niños atendidos en el Sub-Centro de Salud de
Lodana.**

Extracciones indicadas	3-4 Años		5-6 Años		7-8 Años		9-10 Años		11 Años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	17	100%	32	97%	10	90,9%	19	95%	15	100%
1	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
2	0	0%	0	0%	1	9,1%	1	5%	0	0%
3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	17	100%	33	100%	11	100%	20	100%	15	100%



Fuente: Fichas odontológicas basadas en las historias clínicas de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.
Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

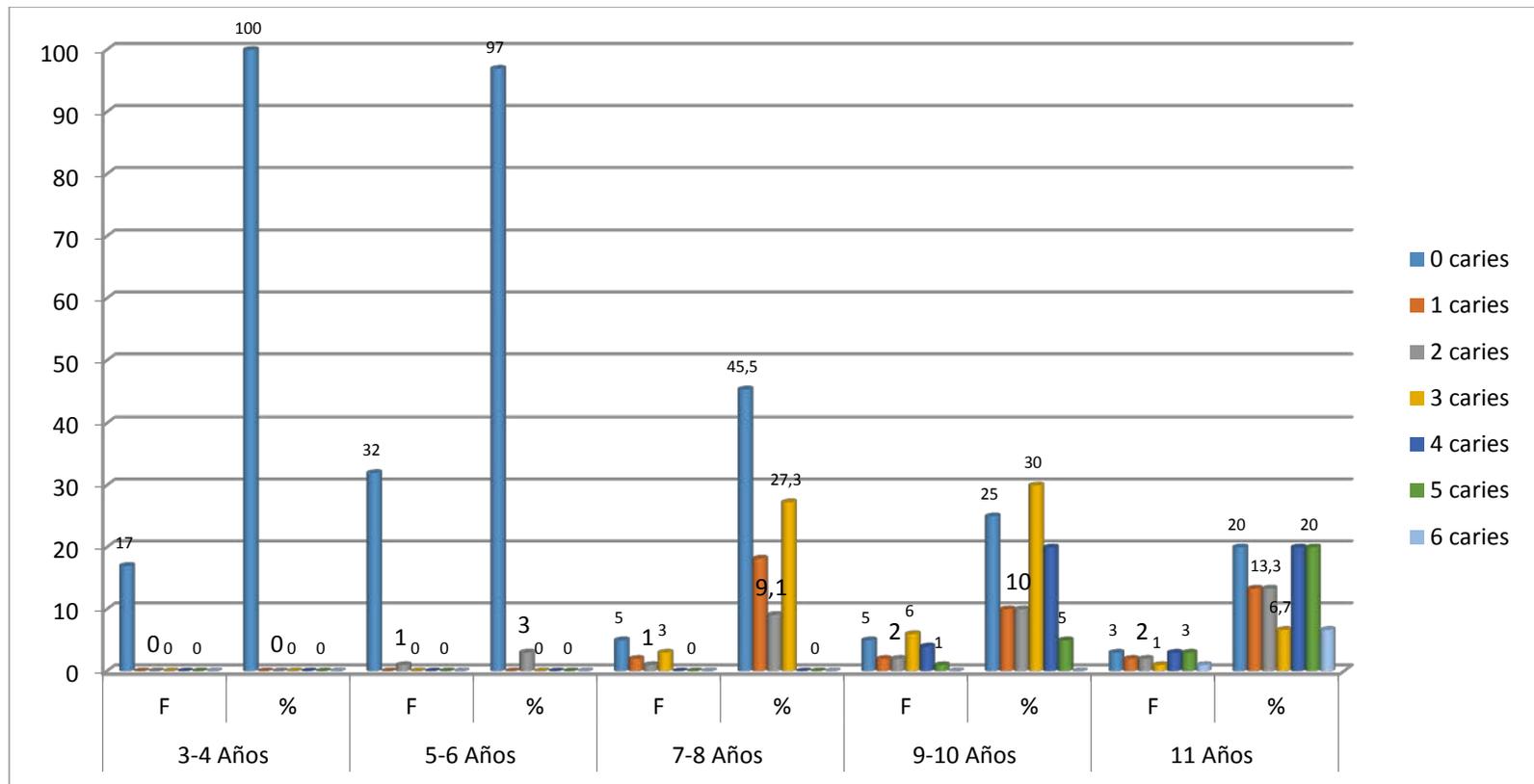
El gráfico y cuadro N°2 con respecto a las extracciones indicadas por caries en piezas temporales, tenemos que en el grupo etario de 3 a 4 años, representado por 17 niños, ninguno presentó extracciones indicadas, representando el 100%; en el grupo etario de 5 a 6 años, formado por 33 niños, 32 niños no presentaron extracciones indicadas, representando el 97%, solo 1 niño presentó 1 extracción indicada por caries, representando el 3%; mientras que en el grupo etario de 7 a 8 años, formado por 11 niños, 1 niño presentó 2 extracciones indicadas por caries, representando el 9.1% y 10 no presentaron extracciones indicadas, siendo el 90.9%; en el grupo etario de 9 a 10 años, formado por 20 niños, 1 niño presentó 2 extracciones indicadas por caries, representando el 5% y 19 no presentaron extracciones indicadas alguna, siendo el 95%; y en el grupo etario de 11 años, formado por 15 niños, ninguno presento extracción indicada alguna, equivalentes al 100%.

Según los datos registrados, decimos que en el grupo etario de 3 a 4 años, formado por 17 niños, de ellos el 100% no presenta extracciones indicadas; en el grupo de 5 a 6 años, formado por 33 niños, de ellos el 3% presenta 1 extracción indicada; del grupo de 7 a 8 años, formado por 11 niños, de ellos el 9.1% presentan 2 extracciones indicadas; del grupo de 9 a 10 años formado por 20 niños, de ellos el 5% presenta 2 extracciones indicadas, mientras que del grupo de 15 niños con 11 años de edad, el 100% no presentan extracciones indicadas por caries.

CUADRO Y GRÁFICO N°3

Caries en dientes permanentes de los niños atendidos en el Sub-Centro de Salud de Lodana.

CARIES DIENTES PERMANENTES	3-4 Años		5-6 Años		7-8 Años		9-10 Años		11 Años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0 caries	17	100	32	97	5	45,5	5	25	3	20
1 caries	0	0	0	0	2	18,2	2	10	2	13,3
2 caries	0	0	1	3	1	9,1	2	10	2	13,3
3 caries	0	0	0	0	3	27,3	6	30	1	6,7
4 caries	0	0	0	0	0	0	4	20	3	20
5 caries	0	0	0	0	0	0	1	5	3	20
6 caries	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6,7
TOTAL	17	100	33	100	11	100	20	100	15	100



Fuente: Fichas odontológicas basadas en las historias clínicas de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.
Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En lo que respecta a la presencia de caries en dientes permanentes, el gráfico y cuadro # 3, nos indica que del grupo etario de 3 a 4 años, conformado por 17 niños, 17 no presentaron caries alguna, representando el 100% del total del grupo etario; en el grupo etario de 5 a 6 años, formado por 33 niños, 32 de ellos presentan 0 caries, equivalentes al 97%; 1 presentan 2 caries en boca, representando el 3%. En tanto, en el grupo etario de 7 a 8 años, conformado por 11 niños, 5 presentaron 0 caries en boca, representando el 45.5%; 2 presentaron 1 caries, representando el 18.2%; 1 presentó 2 caries, equivalentes al 9.1%; 3 presentaron 3 caries, los que pertenecen al 27.3%.

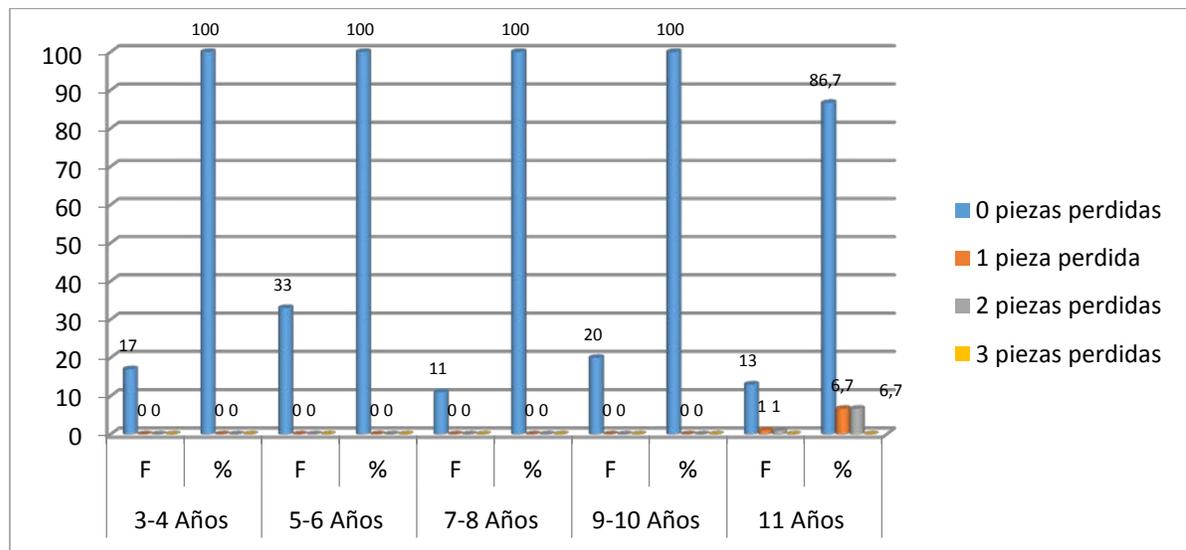
Mientras en el grupo etario de 9 a 10 años, conformado por 20 niños, tenemos que de ellos 5 no presentaron piezas permanentes cariadas, representando el 25%; 2 presentaron 1 caries, equivalentes al 10%; 2 presentaron 2 caries, pertenecientes al 10%; 6 presentaron 3 caries, perteneciente al 30%; 4 presentaron 4 caries, representando el 20%; y solo 1 niño presentó 5 caries, equivalentes al 5%. En el grupo etario de 11 años, formado por 15 niños, tenemos que de ellos 3 no presentaron caries alguna, representando el 20%; 2 presentaron 1 caries, representando el 13.3%; 2 presentaron 2 caries, equivalentes al 13.3%; 1 presentó 3 caries, equivalente al 6.7%; 3 presentaron 4 caries, equivalentes al 20%; 3 niños presentaron 5 caries, perteneciente al 20%. y solo 1 niño presentó 6 caries en dientes permanentes, perteneciente al 6.7%.

Según los resultados, tenemos que en el grupo etario de 3 a 4 años, formado por 17 niños, de ellos el 100% no presenta caries; en el grupo de 5 a 6 años, formado por 33 niños, de ellos solo el 3% presenta caries; del grupo de 7 a 8 años, formado por 11 niños, de ellos el 54.5% presentan caries; del grupo de 9 a 10 años formado por 20 niños, de ellos el 75% presenta caries, mientras que del grupo de 15 niños con 11 años de edad, el 80% presentan caries.

CUADRO Y GRÁFICO N°4

Dientes permanentes perdidos en los niños atendidos en el Sub-Centro de Salud de Lodana.

DIENTES PERMANENTES PERDIDOS	3-4 Años		5-6 Años		7-8 Años		9-10 Años		11 Años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	17	100%	33	100%	11	100%	20	100%	13	86,7%
1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	6,7%
2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	6,7%
3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	17	100%	33	100%	11	100%	20	100%	15	100%



Fuente: Fichas odontológicas basadas en las historias clínicas de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

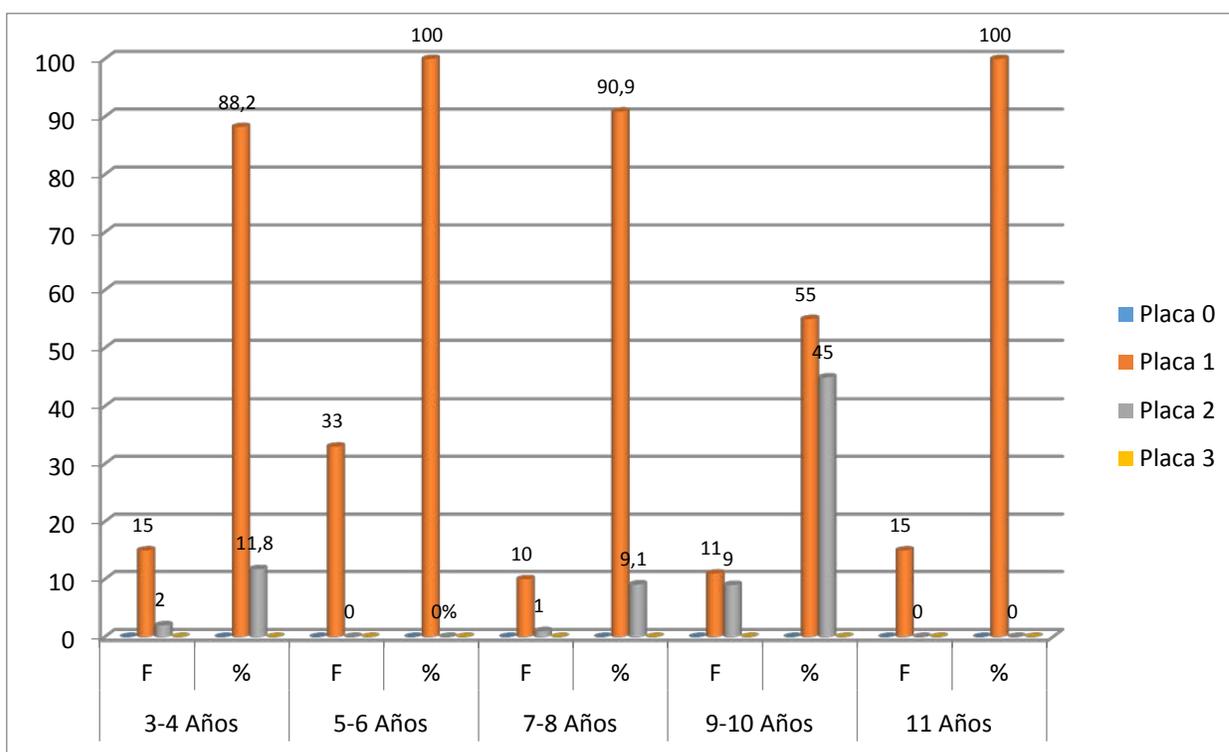
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico N°4 nos presenta el promedio de los dientes permanentes perdidos en un total de 96 niños, es así que en 17 niños de 3 a 4 años, ninguno presenta piezas perdidas, siendo el 100%; en 33 niños de 5 a 6 años, ninguno muestra piezas perdidas, representando el 100%; en 11 niños de 7 a 8 años de edad tampoco hubieron piezas dentales perdidas, siendo el 100%; en 20 niños de 9 a 10 años de edad, el 100% no presentó piezas perdidas; y el de los 15 niños de 11 años, solo 1 presentó una pieza perdida y 1 presentó 2, siendo el 6.7% cada uno.

Según los datos recopilados, se observa que de los 96, solo el 13.4% a perdido piezas permanentes por caries.

CUADRO Y GRÁFICO N°5
Índice de placa bacteriana presente en los niños atendidos en el Sub-Centro de Salud de Lodana.

Índice de Placa	3-4 Años		5-6 Años		7-8 Años		9-10 Años		11 Años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
1	15	88,2%	33	100%	10	90,9%	11	55%	15	100%
2	2	11,8%	0	0%	1	9,1%	9	45%	0	0%
3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	17	100%	33	100%	11	100%	20	100%	15	100%



Fuente: Fichas odontológicas basadas en las historias clínicas de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

El gráfico y cuadro N°5 nos indica que en 17 niños de 3 a 4 años, 15 presentan índice de placa 1, siendo el 88.2% y 2 presentaron índice de placa 2, siendo el 11.8%; en 33 niños de 5 a 6 años, los 33 presentan índice de placa 1, representando el 100%; en 11 niños de 7 a 8 años de edad, 10 presentaron índice de placa 1, siendo el 90.9%, mientras que 1 presentó índice de placa 2, siendo el 9.1%; en 20 niños de 9 a 10 años de edad, 11 presentaron índice de placa 1, equivalente al 55% y 9 presentaron índice de placa 2, siendo el 45%; y de los 15 niños de 11 años de edad, todos presentaron placa 1, equivalentes al 100%.

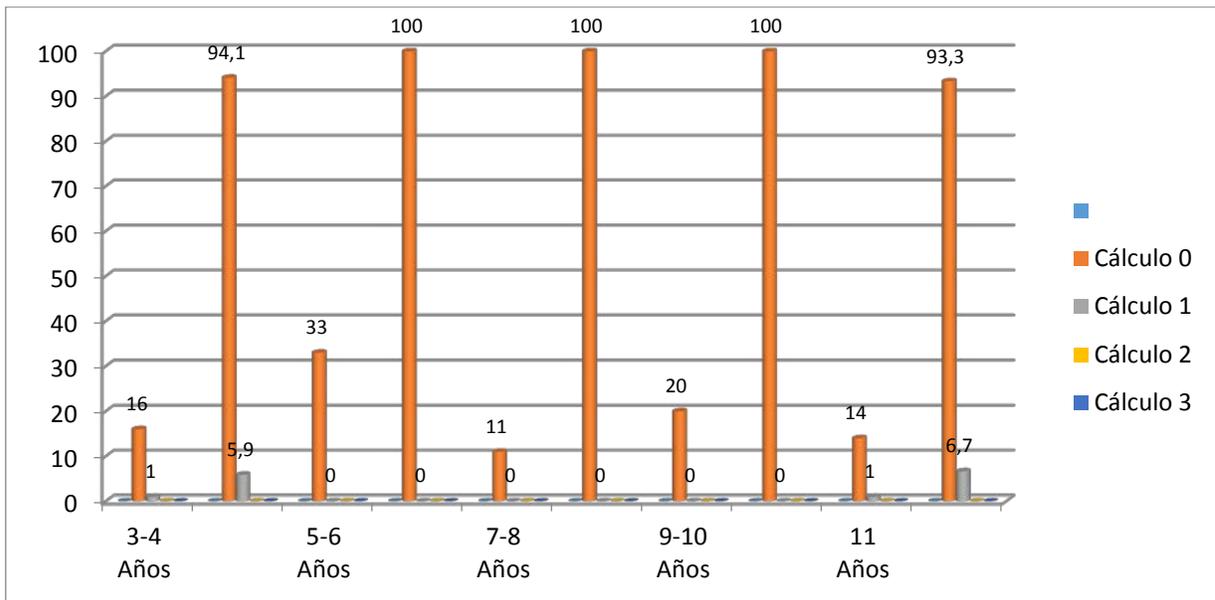
Según detalla Bascones (2009, p. 91) en su libro *Periodontología clínica e implantología oral*, primera edición: “se trata de un material blando que se adhiere al diente, compuesto por microorganismos y sus productos bacterianos, y que no es fácilmente eliminado por enjuagatorios con agua. Las bacterias se encuentran unidas entre sí por una sustancia intermicrobiana. Es el primer agente etiológico de la gingivitis y de la periodontitis”. Véase en página 38

Como se puede observar en los resultados de la investigación, el 87.5% de los niños que visitaron el departamento de odontología del SCS Lodana, presentan un índice de placa 1; mientras que el 12.5% restante presentan un nivel de placa bacteriana 2.

CUADRO Y GRÁFICO N°6

Índice de cálculo dental presente en los niños atendidos en el Sub-Centro de Salud de Lodana.

Cálculo	3-4 Años		5-6 Años		7-8 Años		9-10 Años		11 Años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	16	94,1%	33	100%	11	100%	20	100%	14	93,3%
1	1	5,9%	0	0%	0	0%	0	0%	1	6,7%
2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	17	100%	33	100%	11	100%	20	100%	15	100%



Fuente: Fichas odontológicas basadas en las historias clínicas de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

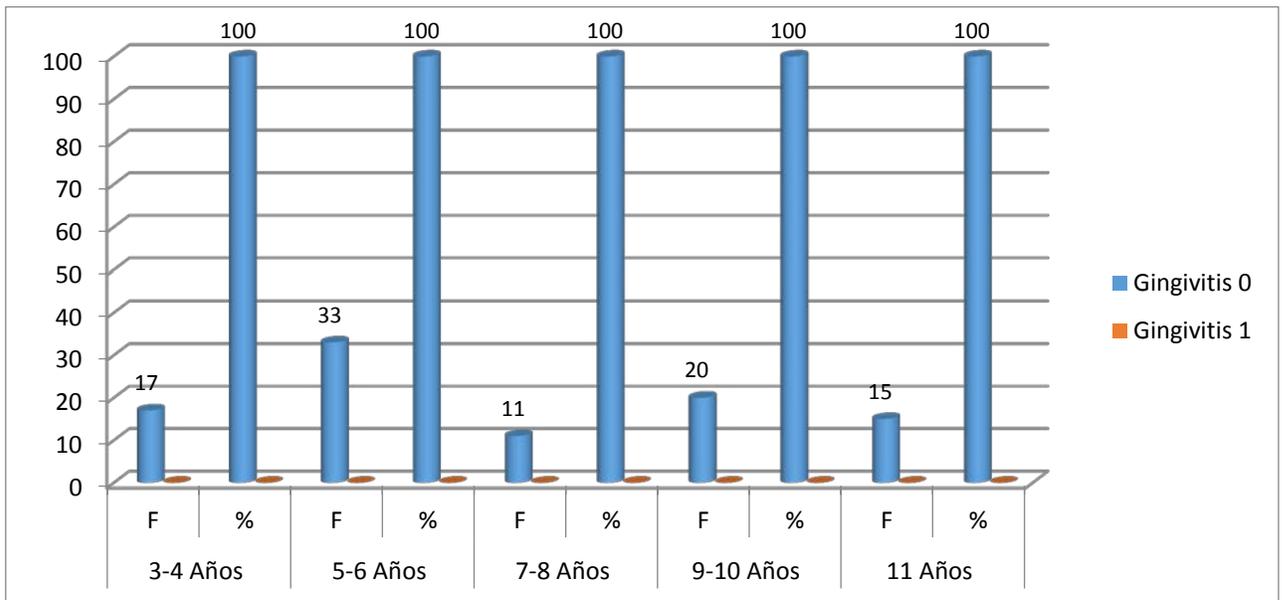
El gráfico N°6 demuestra el promedio de cálculo dental presente en las cavidades bucales de los niños que fueron atendidos por primera vez en el Sub-Centro de Salud de Lodana; describiendo que en 17 niños de 3 a 4 años, 16 presentan índice de cálculo 0, siendo el 94.1% y 1 presentó índice de cálculo 1, siendo el 5.6%; en 33 niños de 5 a 6 años, los 33 presentan índice de cálculo 0, representando el 100%; en 11 niños de 7 a 8 años de edad, 11 presentaron índice de cálculo 0, siendo el 100%; en 20 niños de 9 a 10 años de edad, 20 presentaron índice de cálculo 0, equivalente al 100%; y de los 15 niños de 11 años de edad 14 presentaron índice de cálculo 0, equivalente al 93.3%; y solo 1 presentó calculo 1 siendo el 6.7%

Como se puede observar en los resultados de la investigación, el 98% de los niños que visitaron el departamento de odontología del SCS Lodana, presentan un índice de cálculo dental de 0; mientras que el 2% sobrante presenta un nivel de cálculo dental de 1.

CUADRO Y GRÁFICO N°7

Índice de gingivitis presente en los niños atendidos en el Sub-Centro de Salud de Lodana.

Gingivitis	3-4 Años		5-6 Años		7-8 Años		9-10 Años		11 Años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	17	100%	33	100%	11	100%	20	100%	15	100%
1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	17	100%	33	100%	11	100%	20	100%	15	100%



Fuente: Fichas odontológicas basadas en las historias clínicas de los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°7 demuestra que los niños que fueron atendidos por primera vez en el Sub-Centro de Salud de Lodana; no presentan gingivitis de consideración en sus cavidades bucales, pero si existen pequeños indicadores, los cuales no alcanzan si quiera un nivel de 0.5.

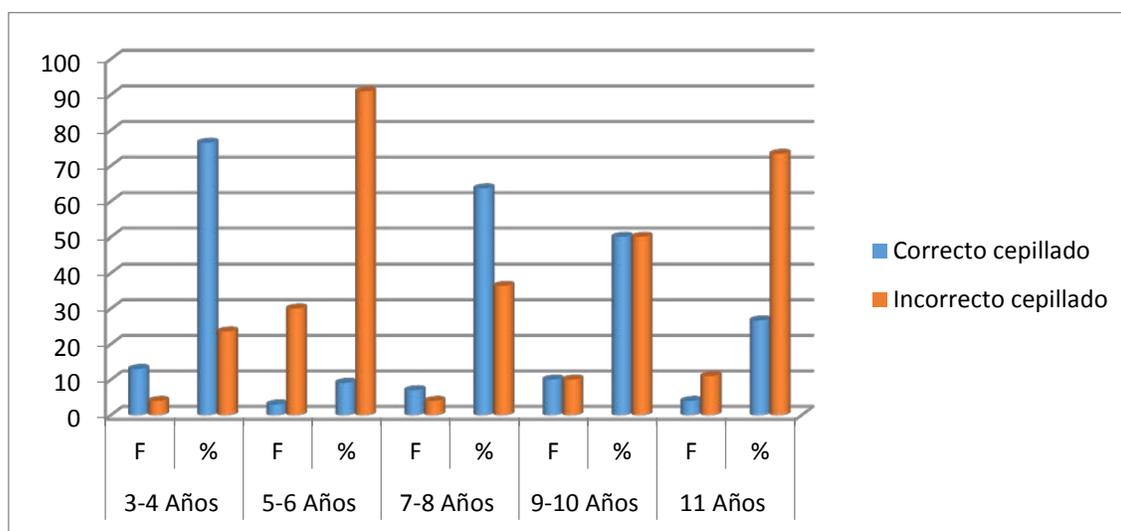
Bascones (2009, pp. 92-93-94-95-96) comenta en su libro *Periodontología clínica e implantología oral*, primera edición que: "...una inflamación de las encías, llamado tambien gingivitis, causada principalmente por los gram negativos anaerobios, los cuales conforman un 25% de la placa acumulada en el surco. Esta patología según el autor, se da por la falta de medidas de aseo bucal, principalmente la falta del cepillado dental. Se acota tambien que esta condición es reversible cuando se incorporan dichas medidas". Véase en página 39

Como se evidencia, el 100% de los niños (96) atendidos, están libres de cualquier afección gingival.

4.1.3. CUADROS Y GRÁFICOS DE LA MATRÍZ DE OBSERVACIÓN REALIZADAS A LOS NIÑOS ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ EN EL SUB-CENTRO DE SALUD LODANA.

**CUADRO Y GRÁFICO N°1
Técnica de cepillado dental**

Alternativas	3-4 Años		5-6 Años		7-8 Años		9-10 Años		11 Años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Correcto cepillado	13	76,5	3	9,1	7	63,6	10	50	4	26,7
Incorrecto cepillado	4	23,5	30	90,9	4	36,4	10	50	11	73,3
Total	17	100	33	100	11	100	20	100	15	100



Fuente: Matriz de observación aplicadas a los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.
Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N°1 nos demuestra que de 17 niños de 3 a 4 años de edad, 13 se cepillan correctamente los dientes, es decir el 76.5%, mientras que 4 no lo hacen, representando el 23.5%; de 33 niños con una edad de entre 5 a 6 años, solamente 3 se cepillan eficazmente los dientes, es decir un 9.1%, mientras que los otros 30 no lo hacen así, ellos son el 90.9%; de los 11 niños de edad entre 7 a 8 años, 7 si se cepillan correctamente los dientes, equivalentes al 63.6%, mientras que los otros 4 no lo realizan bien, ellos son el 36.4%; de los 20 niños de 9 a 10 años de edad, 10 si se cepillan correctamente (50%) y los otros 10 no (50%). Y de los 15 niños de 11 años, solo 4 realizan un buen cepillado dental, es decir el 26.7%, a comparación de los otros 11 que no lo hacen correctamente, ellos equivalen al 73.3%.

Castillo (2011, p. 115) en su libro *Estomatología pediátrica*, primera edición, indica que: “El cepillado debe estar enmarcado en una técnica simplificada que se base en la remoción de la placa bacteriana y su facilidad de desarrollo, bajo esta premisa tenemos que el cepillado debe comprender la limpieza de las caras oclusales con movimientos horizontales y terminar con un movimiento vertical desde las encías hacia el borde incisal de los dientes”. Véase en página 31

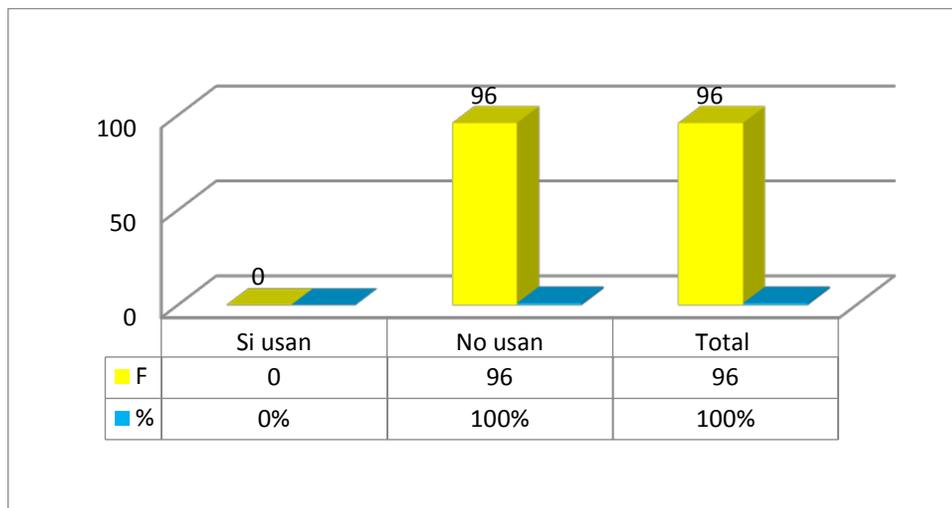
El cepillado que la mayoría de los niños realizan no se enmarca bajo ningún parámetro indicado por profesionales, más bien se lo hace de una manera innata que busca remover restos alimenticios de sus dientes con los movimientos que sean necesarios. Se puede notar que 37 niños si realizan un correcto cepillado a sus

piezas dentales, representando el 38.5%; mientras que el 61.5%, es decir, 59 niños, no realizan eficazmente el cepillado dental.

CUADRO Y GRÁFICO N°2

Uso del hilo dental

Alternativas	F	%
Si usan	0	0%
No usan	96	100%
Total	96	100%



Fuente: Matriz de observación aplicadas a los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro N°2 se observa que de los niños que fueron atendidos por primera vez en el Sub-Centro de Salud de Lodana; la totalidad de la muestra estudiada no usa la seda dental, es decir el 100%.

Castillo (2011, pp. 115-116) también indica, en el libro de *Estomatología pediátrica*, primera edición, que: “El uso de hilo dental, es una medida más para prevenir el aumento de los niveles de caries, pues se enfoca estrictamente en las lesiones que se dan en las zonas interproximales”. Véase en página 34

Mientras que el sitio electrónico childrens national (2009), recomienda utilizar el hilo dental por lo menos una vez al día, por lo menos durante dos o tres minutos.

Recuperado de <http://childrensnational.staywellsolutionsonline.com/Spanish/Pediatric/Dental/90,P049>
55. Véase en página 35

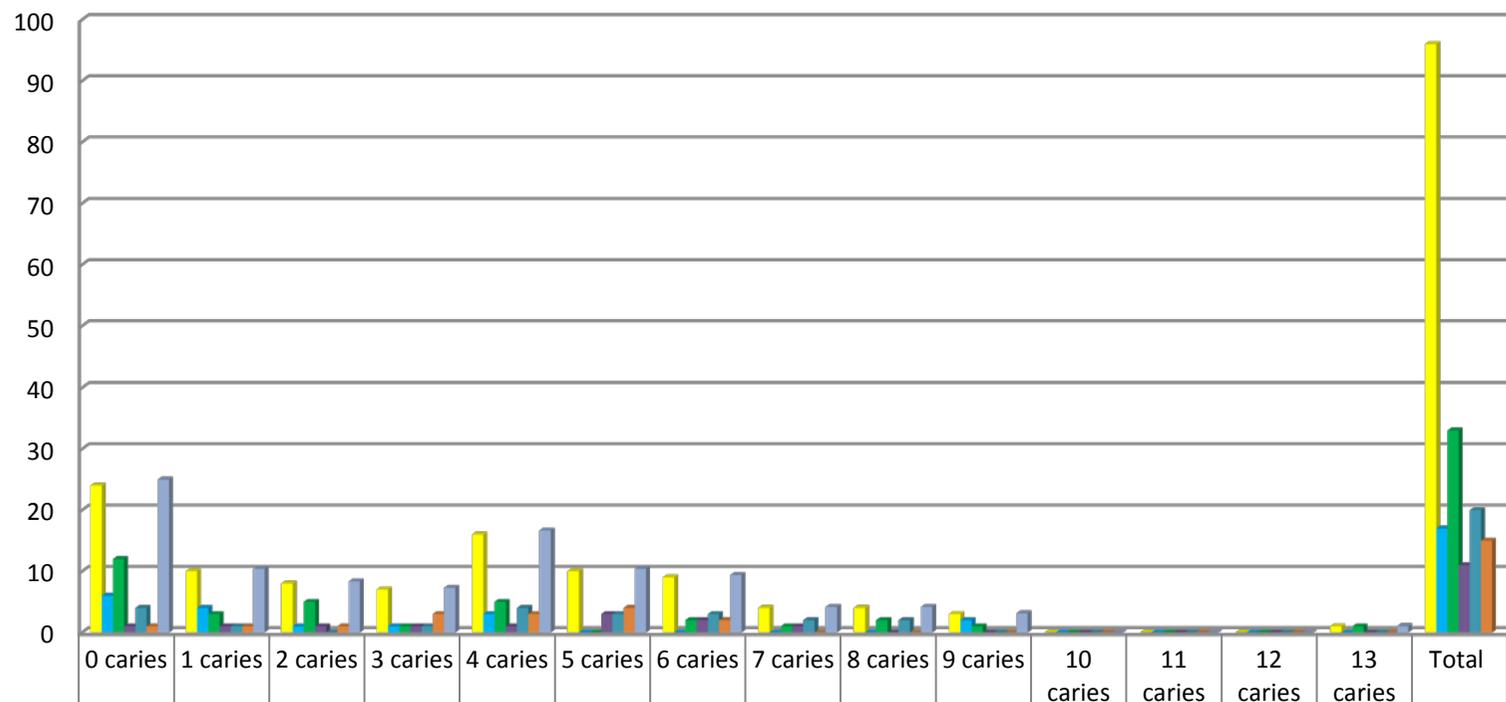
Quizás este implemento de aseo dental no está al alcance de la población estudiada, debido a factores económicos, pues existen otras necesidades con mayores prioridades.

.1.4. CUADROS Y GRÁFICOS COMPARATIVOS DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.

CUADRO Y GRÁFICO N°1

Prevalencia de la caries dental relacionada con la edad de la primera visita al odontólogo.

Alternativas	F	3 a 4 años	5 a 6 años	7 a 8 años	9 a 10 años	11 años	%
0 caries	24	6	12	1	4	1	25,0%
1 caries	10	4	3	1	1	1	10,4%
2 caries	8	1	5	1	0	1	8,3%
3 caries	7	1	1	1	1	3	7,3%
4 caries	16	3	5	1	4	3	16,7%
5 caries	10	0	0	3	3	4	10,4%
6 caries	9	0	2	2	3	2	9,4%
7 caries	4	0	1	1	2	0	4,2%
8 caries	4	0	2	0	2	0	4,2%
9 caries	3	2	1	0	0	0	3,1%
10 caries	0	0	0	0	0	0	0,0%
11 caries	0	0	0	0	0	0	0,0%
12 caries	0	0	0	0	0	0	0,0%
13 caries	1	0	1	0	0	0	1,0%
Total	96	17	33	11	20	15	
%		18%	34%	11%	21%	16%	100%
Niños con caries		11	21	10	16	14	



F	24	10	8	7	16	10	9	4	4	3	0	0	0	1	96
17 niños de 3 a 4 años	6	4	1	1	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	17
33 niños de 5 a 6 años	12	3	5	1	5	0	2	1	2	1	0	0	0	1	33
11 niños de 7 a 8 años	1	1	1	1	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	11
20 niños de 9 a 10 años	4	1	0	1	4	3	3	2	2	0	0	0	0	0	20
15 niños de 11 años	1	1	1	3	3	4	2	0	0	0	0	0	0	0	15
%	25,0	10,4	8,3	7,3	16,7	10,4	9,4	4,2	4,2	3,1	0,0	0,0	0,0	1,0	

Fuente: Ficha odontológicas aplicadas a los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro comparativo # 1, nos indica que en un total de 96 niños, se encontró que 24 de ellos no presentan caries dental alguna, lo que representa el 25% de la población estudiada; de esos 24, 6 son de entre 3 a 4 años de edad, 12 de 5 a 6 años, 1 de entre 7 a 8 años, 4 de entre 9 a 10 años y 1 de 11 años de edad. Se puede apreciar también que 10 niños presentaron 1 caries cada uno, representando el 10,4%; de ellos 4 están dentro del grupo etario de entre 3 a 4 años, 3 de entre 5 a 6 años, 1 de entre 7 a 8 años, 1 de entre 9 a 10 años y 1 de 11 años.

En cuanto a los niños que presentan dos caries por persona, estos son 8, los cuales representan el 8,3%; de ellos 1 están dentro del grupo etario de 3 a 4 años, 5 son de entre 5 a 6 años, 1 es del grupo de entre 7 a 8 años y 1 es de 11 años. En tanto los niños que presentaron 3 caries cada uno son 7, los que representan el 7,3% de la población estudiada, de 1 de ellos la edad fluctúa entre los 3 a 4 años, otro de entre los 5 a 6 años, otro de entre los 7 a 8 años, otro de entre los 9 a 10 años y 3 son de 11 años.

Los niños que presentaron 4 caries fueron 16, los cuales representan el 16,7%, de ellos 3 son de entre 3 a 4 años de edad, 5 de entre 5 a 6 años, 1 de entre 7 a 8 años de edad, 4 de entre 9 a 10 años y 3 de 11 años de edad. En tanto los niños que presentaron 5 caries por persona son 10, los que equivalen al 10,4% de los niños estudiados, de ellos 3 son de edad entre los 7 a 8 años, 3 de entre 9 a 10 años y 4 son de 11 años de edad.

De los niños que presentaron 6 caries en boca tenemos a 9 niños con esta condición, ellos representan el 9,4% de la muestra estudiada, la edad de 2 de

ellos están dentro de los 5 a 6 años, 2 de 7 a 8 años, 3 de 9 a 10 años y 2 de 11 años de edad. Los niños que presentaron 7 caries por persona fueron 4, los que representan el 4,2%, de ellos 1 tiene edad de entre 5 a 6 años, 1 tiene edad de entre los 7 a 8 años y 2 poseen una edad de entre los 9 a 10 años.

Aquellos niños que poseen 8 caries son 4, de los cuales 2 tienen edad de entre los 5 a 6 años y 2 de entre los 9 a 10 años, ellos representan el 4,2%. Los niños que se les observó 9 caries en boca fueron 3, de ellos 2 poseen una edad de entre los 3 a 4 años 1 con edad de entre 5 a 6 años; ellos equivalen al 3,1% de la muestra de estudio.

Ningún infante presentó un índice de 10, 11 o 12 en cuanto a caries se refiere; la presencia de 13 caries en boca solo fue detectada en un niño cuya edad va de los 5 a los 6 años.

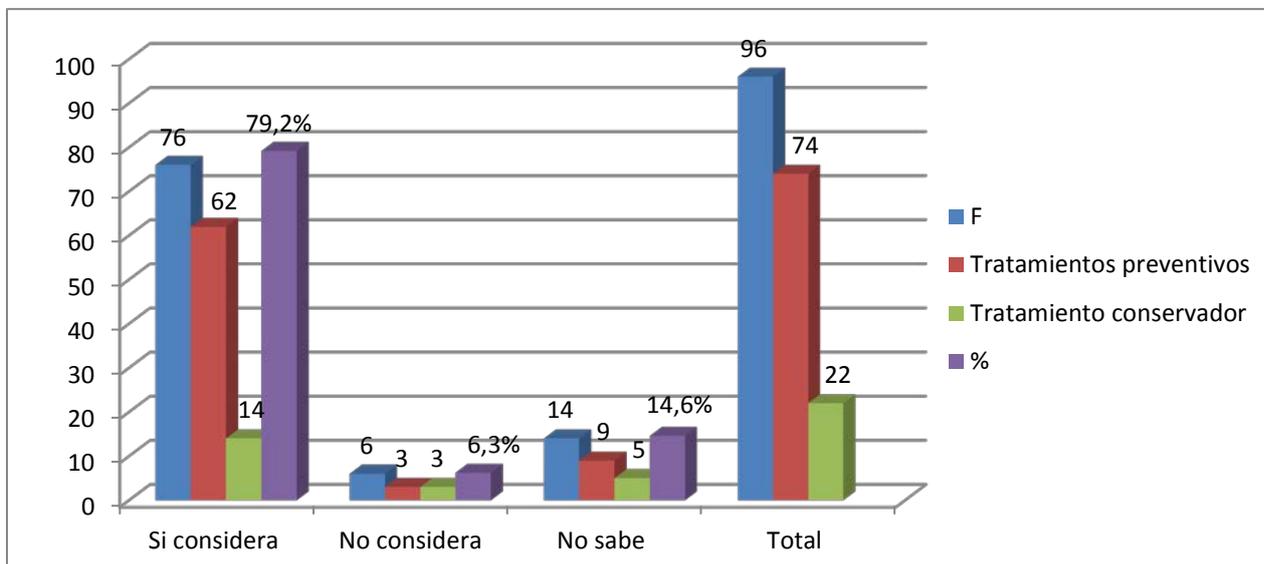
Como lo señala López (2010, p. 172) en su libro *Odontología para la higiene oral*, “los índices son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la prevalencia con que se presentan determinadas enfermedades o situaciones en una comunidad, pueden incluir una indicación del grado de severidad de la enfermedad o situación...deben también realizarse y utilizarse como un factor de motivación al paciente, ya que él puede observar cómo va mejorando su salud oral...la suma de estas posibles circunstancias determina el índice del individuo. Si se quiere definir este índice en un grupo poblacional, se debe promediar, sumando los índices individuales y dividiéndolo por el número total de individuos examinados”. Véase en página 49

Así tenemos que entre los 96 niños estudiados, los que mayor presencia de caries tuvieron fueron los niños cuyas edades fluctúan entre 5 a 6 años, con 21 niños con más de una caries; luego le siguen los de entre 9 a 10 años de edad, con 16 niños con más de 1 caries cada uno; a continuación están los de 11 años de edad, con 14 niños con caries en sus bocas; y por último están los de entre 3 a 4 años y los de 7 a 8 años de edad con 11 y 10 niños con caries respectivamente.

CUADRO Y GRÁFICO N°2

Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres de familia relacionada con la aplicación de tratamientos preventivos en sus hijos.

Alternativas	F	Tratamientos preventivos	Tratamiento conservador	%
Si considera la caries como una enfermedad	76	62	14	79.2%
No considera la caries como una enfermedad	6	3	3	6.3%
No sabe	14	9	5	14.6%
Total	96	74	22	
%		77.1%	22.9%	100%



Fuente: Encuestas y Fichas odontológicas realizadas a los padres de familia y a los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.

Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro comparativo # 2, correspondiente al nivel de conocimiento de prevención de salud oral de los padres relacionado con los tratamientos aplicados a sus hijos en la primer consulta odontológica, nos indica que de 76 padres de familia que si consideran la caries como una enfermedad, 62 de sus hijos fueron sometidos a tratamientos preventivos como la profilaxis, aplicación de flúor y sellantes, y a los 14 restantes se les realizaron restauraciones como medidas conservadoras, representando el 79.2%. De los 6 padres de familia que no consideran las caries como una patología, 3 de sus niños se les aplico tratamientos preventivos y a los otros 3 tratamientos conservadores, ellos representan el 6.3%. Mientras que de los 14 padres que no supieron responder si consideran o no a la caries como una enfermedad, 9 de sus hijos recibieron tratamientos preventivos y a 5 se les realizaron restauraciones, ellos equivalen al 14.6%.

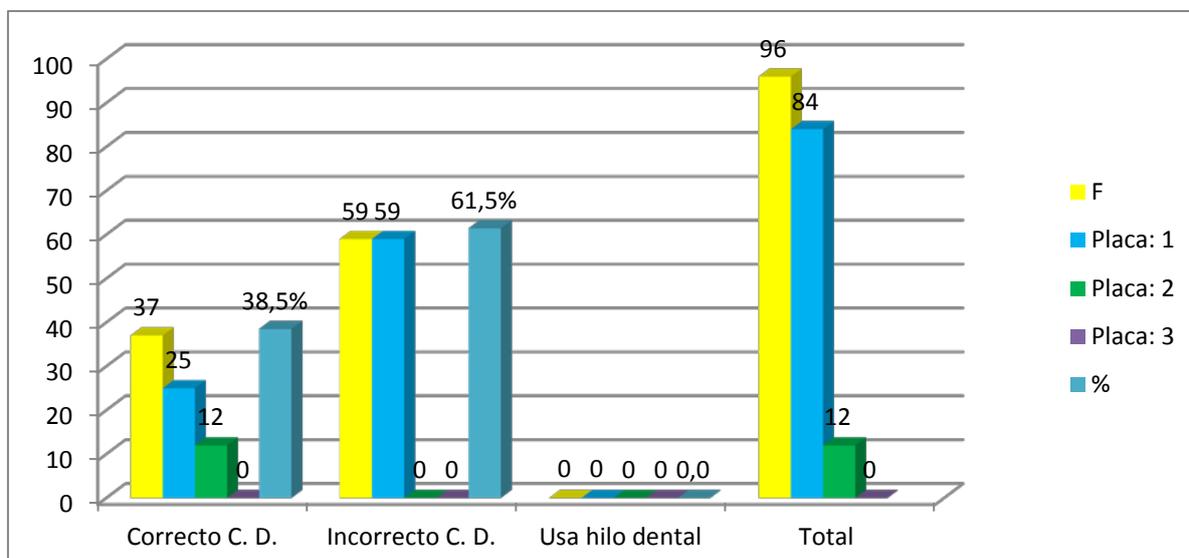
Como lo indica Saleté (2009, p. 76) en su libro *Salud bucal del bebe al adolescente*: “los padres que no reciben orientación preventiva, generalmente tienden a la negligencia de los cuidados bucales de sus hijos. Ellos deben estar conscientes de que los hábitos de higiene y estimulación son indispensables para la buena salud bucal”. Véase en página 37

Mientras que Enrile (2009, p. 47), en su libro *Manual de higiene bucal*, indica que “la prevención abarca las medidas encaminadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino tambien a detener su progresión y a reducir sus consecuencias”. Véase en página 15

Así tenemos que la mayoría de padres, es decir un 79.2%, si consideran la caries como una patología, también se pudo evidenciar que la aplicación de tratamientos preventivos como la profilaxis y aplicación de flúor y sellantes se realizó en un 77.1% de los niños atendidos, indicando que estos valores van afortunadamente de la mano. Los valores de tratamientos restaurativos y de desconocimiento de la caries como una entidad patológica, también van a la par.

CUADRO Y GRÁFICO N°3
Incidencia de placa bacteriana relacionada con la deficiente higiene oral de los niños.

Alternativas	F	Nivel de Placa: 1	Nivel de Placa: 2	Nivel de Placa: 3	%
Correcto cepillado dental	37	25	12	0	38.5%
Incorrecto cepillado dental	59	59	0	0	61.5%
Usa hilo dental	0	0	0	0	0%
Total	96	84	12	0	
%		87.5%	12.5%	0%	100%



Fuente: Fichas odontológicas realizadas a los niños que fueron atendidos por primera vez en el SCS Lodana.
Elaborado por: Juan Pablo Molina Núñez.

ANALISIS E INTERPRETACION

El gráfico y cuadro comparativo # 3, correspondiente a la incidencia de placa bacteriana en las cavidades orales de los niños y de los hábitos de higiene oral que poseen los mismos, nos indica que existen 37 niños que si aplican un correcto cepillado dental, a pesar de aquello, 25 de ellos presentan un índice de placa bacteriana de 1 y los otros 12 presentan un índice de placa de 2; ellos representan el 38.5% de la muestra. Los niños que no realizan un correcto cepillado dental suman un total de 59, los cuales todos presentan índice de placa 1, ellos representan el 61.5% de la muestra. Y lamentablemente del 100% de los niños estudiados, ninguno utiliza seda dental como habito de higiene.

Como señala Bascones (2009, p. 91) acerca de la placa bacteriana en su libro *Periodoncia clínica e implantología oral*: “se trata de un material blando que se adhiere al diente, compuesto por microorganismos y sus productos bacterianos, y que nos es fácilmente eliminado por enjuagatorios con agua. Las bacterias se encuentran unidas entre sí por una sustancia intermicrobiana. Es el primer agente etiológico de la gingivitis y de la periodontitis”. Véase en página 38

Wolf (2008, p. 228) en relación al cepillado dental en su libro *Atlas a color de periodontología* indica que: “varios han sido los métodos propuestos y establecidos para un correcto cepillado dental, pero todos son olvidados fácilmente, entre ellos, destaca los que incluyen movimientos vibratorios, ondulantes y circulatorios; esto se da porque, más importante que la técnica, es la eficacia con la que se realice la limpieza, convirtiéndolo en sistemático sin causar injuria alguna a los tejidos duros y blandos”. Véase en página 32

Es así que se encuentra un porcentaje elevado de placa bacteriana en los niños atendidos en el SCS Lodana, el cual no contrasta con la incorrecta técnica de cepillado dental que presentan los mismos niños, pues el medio eficaz para la eliminación de esta bio-película es mediante un correcto cepillado dental, ayudado con el uso de la seda dental, la cual no es usada por ninguno de los niños estudiados en esta investigación.

4.2. CONCLUSIONES

- Se determinó, mediante las fichas de observación que los niños que visitan el SCS Lodana por primera vez a edades que sobrepasan lo recomendable, presentan una alta prevalencia de caries, no así los niños que asistieron a una edad aceptable.
- Se concluye que al analizar el nivel de conocimiento en materia de prevención de salud oral de los padres de familia, este es aceptable, ya que un 79.2% de ellos conoce acerca de las caries, pudiéndola catalogar como una enfermedad que afecta al organismo y que como tal, si no es controlada a tiempo y con la participación de otros factores como la mala higiene dental, podría volverse crónica.
- Se pudo verificar también qué tratamientos fueron aplicados en la primer consulta, es así que entre los 96 niños estudiados, de 3 a 11 años de edad, 74 de ellos recibieron tratamientos preventivos durante su primera visita y a los 22 restantes se les tuvo que realizar tratamientos restaurativos.
- Se pudo establecer que existen deficiencias en los hábitos de higiene oral en los 96 niños estudiados, pues ninguno de ellos usa la seda dental y solo 37 de ellos se cepillan correctamente los dientes; dejando en evidencia la alta incidencia de placa bacteriana en sus cavidades orales.
- Se hace énfasis en que la edad a la que los niños acuden por primera vez al odontólogo si influye en sus indicadores epidemiológicos. Por tal razón, se cree necesario establecer un programa de educación y concientización para

la salud bucal, para así motivar a los padres a que lleven a temprana edad a sus hijos a la consulta odontológica.

4.3. RECOMENDACIONES

- Por la investigación realizada se recomienda que las visitas al odontólogo se deben realizar a muy temprana edad, con el fin de evitar que el niño vea como extraña la consulta odontológica y tienda a causarle temor el simple hecho insinuarle una visita al odontólogo.
- Los índices epidemiológicos se elevarán si el niño acude a edades altas a la consulta, se recomienda visitar la consulta odontológica incluso si el niño no presenta diente alguno.
- Se invita a los padres para que se interesen más por la salud oral de ellos y de sus niños, asistiendo a los subcentros de salud, donde pueden consultar sobre técnicas y elementos para una buena salud bucal.
- Se recomienda visitar el departamento de odontología por motivos preventivos, es decir en busca de una aplicación de flúor o una profilaxis, ya que la mayoría de las personas lo hacen en busca de un tratamiento “aliviador”.

BIBLIOGRAFÍA

- BEZERRA DA SILVA, L.A. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Colombia: Editorial Amolca.
- BASCONES, A. (2009). *Periodoncia clínica e implantología oral*. Madrid: Ediciones Avances Medico- Dentales, S.L.
- BERRY, E. (2012). *Periodoncia*. 6ta edición. Barcelona: Elsevier.
- BOJ-QUESADA, J. (2010). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. Madrid: Editora Ripano.
- BORDONI, N, ESCOBAR, A& CASTILLO R. (2010). *Odontología pediátrica: La Salud Bucal del Niño al Adolescente en el Mundo Actual*. Primera edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- CAMERON, A. & WIDMER R. (2010). *Manual de odontología pediátrica*. (3era edición). Barcelona: Elsevier.
- CARRANZA, F. (2010). *Periodontología clínica*. 10ma edición. México DF: McGraw Hill.
- CASTILLO, R. (2011). *Estomatología Pediátrica*. Madrid: Editorial Ripano.
- ENRILE, F. (2009). *Manual de higiene bucal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana C.A.
- FERREIRA, P. (2010). *Atlas de odontopediatría*. Madrid: Ripano S.A.
- GÓMEZ, M. & CAMPOS, A. (2009). *Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental*. Tercera edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- GUEDES, A. BONECKER, M & DELGADO, C. (2011). Sao Paulo: Editorial Santos.
- GUTIERREZ, E. (2009). *Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica*. Madrid: Editex S.A.

HIGASHIDA, B. (2009). *Odontología Preventiva*. 2da edición. México DF.: MC Graw Hill.

KOCH, G. & POULSEN, S. (2011). *Odontopediatría Abordaje Clínico*. Segunda edición. Caracas: Editorial Amolca.

LINDHE, J. (2008). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. (5ta edición). Madrid: Editorial Medica Panamericana.

LÓPEZ, J. (2010). *Odontología para la Higiene oral*. Bogotá: Editorial Zamora Editores LTDA.

MARÍN AGUDELO, A. (2008). *Manual de Pediatría Ambulatoria*. Primera edición. Bogotá: Editorial Medica Panamericana.

MARTIN, C. (2008). *Vigilancia epidemiológica en salud bucodental*. Málaga: Vértice.

PALMA CÁRDENAS & SÁNCHEZ AGUILERA F. (2010). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. Madrid: Editorial Thomson Paraninfo.

PIRES, M. (2009). *Odontopediatría en la primaria infancia*. Sao Paulo: Editorial Santos.

REDONDO, C. GALDO, G & GARCIA, M. (2008). *Atención al Adolescente*. España: Editora Publican.

SALETE, P. SCHMITT, R. & KIM S. (2009). *Salud Bucal del Bebe al Adolescente*. Sao Paulo: Editorial Santos.

TELLO, A. (2010). *Manual de odontología pediátrica*. 4ta edición. Madrid: Editorial Elsevier.

WOLF, H. (2008). *Atlas a color de periodontología*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

BIBLIOGRAFÍA EN LA WEB

An Update On Oral Hygiene Products And Techniques. En: Dental nursing. (2011). Recuperado de <http://web.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c058957d-04fe-4909-bbfb-3614eef1e5af%40sessionmgr112&vid=7&hid=106>

AZAM, Saima. (2011) Distribution of dental caries and its relationship to risk factors. En: Pakistan oral and dental journal. Recuperado de <http://web.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c058957d-04fe-4909-bbfb-614eef1e5af%40sessionmgr112&vid=11&hid=106>>

BARRAGÁN, Alicia. (2009) Estudio longitudinal prospectivo del comportamiento de escolares mediante limpieza supervisada y motivación para la prevención de caries dental en la escuela Ilaló de Tumbaco. Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/971/1/90855.pdf>

CAMPOS, Flor. (2003) Impacto de una Intervención Educativa, en el Proceso Salud – Enfermedad Bucodental, de niños y niñas menores de 5 años de Tacares de Grecia y Palmares de Alajuela, Costa Rica. Recuperado de <http://www.latindex.ucr.ac.cr/odontos-11/odontos-11-04.pdf>

CHAMORRO, Mariela. (2009) Evaluación del potencial cariogénico de los elementos contenidos en las loncheras de preescolares el centro educativo ecológico trilingüe Gonzales Rúaes Benalcázar. Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/536/1/91209.pdf>

CHICAIZA Alexandra. (2011) Programa de salud oral para la prevención de caries dental dirigido a escolares del sector rural del cantón Salcedo. Recuperado de <http://rapi.epn.edu.ec/?page=record&op=view&path%5B%5D=70276>

AKIN Louise. (2009) Childrens National. Recuperado de <http://childrensnational.staywellsolutionsonline.com/Spanish/Pediatric/Dental/90,P04955>

Ecu Red. Recuperado de:
http://www.ecured.cu/index.php/Cepillo_dental#Vamos_paso_por_paso
ELBA, Maeda. (2010) Flujo y capacidad amortiguadora salival en dos grupos de sujetos de 6 a 11 años de edad con bajo y alto índice de dientes careados, perdidos y obturados. En: Dossier salud pública y epidemiología en odontología. Recuperado de
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/1041>

FERNÁNDEZ, Claudia. (2010) Caries de la infancia temprana, demanda de atención odontológica y percepción parental de salud bucal en preescolares de riesgo social del Gran Mendoza. En: Facultad de Odontología: área odontopediatra. Recuperado de
<http://web.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c058957d-04fe-4909-bbfb-3614eef1e5af%40sessionmgr112&vid=9&hid=106>

GUDIÑO Silvia. 2006, Caries de la Temprana Infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo. Recuperado de
<http://www.latindex.ucr.ac.cr/odontos-8/odontos-8-07.pdf>

MARTINEZ Lina. 2010, Prevalencia de fluorosis y experiencia de caries dental en un grupo de escolares en el área urbana del Municipio de Yondó (Antioquia, Colombia), 2010. Recuperado de
dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3696407.pdf

Odontología Dental (en línea).
<http://odontologiadental.com/enfermedades/%C2%A1no-quiero-ir-al-dentista-odontofobia>>

ROJAS, Raúl. (2001). Estudio epidemiológico de la caries según el índice c.e.o.d y C.P.O.D. en preescolares y escolares de la comuna de Rio Hurtado, IV región. Recuperado de
<http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20abril%202001/PDF%20ABRIL%202001/Estudio%20Epidemiologico%20de%20las%20Caries..%20.pdf>

REJÓN Peraza. 2009, Indicadores de Salud oral en escolares, Catmis, Yucatán. Recuperado de <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p39.pdf>

DRAPER, C. (2011). Pediatric oral health – Care considerations for dental hygiene. En: CDHA Journal. Recuperado de http://www.cdha.org/downloads/ce_courses/homestudy_PediatricOralHealth.pdf

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Mejoramiento de la higiene bucal de los pacientes que se atienden en el SCS Lodana.

5.2. JUSTIFICACIÓN

Luego de los resultados obtenidos de la investigación de campo efectuada en el Sub-Centro de Salud de Lodana, se evidencia un elevado índice de los indicadores epidemiológicos en niños cuyas edades oscilan entre los 3 y 11 años de edad.

Teniendo como premisa que la salud oral es parte fundamental para una buena salud general, es de mucha importancia realizar una propuesta de tipo educativa – preventiva, para así afrontar las falencias en los padres de familia y lograr así disminuir los indicadores epidemiológicos de los niños.

El proyecto es viable de realizarlo porque está al alcance del investigador, tanto en el aspecto educativo como económico; y es factible porque cuenta con la aceptación y apertura del SCS de Lodana, en especial de la Odontóloga del Departamento Dental de dicho centro de salud.

5.3. OBJETIVOS

5.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Instruir a los pacientes que se atienden en el SCS Lodana sobre cómo mantener una correcta higiene oral.

5.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar a los pacientes que se atienden en el SCS Lodana acerca correctos hábitos de higiene oral.
- Incentivar a los padres de familia para que lleven a sus niños al SCS para que sean atendidos oportunamente.

5.4. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Mediante la investigación realizada se pudo evidenciar que los padres de familia de la parroquia Lodana presentan un superficial conocimiento de cultura preventiva hacia una buena salud oral, repercutiendo esto en los niños, con subsecuentes extracciones dentales, afectándolos incluso en las etapas de dentición mixta; por lo que se estableció esta propuesta para difundir métodos de higiene y prevención a los pacientes, evitando el aumento de los indicadores epidemiológicos.

Se llevó a cabo un programa educativo sobre métodos para prevenir las caries, indicando la importancia de un correcto cepillado dental, uso de enjuagues bucales y el uso del hilo dental, aplicación de flúor y lo importante que es visitar al odontólogo a temprana edad.

Durante el desarrollo del programa educativo, se donó un banner con información referente al tema al SCS Lodana, trípticos de fácil interpretación, se obsequiaron kits para una correcta higiene oral y se impartió charlas para elevar la cultura preventiva en los pacientes que acuden a dicho sub-centro de salud.

5.5. BENEFICIARIOS

Beneficiarios directos: Son los padres de familia y niños que son atendidos en el SCS Lodana.

Beneficiarios indirectos: Los pobladores en general de la parroquia Lodana y el personal que labora en la casa de salud de dicha parroquia.

5.6. DISEÑO METODOLÓGICO

Para logra concretar los objetivos propuestos, es indispensable ir realizando las siguientes actividades de manera coordinadas:

- Reunión con el personal que labora en el Sub-Centro de Salud Lodana.
- Elaboración de un cronograma de trabajo.
- Charlas educativas sobre medidas de prevención de caries e importancia de los elementos de prevención, técnicas de cepillado, uso del hilo dental y enjuagues bucales, tratamientos oportunos.
- Entrega de trípticos con información referente a los temas impartidos.
- Donación del banner informativo.
- Obsequiar los kits de cuidado oral.

5.7. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA				
ACTIVIDADES	ENERO			
	1	2	3	4
Reunión con el personal que labora en el S.C.S. Lodana	X			
Elaboración de un cronograma de trabajo.	X			
Elaboración de la gigantografía		X		
Elaboración de los trípticos		X		
Charlas sobre medidas de prevención de caries				
Charlas sobre la importancia de los elementos de prevención				X
Entrega de trípticos con información de los temas impartidos.				X
Donación del banner informativo				
Obsequiar los kits de cuidado oral				

5.8. PRESUPUESTO

El costo aproximado es de \$ 267.15

RECURSOS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	FUENTE	
					AUTOGESTION	AP. EXTERNO
BANNER	1	Unidad	35.00	35.00	35.00	
FANTOMA	1	Unidad	20.00	20.00	20.00	
TRIPTICOS	125	Unidades	0.30	37.50	37.50	
KITS DE HIGIENE ORAL	25	Unidades	3.20	80.00	80.00	
REFRIGERIOS	25	Unidades	0.80	20.00	20.00	
VIATICOS		Dólar	50.00	50.00	50.00	
Subtotal				242.50	242.50	
Imprevistos				24.65	24.65	
Total				267.15	267.15	

5.9. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta tiene su sostenibilidad en la apertura y disponibilidad del personal que labora en el Sub-Centro de Salud de Lodana, ya que ellos se comprometieron a programar visitas trimestrales a las escuelas del sector, en las cuales se impulsaran las visitas periódicas al departamento de odontología y a colocar el banner donado en un lugar visible para los usuarios; y sin lugar a dudas por las

personas que son atendidas en dicho centro de salud, pues los padres de familia se muestran dispuestos para asistir a las charlas que se dicten en la casa de salud de la parroquia Lodana.

Así mismo se debe estar consiente que pueden surgir imprevistos o limitaciones que alteren la ejecución de la propuesta.

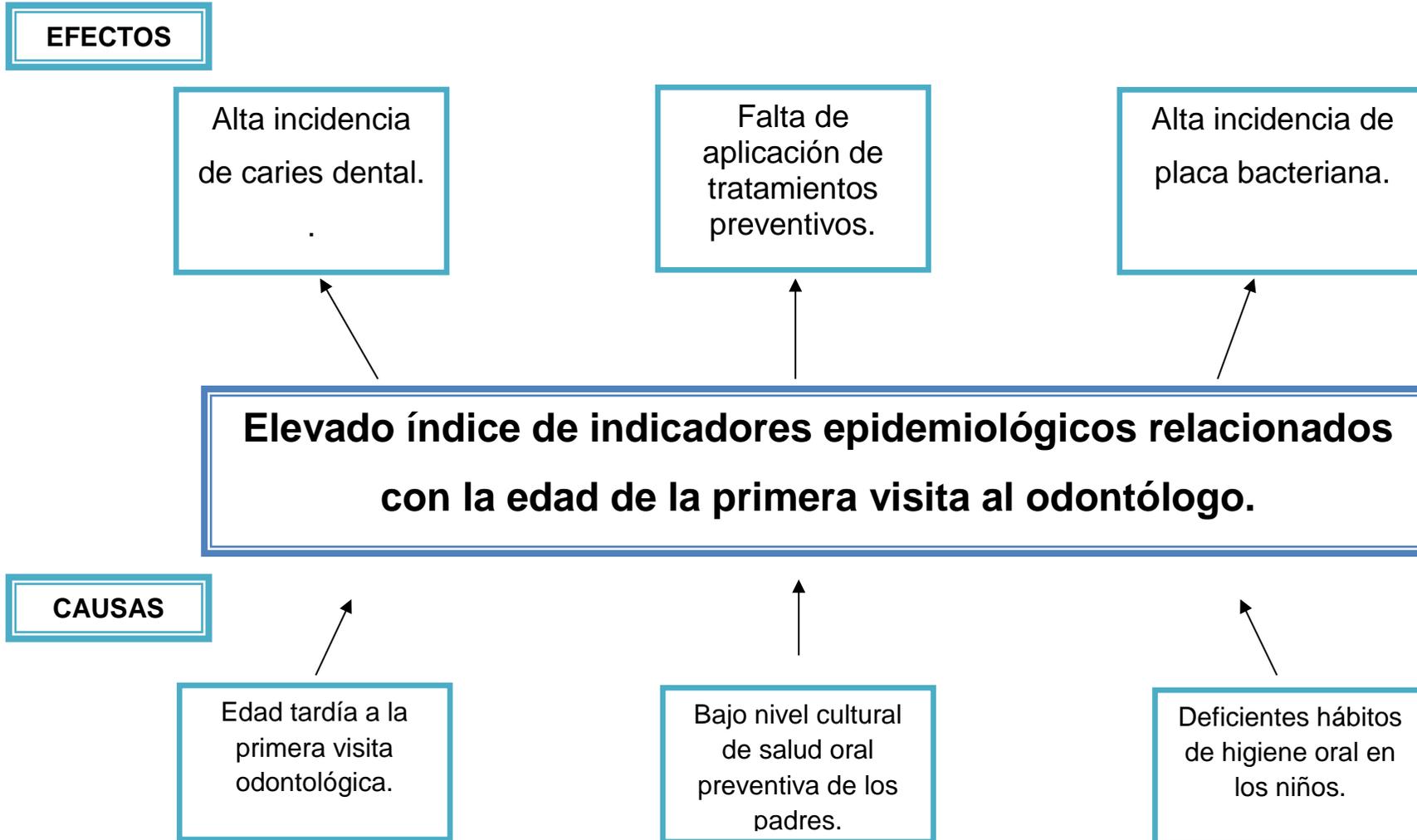
5.10. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada por el autor de la investigación.

ANEXOS

ANEXOS 1

ARBOL DEL PROBLEMA



EFFECTOS

Alta incidencia de caries dental.

Falta de aplicación de tratamientos preventivos.

Alta incidencia de placa bacteriana.

Elevado índice de indicadores epidemiológicos relacionados con la edad de la primera visita al odontólogo.

CAUSAS

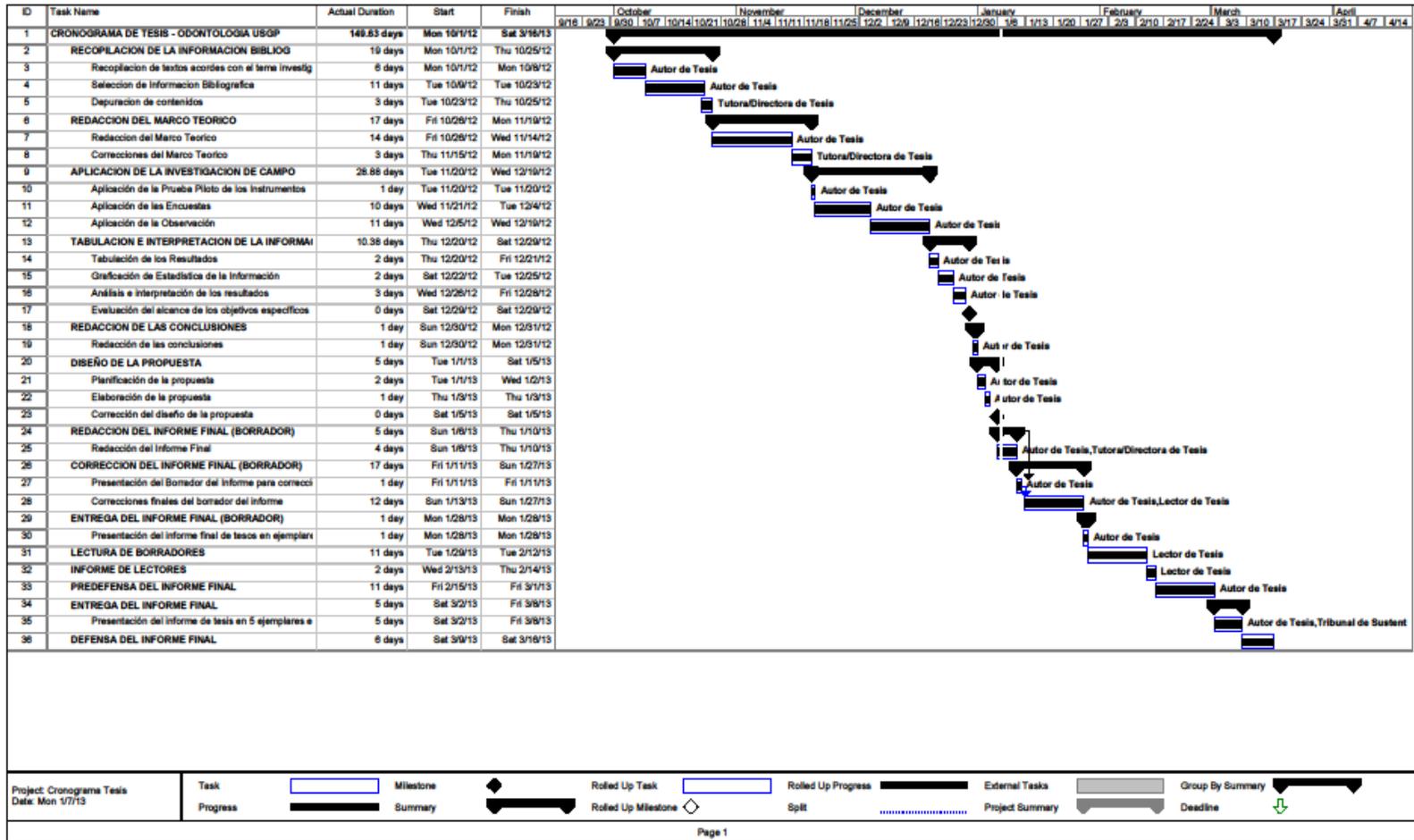
Edad tardía a la primera visita odontológica.

Bajo nivel cultural de salud oral preventiva de los padres.

Deficientes hábitos de higiene oral en los niños.

PRESUPUESTO						
RUBROS	CANT	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	APORTES EXT.
Fotocopias	2000	Unidad	0,03	60	60	xxx
Papel	2	Resma	5	10	10	xxx
Mat. de Oficina		Unidad		15	15	xxx
Viáticos				200	200	xxx
Anillados	3	Unidad	2	6	6	xxx
Empastados	5	Unidad	5	25	25	xxx
<u>SUBTOTAL</u>				316	316	xxx
Imprevistos		10% +		31.60	31.60	xxx
<u>TOTAL</u>				347.60	347.60	xxx

CRONOGRAMA



ANEXOS 2



UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Encuesta dirigida a los padres de familia de los niños que fueron atendidos por primera vez en el Sub Centro de Salud Lodana del Área de Salud #10.

1. ¿Qué medida de prevención considera usted importante para una buena salud oral?

- Cepillarse los dientes
- Visitar al odontólogo
- Usar enjuague bucal
- Ninguno

2. ¿Cuál de estos implementos utiliza usted para su higiene oral?

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Cepillo dental | <input type="checkbox"/> | Hilo dental | <input type="checkbox"/> | Ninguno | <input type="checkbox"/> |
| Todos | <input type="checkbox"/> | Enjuague bucal | <input type="checkbox"/> | | |

3. ¿Cuántas veces en el día cepilla usted sus dientes?

- 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día Nunca

4. Después de ingerir alimentos entre comidas, usted:

- Se cepilla los dientes Se enjuaga la boca Ninguna

5. ¿Todos los miembros de su familia tienen cepillo dental?

- Si No

6. ¿Comparten el cepillo dental en su familia?

No

Si, con 2 personas

Si, con 3 personas

Si, con más de 3 personas

7. ¿Le exige a sus hijos que se cepillen los dientes después de cada comida?

Si

No

A veces

8. ¿Cada que tiempo cambian el cepillo dental en su familia?

3 Meses

6 Meses

1 Año o más

Nunca lo ha cambiado

9. ¿Le enseña usted a sus hijos como deben cepillarse los dientes?

Si

No

A veces

10. ¿Usa hilo dental?

Si

No

A veces

11. ¿Considera usted que la caries es una enfermedad?

Si

No

No sabe

12. ¿Cada que tiempo visita usted al Odontólogo?

Cada 3 Meses Cada 6 Meses Cada 1 Año Nunca

13. ¿Por qué razón trajo a su hijo por primera vez al odontólogo?

Limpieza Dolor

Sacarse algún diente Otros

14. ¿Su hijo sintió temor a la consulta dental?

Mucho

Poco

Nada

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>



UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA ODONTOLÓGICA

Nombres y Apellidos del paciente: _____

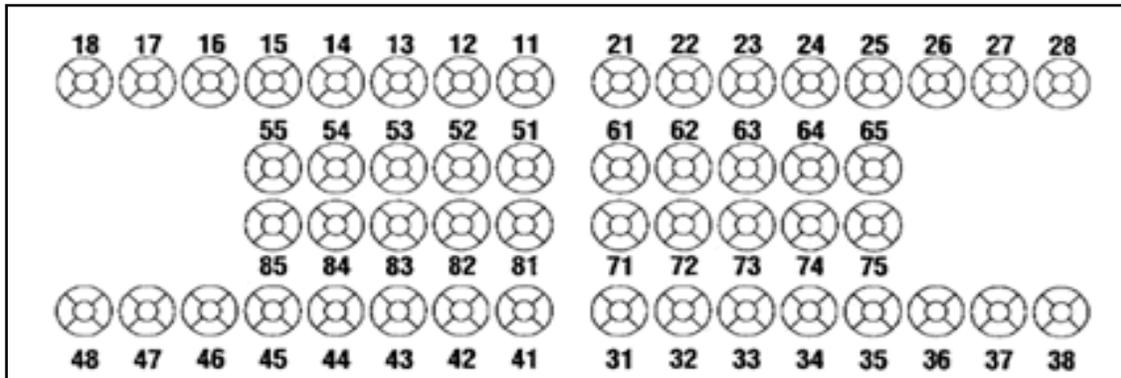
Dirección: _____

Fecha de la consulta: _____ Historia Clínica: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Tratamiento efectuado: _____

ODONTOGRAMA



ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICOS

PIEZAS EXAMINADAS	IHOS		IP
	Placa 0-1-2-3	Cálculo 0-1-2-3	Gingivitis 0-1
16-17-55			
11-21-51			
26-27-65			
36-37-75			
31-41-71			
46-47-85			
TOTALES			

CPO

C

P

O

TOTAL

ceo

c

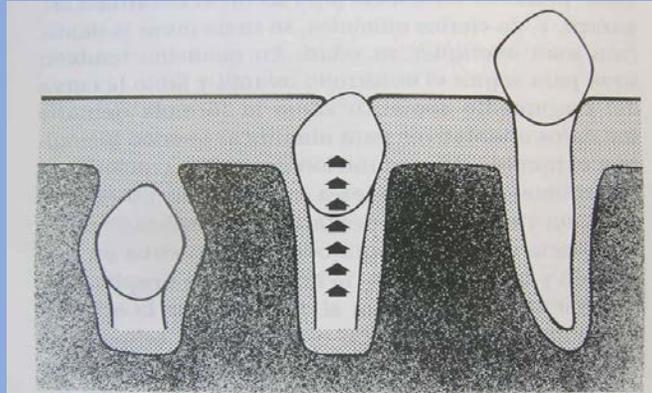
e

o

TOTAL

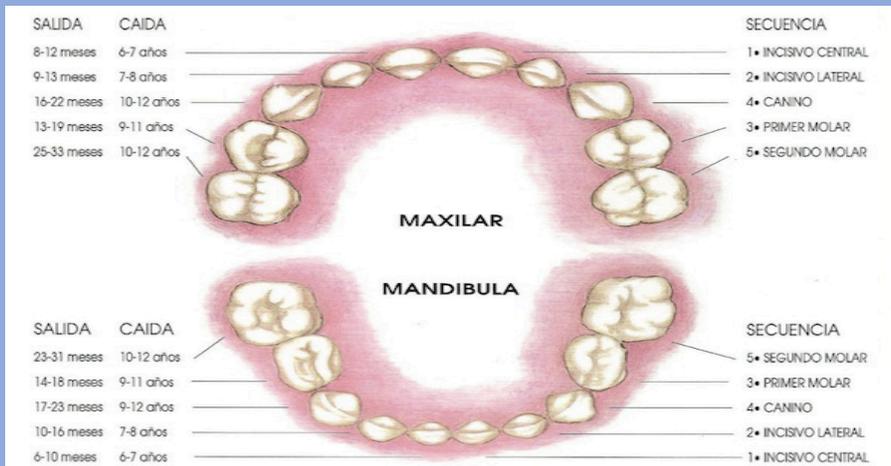
ANEXOS 3

IMÁGENES DEL MARCO TEÓRICO



ETAPAS ERUPTIVAS

IMAGEN 1 (PÁG. 11)



CRONOLOGIA DE LA ERUPCION

IMAGEN 2 (PÁG. 12)



CHEQUEO A TEMPRANA EDAD

IMAGEN 3 (PÁG. 15)



DENTÍFRICO FLUORADO

IMAGEN 4 (PÁG. 26)



FLUOROSIS DENTAL

IMAGEN 5 (PÁG. 29)



USO DEL CEPILLO DENTAL

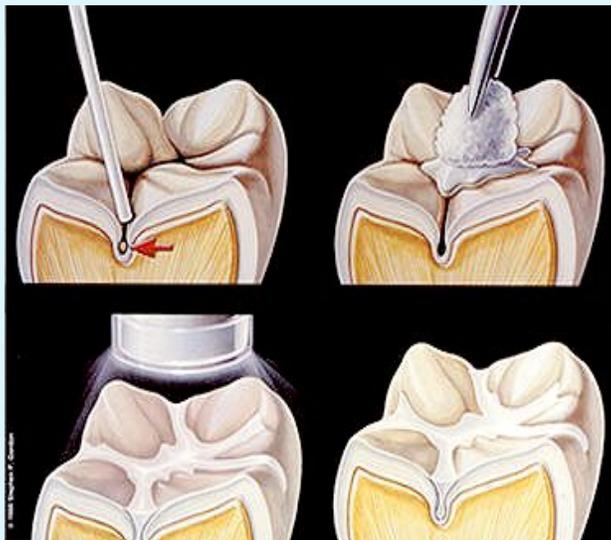
IMAGEN 6 (PÁG. 29)



Imagen facilitada por Rebequilla

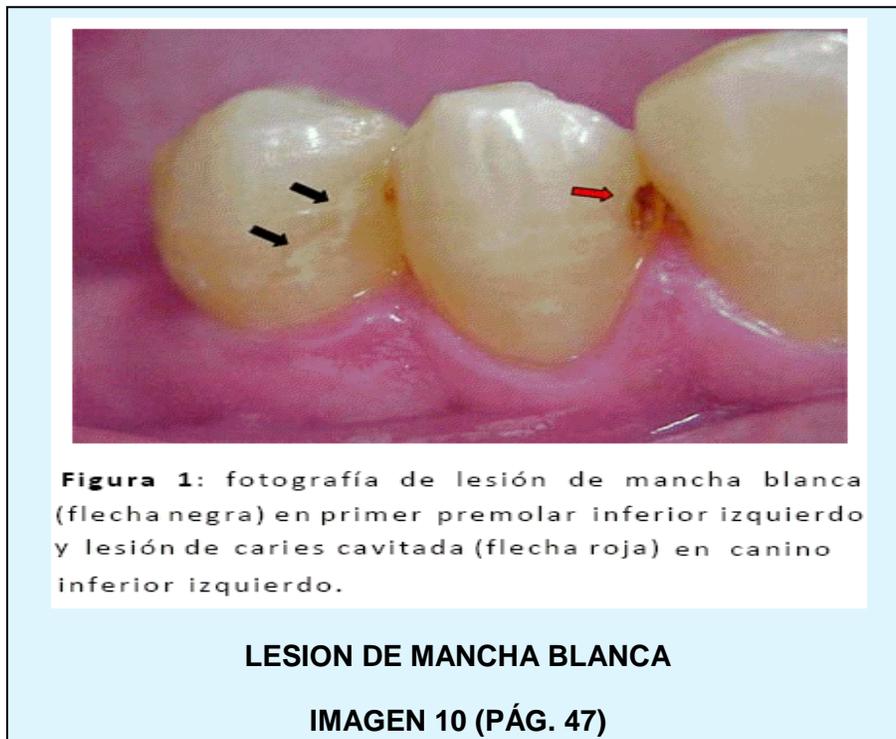
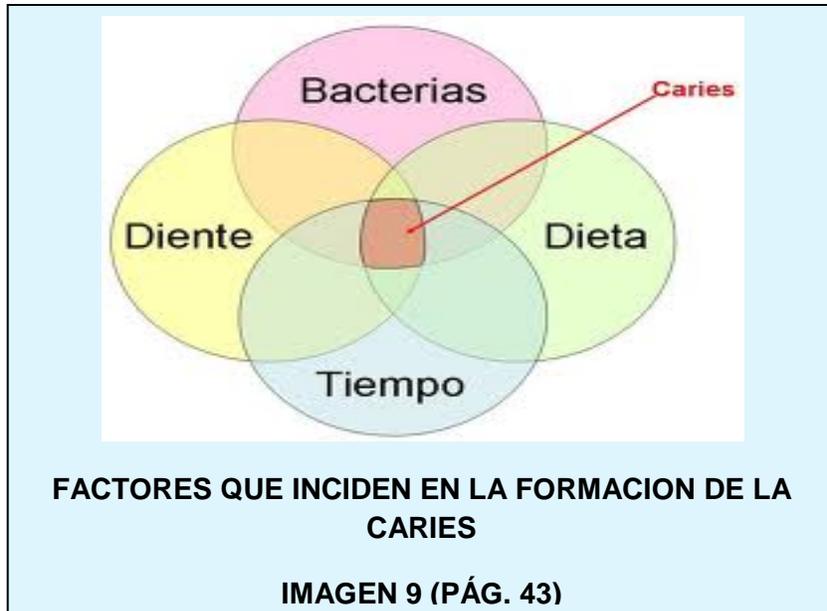
USO DE LA SEDA DENTAL

IMAGEN 7 (PÁG. 36)



APLICACIÓN DE SELLANTES

IMAGEN 8 (PÁG. 37)



ANEXOS 4

Portoviejo, 03 de diciembre del 2012

Sra. Dra.
Ángela Murillo Almache Mg .Sp.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA
Cuidad.

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, y a la vez pongo a su debido conocimiento que una vez que se me notificó como director de tesis del estudiante Juan Pablo Molina Núñez, la misma que después de haber realizado el curso de Tesis de Grado se le aprobó con el tema "Investigación de la relación entre la edad de la primera visita al odontólogo con los indicadores epidemiológicos CPO y ceo", que se lo realizara en el Subcentro de Salud de Lodana. Se ha venido desarrollando sin ningún inconveniente.

Realizamos la recopilación de textos y toda la información acorde al tema investigado, luego se seleccionó la información bibliográfica, una vez que tuvimos recopilados los textos decidimos organizarlos clasificarlos y analizarlos.

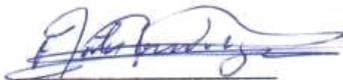
Se comenzó con la depuración de los contenidos y en esta etapa comenzamos el desarrollo de nuestro marco teórico, enfocando las dos variables, la una que nos hace referencia a Edad de la primera visita al odontólogo y la otra variable Indicadores epidemiológicos.

Luego procedí a la corrección del marco teórico en la que consistió en guiar y corregir errores ortográficos que en su contenido.

Ante lo cual solicito de la manera más comedida se digne autorizar la continuidad de la misma con la **APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO**, la cual se realizara en el subcentro de salud de Lodana de la provincia de Manabí.

Por la atención que se le dé a la presente quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,



Dr. VICTOR ARMENDARIZ ESPINOZA Mg Ge.

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO PORTOVIEJO	
RECIBIDO:	3/12/2012
TRÁMITE:	
FECHA:	20
FIRMA:	



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA ODONTOLOGIA

Portoviejo, 3 de Diciembre de 2012
ODO - OF. -978 - 2012

Doctora
Angela Bravo Cedeño
Directora del Subcentro de Salud de Lodana
Ciudad.-

Señora Directora:

Una vez que ha sido aceptado el Proyecto de Tesis del Egresado: JUAN PABLO MOLINA NUÑEZ, y atendiendo a su pedido, le solicito le permita realizar: FICHAS DE OBSERVACION, de las historias clínicas de los niños que se atienden en el subcentro, y ENCUESTAS a los padres de familia de dichos niños, en el subcentro que usted dirige.

Actividad necesaria para cumplir la investigación de campo, previo a la obtención del Título de ODONTOLOGO.

De usted muy atentamente,


Dra. Angela Murillo-Almache, Mg. Sp.
COORDINADORA CARRERA ODONTOLOGIA

cc. archivo





Portoviejo; 30 de enero del 2013

Señora Doctora
DIRECTORA DEL S.C.S LODANA
Ciudad--

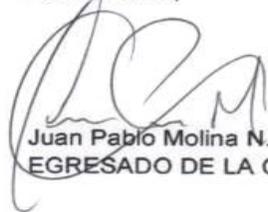
De mi consideración:

Por medio del presente, solicito a Ud., me permita desarrollar la propuesta de la tesis titulada: "Investigación de la relación entre la edad de la primera visita al odontólogo con los indicadores epidemiológicos CPO y ceo", la cual consiste en establecer en la casa de salud que usted dirige un programa de capacitación en pro de una buena salud bucal, el nombre de dicha propuesta es "Programa de educación y concientización para la salud bucal en prevención de la caries". Para tal actividad realizare:

- Entrega de trípticos con información de los temas impartidos.
- Donación de un banner informativo y kits de cuidado oral.
- Charla educativa sobre medidas de prevención ante las caries y la importancia de los elementos de prevención.

Seguro de contar con su aceptación, me despido agradecido.

Atentamente,



Juan Pablo Molina N.
EGRESADO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA.



Recibido
De [Signature]
30-01-2013



Portoviejo; 01 de febrero del 2013

ACTA DE COMPROMISO

En la parroquia Lodana del cantón Santa Ana, al primer día del mes de Febrero del dos mil trece, se firma el acta de compromiso entre la Dra. Ángela Bravo, Directora del Subcentro de Salud Lodana; la Dra. Karla Gruezo Montesdeoca, Odontóloga Rural del SCS Lodana; y el Joven Juan Pablo Molina Núñez, Egresado de la Carrera de Odontología, cuyas firmas figuran al final de la presente acta, con el propósito de comprometerse a realizar charlas educativas, de manera que le den sostenibilidad al "Programa de educación y concientización para la salud bucal en prevención de la caries", motivando a los pacientes para que acudan con mayor frecuencia al Subcentro de Salud Lodana.

Además, el Subcentro de Salud Lodana, por medio de su personal, se compromete a colocar en un lugar visible para los usuarios el banner obsequiado.

Sin ningún inconveniente se deja firmado lo expuesto.

Dra. Ángela Bravo.
Directora del SCS Lodana

Dra. Karla Gruezo Montesdeoca
Odontóloga Rural del SCS Lodana

Juan Pablo Molina Núñez
Egresado de la Carrera de Odontología



Ministerio de Salud Pública

SUB CENTRO DE SALUD LODANA.

AREA DE SALUD NUMERO 10 – DISTRITO 4.

Lodana, 01 de febrero del 2013

CERTIFICACIÓN

Certifico que el Joven Juan Pablo Molina Núñez, con C.I. 131130245-7, egresado de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, realizó en esta casa de salud la investigación de campo de la tesis titulada: "INVESTIGACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA PRIMERA VISITA AL ODONTÓLOGO CON LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS CPO Y ceo", así como también dejó instaurada la propuesta alternativa denominada: "Programa de educación y concientización para la salud bucal en prevención de la caries", la cual será de gran aporte para el departamento de Odontología de nuestro subcentro.

El interesado puede darle el uso que considere conveniente a la presente certificación.

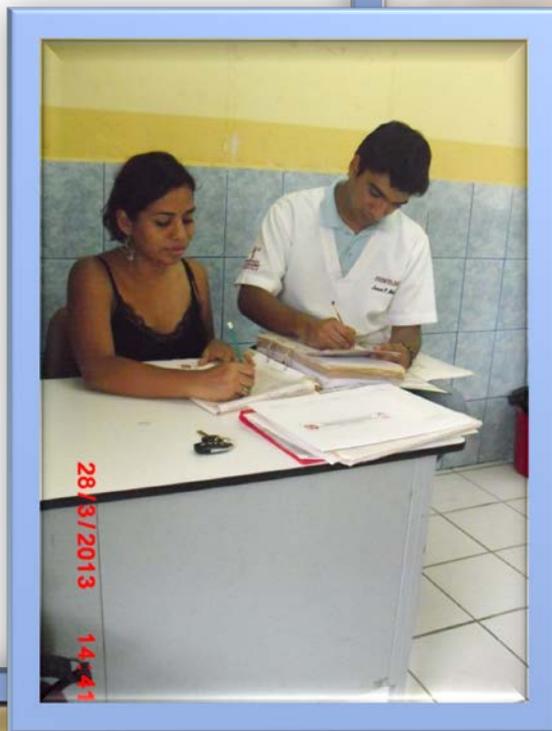
Atentamente:

Dra. Angela Bravo.
Directora del SCS Lodana

Dra. Karla Gruezo Montesdeoca
Odontóloga Rural del SCS Lodana

ANEXOS 5

Levantamiento de datos.





Encuestas realizadas a los padres de familia.









Ejecucion de la propuesta planteada



Entrega del banner informativo y kits de aseo bucal



Firma del acta de compromiso y certificado de asistencia



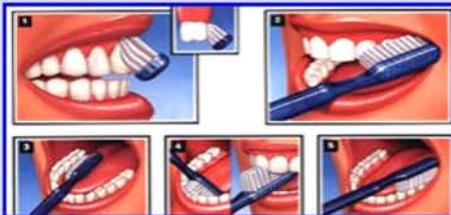
Cepillarse los dientes...muy fácil

Varios han sido los métodos propuestos y establecidos para un correcto cepillado dental, pero todos son olvidados fácilmente, lo más importante, es la eficacia con la que se realice la limpieza, convirtiéndolo en un hábito, sin lastimar a los dientes ni encías.

Los expertos en salud bucal consideran que por más técnicas de cepillado dental que se le imparta a un individuo, este siempre se inclinara por una técnica innata, la del barrido horizontal.

Un correcto cepillado debe durar de 2 a 3 minutos.

No olvides cepillar tu lengua desde la base hasta la punta.




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

JUAN PABLO MOLINA NÚÑEZ
e.jp Molina@sangregorio.edu.ec

CUIDA TUS DIENTES EVITA LAS CARIES

▶ **Visita a temprana edad al Odontólogo**



▶ Se deben limpiar las encías de los niños aunque no tengan dientes

▶ Cepille los dientes de su niño, aunque solo tengan dos o tres



► **Que tus dientes estén sanos depende de ti..**

La prevención de caries es fundamental en el cuidado de nuestra boca y se conside-



ra que todos los pacientes deben conocer y aplicar correctas medidas de higiene oral.

Estas medidas de prevención contra la caries incluyen visitar a tiempo al odontólogo, cepillarse los dientes, usar enjuague bucal, hilo dental y aplicarse flúor y sellantes.



Consejos para unos dientes sanos

- Visita al odontólogo cada 6 meses..
- Acude al subcentro para la aplicación gratuita de flúor y sellantes...
- Cepilla correctamente tus dientes tres veces al día y después de cada comida...
- Cambia tu cepillo dental por lo menos cada 3 meses...
- Utiliza hilo dental y enjuagues bucales...
- Y evita consumir muchos azúcares...



El Flúor, un gran aliado contra las caries

- El flúor fortalece tus dientes.
- Se sugiere una aplicación profesional de flúor cada 6 meses.
- La mayoría de las pastas dentales contienen flúor, incluso la sal que utilizas para tus comidas también tiene flúor.
- Antes de la aplicación de flúor en la escuela o en el SCS, debes cepillarte muy bien los dientes.
- Después de aplicarte flúor, no debes consumir alimentos ni bebidas durante 15 a 20 minutos.



Programa de Educación y Concientización para la Salud Bucal en Prevención de la Caries.

Visita a temprana edad al Odontólogo.

Se deben limpiar las encías
de los niños aunque no
tengan dientes.



Cepille los dientes de su
niño, aunque solo tengan
dos o tres.

Que tus dientes estén sanos depende de ti.

La prevención de caries
es fundamental en el
cuidado de nuestra boca.



Consejos para unos dientes sanos.

- Visita al odontólogo cada 6 meses...
- Acude al subcentro para la aplicación gratuita de flúor y sellantes.
- Cambia tu cepillo dental por lo menos cada 3 meses.
- Evita consumir muchos azúcares.



El Flúor, un gran aliado contra las caries.

El flúor fortalece tus dientes.



Se sugiere una aplicación
profesional de flúor cada 6 meses.



La mayoría de las pastas dentales
contienen flúor, incluso la sal que
utilizas para tus comidas también
tiene flúor.

Cepillarse los dientes... muy fácil



Juan Pablo Molina
ENERO 2013