



Unidad Académica de Odontología

TESIS DE GRADO

TEMA:

“La cultura preventiva en salud oral y su incidencia en la pérdida de piezas dentarias en adolescentes usuarios del Centro de Salud Portoviejo” Período Octubre 2009 – Febrero 2010”

AUTORA:

Zambrano Macías María Isabel.

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Nelly San Andrés Plúa.Mg.Sc.

Portoviejo – Manabí - Ecuador

2010

TEMA

**“LA CULTURA PREVENTIVA EN SALUD ORAL Y SU
INCIDENCIA EN LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS DE
ADOLESCENTES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
PORTOVIEJO PERÍODO OCTUBRE 2009-FEBRERO 2010”**

CERTIFICACIÓN

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg.Sc. certifica que la tesis de investigación titulada **“La cultura preventiva en salud oral y su incidencia en la pérdida de piezas dentarias en adolescentes usuarios del Centro de Salud Portoviejo” Período Octubre 2009-Febrero 2010**, es original de María Isabel Zambrano Macías. La misma que se ha realizado bajo mi dirección.

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg Sc.

DIRECTORA DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“LA CULTURA PREVENTIVA EN SALUD ORAL Y SU
INCIDENCIA EN LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS DE
ADOLESCENTES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
PORTOVIEJO PERÍODO OCTUBRE 2000-FEBRERO 2010”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

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

Dra. Ángela Murillo Mg. Sp.
PRESIDENTA

Dra. Nelly San Andrés Plúa MgSc
DIRECTORA DE TESIS

Dra. Lilian Bowen Mg Sp.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Marco Flores Mg. Sc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Ramiro Molina Cedeño.
SECRETARIO ACADÉMICO

DEDICATORIA

Me parece que fue ayer cuando empecé a recorrer este sueño de ser un día odontóloga, me parece que ayer empecé con un compromiso de convertirme en una profesional de la salud, parece que fue ayer cuando me prometí a misma el alcanzar esta meta; se va tan rápido el tiempo y ahora siento en mis manos claramente el triunfo y el valor de mis sacrificios, ahora es cuando me felicito por no haber desfallecido nunca en este arduo camino para alcanzar mi sueño.....ser una odontóloga.

Hoy que siento realizada esta etapa de mi vida, dedico mi triunfo indiscutiblemente

A mis Padres quienes supieron acompañarme en cada momento de dificultad y adversidad, a ellos que fueron inspiración de lucha y fortaleza constantemente en mi ser, y porque han sido el apoyo incondicional en todas las etapas importantes de mi vida.

A mi Abuelito Adriano que me vio iniciar mi sueño aquí y de quien heredé la determinación que hoy tengo para alcanzar mis metas, ahora que ya no lo vemos estoy muy segura que desde el cielo guió todos mis pasos e iluminó mis linderos de estudios y mi vida en todos los sentidos porque jamás me han faltado las ganas de seguir.....Te amo abuelito tu mamita ya es odontóloga al fin.

María Isabel

AGRADECIMIENTO

En este arduo caminar siempre sentí la ayuda y el apoyo incondicional de numerosas personas, muchas sin quererlo sembraron un precedente en mi forma de pensar

Ante todo le doy gracias a mi Dios porque me ha permitido vivir mi vida con muchas bendiciones y en su grandeza aun me permite seguir cada día para vivir más experiencias.

Agradezco a mis padres indudablemente pues han sido el pilar más importante de mi vida y a quienes les debo todos mis logros.

A mis hermanos Ma. Letty y Fernando porque siempre estuvieron ahí para darle sentido a mis metas y porque siempre estuvieron ayudándome en cualquier necesidad que se presentara.

A mi directora de tesis Dra. Nelly San Andrés Plúa Directora quien me acompañó todos estos meses guiándome y dándole forma a mis ideas plasmadas en mi tesis.

A mi querida profesora Dra. Gladys Vaca quien siempre se permitió darnos de su tiempo algunos minutos para aconsejarnos, gracias Dra. Gladys porque hasta el día de hoy y cuando sentí que las cosas eran muy difíciles me acordaba de sus palabras, hoy a pesar de haber pasado más de tres años desde la última vez que nos pudo aconsejar, le garantizo que

sus palabras nos han acompañado, motivado y quizá muchos aún seguimos sus consejos.

Agradezco a todos mis profesores, porque de todos aprendí cosas muy importantes, a todos los recordaré siempre y a todos les debo este triunfo.

A mi Jaime que se ha preocupado tanto para que finalice positivamente mi tesis, le agradezco su paciencia y sus palabras positivas siempre, gracias amor.

Gracias a todos los que de una u otra forma me impulsaron a seguir incluso con el detalle más pequeño, porque a todos los llevaré siempre en mi corazón.

María Isabel

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	
1. INTRODUCCIÓN.....	i
1.1 ANTECEDENTES	1
CAPÍTULO I.....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
CAPÍTULO II.....	4
3 OBJETIVOS.....	5
3.1 OBJETIVO GENERAL	5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	5
5. MARCO TEÓRICO.....	7
5.1. MARCO INSTITUCIONAL.....	7
5.1.1. ESTADÍSTICA.....	10
5.2. CULTURA PREVENTIVA EN SALUD ORAL	10
5.2.1. SALUD ORAL	10
5.2.1.1 ODONTOLOGIA PREVENTIVA.....	10
5.2.1.2. EN QUE CONSISTE LA PREVENCIÓN.....	11
5.2.1.3. BENEFICIOS DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA EL PACIENTE.....	12
5.2.2. TÉCNICAS DE PREVENCIÓN.....	13
5.2.2.1. LA PLACA DENTOBACTERIANA	13
5.2.2.2 CONTROL DE LA PLACA DENTAL.....	14
5.2.2.3 TERAPÉUTICA CON FLÚOR TÓPICO.....	15
5.2.2.3.1 MECANISMO DE ACCIÓN.....	15
5.2.2.3.2 SELLADORES DE CAVIDADES Y FISURAS.....	17
5.2.2.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DENTAL PARA LA COLOCACIÓN DE SELLADORES	18
5.2.2.3.4. REQUISITOS PARA LA RETENCIÓN DEL SELLADOR	19
5.2.2.3.5. APLICACIÓN DEL SELLADOR	19

5.2.2.4 DENTÍFRICOS, ENJUAGUE BUCALES, HILO DENTAL Y BLANQUEADORES DENTALES.....	21
5.2.2.4.1. LA CLORHEXIDINA.....	21
5.2.2.4.2. HIGIENE ORAL PERSONAL: MEDIDAS AUXILIARES PARA COMPLEMENTAR EL CEPILLADO DENTAL.....	21
5.2.2.4.3 HILO DENTAL.....	22
5.2.2.4.4 USO CORRECTO DEL CEPILLO DENTAL, TÉCNICAS DE CEPILLADO.	23
5.2.2.4.4.1 HORIZONTAL.....	23
5.2.2.4.4.2. FONES.....	23
5.2.2.4.4.3. LEONARD	24
5.2.2.4.4.4. STILLMAN.....	24
5.2.2.4.4.5. CHARTERS	24
5.2.2.4.4.6. BASS.....	25
5.2.2.4.5. TIEMPO Y FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL.	26
5.2.3. ENTORNO FAMILIAR.....	26
5.2.3.1. ADOLESCENTES Y SU ENTORNO FAMILIAR.....	26
5.2.3.2. CONVENCER A LOS ADOLESCENTES DE QUE SE CUIDEN LOS DIENTES	28
5.2.3.3 CONSEJOS PARA LOS PADRES.....	28
5.2.3.4 EDUCACION DE LA POBLACION EN SALUD DENTAL	29
5.2.4. ENTORNO MINISTERIAL.	30
5.2.4.1 SISTEMA DE CAPACITACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD.....	30
5.2.4.2 PROGRAMAS DE SALUD ORAL	32
5.2.5. ENTORNO ESCOLAR.....	34
5.2.5.1 CONSIDERACIONES EDUCATIVAS	34
5.2.6.1. NEGLIGENCIA PERSONAL SISTEMÁTICA.	38
5.2.6.2 PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN EN LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS	39
5.2.7. INASISTENCIA A LOS PLANTELES EDUCATIVOS.	40
5.2.7.1. EL PROBLEMA ACTUAL	40
5.2.8 LA HERENCIA, EL ADOLESCENTE Y SU ENTORNO.	41
5.2.8.1 LA ADOLESCENCIA.....	43

5.2.8.2 ADOLESCENCIA Y SALUD BUCAL	43
5.2.8.3 ENFERMEDADES BUCALES EN LA ADOLESCENCIA	44
5.2.8.4. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL JUVENIL.....	45
5.2.8.5 GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA.....	46
5.2.9 HABITOS ALIMENTICIOS.....	48
5.2.9.1 NUTRICIÓN, DIETA Y ESTADO ORAL.....	48
5.3 PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS.	50
5.3.1. LA EXODONCIA	50
5.3.2 CAUSAS MÁS FRECUENTES EN LA PÉRDIDA DE DENTICIÓN PERMANENTE.	51
5.3.3. CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES.	52
5.3.4. ESTADO DE LA DENTICIÓN Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS.....	53
5.3.5. TRATAMIENTO PARA PREVENIR O IMPEDIR LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES.	53
5.3.6. LA PÉRDIDA DE DIENTES Y LA SALUD SISTÉMICA.....	55
5.3.7. LA FUNCIÓN DE MASTICAR.....	55
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	56
6.1. MÉTODO	56
6.1.1 MODALIDAD BÁSICA	56
6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	56
6.1.3. TÉCNICAS	57
6.1.4. INSTRUMENTOS	57
6.1.5. RECURSOS.....	57
6.1.5.1 TALENTO HUMANO	57
6.1.5.2 RECURSOS MATERIALES	57
6.1.5.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS	58
6.5.1.4 RECURSOS ECONÓMICOS.....	58
6.1.6 POBLACIÓN	58
6.1.7 TAMAÑO DE LA MUESTRA	58
6.2 DESARROLLO METODOLÓGICO	58
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	60

7.1 Análisis e interpretación de los resultados de las fichas clínicas de observación y diagnóstico aplicadas a los Adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO.....	60
7.2 Análisis e interpretación de las encuestas aplicadas a los Adolescentes usuarios del Centro de Salud de Portoviejo.....	68
7.2. CONCLUSIONES.....	95
7.3. RECOMENDACIONES	96
BIBLIOGRAFIA	98
PROPUESTA	
ANEXOS 1	

INDICE DE CUADROS

		No. Pág.
Cuadro Nº 1	Indicador CPO	60
Cuadro Nº 2	Indicadores de salud oral simplificada	62
Cuadro Nº 3	Indicador de nivel de placa dentobacteriana	64
Cuadro Nº 4	Hallazgos Clínicos	66
Cuadro Nº 1	¿Ha escuchado algo referente a Salud Oral o Prevención en Salud Oral?	68
Cuadro Nº 2	¿Le dan charlas en salud oral preventiva en los centros de salud a los que acude?	70
Cuadro Nº 3	¿Le dan charlas en salud oral preventiva en su institución educativa?	72
Cuadro Nº 4	¿Tiene temor al odontólogo?	74
Cuadro Nº 5	¿Hasta qué nivel de estudios ha alcanzado?	76
Cuadro Nº 6	¿Sus padres le inculcaron hábitos de higiene oral?	78
Cuadro Nº 7	¿Qué realiza para mantener su boca limpia en casa?	80
Cuadro Nº 8	¿Con qué frecuencia va al odontólogo?	82
Cuadro Nº 9	¿Qué tratamientos se ha realizado?	84
Cuadro Nº 10	¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?	86
Cuadro Nº 11	¿Suele masticar cosas duras como.....?	88
Cuadro Nº 12	¿Ha sentido que su diente ha cambiado de lugar después de una extracción?	90
Cuadro Nº 13	¿Cuándo siente mucho dolor en un diente Ud. opta por?	92

INDICE DE GRÁFICOS

		No. Pág.
Gráfico N° 1	Indicador CPO	60
Gráfico N° 2	Indicadores de salud oral simplificada	62
Gráfico N° 3	Indicador de nivel de placa dentobacteriana	64
Gráfico N° 4	Hallazgos clínicos	66
Gráfico N° 1	¿Ha escuchado algo referente a Salud Oral o Prevención en Salud Oral?	68
Gráfico N° 2	¿Le dan charlas en salud oral preventiva en los centros de salud a los que acude?	70
Gráfico N° 3	¿Le dan charlas en salud oral preventiva en su institución educativa?	72
Gráfico N° 4	¿Tiene temor al odontólogo?	74
Gráfico N° 5	¿Hasta qué nivel de estudios ha alcanzado?	76
Gráfico N° 6	¿Sus padres le inculcaron hábitos de higiene oral?	78
Gráfico N° 7	¿Qué realiza para mantener su boca limpia en casa?	80
Gráfico N° 8	¿Con qué frecuencia va al odontólogo?	82
Gráfico N° 9	¿Qué tratamientos se ha realizado?	84
Gráfico N° 10	¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?	86
Gráfico N° 11	¿Suele masticar cosas duras como.....?	88
Gráfico N° 12	¿Ha sentido que su diente ha cambiado de lugar después de una extracción?	90
Gráfico N° 13	¿Cuándo siente mucho dolor en un diente Ud. opta por?	92

1. INTRODUCCIÓN

La Cultura Preventiva en Salud Oral en nuestro medio quizá es el problema más deficiente en cuanto a odontología se refiere, durante años el gobierno se ha preocupado por tratamientos restauradores en lugar de dar cabida a programas preventivos en salud oral por lo cual la población se ha apoyado básicamente en la premisa de que sólo se debe ir a un odontólogo cuando se debe o arreglar o extraer una pieza dental.

La situación económica y de vida en nuestro país es difícil, el sistema social representa un problema y ha sido así por muchas décadas, eso ha marcado una huella en nuestra manera de pensar, en nuestra manera de apreciarnos como seres humanos, como individuos, la cultura de nuestra población se ha acostumbrado a dejar en última instancia su salud y más específicamente su salud oral.

A través del tiempo la población se ha arraigado a una ideología bastante pobre en cuanto a salud oral que de manera directa ha afectado y está afectando a distintos grupos etarios, pero entre ellos hay un grupo de exclusiva importancia que está viendo comprometida su salud bucal y que son sin duda el grupo de población más vulnerable a este tipo de problemas.....LOS ADOLESCENTES.

El estilo de vida, los cambios hormonales, los juegos propios de la edad, las actitudes sin control ni responsabilidad y varias de las

particularidades que definen a los adolescentes juegan un papel muy importante en la aparición de enfermedades bucales, sumado a esto, la poca atención por parte de los progenitores que piensan que el adolescente ya no merece tanta atención como cuando era menor, es un factor determinante en la problemática mencionada.

Es inquietante y perturbadora la idea de que un adolescente llegue a la consulta y proponga extraerse una pieza dental que está prácticamente sana; salvo por una pequeña caries que no compromete para nada la vitalidad de su pieza dental y que puede ser restaurada óptimamente; pero es aún más perturbadora la idea de que el paciente adolescente rechace cualquier tipo de tratamiento conservador porque cree que el mejor tratamiento es la extracción o porque está acostumbrado a sacarse sus dientes cada vez que estos le causan una molestia por mínima que ésta sea, ya que es lo que seguramente ha captado del medio.

Es decepcionante ver como los padres llevan a sus hijos para practicarles exodoncias, indicadas o no, en vez de haberlos llevado antes de que el problema se presentase.

La cultura preventiva en salud oral de nuestra población es bastante pobre y necesita urgente atención, porque a pesar de los adelantos de la odontología moderna que ante todo está encaminada a preservar y no quitar tejido dentario, se hace imposible muchas veces luchar en

contra de la decisión de un paciente mal informado y porque no decir mal acostumbrado.

Al finalizar la tesis ha quedado estructurada en dos partes; una parte teórica en la que se manejarán los conocimientos referentes a la cultura preventiva en salud oral en los adolescentes, y en la que se mencionan técnicas de salud oral preventiva, y distintos métodos de control de placa, además hablaremos de la pérdida de piezas dentarias, sus principales causa y consecuencias.

Y una investigación de campo en 80 Adolescentes usuarios del Centro de Salud con la ayuda de fichas clínicas de observación y de las encuestas, se emplearon cuadros estadísticos para demostrar resultados veraces además en base al diagnóstico y los resultados obtenidos se planteará una alternativa de solución al problema mediante el desarrollo de una propuesta viable.

1.1 ANTECEDENTES

El nivel socioeconómico, la cultura de su entorno y la falta de conocimientos de los adolescentes sobre la importancia de la salud oral, así como las técnicas para lograr un cuidado correcto de la boca, son barreras que impiden mantener los tejidos buco dentales libres de enfermedad. Por todo esto, dada la importancia de estas piezas dentarias y que la pérdida de las mismas en la franja de pacientes entre los 10 y 17 años (adolescentes jóvenes) no ha sido muy estudiada es que se ha decidido hacer este trabajo de investigación.

Este trabajo de tesis se acoge ante la necesidad de que los adolescentes reciban una capacitación completa acerca de los riesgos y beneficios en tener una correcta salud oral preventiva, y eviten de esta forma la pérdida de sus piezas permanentes, sin duda a través de estas capacitaciones se pretende revalorizar la importancia fundamental de que este tipo de información preventiva en cuanto a salud bucal, y que se dé simultáneamente antes de la consulta médica u odontológica en los centros de salud en especial en el CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO, en el cual existe un elevado porcentaje de adolescentes con piezas permanentes perdidas o al límite de perderlas.

Con los resultados de este trabajo investigativo se elaboró una propuesta, siendo los adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO y sus familiares los principales beneficiarios.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante varios años se observó que los pacientes, adolescentes o adultos jóvenes, que concurrían a los centros de salud se presentaban en su mayoría con los primeros molares permanentes con afecciones irreversibles, como caries profundas con compromiso pulpar, grandes destrucciones coronarias, por lo que su extracción estaba indicada, en otros casos estas piezas ya estaban ausentes y en un menor porcentaje estaban sanos.

El Primer Molar permanente es un elemento clave; es el primero de su serie en erupcionar y el más expuesto a sufrir caries por su mayor permanencia en el medio bucal. Los primeros molares permanentes inician su calcificación alrededor de las 25 semanas de vida intrauterina, erupcionan a los 6 años y completan su calcificación a los 9 años.

Constituye uno de los dientes más frecuentemente ausente en el adulto. Su desaparición en la adolescencia provoca trastornos en la ubicación de los dientes permanentes. En general, toda pérdida de una pieza dentaria determina, por ruptura del equilibrio articular, el desplazamiento de los remanentes proximales y de su o sus antagonistas.

El proceso infeccioso de caries de no ser tratado avanza rápidamente hasta terminar con la destrucción de la pieza dentaria, compromiso pulpar y posterior extracción, la que produce alteraciones en la arcada, en la función masticatoria, piezas dentarias vecinas desviadas y erupción de los antagonistas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por los argumentos expuestos; el problema se lo formuló de la siguiente manera:

¿“Cómo incide la cultura preventiva en salud oral en la pérdida de piezas dentarias en adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO”?

Esta interrogante fue respondida mediante el proceso de investigación científica.

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACIÓN

En los requisitos previos a la obtención del título como Odontóloga, la Universidad “San Gregorio de Portoviejo”, estipula la presentación de un trabajo de tesis relacionado a los ámbitos propios de la carrera anexando a éste una propuesta de solución, cuya investigación será en el área odontológica.

“La Cultura Preventiva en Salud Oral y su Incidencia en la Pérdida de Piezas Dentarias en Adolescentes Usuarios del Centro de Salud Portoviejo” es el tema que la investigadora escogió y desarrolló con un enfoque hacia la comunidad adolescente, pues ha sido desde siempre un grupo desatendido y perjudicado por no contar con información locuaz y a tiempo que prevenga sus enfermedades de orden bucal. Los principales beneficiarios serán los adolescentes de esta comunidad.

Éste trabajo ha sido un proceso fructífero de aprendizaje que ayudará a la investigadora a enriquecer sus conocimientos sobre Odontología y en lo posterior aplicarlos en su vida profesional.

CAPÍTULO III

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de la cultura preventiva en salud oral en la pérdida de las piezas dentarias permanentes en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Portoviejo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✚ Indagar los métodos de prevención oral que utilizan los adolescentes para determinar el grado de cultura preventiva.
- ✚ Investigar el índice CPO de los adolescentes para establecer el porcentaje de piezas dentarias ausentes o por extraer.
- ✚ Determinar la o las patologías más comunes que llevan a la pérdida de las piezas dentarias permanentes.
- ✚ Elaborar una propuesta alternativa de solución al problema planteado.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Los escasos conocimientos en salud oral preventiva determinan la pérdida de piezas dentarias en adolescentes que se atienden en el Centro de Salud Portoviejo.

4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- ✚ Los Adolescentes usuarios del Centro de Salud Portoviejo desconocen los métodos de prevención oral.
- ✚ Existe un alto porcentaje de piezas dentarias por extraer en los adolescentes que asisten al Centro de Salud Portoviejo.
- ✚ La caries es la patología más frecuente que se presenta en los adolescentes usuarios del Centro de Salud Portoviejo.

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

“El Centro de Salud “Portoviejo”, se encuentra ubicado en la parroquia 12 de marzo entre Av. Rocafuerte y Callejón María Auxiliadora, junto al Hospital “Verdi Cevallos Balda”, de la ciudad de Portoviejo de la Provincia de Manabí.

Esta unidad de salud fue fundada el 1 de abril de 1965 con el Programa Integral de Salud de Manabí (PISMA) como un organismo público social, al inicio adscrito a la Junta de Beneficencia de Manabí siendo Jefe de salud el Dr. Humberto Moreno Loo. Desde entonces es una de las frecuentadas no solo de su área de influencia sino también del cantón; atendiendo pacientes de Picoazá, Colón, Crucita, Barrio Fátima, Ciudadela Pacheco, Florón, Andrés de Vera, San Pablo, Calderón, Alajuela, entre otros. Obteniendo un promedio de 150 usuarios día. Se inicia la prestación de servicios de inmunización con niños y posteriormente se extiende con vacunas antirrábicas y con el programa de atención de salud comunitaria en las zonas rurales.

Bajo la dirección de la Dra. María Elena González de López se crea el Área de Salud N° 1 para descentralizar y desconectar las funciones técnicas- administrativas, por ser de mayor complejidad esta Unidad Operativa se constituye cabecera de Área hasta el año 2000.

Después bajo la dirección de la Dra. Idilia Guerrero durante el período 2004-2008 en el proceso de licenciamiento (reingeniería de los recursos humanos, técnicos, y financieros) cuyo objetivo principal es brindar atención integral, eficiente, eficaz, y oportuna a la población que demandan los servicios de salud.

Actualmente la dirección está a cargo del Mg. Dr. Gene Alarcón Arteaga quien continúa impulsando los programas de salud, en especial la atención diferenciada de los adolescentes, forjando la reestructuración y readecuación de los servicios y talentos humanos fomentando el trabajo en equipo.

El Centro de Salud ha venido brindando atención al binomio madre-hijo, a través de los programas emitidos por el Ministerio de Salud Pública, desde su funcionamiento. En esta vista de la necesidad de mejorar los servicios que presta este centro asistencial, inicia un proceso de calidad para la atención integral a todos los usuarios.

Considerando inicialmente el binomio madre-hijo, es importante señalar que el grupo de niños, niñas los y las adolescentes se lo ha atendido de forma general, así que a partir del marzo del 2004 se plantea la necesidad de visualizarlos e integrarlos en la prestación de servicios de manera diferenciada por lo que se realiza un proyecto de “Atención Diferenciada, Integral y Confidencial para Niños, Niñas los y las Adolescentes”, para lo cual se ha realizado capacitación al personal que labora en los diferentes servicios, todos estos enfocados a la atención con calidad y calidez a los usuarios.

El 4 de Diciembre del 2006 se inauguro en presencia de las autoridades del Área de Salud N° 1 la Zona de Triage y/o información, con la cual ha permitido mejor el flujo de pacientes.

La construcción de un Servicio de Salud Amigable para Niños, Niñas los y las Adolescentes constituye una propuesta para potencializar la

incorporación y participación proactiva de los propios niños, niñas, adolescentes y sus organizaciones como corresponsales, conjuntamente con los servicios de la salud, en el cuidado de la salud propia, de otros u otras adolescentes y de su comunidad. Con un enfoque de Derecho ya que están contemplados en la Constitución Política del Estado y la Ley de la Niñez y Adolescencia.

El proceso de capacitación permitió elaborar un modelo de atención, desde la realidad de la unidad y de sus talentos humanos, el mismo que fue publicado y socializado ante las autoridades de salud de la provincia así como funcionarios de Plan Internacional de Bélgica, Ecuador y Manabí quedando institucionalizado como SERVICIO DIFERENCIADO PARA ADOLESCENTES en la Provincia; la institucionalización permitió ser incluidos en el Programa Nacional de Adolescentes y referentes para otras unidades de salud donde se implementará este servicio.

La implementación del servicio permitió generar alianzas estratégicas para la inserción de los y las adolescentes al mismo, como es el Ministerio de Educación y Cultura que a través del programa de Educación para la Salud, se capacitaron a 81 Adolescentes de ambos sexos del colegio Informática y Portoviejo, durante 6 meses en temas de conocimiento personal, programas del MSP, enfermedades vectoriales, ITS y Salud Sexual y reproductiva, del proceso de capacitación se permitió motivar a los jóvenes y formar el grupo “ACT” (**ADOLESCENTES COMO TÚ**), que apoyan al servicio mediante su participación de acogida, orientación y charlas interactivas”¹.

¹ Diagnóstico del “CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO”

5.1.1. ESTADÍSTICA.

“El Centro de Salud Portoviejo atiende cerca de 1500 adolescentes de los cuales un promedio de 600 cuentan con el servicio de atención odontológica”².

5.2. CULTURA PREVENTIVA EN SALUD ORAL

5.2.1. SALUD ORAL

“Cuando hablamos de salud oral nos referimos al estado de la boca, incluyendo los dientes, las encías y los tejidos que los sostienen.

Además de contribuir a vernos estéticamente bien, una boca sana nos permite hablar, sonreír, besar, oler, degustar, masticar y tragar, entre otras acciones necesarias o placenteras en nuestra vida cotidiana.

Por el contrario, una salud oral deficiente puede influir no sólo en nuestro bienestar psicológico sino también en nuestra salud física pues en ocasiones los problemas dentales son indicadores de que algo más está pasando en el resto de nuestro cuerpo”³

5.2.1.1 ODONTOLOGIA PREVENTIVA

“El propósito de la odontología es ayudar a las personas a alcanzar y conservar al máximo su salud oral durante toda la vida. El éxito para conseguir tal objetivo se visualiza en la disminución de caries en todo el mundo, y en la drástica disminución de la pérdida de dientes. Este progreso se debe sobre todo a la fluoración del agua y al uso de productos con fluoruro, así como a la aceptación creciente a la atención preventiva.

² Datos obtenidos del Departamento de Estadística del “CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO”

³ Dra. Aliza A. EN LINEA CON LA DOCTORA ALIZA. www.vidaysalud.com

En materia odontológica, la falta de prevención ocasiona un mayor número de restauraciones, tratamientos periodontales, extracciones y dentaduras para muchas personas. El cambio del énfasis en la prioridad del tratamiento hacia la prevención requiere de un liderazgo activo y de promoción de la salud por parte de profesionales de odontología defensores de los consumidores, educadores en salud pública y de quienes planean la política sanitaria.

Los sistemas públicos de atención a la salud al igual que las organizaciones industriales que proporcionan beneficios a su personal, por lo general se encuentran a la vanguardia de tal cambio debido a las ventajas económicas que resultan para el proveedor y los beneficios en la salud de los que la reciben. Por ejemplo, en un sector indígena la cantidad total de visitas se incremento al 10% pero la de personal odontológico permaneció constante. Se incrementó el porcentaje de servicios preventivos, pero de manera concomitante disminuyó la cantidad de procedimientos restauradores”⁴.

5.2.1.2. EN QUE CONSISTE LA PREVENCIÓN

“Al analizar la prevención es necesario definir primero algunos términos cruciales. Lo que se quiere conservar es la salud y esta se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Por ejemplo algunas personas pueden en realidad estar en un excelente estado de salud pero por alguna razón lógica para ellos creen que tienen cáncer de cavidad oral. Tales personas no tienen un estado de bienestar mental apropiado y continuaran preocupados hasta que de alguna manera estén convencidos que en realidad están sanos.

En odontología los tipos de prevención son los siguientes:

⁴ NORMAN O Harris, Y otros, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 1 Pág. 1-2

1.- La prevención primaria utiliza técnicas y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de esta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento.

2.- La prevención secundaria emplea métodos de tratamientos estandarizados para acabar con un proceso patológico y para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.

3.- La prevención terciaria utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o las actitudes mentales o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad después de la falla de la prevención secundaria.

5.2.1.3. BENEFICIOS DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA EL PACIENTE

Para el paciente que piensa desde el punto de vista de beneficios económicos, la prevención produce ganancias positivas. Si el paciente (o de preferencia, los padres de un niño pequeño) inicia programas preventivos en una etapa temprana, es posible alcanzar en período largo y libre de enfermedades por placa; una buena inversión de costo-beneficio.

Después de todo, los dientes se necesitan durante toda la vida para comer, y el habla mejora en gran medida con éstos. Una grata sonrisa mejora mucho la expresión de la personalidad. A cualquier edad los dientes también contribuyen a una buena nutrición. La ausencia o presencia de dientes precarios con frecuencia resulta en la pérdida de la autoestima y minimiza las posibilidades de empleo cuando en éste se requiere contacto continuo en público”⁵.

⁵ NORMAN O Harris, y otros .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 1 Pág. 2-4

5.2.2. TÉCNICAS DE PREVENCIÓN.

5.2.2.1. LA PLACA DENTOBACTERIANA

“Antes de proporcionar una visión general de los métodos utilizados para llevar a cabo programas de prevención primaria tiene importancia puntualizar ambas, la caries dental y la enfermedad periodontal inflamatoria, son procesos infecciosos transmisibles. Cualquier enfermedad infecciosa (adquirida) solo puede iniciarse si los microorganismos agresores se presentan en cantidad suficiente para sobrepasar las capacidades corporales de defensa y reparación combinadas. Por esta razón todas las estrategias para prevenir, detener o cambiar el curso de las enfermedades por placa se basan en: 1) disminuir la cantidad de patógenos agresores en la boca, 2) reforzar las defensas dentarias y conservar una encía saludable y 3) fortalecer los procesos de reparación.

Para controlar la enfermedad por placa dentobacteriana con los métodos y las técnicas disponibles se ha puesto un mayor énfasis en cinco áreas generales.

Control mecánico y químico de la placa dental

Utilización de fluoruro para disminuir la desmineralización y fortalecer la remineralización

Restricción del azúcar

Utilización de selladores de cavidades y fisuras

Educación y promoción de la salud

5.2.2.2 CONTROL DE LA PLACA DENTAL

La placa dental está compuesta de proteínas salivales que se adhieren a los dientes, además de bacterias y productos terminales del metabolismo bacteriano. La caries es el resultado de una placa patógena, la cual puede acumularse en las cinco caras de la corona de un diente y en la superficie de la raíz.

Un sitio donde el dentista y la persona no pueden retirar de manera satisfactoria la placa corresponde a las profundidades de las concavidades y fisuras de las superficies oclusales, en los casos en que los orificios son demasiado pequeños para el ingreso de la cerda del cepillo de dientes.

El flujo de la saliva o la acción muscular de los carrillos y la lengua tiene poca influencia sobre el desarrollo final de caries en estas regiones. No es por coincidencia que a la superficie oclusal corresponde el mayor porcentaje de las lesiones por caries. Debido a esto, es que se recomienda el sellado de todas las superficies oclusales con fisuras profundas y contorneadas mediante un sellador para cavidades y fisuras.

El retiro diario de la placa no solo disminuye la posibilidad de caries dental; de igual importancia, es la posibilidad de retrasar el inicio de la gingivitis. Los productos metabólicos finales de las bacterias contenidas en la placa pueden ser irritantes para los tejidos gingivales adyacentes y producir inflamación.

De no retirar la placa mediante el hilo dental y el cepillado esta se convierte en cálculo, el retiro diario de la placa puede eliminar con éxito o retardar de manera notable la formación de cálculos, una vez que se forma el cálculo, el hilo dental y el cepillado utilizados normalmente para el control de la placa no pueden retirar los depósitos. En esta

etapa deben intervenir el odontólogo para retirar los cálculos mediante instrumentación.

Hasta este punto solo se ha esbozado el control mecánico de la placa (es decir el empleo del cepillado de los dientes). Cada día aumenta la importancia de complementar el control mecánico de la placa dental (no de sustituirlo) con un control químico de la placa. Este abordaje utiliza enjuagues con antimicrobianos eficaces como auxiliares en el control de las bacterias de la placa involucradas como causa de caries y gingivitis. El producto más popular y barato de los productos de venta libre es el Listerine, los enjuagues más eficaces que requieren receta médica corresponden a los que contienen clorhexidina que es eficaz en la supresión de los microorganismos cariogénos y en el control de la gingivitis”⁶.

5.2.2.3 TERAPÉUTICA CON FLÚOR TÓPICO.

“El término terapéutica de aplicación tópica del fluoruro se refiere a la utilización de sistemas con concentraciones relativamente grandes de fluoruro para aplicarlos local o tópicamente a las superficies de los dientes brotados, con objeto de prevenir la formación de caries dental. Este término incluye el empleo de enjuague, dentífricos, pastas, geles y soluciones fluoradas, que se aplican de diversas maneras. Sin embargo, entre los practicantes de odontología este término, por lo general, se refiere a los tratamientos profesionales con fluoruro tópico realizados en la consulta dental.

5.2.2.3.1 MECANISMO DE ACCIÓN

Los estudios acerca de las aplicaciones tópicas de fluoruro profesionales para el control de las caries dentales iniciaron a

⁶ NORMAN O Harris, y otros, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 1 Pág. 5

principios del decenio de 1940. Desde entonces, ha sido de aceptación general que el contenido del fluoruro del esmalte se correlaciona inversamente con la prevalencia de caries dental.

En el momento de la erupción de los dientes el esmalte no está todavía totalmente calcificado y se encuentra en un periodo pos eruptivo, con una duración aproximada de dos años, durante el cual continúa la calcificación esmaltada. En este periodo, denominado periodo de maduración del esmalte, continúa la acumulación de fluoruro y otros elementos en las porciones más superficiales del esmalte.

El fluoruro proviene de la saliva, así como de la exposición de los dientes al agua y los alimentos fluorados. Después del periodo de maduración del esmalte, relativamente poco fluoruro adicional proveniente de estas fuentes se incorpora a la superficie del esmalte. Por tanto, la mayor parte de fluoruro que se incorpora al esmalte en desarrollo lo hace durante el periodo pre eruptivo de la formación y en el pos eruptivo de maduración del esmalte.

El depósito continuo de fluoruro en el esmalte de las últimas etapas de su formación, en especial, durante el periodo de maduración, origina un gradiente de concentración de fluoruro en el esmalte. Invariablemente, la mayor concentración de fluoruro se presenta en la porción más externa de la superficie del esmalte, con una disminución del contenido conforme se avanza al interior en la dentina.

Esta disminución en la concentración de fluoruro es extremadamente rápida en los 5 a 10mm mas externos del esmalte y de ahí en adelante es menos marcada”⁷.

⁷ NORMAN O Harris, GARCÍA y otros, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 9 Pág. 161

5.2.2.3.2 SELLADORES DE CAVIDADES Y FISURAS.

“, se aíslan de manera eficaz estas áreas respecto al ambiente oral. La colocación del sellador es indolora y o produce molestia. Después de la colocación del sellador en las fisuras profundas, la fosa de nueva creación puede limpiarse de manera eficaz con un cepillo de dientes.

Durante el tiempo de permanencia de los selladores, ninguna bacteria o ácido bacteriano puede afectar las superficies selladas. En caso de desprendimiento del sellador, el tratamiento no causa lesión a los dientes. El sellador desprendido se puede reemplazar fácilmente.

El fluoruro es muy eficaz para disminuir las lesiones cariosas que se presentan en las **superficies lisas** del esmalte y cemento. Desafortunadamente, el fluoruro **no** resulta igualmente eficaz para proteger cavidades y fisuras oclusales, en donde se presenta **95%** de las lesiones **cariosas**. Si se considera que las superficies oclusales constituyen sólo **12%** de las superficies dentales, **las cavidades y fisuras del surco oclusal son casi ocho veces más vulnerables que las superficies lisas.**

Históricamente se han probado diversos agentes para combatir cavidades y fisuras profundas en las superficies oclusales.

El fluoruro que protege las superficies lisas de los dientes es menos eficaz para las superficies oclusales. Después del fluoruro hay gran disminución de la incidencia de caries en la superficie lisa, pero más pequeña en la caries de cavidades y fisuras oclusales. Esto origina **un**

incremento de la proporción de las lesiones oclusales interproximales, incluso aunque la cantidad total pueda disminuir.

Un último recurso de acción para combatir la caries de cavidades y fisuras consiste en uno denominado: **no hacer; esperar y observar**. Esta opción evita cortar estructura dental sana hasta que se identifique una lesión cariosa definitiva. También ocasiona pérdida de muchos dientes cuando las personas no regresan para revisiones periódicas.

5.2.2.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DENTAL PARA LA COLOCACIÓN DE SELLADORES

En seguida se presentan los criterios de selección dental para el sellado. Debido a que los selladores no originan lesiones **es mejor sellar en caso de duda**. El sellador **está indicado si**:

- Se presenta una fisura o fosa oclusal profunda o cavidad lingual

El sellador **está contraindicado si**:

- El comportamiento del paciente no permite aplicar técnicas adecuadas de campo seco durante el procedimiento.

Se observan lesiones canosas oclusales abiertas.

Se encuentra canes en otras superficies del mismo diente.

Se presenta una gran restauración de sitios oclusales

El sellador **quizá esté indicado si**:

La fosa seleccionada para la colocación del sellador está adecuadamente aislada de otra con restauración.

La parte seleccionada está confinada a una fosa completamente brotada, aun cuando sea imposible sellar la fosa distal por una erupción inadecuada.

Una superficie oclusal intacta se presenta con la superficie **dental contra lateral** cariosa o restaurada; por lo general, se debe a que los dientes en lados opuestos de la boca también son propensos a la caries.

Una lesión **incipiente** se manifiesta en cavidades y fisuras.

El sellador se escurre en un conservador clase I compuesto o de amalgama para mejorar la integridad marginal, y en el resto de las cavidades y fisuras para lograr una extensión *de facto* para la prevención

5.2.2.3.4. REQUISITOS PARA LA RETENCIÓN DEL SELLADOR

Para la retención del sellador, la superficie dental debe: **1)** tener una **superficie máxima**, **2)** presentar **cavidades** y fisuras irregulares y profundas, **3)** estar limpia, **4)** en el momento de la colocación del sellador encontrarse absolutamente seca y no estar contaminada con residuos de saliva. Estos son cuatro parámetros para la colocación exitosa del sellador y no pueden violarse

5.2.2.3.5. APLICACIÓN DEL SELLADOR

Cuando el sellador plástico fluye en la superficie preparada, penetra las depresiones digitiformes creadas por la solución del grabado ácido. Estas proyecciones de plástico en las partes acondicionadas se denominan **apéndices**. Los apéndices son fundamentales para la retención. Los estudios con el microscopio electrónico de barrido de

los selladores no retenidos han demostrado grandes porciones carentes de apéndices o incompletos por contaminación con saliva. Si un sellador se separa forzosamente del diente por las fuerzas masticatorias, en las depresiones grabadas al ácido se **conservan** muchos apéndices.

Trátase de selladores fotocurados o autopolimerizados, el material debe colocarse primero en las fisuras con mayor profundidad. A veces la penetración no es posible por los detritos, aire atrapado, orificios estrechos o excesiva viscosidad del sellador. El sellado debe llenar las fisuras y tener algo de **abultamiento sobre dicha fisura**. Después de cubrir adecuadamente las fisuras, el material se conforma como un borde cortante cercano a la **mitad** del plano inclinado.

Después de la polimerización, los selladores deben examinarse cuidadosamente **antes** de quitar el campo seco. Si existe evidencia de cualquier vacío, se puede agregar sellador sin necesidad de grabado ácido adicional. El sellador endurecido deja residuo de aceite en la superficie. Esto es un monómero sin reaccionar que puede secarse con una esponja de gasa o dejarse allí. En caso de que el sellador requiera alguna reparación después de retirar el campo seco, lo prudente es repetir los mismos procedimientos de secado y grabado ácido utilizados inicialmente. Ya que todos los selladores en el mercado, fotocurados y autocurados, pertenecen a la misma familia química del Bis-**GMA se adhieren fácilmente entre sí**⁸.

⁸ NORMAN O Harris, y otros, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 10 Pág. 193

5.2.2.4 DENTÍFRICOS, ENJUAGUE BUCALES, HILO DENTAL Y BLANQUEADORES DENTALES.

“Los dentífricos y los enjuagues bucales se pueden categorizar como cosméticos o terapéuticos. Los productos cosméticos se han utilizado tradicionalmente para retirar los detritos, proporcionar un “sabor de boca” placentero y disminuir temporalmente la halitosis. Para mejorar la venta de los dentífricos y los enjuagues bucales, se les agregan saborizantes, removedores, goteros y colores. Recientemente, se han agregado otros ingredientes para disminuir temporalmente la población bacteriana de la boca o para evitar o moderar algún proceso patológico en esta.

5.2.2.4.1. LA CLORHEXIDINA

La clorhexidina es un agente anti placa y anti gingivitis muy eficaz de venta bajo prescripción médica, pero con efectos colaterales importantes. El Listerine, popular durante casi un siglo, ha demostrado las mismas propiedades pero sin los efectos colaterales. Por tanto, la utilización de dentífricos y enjuagues bucales demuestra cada día ser una importante medida preventiva en odontología”⁹.

5.2.2.4.2. HIGIENE ORAL PERSONAL: MEDIDAS AUXILIARES PARA COMPLEMENTAR EL CEPILLADO DENTAL

Para complementar el cepillado dental se necesitan medidas de control de placa auxiliare. Realizadas de manera apropiada junto con el cepillado dental, estas medidas remueven la placa acumulada en

⁹ NORMAN O Harris, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 6 Pág. 83

las caras vestibular y lingual de las coronas clínicas y de las raíces expuestas de los dientes.

El cepillado dental es eficaz para remover la placa de las superficies oclusales poco profundas y bien juntas, pero es marginal en presencia de superficies estrechas. Los sitios menos accesibles para remover la placa mediante el cepillado dental corresponden a las superficies interproximales del diente, las cuales están protegidas por las papilas interdentes o bolsas. Los procesos inflamatorios y la caries pueden iniciar o continuar en estas áreas menos protegidas, a menos que se utilicen medidas adicionales de higiene oral, deben considerarse otros factores como restauraciones proximales sobresalientes.

Para cumplir con la atención complementaria de la higiene oral se puede utilizar una amplia variedad de dispositivos como el hilo dental.

5.2.2.4.3 HILO DENTAL

El empleo eficaz del hilo dental permite el logro de varios objetivos.

Remueve la placa y los detritos adheridos a los dientes, restauraciones, aplicaciones ortodónticas, a puentes y prótesis fijas, a la encía en las porciones interproximales y alrededor de los implantes.

Auxilia a identificar depósitos subgingivales calcáreos, restauraciones sobresalientes o lesiones cariosas interproximales.

Disminuye el sangrado gingival.

Puede utilizarse como vehículo para la aplicación de pulidores o quimioterapéuticos en las partes interproximales y subgingivales¹⁰.

¹⁰ NORMAN O Harris, y otros, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 7 Pág. 101

5.2.2.4.4 USO CORRECTO DEL CEPILLO DENTAL, TÉCNICAS DE CEPILLADO.

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

5.2.2.4.4.1 HORIZONTAL

La técnica del restregado horizontal probablemente s el método más utilizado. Las cerdas del cepillo dental se colocan en una posición perpendicular a la corona dental. El cepillo se4 mueve hacia atrás hacia delante en golpes horizontales cortos. La anatomía acampanada de los dientes primarios de los niños s limpia mejor con la técnica de restregado. Sin embargo a lo largo del tiempo, la presión excesiva y los dentífricos abrasivos pueden ocasionar retracción gingival y daño dental en la unión amelo cementaría.

5.2.2.4.4.2. FONES

La técnica de Fones es similar al método de masaje horizontal, excepto que se utilizan golpes con vuelta. Fones recomienda tener cuidado respecto a la posibilidad de lesión gingival, pero también en cuanto a la estimulación de la encía mediante golpes con vuelta. Además, Fones propone un cepillado donde se incluyen los dientes, encía y lengua.

5.2.2.4.4.3. LEONARD

En el método de Leonard se utiliza un movimiento de arriba hacia abajo para el cepillado de las superficies dentales posteriores, con el fin de proporcionar limpieza dental y estimulación gingival.

Con frecuencia, la misma persona utiliza los tres movimientos naturales durante el cepillado y es imposible determinar un movimiento dominante en el retiro de los detritos y las manchas de las superficies dentales lisas; todos estimulan y algunas veces lesionan la encía.

5.2.2.4.4.4. STILLMAN

El método de Stillman fue desarrollado originalmente para proporcionar estimulación gingival. El cepillo dental se coloca en una posición inclinada de 45° respecto del vértice dental, colocando parte del cepillo sobre la encía y parte sobre el diente. Se utiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía. En esta técnica, las cerdas realizan sobre todo un movimiento de impulsos. El cepillo se levanta y en seguida se coloca en la misma parte, y se repite el movimiento de impulsos.

5.2.2.4.4.5. CHARTERS

Este autor propone una técnica vibratoria con presión para limpiar las partes interproximales. El intento original de Chárter fue disminuir la incidencia de la caries interproximal. El cepillo dental debe colocarse en un ángulo de 90° en dirección al eje largo de los dientes, de manera que las cerdas se fueren suavemente entre los dientes, pero no reposen sobre las encías. Asimismo, se realizan movimientos rotatorios

pequeños, de tal modo que los lados de las cerdas entren en contacto con el borde gingival. El cepillo se retira después de 2 o 3 movimientos, para colocarse en el mismo lugar y repetir el procedimiento. De acuerdo con Chárter, estos movimientos aprietan los lados de las cerdas en los espacios en forma de V entre los dientes proporcionando masaje a las encías.

5.2.2.4.4.6. BASS

Es importante hacer notar que la técnica de Bass fue la primera en centrarse en el retiro de la placa y los detritos presentes en el surco gingival mediante la utilización combinada de un cepillo dental blando y del hilo dental sin cera. Bass en su técnica coloca el cepillo dental en el surco gingival a un ángulo de 45° respecto del vértice dental. En seguida las cerdas se presionan suavemente para que entren en el surco. Una acción vibratoria, descrita como un sacudido horizontal de atrás hacia delante, produce un impulso de las cerdas para limpiar el surco. Se recomiendan 10 movimientos de presión en cada área.

Bass propone cualidades específicas para el cepillo dental utilizado en el cepillado sulcular. Algunos requisitos esenciales de este tipo de cepillo son.

Un tamaño individualizado

De manipulación fácil y eficaz

De limpieza y secado fáciles

Impermeable a la humedad

Durable

Barato¹¹

¹¹ ¹¹ NORMAN O Harris, y otros, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 6 Pág. 85

5.2.2.4.5. TIEMPO Y FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL.

“Durante muchos años, el odontólogo instruyó a sus pacientes para que cepillaran los dientes después de cada comida. La ADA ha modificado esta posición, afirmando que los pacientes deben cepillarse “con regularidad”. La investigación indica que con el retiro completo de la placa cada tercer día no se presenta efectos deletéreos en la cavidad oral. Por otra parte y toda vez que pocas personas retiran la placa por completo, todavía resulta extrema importancia el cepillado diario para llevar al máximo la limpieza del surco gingival como una medida de control de la enfermedad periodontal, así como ofrecer una oportunidad para la utilización más frecuente de dentífricos fluorados para el control de la caries.

Con frecuencia se logra hacer un compromiso al sugerir de 5 a 10 movimientos en cada región o al recomendar la utilización de un cronometro. Una cantidad de tiempo, la cual puede ser adecuada para la persona promedio, puede no serlo para los pacientes que necesitan de programas de control máximo de la placa. Para asegurar el compromiso continuo a un programa personal de higiene oral, al paciente se le deben explicar y demostrar adecuadamente los beneficios del cuidado oral apropiado”¹².

5.2.3. ENTORNO FAMILIAR.

5.2.3.1. ADOLESCENTES Y SU ENTORNO FAMILIAR

“La adolescencia que puede incluir al adulto joven es una de las etapas de la vida en la que se presenta una mayor prevalencia de afecciones bucodentales, hay necesidades especiales debido a que con la

¹² NORMAN O Harris y otros .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 7 Pág. 101

pubertad se producen cambios psicológicos, hormonales, de estilo de vida, de hábitos, sociales,... que facilitan la aparición de gingivitis, caries y traumatismos.

En esta etapa su horario se completa con múltiples actividades escolares, extraescolares y sociales, comienzan a demandar más independencia, con lo que se comparte menos tiempo, viven una época de mayor rebeldía, perdiéndose el control que se tenía sobre ellos, lo que provoca desorden en su estilo de vida y dieta. Las medidas de prevención e higiene de la infancia se relajan además de poder aparecer hábitos como el tabaco, alcohol,...

Los padres comienzan a compartir menos comidas con sus hijos. Los jóvenes suelen adoptar una alimentación menos protectora (como ejemplo disminuye el consumo de agua y leche) y van menos al dentista. Como resultado, aumenta el riesgo de que se presenten caries. Lo aconsejable es informar sobre el riesgo que implican los dulces y bebidas azucaradas (refrescos, zumos, batidos,...) cuando su consumo no va seguido del correcto cuidado de sus dientes.

Los cambios hormonales (la progesterona y posiblemente el estrógeno) relacionados con la pubertad pueden aumentar en la adolescencia el riesgo de desarrollar gingivitis. Las encías pueden inflamarse, enrojecerse y estar más sensibles a cualquier factor irritante, como restos de comida y placa bacteriana por la falta de motivación en la higiene oral.

El riesgo de traumatismos en esta etapa de la vida aumenta por la exposición a actividades deportivas, accidentes,... aumentando los golpes oro faciales que con medidas de protección y educación adecuadas se verían reducidas"¹³.

¹³ www.ops/paltex.@.com. PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA ODONTOLÓGICA para adolescentes.

5.2.3.2. CONVENCER A LOS ADOLESCENTES DE QUE SE CUIDEN LOS DIENTES

“Nos encontramos en una etapa donde los padres encuentran dificultades para el cumplimiento por parte del adolescente de las medidas de higiene, ya que, son capaces de realizarlas pero no son lo suficiente conscientes ni maduros como para tener la constancia necesaria.

Cada grupo de edad tiene sus motivaciones, los adolescentes, en general, son muy sensibles a su apariencia personal. La mayoría de los que se lavan los dientes, lo hacen para que no se pongan sucios y no tener mal aliento, pocos se cuidan la boca para evitar caries o problemas de encías. Hay que ganarnos su atención enganchando el cuidado dental con la estética, ya que esos son los temas que les preocupan. Invitándoles a tener unos dientes sanos para tener una bonita sonrisa, estar más atractivos así como tener mayor confianza y autoestima”¹⁴.

5.2.3.3 CONSEJOS PARA LOS PADRES

“Las medidas de cuidado de la boca hay que empezarlas cuanto antes, si desde niño se han mantenido buenos hábitos de higiene oral es más fácil que se continúe con ellos. Si el adolescente tiene malos hábitos de salud oral actualmente, haga el esfuerzo para que los

⁵ SILBER T, MUNIST M, MADDALENO M, Suárez E. Manual de Medicina de la Adolescencia. Editorial Washington. 1992.

cambie. Es más fácil modificar o introducir estos hábitos ahora que en un adulto.

La medida preventiva más importante contra la caries y la gingivitis es la de establecer buenos hábitos orales.

Visita al dentista. El diagnóstico temprano es importante para prevenir u obtener un tratamiento precoz de las enfermedades buco-dentales. Por lo tanto, es importante que los adolescentes continúe con sus exámenes de rutina al dentista. Estos como grupo de riesgo tienen que acudir a un control odontológico con más frecuencia.

Educación. Recomendaciones sobre las consecuencias para su salud oral y general de introducir hábitos como el tabaco, alcohol u otras sustancias además de modas como el piercing, dietas inadecuadas, etc. que aumentan el riesgo de problemas.

En definitiva es una etapa donde hay que tener unas precauciones especiales por los condicionantes que se dan para prevenir el riesgo de problemas”¹⁵.

5.2.3.4 EDUCACION DE LA POBLACION EN SALUD DENTAL

“Para que los odontólogos puedan controlar de manera efectiva la caries mediante el control de la placa, las aplicaciones sistémicas (ingerida) y tópica (aplicación local) de fluoruro, el control dietético y la utilización de selladores plásticos, deben responderse dos preguntas importantes.

¿Porque no disponemos de un programa de control de caries dental más eficaz?

¹⁵ www.ops/paltex.@.com. PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA ODONTOLÓGICA para adolescentes.

Si el cepillado de los dientes y el empleo del hilo dental diarios retiran la placa, ¿Por qué estos sencillos procedimientos no se utilizan de manera eficaz para el control de la caries y enfermedad periodontal?

Quizá la mejor respuesta a estas preguntas sea que la población primero debe conocer que necesita hacer algo y también como es que debe hacerlo. Desafortunadamente la población tiene relativamente poca información respecto al gran potencial de la odontología de atención primaria para disminuir los estragos de la placa. Sin información es difícil convencer a la población de que ella misma puede controlar en gran medida su destino dental. En realidad muchas personas piensan que el odontólogo es un profesional orientado al tratamiento, el cual se especializa en restauraciones periodoncia, endodoncia, exodoncia y prótesis. Para asegurar el éxito de cualquier programa de odontología preventiva es fundamental un programa de educación y promoción pública, el cual procure la participación individual y comunitaria”¹⁶.

5.2.4. ENTORNO MINISTERIAL.

5.2.4.1 SISTEMA DE CAPACITACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD.

“Se define un problema de salud pública como: 1) un estado o situación muy difundido que constituye una causa real o potencial de morbilidad o mortalidad, y 2) la percepción existente ya sea en la población, el gobierno o las autoridades de salud pública, de que la situación constituye un problema de esta materia. Las enfermedades orales son un problema de salud pública para ciertos subgrupos y se encuentran entre las enfermedades crónicas más prevalentes que

¹⁶ NORMAN O Harris, y otros .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 17 Pág. 341

afligen a la población. Sin embargo, si se considera la magnitud de las enfermedades orales, la atención a éstas no ha sido la apropiada. En la actualidad existe preocupación considerable sobre el futuro de los programas de salud pública odontológica y del financiamiento para apoyarlos. Lo que resulta particularmente decepcionante es que cada año se gasta más dinero en productos de cosméticos y tabaco que en la atención odontológica.

Algunas estadísticas odontológicas pertinentes relativas a la población incluyen lo siguiente:

El adulto promedio tiene 21.5 superficies dentales con caries u obturadas.

Sólo 42% de quienes tienen 65 o más años de edad visita al odontólogo durante un año determinado.

Quienes tienen entre 12 y 17 años de edad, 68% ha presentado caries dental.

El 25% de los niños con edades de 1 a 17 años tiene 80% de la prevalencia de caries en el grupo de edad respectivo.

Las enfermedades dentales o las visitas al odontólogo producen más de 41 millones de días sin actividad.

A la patología dental se atribuye la pérdida de 7.05 millones de días laborables.

Sólo 10.6% de quienes se encuentran por debajo del nivel de pobreza tiene seguros dentales.

El empleo de los servicios odontológicos entre las minorías y los niños pobres es 10 veces menor que el promedio nacional.

El 63% de los adultos entre 45 y 54 años de edad tiene enfermedad periodontal moderada.

Casi 44% de los de 75 o más años de edad ha perdido la totalidad de los dientes.

Estas son las preocupaciones principales que deben atenderse por parte de la práctica privada y los sectores de salud pública para mejorar la salud oral de la población.

5.2.4.2 PROGRAMAS DE SALUD ORAL

El tratamiento no es la respuesta para resolver los problemas de salud oral de los niños, en su lugar, *la clave está en la prevención primaria*. Desde un punto de vista económico, hay poca racionalidad en tratar con gran costo una enfermedad cuando ésta puede prevenirse con un costo mucho menor. Desde el punto de vista humano, incluso hay poca razón para no desarrollar programas preventivos intensos apoyados con planes de tratamiento para cuando la prevención falle. La investigación ha demostrado que la caries incipiente puede controlarse en gran medida con las técnicas disponibles actuales como *la colocación de selladores y terapéutica de remineralización*, técnicas poco publicitadas y escasamente utilizadas por los profesionales. *La gingivitis también puede controlarse con una combinación de prácticas de higiene oral: profilaxis, sustancias químicas y control manual de la placa.*

En la actualidad el estado está centrado en cómo puede proporcionarse atención sanitaria a los niños menos privilegiados. Como base de este esfuerzo, la atención debe ser *aceptable, equitativa, accesible y disponible para todos*. Es crucial que los

profesionales de odontología, educadores sanitarios y dependencias de salud pública den los pasos necesarios para asegurar que la salud oral esté presente en la planeación e implantación de tales esfuerzos nacionales. *Los directores estatales de odontología deben desempeñar una participación importante para asegurar que esta disciplina médica comparta el financiamiento disponible.* Desafortunadamente, algunos estados en la actualidad no tienen directores estatales de odontología y no pretenden ocupar-estas-plazas. Al mismo tiempo han recortado o eliminado las actividades preventivas.

Existen varias ventajas en un programa escolar:

- 1) Los procedimientos preventivos o el tratamiento están disponibles para los estudiantes
- 2) Los programas escolares odontológicos facilitan e incrementan la efectividad de la enseñanza de los temas en salud oral
- 3) Los servicios odontológicos complementan los servicios escolares de enfermería en cuanto a proporcionar atención total de la salud para los alumnos.

Un programa escolar combinado de educación, promoción y prevención puede reducir en gran medida el tiempo de clases perdido en viajar a una instalación de tratamiento. Los programas escolares también pueden evitar la pérdida de tiempo de estudio debida al dolor y la aprensión, antes y después del tratamiento. Los programas escolares combinados con odontología educativa y preventiva, serian factibles y eficaces respecto al costo para todas las escuelas, desde el punto de vista de personal, material y monetario. Lo más importante es que con los programas escolares los dientes con caries, perdidos u obturados (cpo) de los alumnos *demostrarían una disminución sustancial y sostenida con el tiempo.*

Éste debe incluir un plan de estudios de salud oral. Con la disponibilidad de este plan, se lleva al mínimo la necesidad de que los maestros o educadores sanitarios localicen y organicen las lecciones en un campo poco familiar. Además, el *maestro con ayuda de una enfermera escolar* puede realizar cada semana los enjuagues bucales fluorados o administrar programas de tableta fluorada diaria. Cuando se dispone de agua potable fluorada, ya sea en la comunidad o en las escuelas no debe utilizarse *ninguno* de estos regímenes de auto aplicación de fluoruro, ya que puede presentarse fluorosis¹⁷.

5.2.5. ENTORNO ESCOLAR.

5.2.5.1 CONSIDERACIONES EDUCATIVAS

“Tradicionalmente las escuelas públicas han aceptado la responsabilidad de enseñar la salud oral como parte de la salud general. La base de toda educación escolar acerca de la salud oral está en los maestros comprometidos y capacitados. Sin embargo, el material sobre el tema odontológico de los libros de texto utilizados en las escuelas para maestros es sobre todo con la anatomía y fisiología de dientes, tejidos de soporte y glándulas salivales.

Tales antecedentes capacitan a los maestros escolares para enseñar y promover la información básica de la cavidad oral. Sin embargo, **no es de esperarse que sean expertos** en conocimientos científicos en constante cambio referentes a las opciones de prevención y tratamiento odontológicos. Como resultado, los maestros pueden estar renuentes a enseñar lo que podría considerarse como información incorrecta u obsoleta

¹⁷ NORMAN O Harris, y otros .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 17 Pág. 333

El entrenamiento en el servicio realizado periódicamente para actualizar el conocimiento del maestro sobre salud, incluso oral, ayudaría mucho para que el profesorado desarrolle mayor confianza y competencia. Para ayudar a lograrlo, el estado de Utah proporciona a los profesores una actualización bianual sobre los avances en odontología.

Los profesores, como los profesionales de la odontología, han cuestionado la prioridad otorgada a los programas escolares de educación en salud oral. Algunas veces también se lo preguntan los educadores, debido a que el tiempo asignado a la educación odontológica compite con el tiempo necesario para otros temas. Por ejemplo, ¿la instrucción sobre salud oral tiene mayor importancia que enseñar matemáticas u orientación vocacional? Los profesionales de la salud también cuestionan el tiempo dedicado a los programas escolares que realizan sobre todo la transmisión de información, en lugar de una **combinación de regímenes educativos y preventivos o de tratamiento.**

Este criterio, de la educación por sí sola, ejemplifica la necesidad de proporcionar procedimientos preventivos junto con la educación para la salud. La educación sola rara vez es suficiente. Por ejemplo, no tiene sentido enseñar el retiro de la placa si no se proporcionan cepillos dentales ni se practica en el salón de clases. A las personas que no se proporciona ayuda para asumir actitudes, hábitos y creencias sanitarios al inicio de su vida, tienen mayor probabilidad de una productividad baja en los años tardíos. Los conocimientos y habilidades adquiridos en la escuela pública pueden tener mayor significado en la vida adulta, en la que es más evidente la importancia de la buena salud

Resultan demasiado pequeñas la cantidad y calidad de la salud oral en la escuela como para que sea asimilada por los estudiantes y no es suficiente a largo plazo para una buena evaluación. La mayoría de

los niños y adolescentes están en riesgo de abandonar la escuela antes de completar la preparatoria por una amplia variedad de problemas sanitarios, económicos y conductuales. Además, una gran proporción de infantes en preescolar *carece de acceso a la atención odontológica y médica, preventiva y de primer nivel básicos*.

Con los desafíos planteados por las agobiantes necesidades y los recursos limitados, los niños deben recibir información y educación que los capacite para tomar decisiones informadas acerca de su salud. También merecen la oportunidad de aprender habilidades y desarrollar actitudes que los capaciten para la práctica de conductas apropiadas para promover y mejorar su salud tanto oral como general. Finalmente, deben recibir servicios que prevengan o traten las enfermedades orales. Los mayores éxitos de los programas escolares de salud odontológica se han logrado cuando la educación se combina con programa? activos de prevención, de tratamiento o ambos”¹⁸.

5.2.5.2 CAPACITACIÓN DE LOS PROFESORES.

“En odontología persiste todavía el enfoque básico de que la educación y la motivación del paciente consisten en una interrelación. 1:1 entre el paciente y el profesional de la salud. Este enfoque hace la tarea imposible ya que las verdades principales de la educación pública dental y de la promoción de la salud bucal las proporcionan los fabricantes de dentífricos, estas abogan por la rutina del cepillado diario de los dientes y las visitas bianuales de verificación al odontólogo.

¹⁸ Norman O Harris, GARCÍA Godoy Franklin Dr. GÓMEZ Saborío Javier Eduardo, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 19 Pág. 374

El conocimiento de los hechos y la aplicación de la información son dos procesos diferentes. La aplicación del conocimiento por una persona requiere un compromiso personal; y es precisamente en este punto donde fallan la mayor parte de los programas de atención preventiva. Por ejemplo, si la población se compromete a la utilización cotidiana del control mecánico y químico de la placa, se podrían minimizar los riesgos de caries y gingivitis. Es claro que la autodisciplina, la motivación y la modificación del comportamiento forman parte del disfrute de una buena salud oral.

En gran parte de los programas de estudios de escuelas primarias y secundarias se idealmente, los programas de educación escolar y pública deben existir para ayudar a que la población realice por sí misma los procedimientos preventivos y enseñar a todas las personas a reconocer la presencia de las enfermedades orales, con la instrucción apropiada, que puedan proporcionar los maestros de escuela, es posible hacer comprender a la población general que debe asumir una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud oral. Solo la persona que puede buscar el tratamiento inmediato cuando se presenta dolor la enfermedad se hace evidente.

La educación pública sobre salud dental podría ser benéfica si existiera una organización de consumidores, además de la educación se necesitan políticas y métodos para asegurar la detección de la enfermedad en la población, con objeto de identificar el inicio de la enfermedad y referir a los afectados para diagnóstico y tratamientos definitivos.

Desafortunadamente, en los sistemas escolares se realizan de manera relativa los programas escolares integrales de odontología preventiva primaria. Con el desarrollo de un programa bien planeado de prevención, identificación, tratamiento y educación sería posible

lograr pérdidas dentarias casi a cero, como consecuencia de caries o enfermedad periodontal entre los escolares”¹⁹.

5.2.6 EL MIEDO A SER ATENDIDO POR UN ODONTÓLOGO.

“Un hecho importante, y que requiere reflexión, es la histórica relación entre la atención odontológica y el dolor. Es indudable que la angustia y el temor han acompañado siempre a la práctica de la Odontología. En la mayoría de las ocasiones con una base real debido a las malas técnicas, al empleo de métodos de anestesia inadecuados, al escaso interés que el profesional presta a la intervención o a la mala preparación para llevarla a feliz término. La actividad odontológica es una operación elemental y sencilla, pero no simple en el sentido peyorativo de la palabra”²⁰.

“Los odontólogos no están orientados hacia las personas, sino hacia las cosas, es decir la técnica. No conocen lo suficiente sobre las personas; pero tienen que trabajar con, y en ellas. Por desgracia, no se trabaja con tipodontes. Lo primero que se debe aprender es que los dientes están unidos a las personas

El problema: cerca de la mitad de la población en no acude regularmente al odontólogo, y la población de bajos ingresos económicos es la que menos recibe atención. .Al revisarla literatura sobre el tema encontró diversas razones bien establecidas por las que la población evita el tratamiento dental las cuales incluyen:

5.2.6.1. NEGLIGENCIA PERSONAL SISTEMÁTICA.

El tratamiento dental se percibe como costoso.

¹⁹ NORMAN O Harris, y otros .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 19 Pág. 374

²⁰ Dra. ACUÑA Cepeda Liliana. SU SALUD BUCAL colombiamedica@gmail.com- colombiamedica@yahoo.com

El pesimismo y la ignorancia respecto a la enfermedad y el tratamiento dental.

La duda sobre los motivos y reacciones del odontólogo acerca del paciente.

Miedo y ansiedad de naturaleza consciente e inconsciente.

Retroalimentación negativa o declaraciones intranquilizadoras sobre la odontología, recibidas de amigos o familiares.

5.2.6.2 PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN EN LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

Se enfatiza que la odontología preventiva primaria puede ponerse en práctica de manera eficaz mediante cinco acciones: 1) control de la placa, 2) restricción del azúcar, 3) terapéutica con fluoruro, 4) empleo de selladores de cavidades y fisuras y 5) educación. El empleo exitoso de cualquiera de estas medidas requiere la interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes, para alcanzar un grado óptimo de salud oral. Para conseguir esta concordancia por ambas partes, se necesitan tres factores importantes: **información, motivación y habilidades psicomotrices** El factor psicomotriz, en el que se consideran las discapacidades físicas y neurales.

Esta tarea de educar al paciente, al profesional de la salud y a la comunidad puede simplificarse mediante el conocimiento y aplicación de unos cuantos preceptos básicos de psicología educativa y motivación humana; los cuales son iguales en las prácticas privada o pública”²¹.

¹⁹NORMAN O Harris, y otros .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 16 Pág. 326
¹³Dra. ACUÑA Cepeda Liliana. SU SALUD BUCAL colombiamedica@gmail.com-
colombiamedica@yahoo.com

5.2.7. INASISTENCIA A LOS PLANTELES EDUCATIVOS.

“Da importancia el hecho de que gran cantidad de jóvenes, especialmente de bajos recursos, no completan la preparatoria. Y muchos son padres a temprana edad. Por tanto, la información sobre salud es especialmente importante para los jóvenes que egresan de la escuela secundaria. Es importante que adquieran tanto el conocimiento como las habilidades para alcanzar y conservar una buena salud, incluso la oral para ellos y sus hijos. Por estas razones es deseable la promoción de la salud oral en escuelas, y también es una necesidad”²².

5.2.7.1. EL PROBLEMA ACTUAL

“En la sociedad ninguna otra institución después de la familia puede hacer más por la salud infantil y juvenil. En la sociedad actual los adolescentes y niños viven con frecuencia en familias de padres solteros o con dos empleos, la escuela constituye el único lugar de constancia en el ambiente infantil. Pero los programas de salud oral no pueden considerarse aislados de las necesidades y prioridades en conflicto dentro de las necesidades médicas, odontológicas y sociales de niños y jóvenes”²³

“La educación para la salud es una combinación de experiencias planeadas de aprendizaje diseñada para facilitar las acciones voluntarias que conducen a la salud. Esta educación debe formar parte integral de cualquier programa de salud escolar. La educación para la salud se utiliza para informar, educar y reforzar los mensajes sanitarios previos. Es fundamental educar a una variedad amplia de

personas y grupos para lograr la aceptación y el empleo de las medidas sanitarias. La educación para la salud por sí sola *no puede* funcionar como un método preventivo. Son importantes tanto la información como el conocimiento precisos y exactos ya que capacitan a las personas, grupos y dependencias o instituciones para tomar decisiones informadas respecto a la salud oral.

El conocimiento en salud es la capacidad de una persona para obtener, interpretar y comprender los servicios y la información básicos, así como la capacidad para utilizar o no, dicha información o servicios de manera que fortalezcan o mejoren la salud.

La educación escolar para la salud es una oportunidad planeada, sistemática y permanente que capacita a todos los estudiantes para ser aprendices productivos y tomar decisiones sobre la salud bien establecidas durante sus vidas.

El programa de salud escolar comprende un conjunto organizado de políticas, procedimientos y actividades diseñado para proteger y promover la salud, el bienestar de los estudiantes y maestros, que tradicionalmente incluye servicios de salud, ambiente escolar higiénico y educación para la salud”²⁴.

5.2.8 LA HERENCIA, EL ADOLESCENTE Y SU ENTORNO.

“¿Cuestión de educación?, ¿falta de cultura por la salud de nuestro ser?, ¿autoestima?, ¿miedo?, ¿lo molesto de los tratamientos?, ¿factor económico?

Es muy notorio la dificultad que presenta el humano para atender su salud, de una u otra forma se pone barreras para no hacer lo necesario, tengo miedo, no me gusta, no tengo dinero, no me duele

²⁴ ARMERO, Oscar Dr. Evaluación del Crecimiento y del estado nutricional en la población infantil. Unicef, 1983

nada, no tengo tiempo. Y esto compete a todo el campo de nuestro ser, y dentro de los tratamientos odontológicos es más frecuente.

Probablemente antes no se le daba la importancia debida a la salud bucal, no veían la relación que tiene la boca con el resto del cuerpo aun ahora muchas personas no la entienden así, de hecho piensan y que si me sacan la muela, o qué importa que esté infectada, en varias ocasiones se ha platicado que somos un ente completo y si existe una infección en cualquier parte del cuerpo éste causará problemas en general.

A través de los años se ha visto cambios muy notorios en la atención dental, cuando nuestros padres (ya los bisabuelos de hoy) no acudían al dentista o sólo iban cuando había dolor, una gran mayoría de estas personas terminaban al final de sus vidas sin dientes utilizando placas totales, era muy común.

La atención era sólo quitar el problema, eliminando toda aquella pieza dental que estuviera causando daño. Los adultos de ahora, esta generación, ya acuden más frecuentemente al dentista, pero sigue perdurando la idea de cuando hubiera dolor. El control de placa dentobacteriana no se escuchaba, no existía, no había cultura por cuidar los hábitos alimenticios en relación al daño con las piezas dentarias.

Pero los adultos de esta época ya van al dentista, con mayor frecuencia. Ahora la cultura de la salud bucal es más conocida, sabe la gran mayoría de las personas lo importante que es cuidar su salud bucal. Pero sigue habiendo el problema, que indudablemente es cultural”²⁵.

²⁵ Dra. ACUÑA Cepeda Liliana. SU SALUD BUCAL colombiamedica@gmail.com- colombiamedica@yahoo.com

5.2.8.1 LA ADOLESCENCIA.

“La adolescencia es un período bio-psicosocial entre los 10 y los 20 años, donde tienen lugar modificaciones corporales y adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que conducen de la infancia a la adultez.

En el campo de la odontología, el adolescente presenta cambios en el crecimiento maxilar y en las estructuras dentarias. El proceso de crecimiento como se basa en lograr un equilibrio funcional y estructural, cualquier alteración anatómica afectará la armonía, el equilibrio y el resultado de este proceso. Entre los 5 y 7 años, el crecimiento maxilar se caracteriza por un aumento en el desarrollo de las cavidades para-nasales por el recambio de la dentición. El crecimiento transversal se completa alrededor de los 2 años, luego vienen el desarrollo vertical y anteroposterior que termina entre los 8 y los 12 años. El seno maxilar, al final, termina su desarrollo con la erupción de todos los dientes. Una vez que se ha completado este paso el adolescente es susceptible como en otras etapas de su vida a la evidencia de alteraciones anatómicas, que quizás, algunas de ellas, pueden ser el resultado de malformaciones en la niñez.

Por otra parte, el surgimiento de enfermedades orales en esta etapa de la vida, podría ser el efecto de la presencia de placa bacteriana”²⁶.

5.2.8.2 ADOLESCENCIA Y SALUD BUCAL.

“Se analizan las patologías bucodentales más frecuentes, su etiología y factores de riesgo biológico y psico-socio-cultural. Se plantean estrategias de prevención específica. La utilización de fluoruros, de probado efecto preventivo, debe alentarse en esta etapa en un intento de controlar la caries dental. El desarrollo del componente salud bucal

en la atención integral de salud del adolescente constituye la búsqueda de una forma totalizadora de mejoramiento de la calidad de vida. Los conceptos acerca del papel relevante de la familia y la comunidad en la promoción de salud, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades prevalentes. El concepto de riesgo en el estudio y solución de los problemas de salud y su incorporación en la programación. La aplicación de criterios mas holísticos en cuanto a recursos humanos para salud.

El desarrollo de la capacidad de innovación tecnológica en áreas de educación, prevención, recursos físicos y materiales incluyendo su recuperación y mantenimiento, sirven de base para generar una propuesta de integración con otras áreas de la atención de salud.

5.2.8.3 ENFERMEDADES BUCALES EN LA ADOLESCENCIA

Las enfermedades bucales prevalentes (caries y enfermedad periodontal) son de etiología infecciosa y afectan al 95% de la población.

La caries dental es una enfermedad que destruye los tejidos duros del diente, de etiología multifactorial en el que intervienen; la placa bacteriana cariogénica, cantidad y calidad de saliva, dieta, factores biológicos inherentes al huésped, y otros dependientes de la edad, conducta, disponibilidad de cuidados de salud. La interacción entre estos factores determinará la presencia o no de enfermedad y su severidad.

Intervienen en su desarrollo las bacterias adheridas a la superficie dentaria que transforman en ácidos los hidratos de carbono de la dieta, la capacidad buffer de la saliva, la cantidad de azúcares que se ingieren diariamente, los hábitos de higiene bucal, las propiedades físico químicas del esmalte dentario, los factores inmunitarios.

y las medidas preventivas adoptadas. Todos estos factores intervienen en los procesos de desmineralización y remineralización constante a los que están sometidos los tejidos dentarios en la cavidad bucal

5.2.8.4. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL JUVENIL.

Afecta los tejidos de soporte dentario, la placa bacteriana periodontopática adherida a la superficie dentaria genera toxinas que producen inflamación de los tejidos blandos (encía o gingival) que rodean al diente. De no mediar acciones terapéuticas adecuadas la enfermedad puede avanzar, en casos de un huésped susceptible, hasta la pérdida de las fibras de unión alvéolo dentarias y del hueso alveolar con la consecuente pérdida del diente que ha quedado sin soporte óseo.

Ambas enfermedades aumentan en la adolescencia. Los cambios hormonales, la dieta y hábitos de higiene inadecuados y otros factores que modifican el ambiente interno y externo del individuo convierten a los adolescentes en un grupo de riesgo para la salud bucal. En la adolescencia temprana, 10 a 14 años, 12 dientes primarios se exfolian y otros tantos permanentes erupcionan. Con la aparición del 2do. Molar permanente a los 12 años queda completada la dentición permanente, variaciones en un año pueden no tener significación clínica.

Los 3ros. molares o “molares de juicio” erupcionan en la adolescencia tardía, 18 a 20 años. Por tratarse de un grupo comprendido entre los 10 y 20 años la atención de salud del adolescente incluye todo el amplio espectro de la odontología. El control periódico, y los programas preventivos son de importancia crítica en este período por la presencia en la cavidad bucal de piezas dentarias recién

erupcionadas vulnerables. Existen prácticas específicas de aplicación profesional como los selladores de puntos y fisuras que modifican la morfología dentaria de las superficies masticatorias cuando presentan riesgo para el atrape de placa y las topicaciones con fluoruros cuya frecuencia depende del riesgo cariogénico del paciente.

Medidas preventivas de auto cuidado pueden ser realizadas cotidianamente y deben ser promovidas de manera sistemática. La higiene bucal para la remoción de placa bacteriana origina respuestas variables, si bien los adolescentes manifiestan que es la medida más fácil de poner en práctica no se comprometen tan fácilmente a su ejecución diaria. El uso de hilo dental también debe ser parte de la rutina diaria de higiene para la remoción de placa de los nichos ecológicos que ofrecen los espacios interdentes. El cepillado después de cada comida es el objetivo ideal pero no se ajusta a la realidad y una recomendación apropiada es hacerlo por lo menos una vez al día a la hora de acostarse.

5.2.8.5 GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA.

Otra patología que se presenta en adolescentes es la **“gingivitis ulceronecrotizante aguda”** (GUNA). Infección aguda, atribuida a una resistencia menor del huésped por stress. Se reconoce en su etiología una simbiosis de espiroquetas y bacilos fusiformes.

Las manifestaciones clínicas son ulceraciones en las papilas interdentes que aparecen recubiertas por pseudomembranas blancogrisáceas. Un síntoma típico es el gran dolor y la halitosis (mal aliento), en ocasiones, puede producir fiebre e infarto ganglionar. El tratamiento en la primera consulta requiere limpieza de la zona con agua oxigenada al 3% y la indicación al paciente de enjuagatorios con agua oxigenada al 3% y agua tibia en partes iguales cada 2 o 3 hs. Si existe compromiso, sistémico se indicarán antibióticos.

Disfunciones de la articulación temporomandibular y fracturas dentarias por injurias traumáticas se presentan con frecuencia en este grupo etario. Las **mal oclusiones** pueden tener origen en problemas esqueléticos o dentarios y en ocasiones relacionarse con hábitos que producen modificaciones de las estructuras óseas y de los tejidos blandos peri bucales tales como la succión de dedo pulgar mantenida durante un largo período de la niñez y la respiración bucal no evaluada convenientemente.

Las tensiones de la adolescencia motivan numerosas reacciones fisiológicas algunas de las cuales pueden ser la **disfunción masticatoria (bruxismo) y los movimientos para funcionales. La disfunción de la ATM** puede también estar relacionada con traumatismos o problemas del disco articular. Los signos funcionales pueden ser chasquido, desviación en la apertura o limitación de la apertura. El dolor relacionado con estos signos no es usual en la adolescencia y cuando existe es motivo de consulta.

Las fracturas dentarias por **traumatismos de la cavidad bucal** son frecuentes, el tipo y extensión de la injuria es diverso y la emergencia constituye generalmente para el paciente y su grupo familiar una situación de angustia y ansiedad diferente al de otras situaciones traumáticas²⁷.

²⁷ <http://www.adolescenciasema.org/index>

Cuadro 1
Principales alteraciones bucodentales en los adolescentes según la AAPD y tejidos comprometidos

Alteraciones bucodentales	Tejidos comprometidos
Caries dental	Dientes: esmalte, dentina, pulpa
Enfermedad periodontal: gingivitis-periodontitis	Tejidos periodontales: encías, ligamento periodontal, hueso alveolar
Problemas de maloclusión	Dientes, ATM
Alteraciones en la ATM	ATM, músculos faciales
Problemas en los terceros molares	Dientes, tejidos periodontales: encías, ligamento periodontal, hueso alveolar; nervio facial
Pérdida congénita de dientes	Dientes
Erupción ectópica	Dientes, hueso alveolar
Trauma bucodental	Tejidos blandos, dientes: esmalte, dentina, pulpa; hueso alveolar
Dientes descoloridos o manchados	Dientes: esmalte, dentina

5.2.9 HABITOS ALIMENTICIOS.

5.2.9.1 NUTRICIÓN, DIETA Y ESTADO ORAL

“La salud oral está estrechamente relacionada con la nutrición y la dieta de la persona. La nutrición es un factor vital en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orales y en la conservación de los tejidos orales. Durante los periodos de crecimiento celular rápido, las deficiencias nutrimentales pueden tener un efecto irreversible en los tejidos orales en desarrollo. Antes de la erupción dental, la nutrición puede influir en la maduración y composición química del esmalte, así como en la morfología y tamaño de los dientes:

Una vez que los tejidos alcanzan su potencial genético, las insuficiencias nutrimentales o las toxicidades puede afectar la función fisiológica e integridad tisular, así como la resistencia y respuesta a la infección. Debido al rápido recambio celular del epitelio, mayor que la de otros tejidos, los signos de desnutrición con frecuencia se manifiestan primero en la cavidad oral. Las respuestas inmunitarias a los irritantes locales y la curación de los tejidos periodontales pueden deteriorarse cuando el estado nutrimental se compromete.

Después de la erupción, los efectos de la dieta en la dentición son más tópicos que sistémicos. Los factores dietéticos y patrones de comida pueden inducir o minimizar la caries dental. Los carbohidratos fermentables son fundamentales para la implantación, colonización y metabolismo bacterianos en la placa dental. Comer con frecuencia y la retención de los carbohidratos en la cavidad oral influye en la progresión de las lesiones cariosas, mientras que los alimentos con calcio y fósforo, como el queso, promueven la remineralización. La erosión del esmalte puede originarse de la ingestión frecuente de alimentos o bebidas ácidas, o de almacenar el alimento entre la mucosa oral y los dientes.

A la inversa, **el deterioro de la función dental puede originar una nutrición deficiente**. Los adultos de edad avanzada con dientes perdidos o extraídos, dentaduras mal ajustadas o edéntulas a menudo disminuyen la ingestión de alimentos que requieren masticado, es decir, frutas frescas, vegetales, carnes y panes. Con la disminución de la **variedad** de alimentos en la dieta, se presenta un riesgo mayor de insuficiencia nutricional.

Por tanto, el odontólogo debe conocer los efectos que la dieta y nutrición producen en la salud oral, pero también la manera en que los trastornos orales pueden afectar la elección de alimentos y, en última instancia, la nutrición. Es labor del odontólogo la **detección** de los pacientes con respecto al riesgo nutricional, **proporcionar asesoría dietética** acerca de la salud oral y **referir a los pacientes con los profesionales de la nutrición** para el tratamiento de otros estados sistémicos relacionados con la misma”²⁸.

²⁸ NORMAN O Harris, y otros, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 15 Pág. 293

5.3 PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS.

“Consideraciones previas

La exodoncia de dientes, fue practicada desde la antigüedad con técnicas poco ortodoxas y muy agresivas, por personal variopinto como eran los curanderos, sangradores y barberos, es a partir de P. Fauchard (XVIII) cuando adquiere una nueva dimensión técnica que se consolida posteriormente con los avances de los modernos anestésicos y los más depurados principios quirúrgicos.

Se puede asegurar que la exodoncia, acto quirúrgico mínimo y elemental, es la base de la Cirugía Bucal, bien sea como extracción simple o quirúrgica de un resto radicular, o bien se trate de un diente con anomalía de posición o situación más o menos ectópica.

Se debe considerar que, a pesar de las medidas de prevención y de las modernas técnicas de conservación y reconstrucción, la extracción dentaria sigue prodigándose, y que en ciertos medios sociales es el único tratamiento odontológico recibido.

5.3.1. LA EXODONCIA

La exodoncia es uno de los primeros actos de cirugía oral al que se enfrenta el odontólogo al comienzo de su actividad profesional. En la mayoría de los casos, la extracción de un diente no precisa una técnica operatoria compleja. Como cualquier procedimiento quirúrgico, necesita un cuidadoso análisis y planificación preoperatoria, así como la aplicación de un protocolo establecido y no casual, además es importante subrayar que la extracción de un diente raras veces finaliza con el propio acto quirúrgico, ya que suele estar indicado conservar el proceso alveolar para evitar el traumatismo quirúrgico y mantener la anatomía local.

Esto es ventajoso, tanto del punto de vista estético, como para una siguiente rehabilitación con implantes osteointegrados. Por este motivo, los protocolos quirúrgicos para la extracción de terapia conservadora, de un diente se han modificado gradualmente, con el fin de conservar el proceso alveolar.

5.3.2 CAUSAS MÁS FRECUENTES EN LA PÉRDIDA DE DENTICIÓN PERMANENTE.

La exodoncia está indicada cuando ésta pieza dentaria, dañada en sus componentes anatómicos, no es susceptible de recuperación mediante terapia conservadora, periodontal, protésica o quirúrgica o bien cuando su conservación no parece oportuna tras la evaluación del estado de salud general o de la situación local. Las siguientes situaciones pueden precisar la avulsión.

5.3.2.1. CARIES DENTAL: Son afecciones dentarias como consecuencia de la caries cuyo amplio proceso destructivo impide un tratamiento conservador. Otras veces son alteraciones periodontales por la evolución progresiva de la caries con necrosis pulpar y periodontitis, que provoca un absceso periapical, osteítis, celulitis o sinusitis no solucionables mediante tratamiento endodóncico (conductos inaccesibles) o quirúrgico conservador (legrado apical o apiceptomía). Estas periodontitis pueden obedecer a causas independientes de la caries, traumáticas o fisicoquímicas. Los fracasos repetidos de tratamientos endodóncicos, quirúrgicos conservadores y la persistencia de trayectos fistulosos condicionan igualmente la extracción.

5.3.2.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL: La enfermedad periodontal avanzada con acusada movilidad dentaria y presencia de abscesos periodontales, que imposibilitan el tratamiento conservador, es una indicación frecuente de extracción. Una vez convencidos de

esta necesidad es más oportuno realizar las extracciones inmediatamente que esperar a que la enfermedad produzca una mayor reabsorción ósea de la cresta alveolar.

5.3.3. CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES.

Respecto de qué sucede cuando se cae un diente, el odontólogo explica: "La función del hueso maxilar y mandibular es sustentar las piezas dentarias para permitir la masticación. Cuando se pierde uno o todos los dientes, se inicia un proceso de reabsorción ósea, o de atrofia, que se ve acelerado en la mayoría de los casos por la presión de las prótesis removibles produciéndose, en algunas ocasiones, reabsorciones tales que resulta casi imposible el tolerar una prótesis removible tradicional", dice.

Las principales consecuencias de la pérdida de piezas dentarias son el compromiso estético; disminución de la eficiencia masticatoria; sobrecarga masticatoria en los demás dientes; dificultad para hablar o para pronunciar algunos fonemas, pérdida de soporte de los labios o mejillas; lo que podría producir arrugas en los mismos; inclinación de los dientes vecinos a las piezas perdidas; alteraciones en la oclusión (mordida); trastornos articulares y/o musculares en cara y cabeza; baja autoestima; y disminución del soporte óseo por reabsorción ósea.

Cada diente se mantiene en su correcta relación oclusal por la acción de fuerzas individuales. Si esta relación se altera, el cambio de posición o la impugnación de los dientes ocasiona pérdidas de espacios o cambios de espacios"²⁹.

²⁹ "http://es.wikipedia.org/wiki/Exodoncia_dental"

5.3.4. ESTADO DE LA DENTICIÓN Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS

“Una investigación a gran escala analizó la asociación entre el número de dientes y la ingesta de nutrientes en profesionales de la salud de sexo masculino entre 12 y 40 años de edad. En general, se encontró que a medida que se reducía el número de dientes en los participantes, también lo hacía su ingesta alimenticia promedio de fibra, caroteno, vegetales y frutas. De forma opuesta, la ingesta de calorías, grasas saturadas y colesterol aumentó con la disminución del número de dientes.

Conservar los dientes y las encías saludables es vital para las personas que padecen del debido a su tendencia a desarrollar enfermedad vascular. Como se mencionó anteriormente, las personas que pierden sus dientes, especialmente los dientes molares posteriores, pueden alterar sus elecciones de alimentos, al optar por una dieta asociada con el riesgo elevado de padecer de una CVD.

Además, en un aspecto longitudinal de la investigación, las mujeres que perdieron un mayor número de dientes en el transcurso del estudio mostraron cambios de dieta insalubres, evitando alimentos difíciles de masticar, tales como vegetales crudos y frutas”³⁰.

5.3.5. TRATAMIENTO PARA PREVENIR O IMPEDIR LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES.

“Tanto la gingivitis como la periodontitis, las principales afecciones que provocan la pérdida dental en el adulto, tienen cura y permiten

Categoría: Odontología

²⁹ ARMENTEROS Santa Jiménez Dra. Odontología , Medicina Preventiva y Salud Publica |
Publicado: 5/12/2007

conservar la dentadura toda la vida. Pero el 80% de la sociedad desconoce estas patologías y los avances que ha habido en torno a ellas.

La primera de las medidas para combatir estas afecciones en las que hace hincapié es la prevención. En este sentido, aboga por un “control periódico y personalizado de la boca, ya que la gingivitis -que se traduce en una inflamación de las encías- y la periodontitis - causada normalmente por una gingivitis previa y supone la destrucción del tejido óseo alrededor del diente- están provocadas por una infección que va actuando progresivamente. Hay un periodo de tiempo en el que todavía podemos actuar con eficacia sobre ella. Sin embargo, si se deja avanzar sin control, llega un punto en el que la pérdida de los dientes se hace irreversible. Por ello, una visita de revisión cada 12 meses, resulta imprescindible, se conserven o no intactas las piezas dentales, aunque los seguimientos serán más frecuentes cuantos más factores de riesgo tenga el sujeto”.

Tres simples pasos para un tratamiento eficaz. En el caso de que la enfermedad periodontal sea detectada a tiempo, el tratamiento consta de tres fases: "la primera de ellas es una limpieza profunda para eliminar la placa bacteriana. Posteriormente, y en caso de que la infección lo precise, se recurre a un tratamiento especializado con antibiótico.

“El hecho de poder contar con las piezas dentales en buenas condiciones es importante no solo para la masticación y nutrición, sino que juegan un papel relevante en la estética de la persona así como en el mecanismo de lenguaje y en la calidad de vida. Pero cuando tratamos de reponer dientes ausentes, nos encontramos con frecuencia ante un problema añadido, por los cambios que hayan sufrido las estructuras de soporte.

La pérdida de piezas dentales acarrea una de las patologías estéticas que más preocupa: envejece prematuramente el rostro, provoca una pérdida de volumen en la boca, intensifica la aparición de arrugas y causa disfunciones al masticar, hablar, sonreír y besar.

5.3.6. LA PÉRDIDA DE DIENTES Y LA SALUD SISTÉMICA.

Además del impacto que tiene la pérdida de dientes en la calidad de vida de una persona, afectando aspectos tales como la apariencia, autoestima, interacciones sociales efectivas y el deleite que se deriva de la comida, también existe la preocupación real que la nutrición sana es afectada perjudicialmente por la falta de dientes, particularmente en las personas de edad avanzada.

5.3.7. LA FUNCIÓN DE MASTICAR

La función de masticar depende del estado de la dentición y, ya que la pérdida de dientes disminuye la capacidad de masticar, pueden ocurrir cambios desfavorables en la elección de alimentos y en la ingesta de nutrientes. Los pobres hábitos alimenticios resultantes han sido implicados como causantes de los problemas de salud sistémica; se han reportado numerosas asociaciones entre la dieta y la enfermedad. Por ejemplo, se ha demostrado que una dieta alta en grasa y colesterol aumenta el riesgo de una enfermedad cardiovascular (CVD por sus siglas en inglés), mientras que las dietas bajas en fibra, frutas y vegetales pueden provocar un mayor riesgo de cáncer³¹.

³¹ "http://es.wikipedia.org/wiki/Exodoncia_dental"

Categoría: Odontología

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODO

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA

- ✚ **ES INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA:** porque se apoya en sustento bibliográfico y de materiales de literatura así como la web para adquirir un conocimiento científico.
- ✚ **ES INVESTIGACIÓN DE CAMPO:** ya que con el uso del sistema de encuesta a los adolescentes del CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO se relacionó las bases teóricas con la práctica.

6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

- ✚ ***INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA.-** se realizó en el CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO en el que se ha observado un número elevado de casos de adolescentes que presenta pérdida de la dentición permanente.
 - ✚ ***INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA.-** este método se utiliza al requerir el uso para describir la problemática por medio del árbol del problema
 - ✚ ***INVESTIGACIÓN ANALÍTICA.-** porque se realizó un estudio exhaustivo de la problemática en cuestión y un correspondiente análisis que nos llevó a la obtención de resultados.
 - ✚ ***INVESTIGACIÓN SINTÉTICA.-** Al finalizar la investigación se llegó a una conclusión de acuerdo a la investigación realizada en la cual se determinó un problema y en la que la autora del proyecto ofrece una solución viable al problema
-

- ✚ **INVESTIGACIÓN PROPOSITIVA.**- con la investigación que se realizó y analizó se propuso una solución indicada al problema.

6.1.3. TÉCNICAS

- ✚ Encuestas aplicadas a los adolescentes del CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO.
- ✚ Observación clínica para llenar la historia clínica.
- ✚ Técnica de población y muestra
- ✚ Técnica estadística

6.1.4. INSTRUMENTOS

- ✚ Formulario de encuestas.
- ✚ Ficha clínica estomatológica.
- ✚ Concentrado epidemiológico.
- ✚ Cuadros y Gráficos

6.1.5. RECURSOS

6.1.5.1 TALENTO HUMANO

- ✚ Investigadora.
- ✚ Director de tesis.
- ✚ Adolescentes del CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO (grupo a investigar).

6.1.5.2 RECURSOS MATERIALES

- ✚ Fotocopias.
- ✚ Textos de consulta.
- ✚ Suministros de papel y de impresión.
- ✚ Viáticos.
- ✚ Suministros.

- ✚ Encuadernación.
- ✚ Materiales dentales.
- ✚ Materiales de oficina.
- ✚ Imprevistos.
- ✚ Digitación.
- ✚ Gastos Operativos

6.1.5.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

- ✚ Internet.
- ✚ Computadora.
- ✚ Dispositivo de almacenamiento extraíble.
- ✚ Cámara fotográfica.
- ✚ Equipo de impresión.

6.5.1.4 RECURSOS ECONÓMICOS

La investigación tuvo un costo de 519,50 dólares.

6.1.6 POBLACIÓN

La población la constituyen un grupo de 600 adolescentes usuarios del **CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO**.

6.1.7 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra la constituyen 80 adolescentes usuarios del **CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO**.

6.2 DESARROLLO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio a un grupo de 80 Adolescentes usuarios del Centro de Salud Portoviejo del cantón Portoviejo en la provincia de Manabí, en la investigación de campo se utilizó las técnicas de observación para

establecer un diagnóstico del estado de salud bucal de los Adolescentes, utilizando como instrumento las fichas clínicas que fueron llenadas en base al diagnóstico realizado, permitiendo conocer cuantas piezas perdidas o por perder tienen, y la técnica de la encuesta efectuada a los Adolescentes con la finalidad de conocer el grado de los conocimientos en salud oral preventiva, y que tipo de consejos reciben relativo a este tema en la casa, el colegio o en el centro de salud al que acuden.

Es necesario recalcar que los formularios de las encuestas fueron leídas y explicadas continuamente por la investigadora, para mejor entendimiento de todos los encuestados.

Una vez realizada la investigación de campo, los resultados obtenidos fueron tabulados y representados en gráficos estadísticos.

El propósito de esta investigación es conocer la cultura preventiva en salud oral de los adolescentes y si esto se relaciona con la pérdida de piezas dentarias de este grupo, y así diseñar una Estrategia de Intervención según los resultados obtenidos.

CAPÍTULO VII

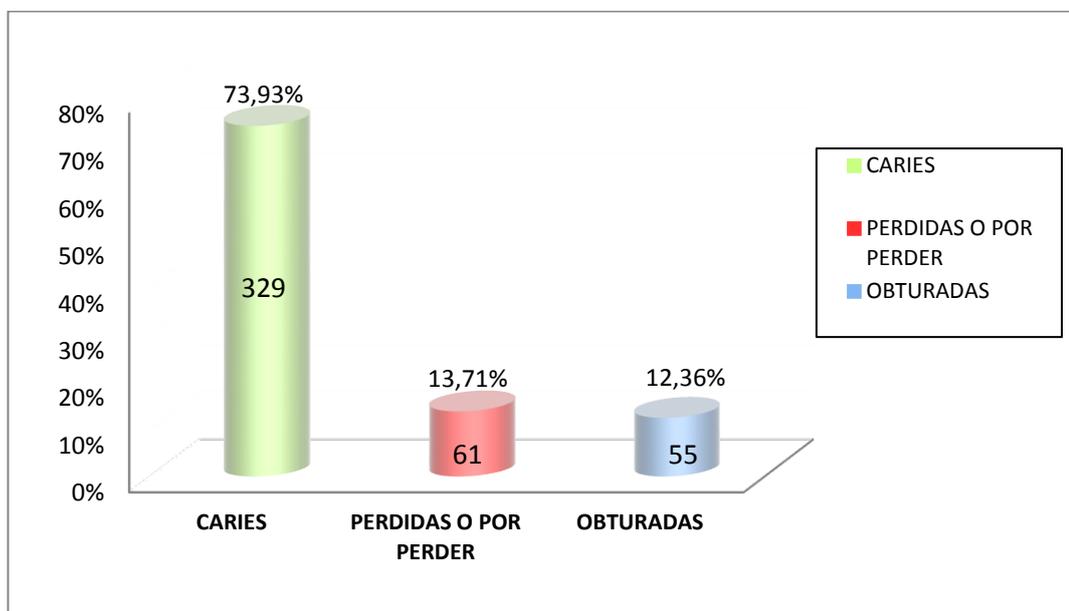
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Análisis e interpretación de los resultados de las fichas clínicas de observación y diagnóstico aplicadas a los Adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO.

GRAFICUADRO # 1

INDICADOR CPO (CARIES, PIEZAS PERDIDAS O POR PERDER, PIEZAS OBTURADAS.

N. ORDEN	OPCIONES	ADOLESCENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	CARIES	38	329	73,93%
2	PERDIDAS O POR PERDER	28	61	13,71%
3	OBTURADAS	14	55	12,36%
	TOTAL	80	445	100,00%



FUENTE: Fichas clínicas aplicadas a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #1.

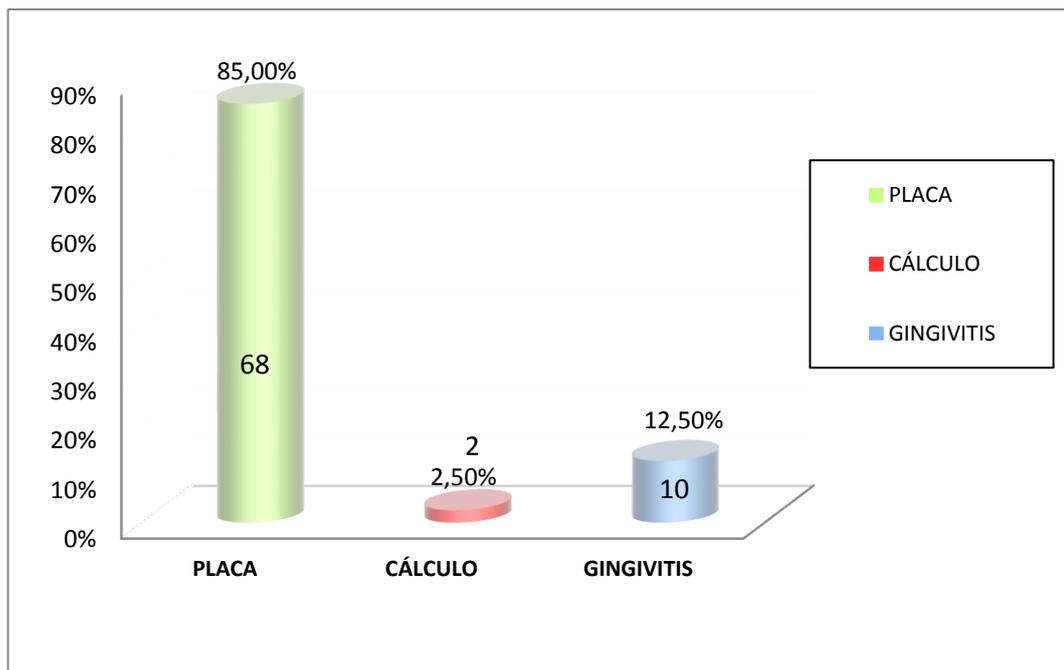
En los 80 Adolescentes investigados se observó que 68 de los investigados tienen CARIES lo que corresponde a un 73,9%, así 28 adolescentes tienen PIEZAS PERDIDAS O POR PERDER lo que corresponde a un 13,7% de afectados, y hay 17 adolescentes con piezas OBTURADAS lo que corresponde al 12,3% del total en el INDICADOR CPO. VALE RECALCAR QUE ALGUNOS ADOLESCENTES TENIAN VARIAS DE LAS OPCIONES DEL INDICADOR CPO.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje total corresponde a Adolescentes con caries lo que nos lleva a citar lo siguiente.” **La medida preventiva más importante contra la caries y la gingivitis es la de establecer buenos hábitos orales. Visita al dentista. El diagnóstico temprano es importante para prevenir u obtener un tratamiento precoz de las enfermedades buco-dentales. Por lo tanto, es importante que los adolescentes continúe con sus exámenes de rutina al dentista. Estos como grupo de riesgo tienen que acudir a un control odontológico con más frecuencia”.** www.ops/paltex.@.com. PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA ODONTOLÓGICA para adolescentes.

GRAFICUADRO # 2

INDICADORES DE SALUD ORAL SIMPLIFICADA

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	PLACA	68	85,00%
2	CÁLCULO	2	2,50%
3	GINGIVITIS	10	12,50%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Fichas clínicas aplicadas a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #2.

De los 80 Adolescentes investigados en cuanto a LOS INDICADORES DE SALUD ORAL SIMPLIFICADA tenemos: que 68 investigados posee PLACA lo que corresponde al 85%; 10 investigados tienen GINGIVITIS lo que corresponde al 12,5%; y 2 adolescentes tienen cálculo lo que corresponde al 2,5% en la población total investigada.

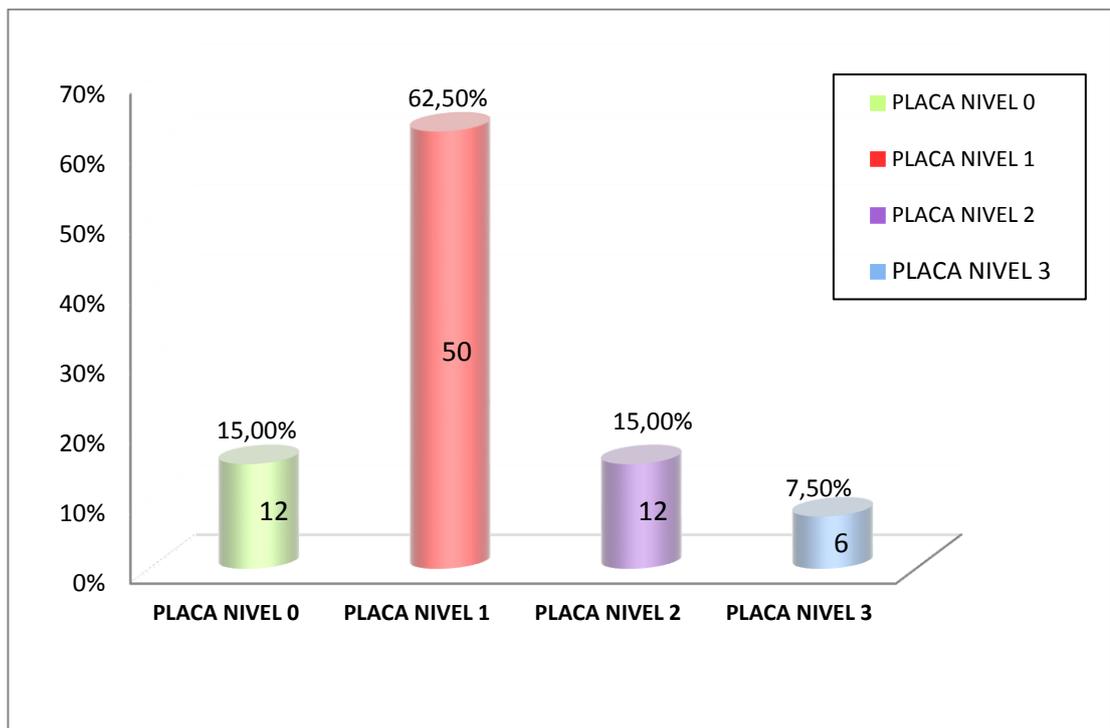
Frente a esta información se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje total corresponde a Adolescentes con PLACA DENTAL lo que nos indica lo siguiente.” **La placa dental está compuesta de proteínas salivales que se adhieren a los dientes, además de bacterias y productos terminales del metabolismo bacteriano. La caries es el resultado de una placa patógena, la cual puede acumularse en las cinco caras de la corona de un diente y en la superficie de la raíz”.**

Norman O Harris, GARCÍA Godoy Franklin Dr. GÓMEZ Saborío Javier Eduardo, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 1 Pág. 5

GRAFICUADRO # 3

INDICADOR DE NIVEL DE PLACA DENTOBACTERIANA

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	PLACA NIVEL 0	12	15,00%
2	PLACA NIVEL 1	50	62,50%
3	PLACA NIVEL 2	12	15,00%
4	PLACA NIVEL 3	6	7,50%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Fichas clínicas aplicadas a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO CUADRO #3.

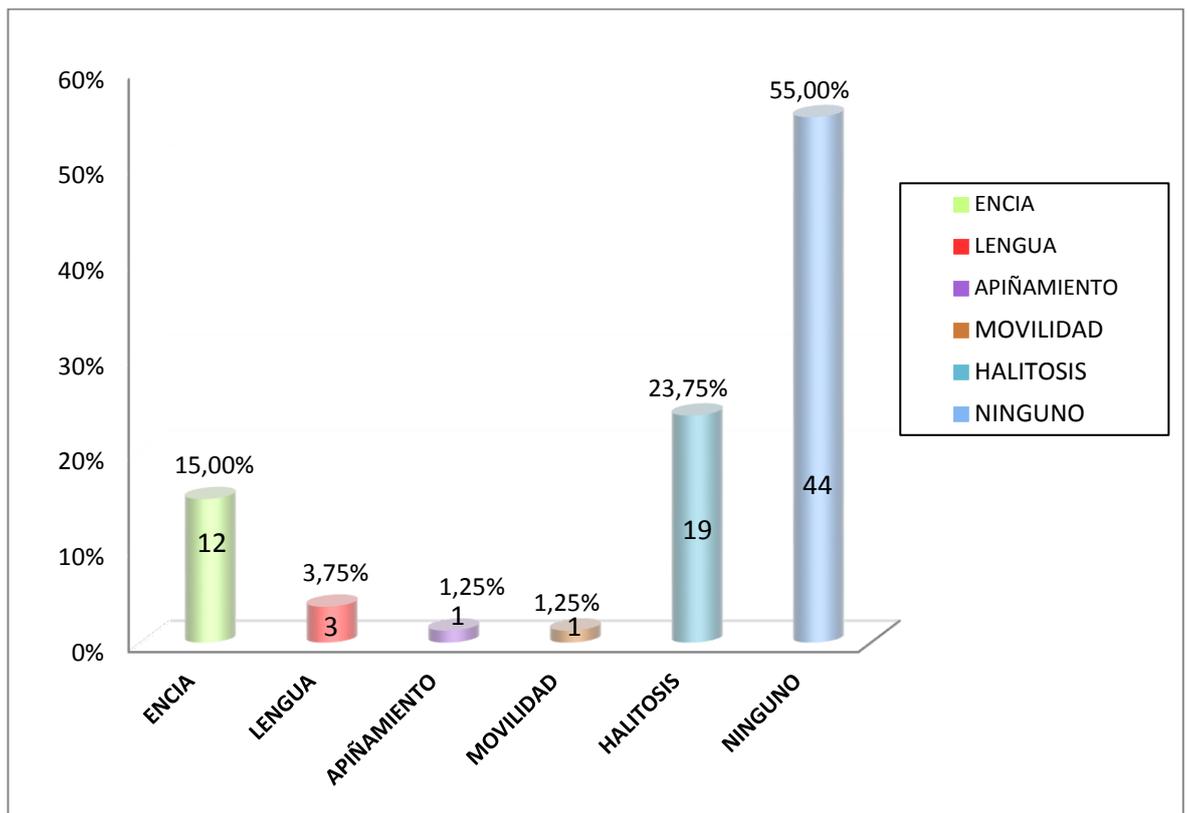
De los 80 Adolescentes investigados en cuanto a INDICADOR DE NIVEL DE PLACA DENTOBACTERIANA tenemos: que 50 investigados posee PLACA NIVEL 1 lo que corresponde al 62,5%; 12 investigados tienen PLACA NIVEL 0 lo que corresponde al 15%; 12 adolescentes tienen PLACA NIVEL 2 lo que corresponde al 15%; 6 INVESTIGADOS tienen PLACA NIVEL 3 lo que corresponde al 7,5% en la población total investigada.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje total corresponde a Adolescentes con PLACA DENTOBACTERIANA NIVEL 1 lo que nos indica lo siguiente.” **De no retirar la placa mediante el hilo dental y el cepillado esta se convierte e calculo, el retiro diario de la placa puede eliminar con éxito o retardar de manera notable la formación de cálculos, una vez que se forma el cálculo, el hilo dental y el cepillado utilizados normalmente para el control de la placa no pueden retirar los depósitos. En esta etapa deben intervenir el odontólogo para retirar los cálculos mediante instrumentación**”. Norman O Harris, GARCÍA Godoy Franklin Dr. GÓMEZ Saborío Javier Eduardo, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 1 Pág. 7

GRAFICUADRO # 4

HALLAZGOS CLÍNICOS

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	ENCIA	12	15,00%
2	LENGUA	3	3,75%
3	APIÑAMIENTO	1	1,25%
4	MOVILIDAD	1	1,25%
5	HALITOSIS	19	23,75%
6	NINGUNO	44	55,00%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Fichas clínicas aplicadas a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #4.

De los 80 Adolescentes investigados en cuanto a HALLAZGOS CLÍNICOS tenemos que: 52 de los investigados no tienen NINGUNO de estos HALLAZGOS CLÍNICOS lo que corresponde al 55%; 26 investigados tienen HALITOSIS lo que corresponde al 23,75%; 12 adolescentes tienen problemas de ENCÍA lo que corresponde al 15 %; 3 Adolescentes investigados tienen alguna anomalía en la LENGUA lo que corresponde al 3,75%; 1 investigado posee APIÑAMIENTO lo que corresponde al 1,25%; y 1 investigado posee MOVILIDAD lo que corresponde al 1,25% en la población total investigada.

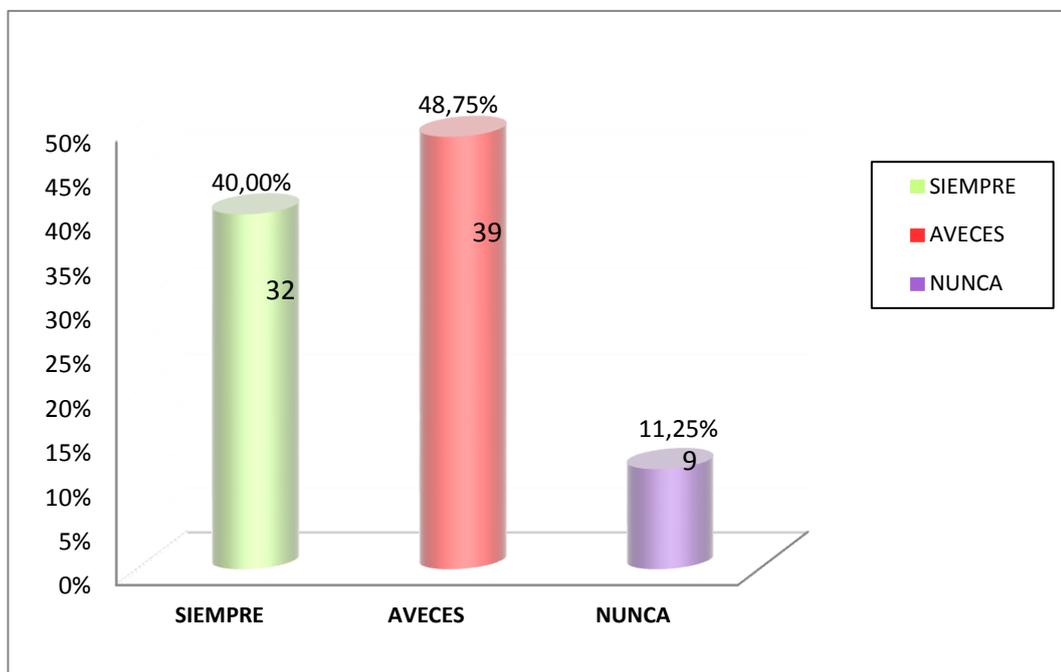
Frente a esta información se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje total corresponde a Adolescentes con NINGUN TIPO DE HALLAZGO CLINICO pero hay un 23,75% de adolescentes con HALITOSIS por lo cual podemos citar lo siguiente.”. **Los cambios hormonales, la dieta y hábitos de higiene inadecuados y otros factores que modifican el ambiente interno y externo del individuo convierten a los adolescentes en un grupo de riesgo para la salud bucal.**” <http://www.adolescenciasema.org/index>

7.2 Análisis e interpretación de las encuestas aplicadas a los Adolescentes usuarios del Centro de Salud de Portoviejo.

GRAFICUADRO # 1

1.- ¿HA ESCUCHADO ALGO REFERENTE A SALUD ORAL O PREVENCIÓN EN SALUD ORAL?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	SIEMPRE	32	40,00%
2	AVECES	39	48,75%
3	NUNCA	9	11,25%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO # 1.

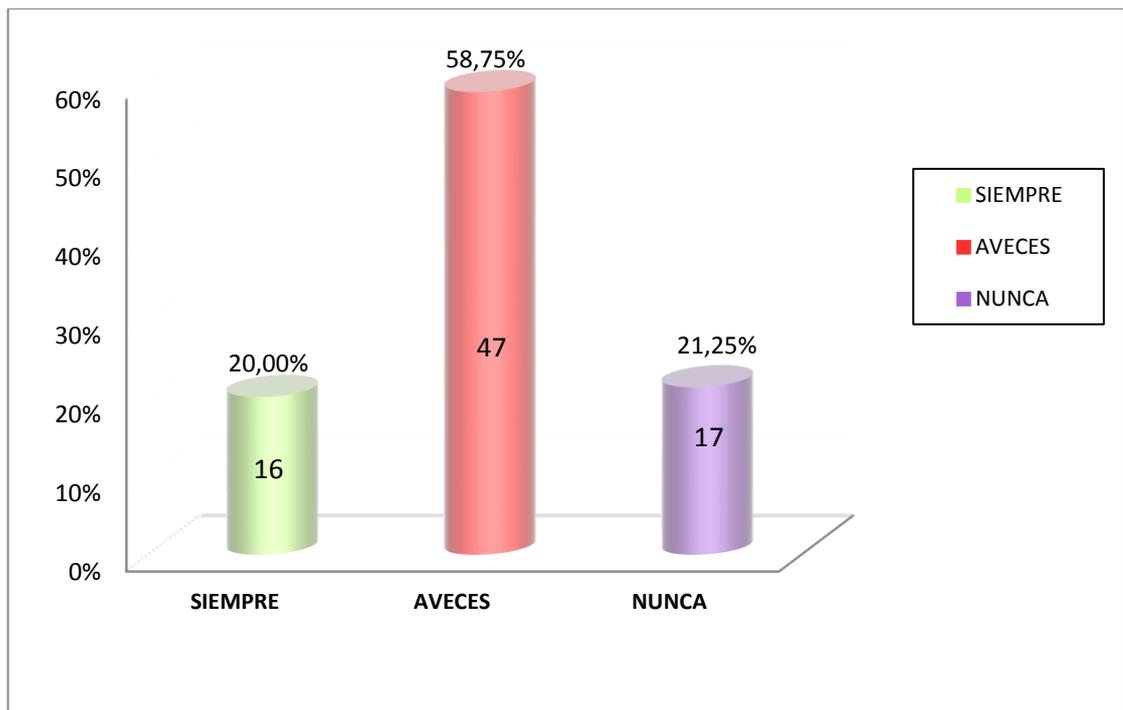
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “HAN ESCUCHADO ALGO REFERENTE A SALUD ORAL PREVENTIVA” Respondieron: A VECES 32 encuestados que corresponde al 48,75%, SIEMPRE 39 encuestados que corresponde al 40%, NUNCA 9 encuestados que corresponde al 11.25% del total de Adolescentes encuestados.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que la mayoría de los Adolescentes Investigados sólo A VECES ha escuchado información referente a LA SALUD ORAL PREVENTIVA, con lo cual un libro publicado por Norman O Harris, GARCÍA Godoy Franklin Dr. GÓMEZ Saborío Javier Eduardo, SALUD ORAL Y PREVENCIÓN cita lo siguiente. **“Al analizar la prevención es necesario definir primero algunos términos cruciales. Lo que se quiere conservar es la salud y esta se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Por ejemplo algunas personas pueden en realidad estar en un excelente estado de salud pero por alguna razón lógica para ellos creen que tienen cáncer de cavidad oral. Tales personas no tienen un estado de bienestar mental apropiado y continuarán preocupados hasta que de alguna manera estén convencidos que en realidad están sanos”.**

GRAFICUADRO # 2

2.- ¿LE DAN CHARLAS EN SALUD ORAL PREVENTIVA EN LOS CENTROS DE SALUD A LOS QUE ACUDE?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	SIEMPRE	16	20,00%
2	AVECES	47	58,75%
3	NUNCA	17	21,25%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 2.

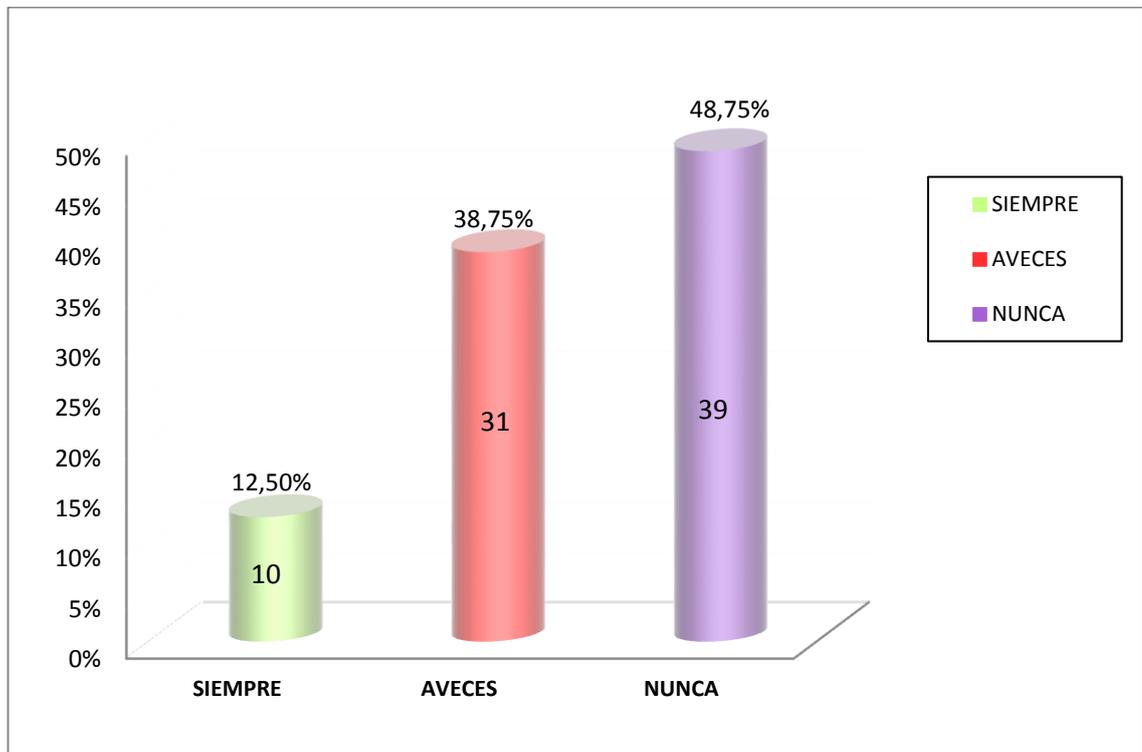
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿LE DAN CHARLAS EN SALUD ORAL PREVENTIVA EN LOS CENTROS DE SALUD A LOS QUE ACUDE?” Respondieron: A VECES 47 encuestados que corresponde al 58,75%, NUNCA 17 encuestados que corresponde al 21,25%, SIEMPRE 16 encuestados que corresponde al 20% del total de Adolescentes encuestados.

Frente a esta información destaca que la mayoría de los Adolescentes encuestados A VECES RECIBEN charlas de SALUD ORAL PREVENTIVA, en los Centros de Salud a los que acuden, En referencia a esto, el libro publicado por Norman O Harris, GARCÍA Godoy Franklin Dr. GÓMEZ Saborío Javier Eduardo, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 17 Pág. 333 cita.” **En la actualidad el estado está centrado en cómo puede proporcionarse atención sanitaria a los adolescentes menos privilegiados. Como base de este esfuerzo, la atención debe ser *aceptable, equitativa, accesible y disponible para todos*. Es crucial que los profesionales de odontología, educadores sanitarios y dependencias de salud pública den los pasos necesarios para asegurar que la salud oral esté presente en la planeación e implantación de tales esfuerzos nacionales. *Los directores estatales de odontología deben desempeñar una participación importante para asegurar que esta disciplina médica comparta el financiamiento disponible*. Desafortunadamente, algunos estados en la actualidad no tienen directores estatales de odontología y no pretenden ocupar estas plazas. Al mismo tiempo han recortado o eliminado las actividades preventivas”.**

GRAFICUADRO # 3

3.- ¿LE DAN CHARLAS EN SALUD ORAL PREVENTIVA EN SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	SIEMPRE	10	12,50%
2	AVECES	31	38,75%
3	NUNCA	39	48,75%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO # 3.

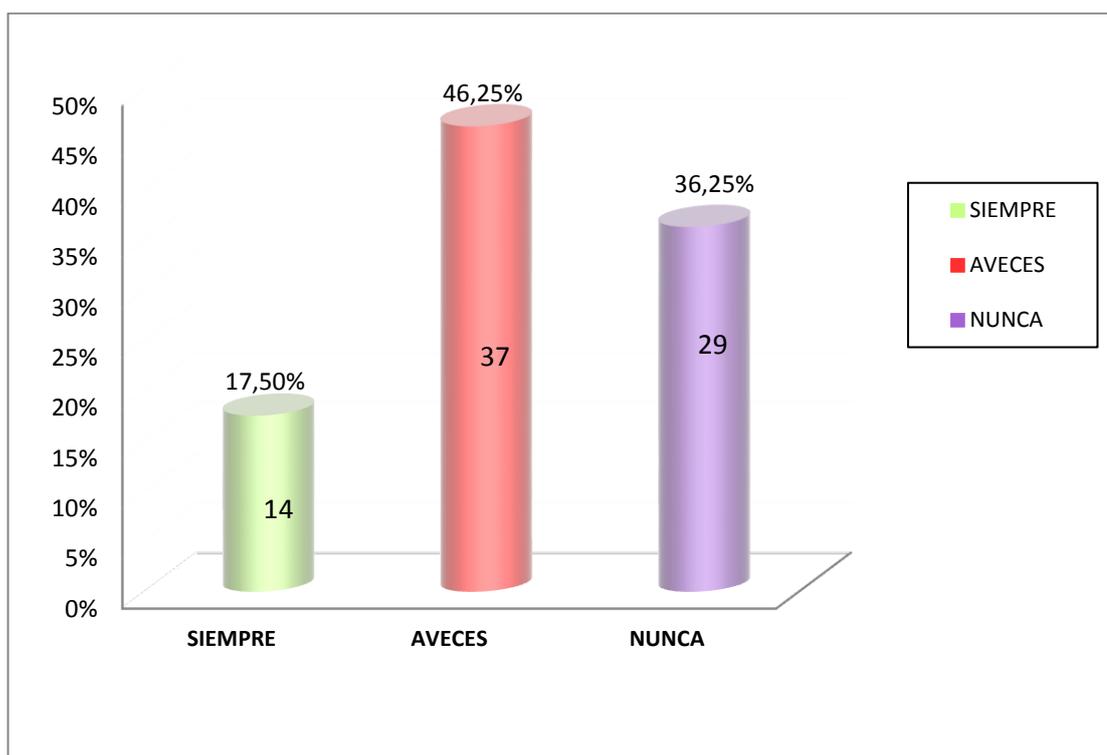
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿LE DAN CHARLAS EN SALUD ORAL PREVENTIVA EN SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA?” Respondieron: NUNCA 39 encuestados que corresponde al 48,75%, A VECES 31 encuestados que corresponde al 38,75%, SIEMPRE 10 encuestados que corresponde al 12,50% del total de Adolescentes encuestados.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que la mayoría de los Adolescentes encuestados NUNCA Han escuchado Charlas en Salud Oral Preventiva en su Institución Educativa, por lo cual se cita un artículo publicado por Norman O Harris, GARCÍA Godoy Franklin Dr. GÓMEZ Saborío Javier Eduardo, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 19 Pág. 374 que afirma lo siguiente. **“En gran parte de los programas de estudios de escuelas primarias y secundarias se carece de un programa sólido y bien planeado de promoción y educación sobre la salud dental. Pocas personas pueden aumentar las ventajas y desventajas del fluoruro. Unas cuantas disponen de información detallada respecto a la placa dental y al potencial de esta película bacteriana como inductora de enfermedad. La minoría conoce la capacidad cariógeno del azúcar. Por último, todavía menos personas saben la causa de la enfermedad periodontal”**.

GRAFICUADRO # 4

4.- ¿TIENE TEMOR AL ODONTÓLOGO?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	SIEMPRE	14	17,50%
2	AVECES	37	46,25%
3	NUNCA	29	36,25%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO CUADRO #4.

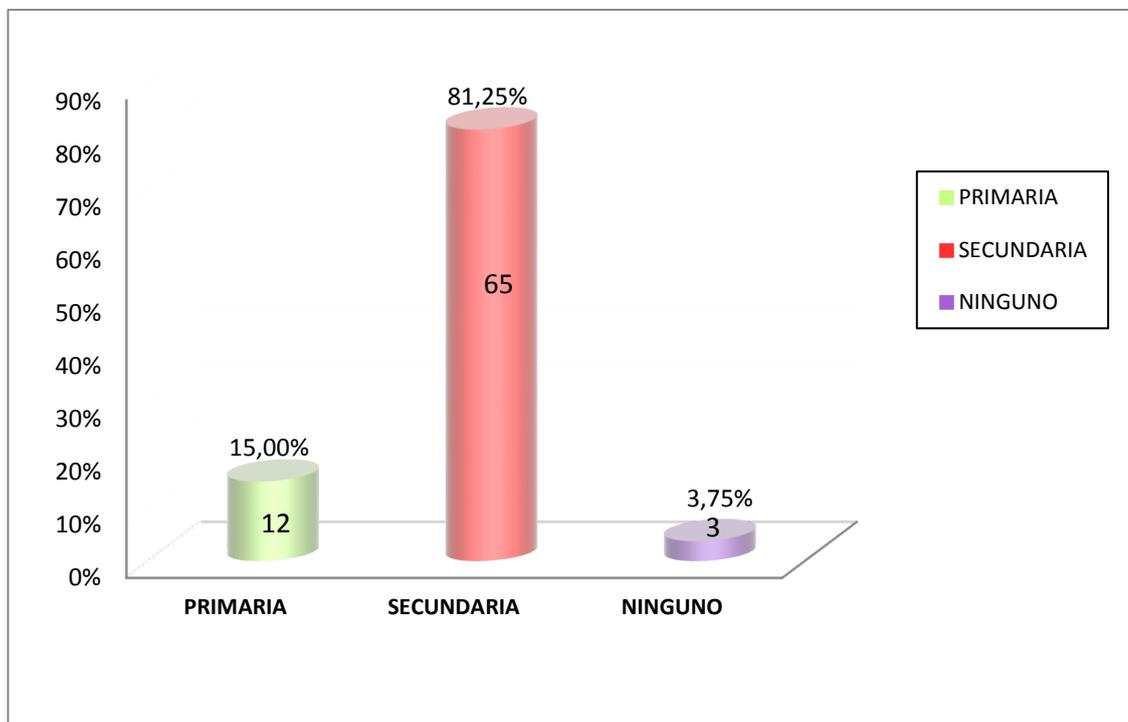
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿LE DAN CHARLAS EN SALUD ORAL PREVENTIVA EN SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA?” Respondieron: A VECES 37 encuestados que corresponde al 46,25%, NUNCA 29 encuestados que corresponde al 36,25%, SIEMPRE 14 encuestados que corresponde al 17,5% del total de Adolescentes encuestados.

Frente a ésta información se obtuvo que la mayoría de los Adolescentes encuestados A VECES le tiene temor al odontólogo lo cual cita el siguiente artículo publicado por Dra. ACUÑA Cepeda Liliana. SU SALUD BUCAL ¿Por qué EVITAMOS IR AL DENTISTA? colombiamedica@gmail.com-colombiamedica@yahoo.com que dice lo siguiente **“Un hecho importante, y que requiere reflexión, es la histórica relación entre la atención odontológica y el dolor. Es indudable que la angustia y el temor han acompañado siempre a la práctica de la Odontología. En la mayoría de las ocasiones con una base real debido a las malas técnicas, al empleo de métodos de anestesia inadecuados, al escaso interés que el profesional presta a la intervención o a la mala preparación para llevarla a feliz término. La actividad odontológica es una operación elemental y sencilla, pero no simple en el sentido peyorativo de la palabra”**.

GRAFICUADRO # 5

5.- ¿HASTA QUÉ NIVEL DE ESTUDIOS HA ALCANZADO?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	PRIMARIA	12	15,00%
2	SECUNDARIA	65	81,25%
3	NINGUNO	3	3,75%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO # 5.

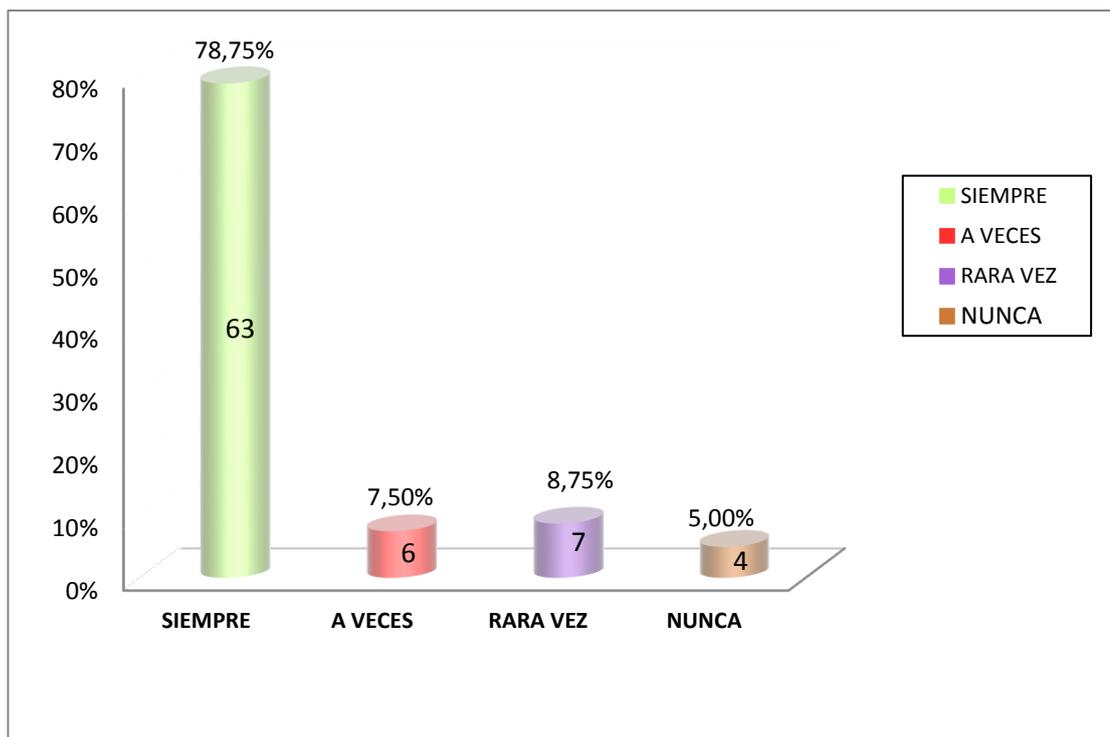
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿HASTA QUE NIVEL DE ESTUDIOS HA ALCANZADO?” Respondieron: SECUNDARIA 65 encuestados que corresponde al 81,25%, PRIMARIA 12 encuestados que corresponde al 15%, NINGUNO 3 encuestados que corresponde al 3,75% del total de Adolescentes encuestados.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que la mayoría de los encuestados está en la secundaria lo que cita este artículo publicado por Dra. JIMÉNEZ Acosta Santa. EL ADOLESCENTE. Medicina General Integral vol. 1 que dice. **“Da importancia el hecho de que gran cantidad de jóvenes, especialmente de bajos recursos, no completan la preparatoria. Y muchos son padres a temprana edad. Por tanto, la información sobre salud es especialmente importante para los jóvenes que egresan de la escuela secundaria. Es importante que adquieran tanto el conocimiento como las habilidades para alcanzar y conservar una buena salud, incluso la oral para ellos y sus hijos. Por estas razones es deseable la promoción de la salud oral en escuelas, y también es una necesidad”.**

GRAFICUADRO # 6

6.- ¿SUS PADRES LE INCULCARON HÁBITOS DE HIGIENE ORAL?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	SIEMPRE	63	78,75%
2	A VECES	6	7,50%
3	RARA VEZ	7	8,75%
4	NUNCA	4	5,00%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 6.

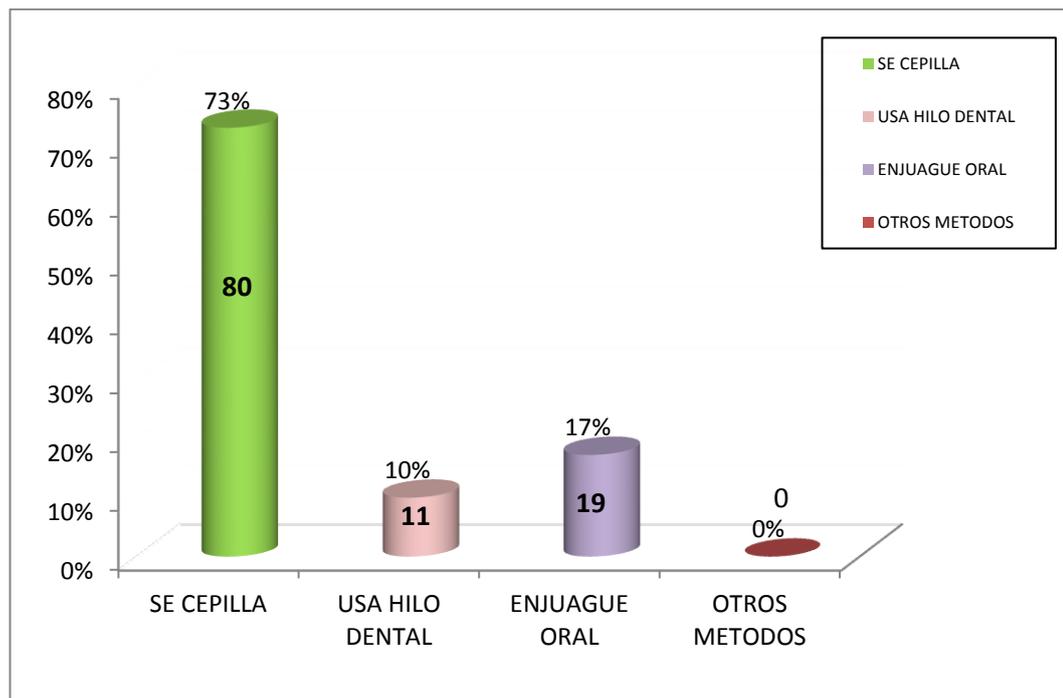
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿SUS PADRES LE INCULCARON HÁBITOS EN HIGIENE ORAL PREVENTIVA?” Respondieron: SIEMPRE 63 encuestados que corresponde al 78,75%, RARA VEZ 7 encuestados que corresponde al 8,75%, A VECES 6 encuestados que corresponde al 7,5%, NUNCA 4 encuestados que corresponde al 5% del total de Adolescentes encuestados.

Analizando el cuadro de Adolescentes que fueron encuestados sobre si Sus Padres le inculcaron hábitos de Higiene Oral como resultado la mayoría contestaron que SIEMPRE reciben hábitos en higiene oral por parte de sus padres. **“Las medidas de cuidado de la boca hay que empezarlas cuanto antes, si desde niño se han mantenido buenos hábitos de higiene oral es más fácil que se continué con ellos. Si el adolescente tiene malos hábitos de salud oral actualmente, haga el esfuerzo para que los cambie. Es más fácil modificar o introducir estos hábitos ahora que en un adulto”**. www.ops/paltex.@.com. PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA ODONTOLÓGICA para adolescentes.

GRAFICUADRO # 7

7.- ¿QUÉ REALIZA PARA MANTENER SU BOCA LIMPIA EN CASA?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	SE CEPILLA	80	73%
2	USA HILO DENTAL	11	10%
3	ENJUAGUE ORAL	19	17%
4	OTROS METODOS	0	0%
	TOTAL	110	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 7.

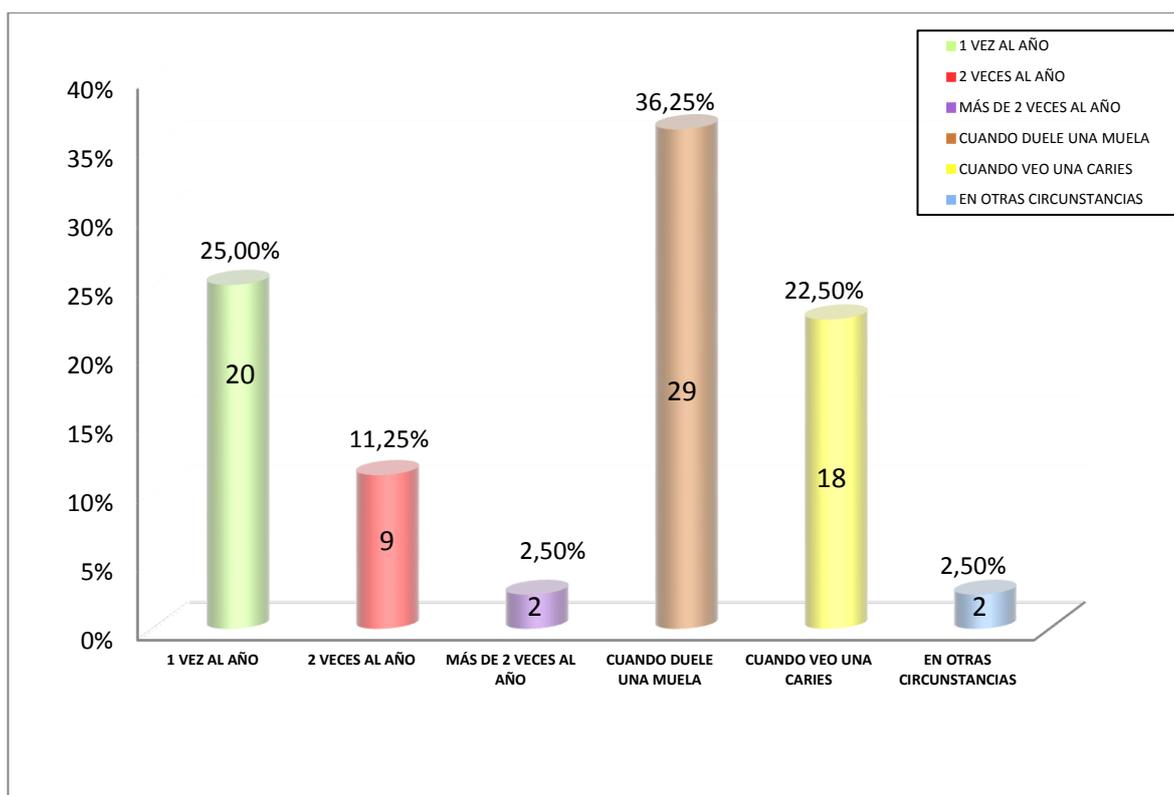
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿QUE REALIZA PARA MANTENER SU BOCA LIMPIA EN CASA?” Respondieron: SE CEPILLA 80 encuestados que corresponde al 73,00%, ENJUAGUE ORAL 11 encuestados que corresponde al 10,00%, HILO DENTAL 19 encuestados que corresponde al 17,00%, OTROS METODODOS 0 encuestados que corresponde al 0% del total de Adolescentes encuestados. Cabe recalcar que en esta pregunta los encuestados escogieron más de una opción.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que la mayoría de los Adolescentes investigados utilizan como método de Higiene oral el cepillado dental. Lo que enfatiza el siguiente artículo de Norman O Harris, GARCÍA Godoy Franklin Dr. GÓMEZ Saborío Javier Eduardo, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 7 Pág. 101. **“Las técnicas de cepillado mas naturales empleadas por los pacientes sin educación en cuanto al cepillado corresponden a una técnica de restregado horizontal recíprocante (técnica de Fones), a un movimiento rotatorio o a un sencillo movimiento de arriba hacia abajo sobre os dientes maxilares y mandibulares (técnica de Leonard). Los pacientes que logran un cepillado dental eficaz con estos métodos sin producirse problemas o enfermedades traumáticas, no deben modificar sus métodos de cepillado sólo por la moda del cambio”.**

GRAFICUADRO # 8

8.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA VA AL ODONTÓLOGO?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1 Vez al año	20	25,00%
2	2 Veces al año	9	11,25%
3	Más de 2 veces al año	2	2,50%
4	Cuando duele una muela	29	36,25%
5	Cuando veo una caries	18	22,50%
6	En otras circunstancias	2	2,50%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del “Centro de Salud de Portoviejo”.

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 8.

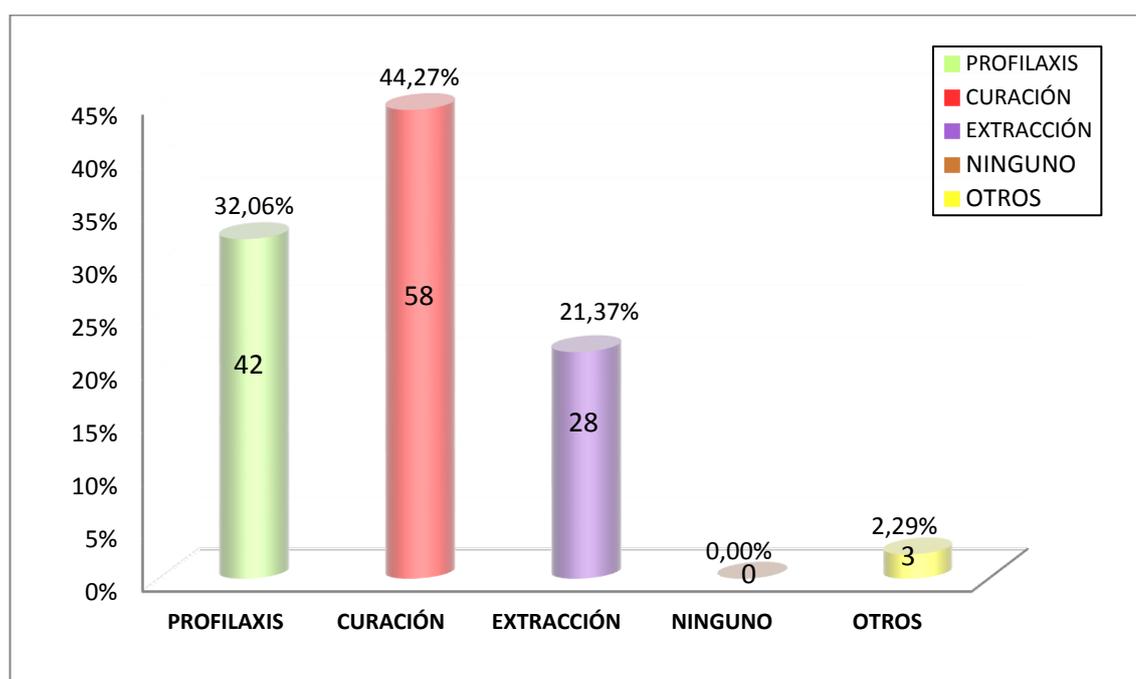
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿CON QUE FRECUENCIA VA AL ODONTÓLOGO?” Respondieron: CUANDO ME DUELE UNA MUELA 29 encuestados que corresponde al 36,25%, 1 VEZ AL AÑO 20 encuestados que corresponde al 25%, CUANDO VEO UNA CARIES 18 encuestados que corresponde al 22,5%, 2 VECES AL AÑO 9 encuestados que corresponde al 11,25%, MAS DE DOS VECES AL AÑO 2 encuestados que corresponde al 2,5%, EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS 2 encuestados que corresponde al 2,5% del total de Adolescentes encuestados.

Frente a ésta información la mayoría de los Adolescentes encuestados afirma que sólo van al odontólogo cuando les duele una muela. **“Probablemente antes no se le daba la importancia debida a la salud bucal, no veían la relación que tiene la boca con el resto del cuerpo aun ahora muchas personas no la entienden así, de hecho piensan y que si me sacan la muela, o qué importa que esté infectada, en varias ocasiones se ha platicado que somos un ente completo y si existe una infección en cualquier parte del cuerpo éste causará problemas en general”**. Dra. ACUÑA Cepeda Liliana. SU SALUD BUCAL ¿Por qué EVITAMOS IR AL DENTISTA? colombiamedica@gmail.com- colombiamedica@yahoo.com

GRAFICUADRO # 9

9.- ¿QUÉ TRATAMIENTOS SE HA REALIZADO?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	PROFILAXIS	42	32,06%
2	CURACIÓN	58	44,27%
3	EXTRACCIÓN	28	21,37%
4	NINGUNO	0	0,00%
5	OTROS	3	2,29%
	TOTAL	131	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 9.

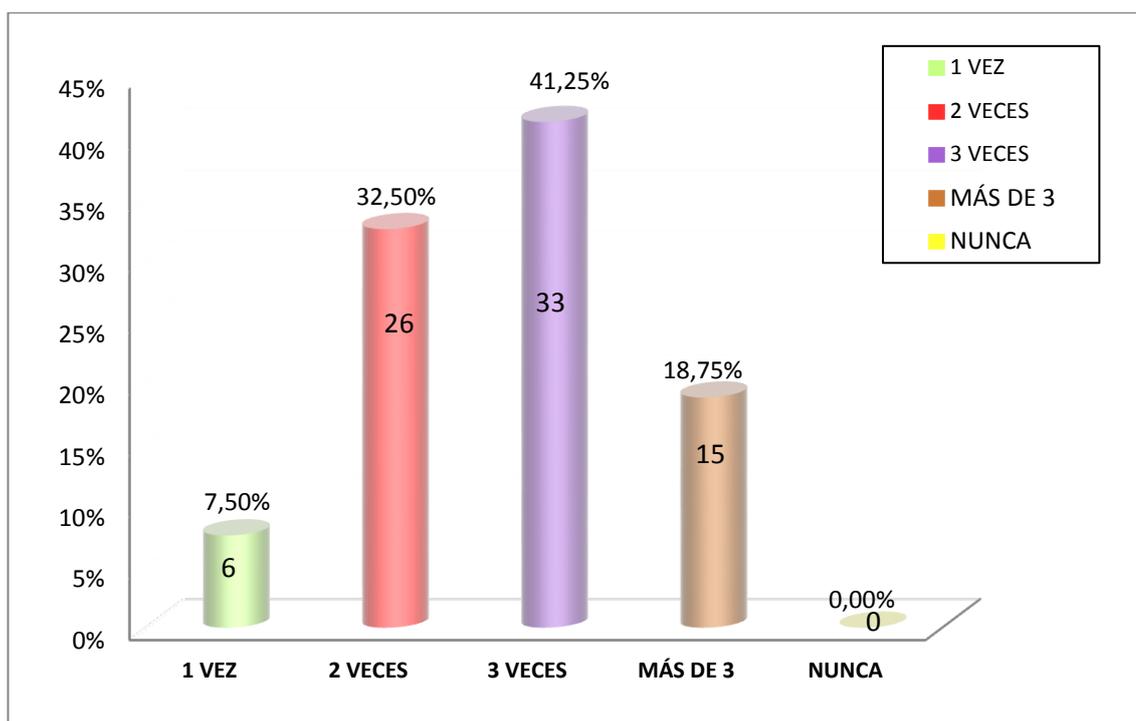
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿QUÉ TRATAMIENTOS SE HA REALIZADO?” Respondieron: CURACIÓN 28 encuestados que corresponde al 44,27%, EXTRACCIÓN 28 encuestados que corresponde al 21,37%, PROFILAXIS 42 encuestados que corresponde al 32,06%, OTROS 3 encuestados que corresponde al 2,29%, NINGUNO 0 encuestados que corresponde al 0%, del total de Adolescentes encuestados. Vale recalcar que los encuestados escogieron más de una opción.

Frente a esta información de los Adolescentes la mayoría se ha realizado CURACIONES, cuyo porcentaje es el más alto, pero hay un porcentaje alto (21,37%) de adolescentes que se realizan tratamientos de Extracciones. **“La atención era sólo quitar el problema, eliminando toda aquella pieza dental que estuviera causando daño. Los adultos de ahora, esta generación, ya acuden más frecuentemente al dentista, pero sigue perdurando la idea de cuando hubiera dolor. El control de placa dentobacteriana no se escuchaba, no existía, no había cultura por cuidar los hábitos alimenticios en relación al daño con las piezas dentarias”**. Dra. ACUÑA Cepeda Liliana. SU SALUD BUCAL ¿Por qué EVITAMOS IR AL DENTISTA? colombiamedica@gmail.com-colombiamedica@yahoo.com

GRAFICUADRO # 10

10.- ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA SE CEPILLA LOS DIENTES?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1 VEZ	6	7,50%
2	2 VECES	26	32,50%
3	3 VECES	33	41,25%
4	MÁS DE 3	15	18,75%
5	NUNCA	0	0,00%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 10.

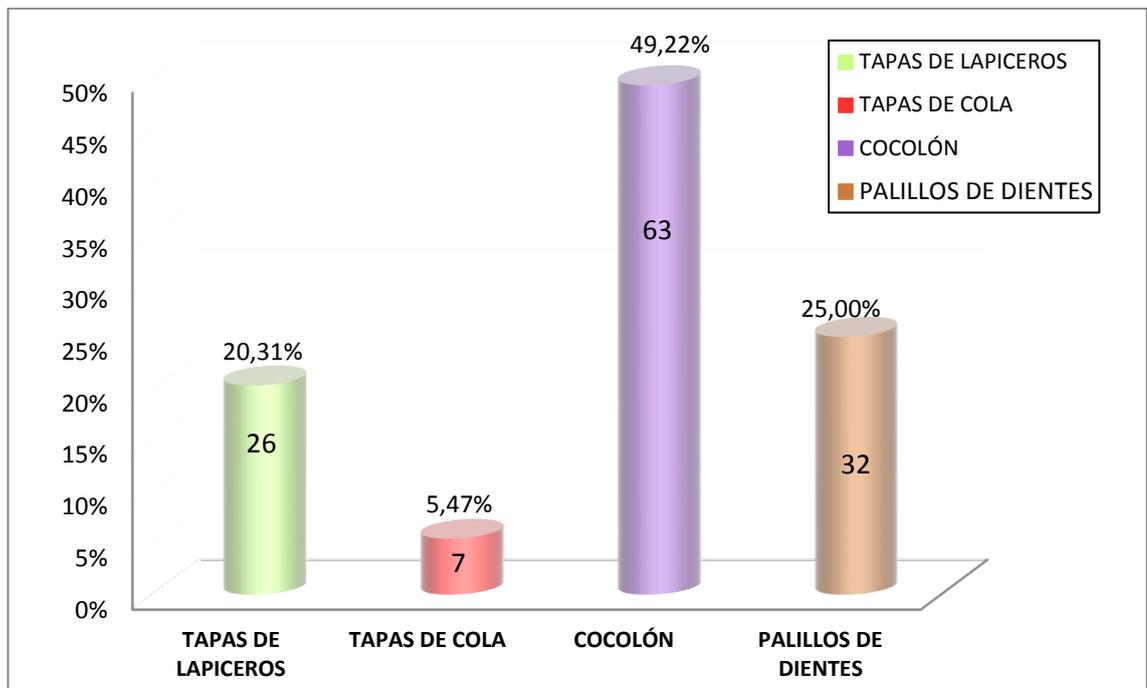
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿QUÉ TRATAMIENTOS SE HA REALIZADO?” Respondieron: 3 VECES 33 encuestados que corresponde al 41,25%, 2 VECES 26 encuestados que corresponde al 32,5%, MAS DE 3 VECES 15 encuestados que corresponde al 18,75%, 1 VEZ 6 encuestados que corresponde al 7,5%, NUNCA 0 encuestados que corresponde al 0%, del total de Adolescentes encuestados.

Este resultado en las encuestas nos indica que la mayoría de los encuestados se cepilla 3 VECES al día para lo cual citamos el siguiente artículo de Norman O Harris, GARCÍA Godoy Franklin Dr. GÓMEZ Saborío Javier Eduardo, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 7 Pág. 101 que dice. **“Durante muchos años, el odontólogo instruyó a sus pacientes para que cepillaran los dientes después de cada comida. La ADA ha modificado esta posición, afirmando que los pacientes deben cepillarse “con regularidad”. La investigación indica que con el retiro completo de la placa cada tercer día no se presenta efectos deletéreos en la cavidad oral. Por otra parte y toda vez que pocas personas retiran la placa por completo, todavía resulta extrema importancia el cepillado diario para llevar al máximo la limpieza del surco gingival como una medida de control de la enfermedad periodontal, así como ofrecer una oportunidad para la utilización más frecuente de dentífricos fluorados para el control de la caries”.**

GRAFICUADRO # 11

11.- ¿SUELE MASTICAR COSAS DURAS COMO.....?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	TAPAS DE LAPICEROS	26	20,31%
2	TAPAS DE COLA	7	5,47%
3	COCOLÓN	63	49,22%
4	PALILLOS DE DIENTES	32	25,00%
	TOTAL	128	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 11.

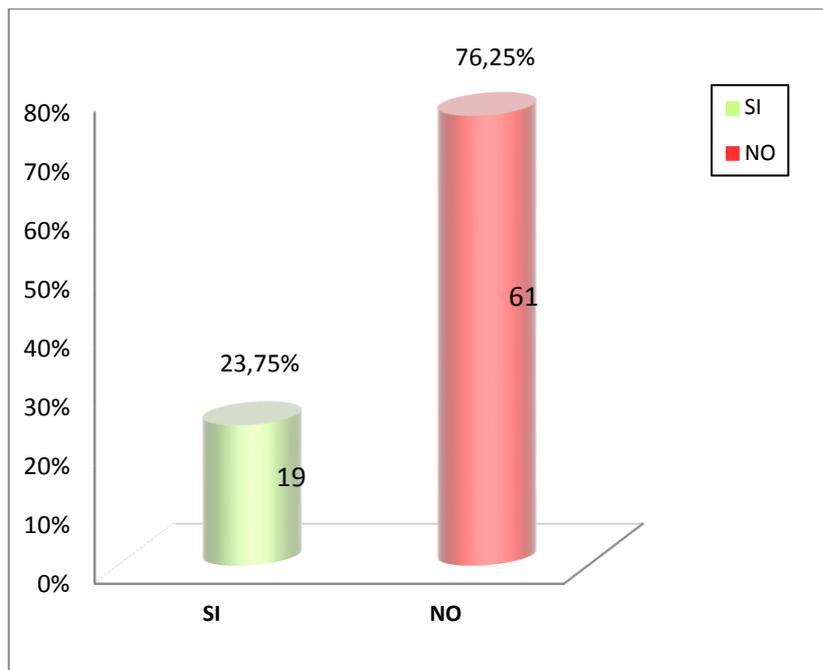
En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿SUELE MASTICAR COSAS DURAS COMO.....?” Respondieron: COCOLÓN 63 encuestados que corresponde al 49,21%, PALILLOS DE DIENTES 32 encuestados que corresponde al 25%, TAPAS DE LAPICEROS 26 encuestados que corresponde al 20,31%, TAPAS DE COLA 7 encuestados que corresponde al 5,4%, del total de Adolescentes encuestados.

Frente a esta información tenemos que la mayoría de los Adolescentes investigados come COCOLÓN por lo cual el siguiente artículo publicado por Norman O Harris, GARCÍA Godoy Franklin Dr. GÓMEZ Saborío Javier Eduardo, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA. Capítulo 15 Pág. 293 cita lo siguiente: **“Después de la erupción, los efectos de la dieta en la dentición son más tópicos que sistémicos. Los factores dietéticos y patrones de comida pueden inducir o minimizar la caries dental. Los carbohidratos fermentables son fundamentales para la implantación, colonización y metabolismo bacterianos en la placa dental. Comer con frecuencia y la retención de los carbohidratos en la cavidad oral influye en la progresión de las lesiones cariosas, mientras que los alimentos con calcio y fósforo, como el queso, promueven la remineralización. La erosión del esmalte puede originarse de la ingestión frecuente de alimentos o bebidas ácidas, o de almacenar el alimento entre la mucosa oral y los dientes”**.

GRAFICUADRO # 12

12.- ¿HA SENTIDO QUE SU DIENTE HA CAMBIADO DE LUGAR DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	SI	19	23,75%
2	NO	61	76,25%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 12.

En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “¿HA SENTIDO QUE SU DIENTE HA CAMBIADO DE LUGAR DESPUES DE UNA EXTRACCIÓN?” Respondieron: NO 61 encuestados que corresponde al 76,25%, SI 19 encuestados que corresponde al 23,75%, del total de Adolescentes encuestados.

Analizando el cuadro de Adolescentes que fueron encuestados un porcentaje mayor no ha registrado movimientos en sus piezas dentarias remanentes después de una extracción y según el siguiente artículo citamos; **“Las principales consecuencias de la pérdida de piezas dentarias son el compromiso estético; disminución de la eficiencia masticatoria; sobrecarga masticatoria en los demás dientes; dificultad para hablar o para pronunciar algunos fonemas, pérdida de soporte de los labios o mejillas; lo que podría producir arrugas en los mismos; inclinación de los dientes vecinos a las piezas perdidas; alteraciones en la oclusión (mordida); trastornos articulares y/o musculares en cara y cabeza; baja autoestima; y disminución del soporte óseo por reabsorción ósea. Cada diente se mantiene en su correcta relación oclusal por la acción de fuerzas individuales. Si esta relación se altera, el cambio de posición o la impugnación de los dientes ocasiona pérdidas de espacios o cambios de espacios.**

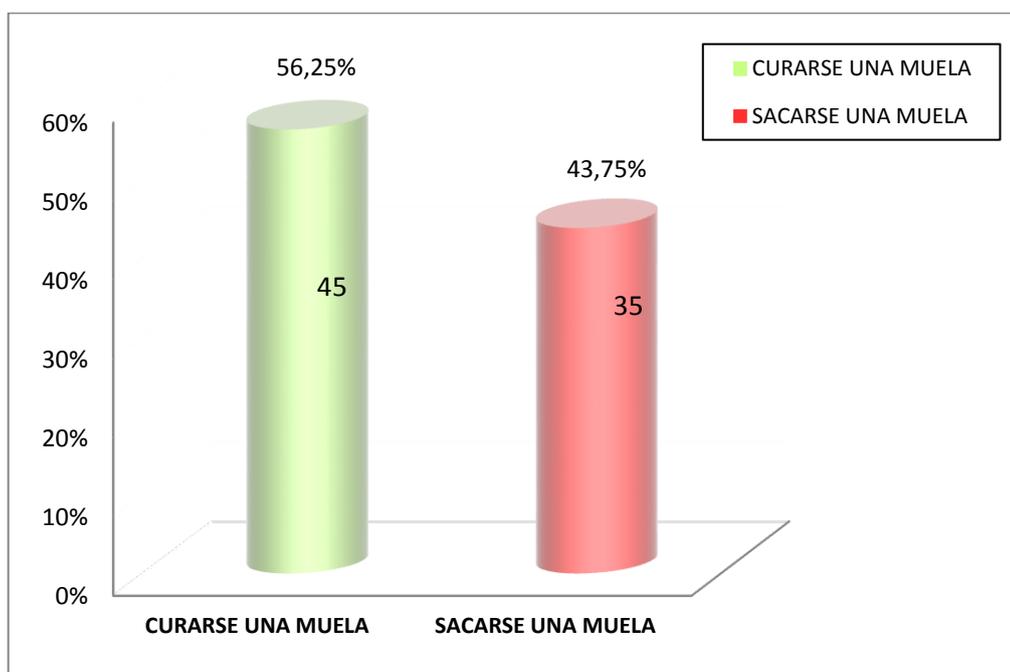
"http://es.wikipedia.org/wiki/Exodoncia_dental"

Categoría: Odontología

GRAFICUADRO # 13

13.- ¿CUÁNDO SIENTE MUCHO DOLOR EN UN DIENTE UD. OPTA POR?

N. ORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	CURARSE UNA MUELA	45	56,25%
2	SACARSE UNA MUELA	35	43,75%
	TOTAL	80	100,00%



FUENTE: Encuesta dirigida a los Adolescentes Usuarios del "Centro de Salud de Portoviejo".

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 13.

En las 80 encuestas realizadas a los Adolescentes Usuarios del Centro de Salud de Portoviejo “CUANDO SIENTE MUCHO DOLOR EN UN DIENTE UD. OPTA POR.....” Respondieron: CURARSE UNA MUELA 45 encuestados que corresponde al 56,25%, SACARSE UNA MUELA 35 encuestados que corresponde al 43,75%, del total de Adolescentes encuestados.

Según lo encuestado el mayor porcentaje corresponde a CURARSE UNA MUELA que son 45 encuestados que corresponde al 56.25% del total. Lo que nos indica que **“Además del impacto que tiene la pérdida de dientes en la calidad de vida de una persona, afectando aspectos tales como la apariencia, autoestima, interacciones sociales efectivas y el deleite que se deriva de la comida, también existe la preocupación real que la nutrición sana es afectada perjudicialmente por la falta de dientes, particularmente en las personas de edad”**. "http://es.wikipedia.org/wiki/Exodoncia_dental"

Categoría: Odontología

7.2. CONCLUSIONES.

Los hallazgos obtenidos por esta investigación, permiten identificar que LA CULTURA EN SALUD ORAL PREVENTIVA influye en la PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS son:

- ✚ 80 Encuestados asegura que usan el CEPILLADO como método de HIGIENE BUCAL, lo que representa al 100% de la población, aún así éste es en su mayoría el único método de higiene oral que usan los Adolescentes investigados, que aseguran que sus PADRES SI LES INCULCARON HÁBITOS DE HIGIENE ORAL SIEMPRE (63 investigados) es decir que el único hábito de higiene oral que han recibido los chicos de sus Padres es el cepillado, además una mayoría de 39 adolescentes correspondientes al 48,75% del total del grupo investigado indica que JAMÁS HA RECIBIDO CHARLAS EN SALUD ORAL PREVENTIVA EN SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA lo que representa un problema dado que es precisamente ahí donde ellos pasan la mayoría del tiempo. La mayoría de los investigados es decir 29 Adolescentes que representa un 36,25% del total alega que SÓLO VAN AL ODONTÓLOGO CUANDO LES DUELE UNA MUELA lo que es aún más alarmante que cualquier resultado porque indica un pobre conocimiento en CULTURA PREVENTIVA EN SALUD ORAL. 63 encuestados que corresponden al 78,75% de la población total aseguran que tienen como HÁBITO ALIMENTICIO COMER COCOLÓN el es un alimento verdaderamente rígido que puede alterar la integridad de las piezas dentarias.

- ✚ En el indicador CPO resultado de la observación clínica de 80 Adolescentes encontramos 28 investigados con 61 piezas dentarias perdidas o por perder, lo que para un grupo de investigación de 80 jóvenes resulta alarmante, más aún cuando el 45 de los Adolescentes que corresponde a los encuestados 56,25% prefieren SACARSE UNA MUELA que curársela.
- ✚ 329 piezas dentarias de los 80 ADOLESCENTES INVESTIGADOS presentan CARIES. En un promedio de 4 caries por paciente de 38 pacientes investigados, lo cual es preocupante en una franja de edad tan temprana, el mayor, además 68 adolescentes investigados es decir el 85% del total obtuvieron algún grado de PLACA BACTERIANA que en su mayoría fue GRADO 1, acompañado de Encías Enrojecidas y Halitosis.

7.3. RECOMENDACIONES

En relación a las conclusiones y a la investigación propiamente dicha se darán las siguientes recomendaciones.

- ✚ Se recomienda darle más publicidad a otros métodos de HIGIENE ORAL como el uso del hilo y enjuague dental ya que el cepillado no es un método completo de limpieza bucal. Se recomienda que los profesores de las instituciones den charlas de salud oral preventiva a los alumnos, se debe informar a los jóvenes que existen muchos métodos eficientes para conseguir un óptimo estado en la salud oral, además se debe recomendar una dieta más balanceada que no perjudique la integridad de las piezas dentarias.

- ✚ Aportar información acerca de las consecuencias de EXTRAER UNA PIEZA DENTAL promoviendo campañas que alerten a los adolescentes y que promuevan los beneficios de la odontología restauradora y mucha más de la ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.
- ✚ Crear un sistema que capacite a los adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO para que siempre tengan pleno conocimiento de la importancia en la salud bucal y de todas y cada una de las medidas preventivas y de los tratamientos restauradores de la odontología actual.

BIBLIOGRAFIA

- # ARMENTEROS Santa Jiménez Odontología , Medicina Preventiva y Salud Publica | Publicado: 5/12/2007
- # ARMERO, Oscar Dr. Evaluación del Crecimiento y del estado nutricional en la población infantil. Unicef, editorial SANTA FE 2000.
- # CEPEDA Acuña Liliana Dra. Su Salud Bucal, Editorial Mundi SAIC y F, Bogotá-Colombia 2000.
- # CUSMINSKY M, LEJARRAGA, MERCER R, Martell M, FESCINA R. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Editorial Mbd. Washington 2001.
- # JIMÉNEZ Acosta Santa. El adolescente. Temas de Medicina General Integral, vol 1, Editorial La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p .131- 6.
- # LASKIN, D. M., Cirugía Bucal y Maxilofacial. Edit. Panamericana. Buenos Aires, 2001.
- # NORMAN o Harris, y otros, .ODONTOLOGIA PREVENTIVA PRIMARIA.
- # SILBER T, MUNIST M, MADDALENO M, Suárez E. Manual de Medicina de la Adolescencia. Editorial Washington. 2000.
- # BORDINI N. Medicina Ambulatoria de adolescentes Editorial Luz Almeria 2003.
- # colombiamedica@gmail.com
- # <http://www.adolescenciasema.org/index>
- # www.ops/paltex.@.com
- # "http://es.wikipedia.org/wiki/Exodoncia_dental

PROPUESTA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.1 TITULO

Charlas de educación en Salud Oral para prevenir la pérdida de las piezas dentarias en los Adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO.

1.2 ENTIDAD EJECUTORA

CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO.

1.3 CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

TIPO EDUCATIVO- SOCIAL.

1.4 LOCALIZACIÓN

PARROQUIA 12 DE MARZO.

2. JUSTIFICACIÓN

Se pensó en esta propuesta porque según la investigación realizada, los adolescentes que asisten al CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO no poseen los conocimientos adecuados sobre salud oral y se consideró muy importante que los adolescentes tengan un óptimo conocimiento en esta área, ya que esto conlleva a una reducción de problemas dentales y más aún a la pérdida de piezas dentales, ya que se verificó que el 13,7 % de los adolescentes atendidos presentaron pérdida de piezas dentarias, con esto se justifica la investigación del trabajo realizado.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El Centro de Salud "Portoviejo", se encuentra ubicado en la parroquia 12 de marzo entre Av. Rocafuerte y Callejón María Auxiliadora, junto al Hospital "Verdi Cevallos Balda", de la ciudad de Portoviejo de la Provincia de Manabí.

Esta unidad de salud fue fundada el 1 de abril de 1965 con el Programa Integral de Salud de Manabí (PISMA) como un organismo público social, al inicio adscrito a la Junta de Beneficencia de Manabí siendo Jefe de salud el Dr. Humberto Moreno Loo. Desde entonces es una de las frecuentadas no solo de su área de influencia sino también del cantón; atendiendo pacientes de Picoazá, Colón, Crucita, Barrio Fátima, Ciudadela Pacheco, Florón, Andrés de Vera, San Pablo, Calderón, Alajuela, entre otros. Obteniendo un promedio de 150 usuarios día. Se inicia la prestación de servicios de inmunización con niños y posteriormente se extiende con vacunas antirrábicas y con el programa de atención de salud comunitaria en las zonas rurales.

Bajo la dirección de la Dra. María Elena González de López se crea el Área de Salud N° 1 para descentralizar y desconectar las funciones técnicas- administrativas, por ser de mayor complejidad esta Unidad Operativa se constituye cabecera de Área hasta el año 2000.

Después bajo la dirección de la Dra. Idilia Guerrero durante el período 2004-2008 en el proceso de licenciamiento (reingeniería de los recursos humanos, técnicos, y financieros) cuyo objetivo principal es brindar atención integral, eficiente, eficaz, y oportuna a la población que demandan los servicios de salud.

Actualmente la dirección está a cargo del Mg. Dr. Gene Alarcón Arteaga quien continúa impulsando los programas de salud, en especial la atención diferenciada de los adolescentes, forjando la reestructuración y readecuación de los servicios y talentos humanos fomentando el trabajo en equipo.

El Centro de Salud ha venido brindando atención al binomio madre-hijo, a través de los programas emitidos por el Ministerio de Salud Pública, desde su funcionamiento. En esta vista de la necesidad de mejorar los servicios que presta este centro asistencial, inicia un proceso de calidad para la atención integral a todos los usuarios.

El 4 de Diciembre del 2006 se inauguro en presencia de las autoridades del Área de Salud N° 1 la Zona de Triage y/o información, con la cual ha permitido mejor el flujo de pacientes.

La construcción de un Servicio de Salud Amigable para Niños, Niñas los y las Adolescentes constituye una propuesta para potencializar la incorporación y participación proactiva de los propios niños, niñas, adolescentes y sus organizaciones como corresponsales, conjuntamente con los servicios de la salud, en el cuidado de la salud propia, de otros u otras adolescentes y de su comunidad. Con un

enfoque de Derecho ya que están contemplados en la Constitución Política del Estado y la Ley de la Niñez y Adolescencia.

El proceso de capacitación permitió elaborar un modelo de atención, desde la realidad de la unidad y de sus talentos humanos, el mismo que fue publicado y socializado ante las autoridades de salud de la provincia así como funcionarios de Plan Internacional de Bélgica, Ecuador y Manabí quedando institucionalizado como **SERVICIO DIFERENCIADO PARA ADOLESCENTE** en la Provincia; la institucionalización permitió ser incluidos en el Programa Nacional de Adolescentes y referentes para otras unidades de salud donde se implementará este servicio.

La implementación del servicio permitió generar alianzas estratégicas para la inserción de los y las adolescentes al mismo, como es el Ministerio de Educación y Cultura que a través del programa de Educación para la Salud, se capacitaron a 81 Adolescentes de ambos sexos del colegio Informática y Portoviejo, durante 6 meses en temas de conocimiento personal, programas del MSP, enfermedades vectoriales, ITS y Salud Sexual y reproductiva, del proceso de capacitación se permitió motivar a los jóvenes y formar el grupo **“ACT” (ADOLESCENTES COMO TÚ)**, que apoyan al servicio mediante su participación de acogida, orientación y charlas interactivas.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

-  Disminuir la incidencia de piezas dentarias perdidas o por perder relacionada a la **CULTURA PREVENTIVA EN SALUD ORAL** en Adolescentes usuarios del **CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO**.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✚ Proporcionar a los trabajadores de la salud materiales de información referente a salud oral preventiva.
- ✚ Concienciar a los padres y maestros sobre los perjuicios de una salud oral deficiente, y sobre todo de la pérdida de piezas dentarias.
- ✚ Motivar a los adolescentes en actividades dinámicas dentro de los centros de salud que constantemente les proporcionen información acerca de la salud oral preventiva y sus beneficios.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El presente proyecto consiste en desarrollar charlas en donde participarán los trabajadores de la salud, profesores, los adolescentes y sus padres con la finalidad de propiciar cambios en los patrones de cuidado en salud oral y ofrecer una percepción cálida en las visitas al odontólogo, y así disminuir la incidencia de piezas extraídas o por extraer en los adolescentes. Es por esta razón que se consideró la elaboración de trípticos que contengan ciertos puntos relacionados con la salud, prevención e higiene oral, los cuales van a ser de gran ayuda no sólo para los adolescente sino también para la comunidad en la que se encuentra ubicado el centro de salud.

6. BENEFICIARIOS

Los principales beneficiarios serán los adolescentes y las adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO quienes podrán tener nuevos y mejores métodos para los cuidados en salud oral preventiva,

en segunda instancia se beneficiaran el resto de usuarios de esta entidad, en medida en que los trabajadores de la salud, pongan en práctica los conocimientos y materiales de información que se les proporcionarán.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

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

- ✚ Socialización de los resultados obtenidos mediante la investigación al equipo humano que labora en el CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO y a sus padres de familia y profesores.
- ✚ La Propuesta ofrecida por la investigadora brinda charla enfocadas en salud oral preventiva las mismas que se dictarán dos veces al mes por cuatro meses.
- ✚ Recolección de material educativo, que será colocado en diapositivas de Power Point y en trípticos
- ✚ Elaboración de trípticos.
- ✚ Distribución de trípticos.
- ✚ La investigadora será quien imparta las charlas en un principio, y cuando ya estén capacitados Los Odontólogos de la unidad serán quienes continúen capacitando a los Adolescentes en salud oral preventiva.

RECURSOS HUMANOS

- ✚ Conferencistas
- ✚ Padres de familia
- ✚ Trabajadores de la salud
- ✚ Autoridades de la institución
- ✚ Adolescentes usuarios del centro de salud de Portoviejo

RECURSOS TECNOLÓGICOS

- ✚ Recursos
- ✚ Proyector
- ✚ CD
- ✚ Fotocopias

2. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO X HORA	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
				AUTO GESTIÓN	APOORTE INSTITUCIONAL
TINTA	1	\$35	\$ 35,00	SI	-
RESMA DE HOJAS	1	\$5	\$ 5,00	SI	-
DISEÑADOR DE TRIPTICO	1	\$25	\$ 5,00	SI	-
PROYECTOR DE IMAGEN	1	\$10 x 10 horas	\$100,00	-	SI
SALA DE CONFERENCIAS	1	\$100	\$100	-	SI
TOTAL			\$ 45,00		200

SOSTENIBILIDAD

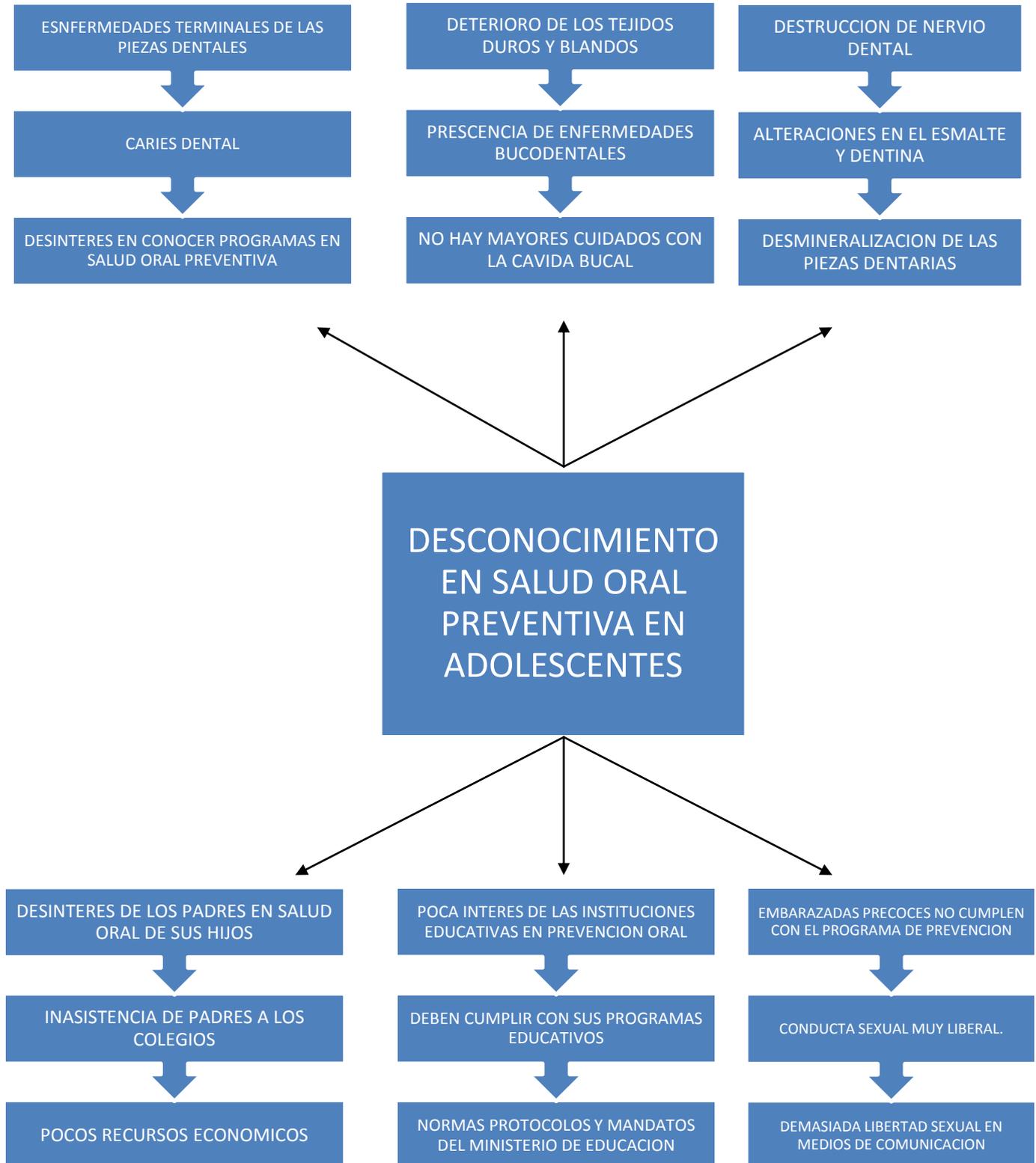
Esta dada por el equipo humano que labora en el CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO que cuenta con dos departamentos de odontología y sus respectivos odontólogos.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto no representa mayores gastos debido a que el CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO cuenta con el espacio físico y el recurso tecnológico necesario para la realización de las charlas, la investigadora y promotora de la propuesta es quien dará las respectivas charlas y quien proveerá de información y de material didáctico requerido a los odontólogos de la institución, para que a partir de ese punto lleven a cabo el proyecto.

ANEXOS 1

ARBOL DEL PROBLEMA



CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO																							
	SEP. 2009				OCT. 2009				NOV. 2009				DIC. 2009				ENE 2010				FEB 2010			
DISEÑO DEL PROYECTO	X	X	X	X																				
APROBACIÓN DEL PROYECTO					X																			
DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO						X	X	X																
APLICACIÓN DE LOS									X	X														

PRESUPUESTO.

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTION	APORTE INSTITUCIONAL
1. PAPEL	3	RESMAS	4,50	13,50	13,50	
2. FOTOCOPIAS	10.000	UNIDAD	0,03	30	30	
3. TINTA PARA IMPRESIÓN	4	TONER	18	72,00	36,00	
4. INTERNET	50	HORAS	50	50	50	
5. VIATICOS	15	DIAS	3,00	45	45	

6. REFRIGERIOS	15	UNIDAD	2.00	30	30	
7. GUANTES	100	UNIDAD	0.50	5.00	5.00	
8. TINTA	2	CARTUCHO	40	80	80	
9. DIGITACION	200	HOJA	0.80	160	160	
10. INSTRUMENTAL	30	ESPEJO, EXPLORADOR	2.00	60	60	
11. GASTOS VARIOS				60	60	
12. TOTAL					519.50	

ANEXOS 2

Universidad Particular “San Gregorio” de Portoviejo

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FORMULARIO DE ENCUESTAS

(Dirigido a los adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO)

SOBRE

“CULTURA EN SALUD ORAL PREVENTIVA Y PÉRDIDA DENTARIA”

AUTORA: María Isabel Zambrano Macías.

INDICACIONES:

- La presente investigación es una tesis de grado de odontólogos por lo que se trata de un trabajo serio que requiere de respuestas acertadas.
- Marque con un visto la alternativa que corresponda según su criterio. Le pedimos de favor que conteste todas las preguntas.
- De antemano le agradezco su colaboración.

CONTENIDO:

1. ¿Ha escuchado algo referente a salud oral prevención oral?

SIEMPRE

AVECES

NUNCA

2. ¿Le dan charlas en salud oral preventiva en los centros de salud a los que acude?

SIEMPRE

AVECES

NUNCA

3. ¿Le dan charlas en salud oral preventiva en su institución educativa?

SIEMPRE

AVECES

NUNCA

4. ¿Tiene temor al odontólogo?

SIEMPRE

AVECES

NUNCA

5. ¿Hasta qué nivel de estudio ha alcanzado?

PRIMARIA

SECUNDARIA

NINGUNO

6. ¿Sus padres le inculcaron hábitos de higiene oral?

SIEMPRE

AVECES

RARA VEZ

NUNCA

7. ¿Qué realiza para mantener su boca limpia en casa?

SE CEPILLA

USA HILO DENTAL

ENJUAGUE ORAL

OTROS MÉTODOS

8. ¿Con qué frecuencia va al odontólogo?

1 vez al año

2 veces al año

Más de 2 veces al año

Cuando me duele una muela

Cuando veo una caries

En otras circunstancias

9. ¿Qué tratamientos se ha realizado?

PROFILAXIS (limpieza)

CURACIÓN

EXTRACCIÓN

NINGUNO

OTROS

10. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

1 vez

2 veces

3 veces

Más de 3 veces

Nunca

11. ¿Suele masticar cosas muy duras como.....?

	SI	NO
TAPAS DE LAPICEROS		
TAPAS DE COLA		
COCOLON		
PALILLOS DE DIENTES		

12. ¿Ha sentido que su diente ha cambiado de lugar después de una extracción?

SI

NO

13. ¿Cuándo siente mucho dolor en un diente Ud. opta por.....?

CURARSE LA MUELA

SACARSE LA MUELA

Carrera de Odontología

**Ficha Clínica para determinar La Cultura en Higiene Oral preventiva
y su incidencia en la pérdida de piezas dentarias permanentes en
adolescentes usuarios del Centro de Salud de Portoviejo.**

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Domicilio: _____ #H.C: _____

ODONTOGRAMA

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">18</td><td style="border: none;">17</td><td style="border: none;">16</td><td style="border: none;">15</td><td style="border: none;">14</td><td style="border: none;">13</td><td style="border: none;">12</td><td style="border: none;">11</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="border: none; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">55</td><td style="border: none;">54</td><td style="border: none;">53</td><td style="border: none;">52</td><td style="border: none;">51</td> <td colspan="3" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td colspan="3"></td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	<input type="checkbox"/>									55	54	53	52	51				<input type="checkbox"/>				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">21</td><td style="border: none;">22</td><td style="border: none;">23</td><td style="border: none;">24</td><td style="border: none;">25</td><td style="border: none;">26</td><td style="border: none;">27</td><td style="border: none;">28</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="border: none; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">61</td><td style="border: none;">62</td><td style="border: none;">63</td><td style="border: none;">64</td><td style="border: none;">65</td> <td colspan="3" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td colspan="3"></td> </tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>									61	62	63	64	65				<input type="checkbox"/>																									
18	17	16	15	14	13	12	11																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
55	54	53	52	51																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
61	62	63	64	65																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">85</td><td style="border: none;">84</td><td style="border: none;">83</td><td style="border: none;">82</td><td style="border: none;">81</td> <td colspan="3" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td colspan="3"></td> </tr> </table>	85	84	83	82	81				<input type="checkbox"/>				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">71</td><td style="border: none;">72</td><td style="border: none;">73</td><td style="border: none;">74</td><td style="border: none;">75</td> <td colspan="3" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td colspan="3"></td> </tr> </table>	71	72	73	74	75				<input type="checkbox"/>																																																											
85	84	83	82	81																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
71	72	73	74	75																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">48</td><td style="border: none;">47</td><td style="border: none;">46</td><td style="border: none;">45</td><td style="border: none;">44</td><td style="border: none;">43</td><td style="border: none;">42</td><td style="border: none;">41</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	48	47	46	45	44	43	42	41	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">31</td><td style="border: none;">32</td><td style="border: none;">33</td><td style="border: none;">34</td><td style="border: none;">35</td><td style="border: none;">36</td><td style="border: none;">37</td><td style="border: none;">38</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>																																																														
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										

INDICADOR CPO

	C	P	O	TOTAL
C				
P				
O				

HALLAZGOS CLÍNICOS	SI	NO
Labios		
Carrillos		
Paladar		
Piso de la Boca		
Lengua		
Encía		
Movilidad Dentaria		
Apiñamiento		
Halitosis		

INDICADORES DE SALUD BUCAL			
Higiene Oral Simplificada			
Piezas Dentales	PLACA 0-1-2-3	CALCUL O 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			

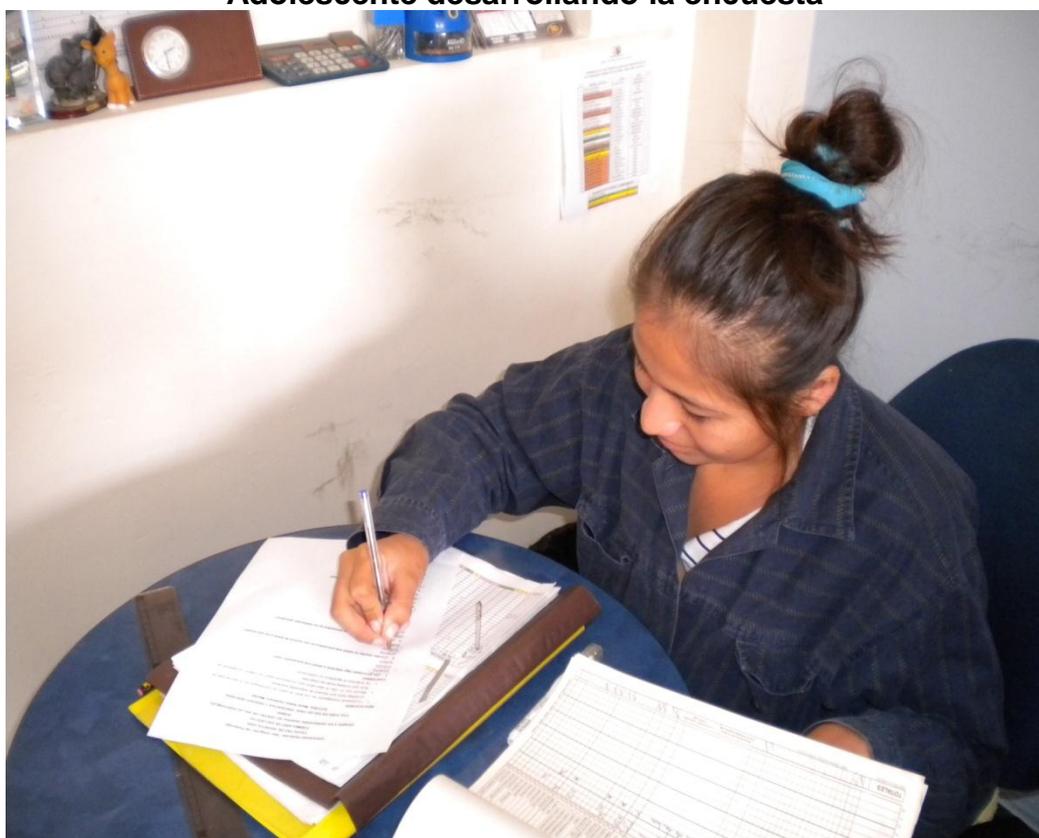
**María Isabel Zambrano
Egresada de la Facultad de
Odontología**

ANEXOS 3

Encuesta realizada a los Adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO”



Adolescente desarrollando la encuesta



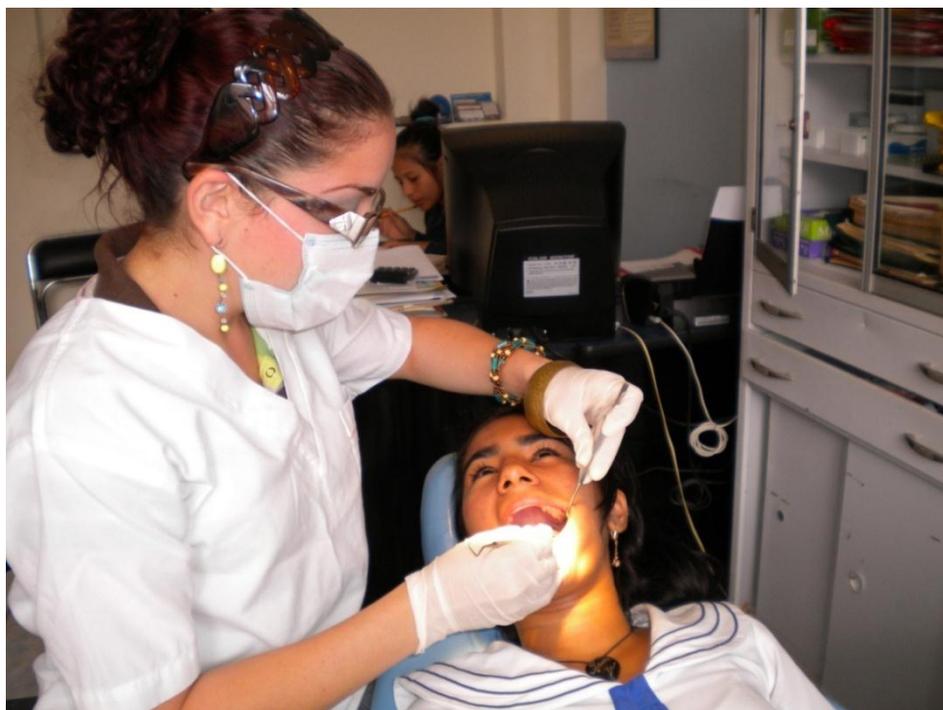
Encuesta realizada a los Adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO”



Momentos en que dos adolescentes atendidas en el Centro de Salud Portoviejo están contestando la encuesta.



Realizando La Observación Clínica y Diagnósticos a los Adolescentes usuarios del CENTRO DE SALUD DE PORTOVIEJO



Desarrollando el Diagnóstico y la Observación Clínica



Durante la observación clínica realizando una profilaxis



Durante las charlas en el CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO



Momentos en que se repartían los trípticos en el centro de salud



Participación de Adolescentes durante las charlas en salud oral



Charlas en Salud Oral Preventiva a Adolescentes



La investigadora María Isabel Zambrano



ANEXOS 4

TRIPTICO

¿Cómo puedo ayudar a que mis dientes sean más blancos?

Las limpiezas profundas realizadas por un odontólogo o higienista eliminarán la mayoría de las manchas externas (sobre la superficie de los dientes) causadas por los alimentos y el tabaco.

El uso de una crema dental blanqueadora también puede ayudar a eliminar las manchas superficiales. Si las mismas han estado presentes durante muchos años, es posible que deba hacerse blanquear los dientes profesionalmente para eliminar las más rebeldes.

Las manchas internas (por debajo del esmalte) pueden blanquearse, cementarse o taparse (con una coronal). Si bien cada uno de estos métodos es seguro y eficaz, su odontólogo recomendará el tratamiento apropiado para usted según el estado de sus dientes y los resultados que usted desee obtener.

Salud Dental Oral

Visite a su odontólogo por lo menos 2 veces al año

La higiene bucal se debe iniciar desde los 6 meses de edad. 1 vez al día a la hora del baño, la madre o responsable del niño se lava las manos y con el dedo índice envuelto en una gasa estéril hace una almohadilla y la humedece en agua previamente hervida ya que se enfrió limpiar las encías de su hijo en un proceso que dura de 15 a 30 segundos.

Mantener en un buen estado los dientes en una de las tareas primordiales a la largo de la vida cada uno de los dientes tiene un alto valor, sobre todo en los adultos mayores, en la que la falta de dientes limita la alimentación y genera nutrición.

Las tres principales medidas de prevención para mantener en óptimas condiciones la salud bucal se realiza a partir de los tres años de edad.



Es importante cambiar el cepillo de dientes después de un resfriado, gripa o infección bucal ó de garganta.



Protege tu cepillo cuando estas de viaje utilizando un protector plástico para evitar que las cerdas se contaminen... Luego de usarlo dejalo ventilarse para no acumular bacterias...



Cambia tu cepillo de dientes cada 3 meses.

Masticar adecuadamente es muy importante para evitar la mala digestión y la desnutrición.

¿Cómo puede un adolescente mantener una buena sonrisa?

- La mejor forma de que disfruten de una sonrisa y dientes saludables es continuar con los buenos hábitos bucales, es importante:
- Visitar al odontólogo regularmente para que le realice revisiones y limpiezas profesionales.
 - Cepillarse por lo menos dos veces al día con una crema dental con flúor para eliminar la placa, ya que esta es la causa principal de las caries dentales y de la enfermedad de las encías.
 - Utilizar hilo dental para eliminar la placa depositada entre los dientes y debajo de la encía. Si la placa no se elimina se endurece y se convierte en sarro.
 - Limitar el consumo de almidones y azúcares especialmente, los alimentos pe...

