



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA

“ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA
FRANKLIN D. ROOSEVELT Y SU RELACIÓN CON EL ACCESO A LA
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PRIMARIA” PERIODO OCTUBRE 2009-
FEBRERO 2010

AUTOR

ZAMBRANO MORA JOSÉ GABRIEL

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Mónica Cabrera Sánchez Mg. Sc

PORTOVIEJO - MANABI - ECUADOR

INTRODUCCION

Actualmente la odontología ha revolucionado considerablemente partiendo primordialmente desde la organización y ejecución de campañas de concientización por la necesidad de mejorar el estado de salud oral de las personas.

Campañas de prevención dedicadas a la población escolar cuya prioridad se sustenta en las diferentes técnicas que existen para mejorar la salud dental de los mismos.

La salud oral de los niños es parte importante de atención ya que la falta de cuidado por parte de ellos y el desinterés de los padres de familia junto con la falta de charlas sobre la salud oral en los niños de edad escolar sobre el buen cepillado, las técnicas de cepillado y el cuidado en general que se le debe brindar a la dentadura en general ayudarían de manera significativa a solucionar el estado de salud oral.

Este trabajo investigativo quedara constituido en dos partes, una bibliográfica y otra practica mediante la investigación de campo, la misma que se ejecutara mediante la aplicación de encuestas a los padres de 78 niños de la Escuela Fiscal Mixta Franklin D. Roosevelt, las preguntas serán para evaluar el grado de conocimiento de los padres sobre salud oral, así se pretende conocer las oportunidades de acceso a esta atención, se complementara este estudio de campo con la inspección clínica de la cavidad oral de cada uno de los niños y niñas inmersos en el estudio de investigación, los mismos que arrojaran resultados de la realidad de la salud bucodental en que se encuentran.

ANTECEDENTES

La Escuela Franklin Delano Roosevelt es un plantel educativo primario fiscal, ubicado en la ciudad de Portoviejo, en las calles García Moreno y Alajueta, en la cual estudian 560 niños provenientes de familias de estratos socioeconómicos bajos, los mismos que evidencian deficiente salud oral.

El deficiente estado de salud bucodental de los niños que asisten a este plantel educativo es notorio, en particular la presencia de alto índice de caries que despierta un gran interés, por ser una de las patologías orales más prevalente en la sociedad actual y especialmente en los niños de edad escolar.

Los niños son los más vulnerables al desarrollo de la caries, provocando deterioro en la salud bucal, este problema de salud afecta sobre todo a la población infantil, bajo tales circunstancias esta investigación se fijo en este grupo poblacional que es el más vulnerable y específicamente en los niños preescolares que estudian en la escuela Franklin D. Roosevelt de la ciudad de Portoviejo.

Se visitó la escuela donde se realizó la investigación con el debido permiso de las autoridades de la institución, identificando el problema del deficiente acceso a la atención odontológica en los niños y niñas, lo que llamó la atención de la investigación por mejorar la salud oral en esta población infantil, debido a que no se conocen antecedentes de estudios o investigaciones realizadas sobre este tema en la antes mencionada unidad educativa.

CERTIFICACIÓN

Dra. Mónica Cabrera Sánchez certifica que la tesis de investigación titulada **“ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA FRANKLIN D. ROOSEVELT Y SU RELACIÓN CON EL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PRIMARIA”**, es original de ZAMBRANO MORA JOSÉ GABRIEL. La misma que se ha realizado bajo mi dirección.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez Mg. Sc.

Directora de tesis

UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“ESTADO DE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA
ESCUELA FISCAL MIXTA FRANKLIN D. ROOSEVELT Y SU
RELACIÓN CON EL ACCESO A LA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PRIMARIA” PERIODO OCTUBRE 2009-
FEBRERO 2010

PROPUESTA ALTERNATIVA

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

.....
Dra. Gladys Vaca G. Mg.Sc.
PRESIDENTA

.....
Dra. Mónica Cabrera S. Mg.Sc.
DIRECTORA TESIS

.....
Dra. Lilian Bowen M. Mg.Sp.
MIEMBRO DE TRIBUNAL

.....
Dr. Marco Flores Mg. Sp.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
Abg. Ramiro Molina
SECRETARIO ACADEMICO

DEDICATORIA

La satisfacción de una meta cumplida, es inexplicable; y es que aquel sueño de ser Odontólogo se hace realidad hoy, gracias al esfuerzo de varias personas a quienes dedicó este triunfo:

- A DIOS, por haberme permitido llegar a este mundo y con su divina bondad haber guiado mis pasos.
- A mis padres: Washington y Tanya; que han sido el pilar fundamental y me han dado apoyo en cada una de las actividades de mi vida; quienes con sus consejos han logrado convertirme en un ser humano capaz de lograr lo que se propone.
- A mi hermano: Alberto, por haberme brindado su apoyo y contagiado su fortaleza, que fue de gran utilidad en los momentos de mayor adversidad.
- A mi familia, mis abuelos, mis tíos, y primos que fueron base fundamental de mi meta cumplida.
- A la Dra. Mónica Cabrera, directora de tesis, por su paciencia, comprensión, consejos y sabiduría, muchas gracias por ser una maestra y amiga a la vez.
- A todos los quienes conforman la Universidad “San Gregorio”, alma mater que me abrió sus puertas para formarme como profesional.
- Y todos y cada uno de las personas que de una u otra forma hicieron posible cumplir este sueño.

José Gabriel Zambrano Mora

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por ser el creador de todo lo existente.

A la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, a la Unidad Académica de Salud, a la Carrera de Odontología, a sus autoridades, catedráticos y amigos.

A los miembros del Tribunal de la presente tesis, apóstoles del saber, defensores de la verdad, la ciencia y la cultura; porque sin su orientación este proyecto no hubiera concluido favorablemente. Mi reconocimiento y gratitud a la Dra. Mónica Cabrera, directora de tesis, quien supo esclarecer cualquier duda de manera óptima.

A la Escuela Fiscal mixta Franklin D. Roosevelt que me ha prestado facilidades en la elaboración de este trabajo de investigación, y a su director Vicente Escandón Mejía, que sin su autorización este estudio no hubiera sido posible.

A todos ustedes. MUCHAS GRACIAS...

José Gabriel Zambrano Mora

INDICE GENERAL

Pág.

PRELIMINARES

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

CAPITULO I

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	2

CAPITULO II

2.1. Justificación.....	3
-------------------------	---

CAPITULO III

3. Formulación de los objetivos.....	5
3.1. Objetivo General.....	5
3.2. Objetivos Específicos.....	5

CAPITULO IV

4. Formulación de hipótesis.....	6
4.1. Hipótesis general.....	6
4.2. Hipótesis específicas.....	6

CAPITULO V

5. Marco Teórico.....	7
5.1. Marco institucional.....	7
5.2. La salud oral	8
5.2.1. Descripción de la salud oral.....	8

5.2.2. Importancia de la salud dental para el bienestar general.....	9
5.2.3. Factores que intervienen en la salud oral.....	9
5.2.3.1. Factores higiénicos.....	9
5.2.3.1.1. Higiene Dental.....	10...11
5.2.3.1.2. Cepillado dental.....	11
5.2.3.1.3. Técnica de cepillado.....	12...13
5.2.3.1.4. Instrumentos para la higiene bucal.....	13...18
5.2.3.2. Factores alimenticios.....	19
5.2.3.2.1. Alimentación cariogénica.....	19
5.2.3.2.2. Productos amigos de los dientes.....	20
5.2.3.2.3. Alimentos protectores de los dientes.....	21
5.2.3.3. Factor individual.....	21
5.2.3.3.1. Forma de la arcada.....	21
5.2.3.3.2. Morfología de las piezas dentales.....	22
5.2.4. Enfermedades que alteran la salud oral.....	23
5.2.4.1. Placa bacteriana.....	23...24
5.2.4.2. Caries.....	25...26
5.2.4.3. Gingivitis.....	26...27
5.3. Acceso a la atención odontológica primaria.....	28
5.3.1. Atención odontológica primaria del M.S.P.....	28
5.3.2. Prioridad al acceso.....	29...30
5.3.3. Medidas preventivas en salud oral.....	31
5.3.3.1. Profilaxis.....	31
5.3.3.2. Aplicación y el uso del flúor.....	32...33
5.3.3.3. Sellantes.....	34...36

5.3.4. Técnicas para la atención odontológica en niños.....	37
5.3.4.1. Técnica de modelado.....	38
5.3.4.2. Estrategia decir, mostrar, hacer.....	38
5.3.4.3. Control mediante la voz.....	39
5.3.4.4. Reforzamiento positivo.....	39
5.3.5. Tratamientos de morbilidad.....	40
5.3.5.1. Restauraciones.....	40
5.3.5.2. Exodoncias.....	41... 42

CAPITULO VI

6. Metodología de la investigación.....	43
6.1. Método.....	43
6.1.1. Modalidad básica.....	43
6.1.2. Nivel o tipo de investigación.....	43
6.1.3. Técnicas.....	44
6.1.4. Instrumentos.....	44
6.1.5. Población.....	44
6.1.6. Tamaño de la muestra.....	44
6.1.7. Recursos.....	44
6.1.7.1. Talento humano.....	44
6.1.7.2. Recursos materiales.....	45
6.1.7.3. Recursos económicos.....	45
6.1.7.4. Recursos tecnológicos.....	45
6.2. Desarrollo metodológico.....	45... 46

CAPITULO VII

7. Resultados de la investigación.....	47
7.1. Análisis e interpretación de los resultados de las encuestas Realizadas a los padres de familia de la escuela Franklin D. Roosevelt.....	47
7.2. Análisis e interpretación de los resultados de las fichas de observación Y diagnostico aplicada a los niños de la escuela Franklin D. Roosevelt.....	64
7.3. Conclusiones.....	83
7.4. Recomendaciones.....	84
BIBLIOGRAFÍA.....	85...86

PROPUESTA

ANEXOS

INDICE DE CUADROS

Cuadros de los resultados de las encuestas aplicadas a los padres de familia de la escuela “Franklin D. Roosevelt”

	Pág.
Cuadro N0. 1 (Por que es importante que su hijo tenga unos dientes sanos).....	48
Cuadro N0. 2 (Que hábitos de higiene oral practica su hijo).....	50
Cuadro N0. 3 (Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes).....	52
Cuadro N0. 4 (Cual de estos alimentos consume su hijo).....	54
Cuadro N0. 5 (Atención en algún centro del M.S.P).....	56
Cuadro N0. 6 (Cuales de los siguientes tratamientos preventivos le han realizado).....	58
Cuadro N0. 7 (Como se comporta su hijo cuando es atendido por el odontólogo).....	60
Cuadro N0. 8 (Cuando su hijo ha necesitado atención odontológica donde acude).....	62
Cuadros de los resultados de las fichas clínicas concentrado epidemiológico	
Cuadro N0. 1 (Piezas cariadas).....	65
Cuadro N0. 2 (Piezas con extracciones indicadas).....	67
Cuadro N0. 3 (Piezas obturadas).....	69
Cuadro N0. 4 (Placa bacteriana).....	71
Cuadro N0. 5 (Calculo).....	73
Cuadro N0. 6 (Gingivitis).....	75
Cuadro N0. 7 (Apiñamiento dental).....	77
Cuadro N0. 8 (Agrietamiento de los dientes).....	79
Cuadro N0. 9 (Fosas y fisuras profundas).....	81

INDICE DE GRAFICOS

Gráficos de los resultados de las encuestas aplicadas a los padres de familia de la escuela “Franklin D. Roosevelt”

	Pág.
Grafico N0. 1 (Por qué es importante que su hijo tenga unos dientes sanos).....	48
Grafico N0. 2 (Que hábitos de higiene oral practica su hijo).....	50
Grafico N0. 3 (Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes).....	52
Grafico N0. 4 (Cual de estos alimentos consume su hijo).....	54
Grafico N0. 5 (Atención en algún centro del M.S.P).....	56
Grafico N0. 6 (Cuales de los siguientes tratamientos preventivos le han realizado).....	58
Grafico N0. 7 (Como se comporta su hijo cuando es atendido por el odontólogo).....	60
Grafico N0. 8 (Cuando su hijo ha necesitado atención odontológica donde acude).....	62
Gráficos de los resultados de las fichas clínicas concentrado epidemiológico	
Grafico N0. 1 (Piezas cariadas).....	65
Grafico N0. 2 (Piezas con extracciones indicadas).....	67
Grafico N0. 3 (Piezas obturadas).....	69
Grafico N0. 4 (Placa bacteriana).....	71
Grafico N0. 5 (Calculo).....	73
Grafico N0. 6 (Gingivitis).....	75
Grafico N0. 7 (Apiñamiento dental).....	77
Grafico N0. 8 (Agrietamiento de los dientes).....	79
Grafico N0. 9 (Fosas y fisuras profundas).....	81

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños que estudian en la escuela Franklin D. Roosevelt muestran un deficiente estado de salud bucodental, las afecciones bucales como las caries, alteración de los tejidos blandos, las pérdidas dentarias prematuras y los traumatismos bucodentales, entre otros, constituye un problema de salud oral prevalente, sobre todo en los niños en edad escolar, que tienen efectos tanto individuales como colectivos desde el punto de vista social y educativo.

Las poblaciones de escasos recursos y desfavorecidas constituyen una de la más vulnerables, entre ellos los niños, la caries dental continúa siendo una de las principales patologías orales. Aunque se promueven diversas campañas de salud que ayudan concientizar tanto a los padres como a los niños sobre lo importante que es la Higiene Bucal, ya que si existiera un mayor incentivo de parte de los padres se evitaría el deterioro de la salud bucal de dichos escolares.

Por lo observado en la Escuela Franklin D. Roosevelt se han evidenciado problemas que afectan la salud oral, especialmente en los niños de edad preescolar.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

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

¿"Qué incidencia tiene el deficiente acceso a la atención odontológica en la salud oral de los niños de la Escuela Franklin D. Roosevelt"?

Esta interrogante fue respondida mediante el proceso de investigación científica.

CAPITULO II

2.1. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo en su Estatuto Universitario, hace constar que para obtener el Título Profesional de tercer nivel, el aspirante debe realizar una investigación que parta de un problema observado en la comunidad, y a partir de los resultados obtenidos, realizar una propuesta y el correspondiente proyecto de solución a la problemática revelada.

La salud integral es el estado idóneo especialmente de las personas y en este marco debe estar inmerso el buen estado de salud oral, sin embargo llama la atención del investigador el deficiente estado de salud oral de los niños de la escuela Franklin D. Roosevelt.

Confrontando datos del área donde se realizó la investigación, en la mencionada institución educativa no se han realizado estudios referentes al problema identificado por lo que este trabajo va a solucionar significativamente este problema de salud bucal.

Es importante resaltar que la escuela cuenta con una profesional médica que brinda atención de medicina general, es imperioso completar el servicio de salud con la atención odontológica para de esta manera conseguir la salud integral de los estudiantes factor substancial para un buen desenvolvimiento académico.

Los beneficiarios directos de la investigación son los niños que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt, por cuanto mejorarán su salud bucal y por lo tanto su salud general pues los problemas originados en la boca repercuten en órganos como corazón riñones, articulaciones, entre otros; indirectamente se beneficiarán los padres de familia de estos niños porque

evitarán afrontar problemas futuros de salud en sus hijos y la escuela en sentido general porque estará brindando una educación integral a los pequeños estudiantes, lo que les permitirá trabajar con niños sanos.

Por otra parte, este trabajo investigativo permitirá aplicar y consolidara los conocimientos teóricos científicos adquiridos por el egresado investigador durante su etapa de formación académica fortaleciendo el vinculo de la universidad con la comunidad en general.

CAPITULO III

3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el estado de salud oral y el acceso a la atención odontológica primaria de los niños y niñas que estudian en la escuela Franklin D. Roosevelt.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar el grado de interés de los padres de familia en la salud oral de sus hijos relacionándolo con la presencia o ausencia de caries en sus hijos.
- Indagar la asistencia a la atención odontológica de los niños y niñas para establecer el cumplimiento de la normativa de prevención.
- Investigar el índice ceo, CPO y los indicadores de higiene oral para determinar el estado de salud oral actual.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema del deficiente estado de salud oral de los niños y niñas de la Escuela Franklin D. Roosevelt.

CAPITULO IV

4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL

La falta de atención odontológica primaria es determinante de la mala salud oral de los niños y niñas que estudian en la Escuela Fiscal Mixta Franklin D. Roosevelt

4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- El poco interés de los padres de familia sobre la salud oral de sus hijos guarda estrecha relación con el elevado índice de caries.
- En los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Franklin D. Roosevelt no se cumplen los programas de prevención por la escasa asistencia a la atención odontológica.
- El ceo, CPO y los indicadores de higiene oral, determinan que los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Franklin D. Roosevelt tienen una deficiente salud oral.

CAPITULO V

5. MARCO TEORICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

La escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt se encuentra localizada en la:
Provincia de Manabí

Cantón Portoviejo

Parroquia 18 de octubre

Frente a la calle García Moreno

Atrás del mercado barrial N°1,

Costado derecho de la calle Alajuela.

El terreno fue donado por el Concejo Provincial de Manabí.

El edificio se recibió el 2 de Diciembre de 1977, por el Arq. Eduardo Delgado del DECE. Departamento de Construcciones Escolares. Construido por el arquitecto Francisco Navas Lam. Por un monto de \$ 2'786.528,00

La escuela fiscal "Franklin D. Roosevelt", fue creada el 15 Abril de 1945 por el ministerio de Educación pública comenzó funcionando en un local de dos plantas de construcción mixta, ubicada en la esquina de las calles Bolívar, entre 18 de Octubre y Chile, frente al Cuartel de la Policía Nacional de Portoviejo durante 28 años

Como el local donde funcionaba la escuela Roosevelt era viejo, peligroso y muy pequeño y no prestaba las condiciones pedagógicas para la población estudiantil. Las autoridades de ese entonces comenzaron a realizar las

gestiones para conseguir el terreno y luego la construcción del edificio moderno.

5.2. LA SALUD ORAL

5.2.1. Descripción de la salud oral

“La expresión salud oral hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías.

Además de permitirnos comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento.

El problema de los dientes es una situación que afecta a una gran mayoría de escolares y adolescentes, esto a su vez compromete el estado físico del niño en la aparición de enfermedades del estómago, el bajo rendimiento escolar y posteriormente más adelante a problemas de tipo emocional.

Tener los dientes careados en esta etapa de la vida resulta ser un gran problema ya que la sonrisa es una manera de presentarse a los demás.

Realizar actividades de educación que incluyan a los padres, profesores, escolares y comunidad en general es una tarea que nos compromete como profesionales de la salud

Para ello primero tenemos que definir algunos conceptos y que así será más sencillo orientar con claridad a los padres sobre este tema.”¹

¹ www.first5sandiego.org/es/salud-bucal

5.2.2. Importancia de la salud dental, para el bienestar general

“La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general.

Lo que entra por la boca puede afectar al resto del cuerpo y lo que entra en el resto del cuerpo puede tener efecto en la boca. En otras palabras, la salud bucal es importante y está relacionada con la salud y el bienestar general. De ahí la importancia de la promoción de la salud bucal y de lo que se puede hacer al respecto en problemas de salud bucal.”²

“Ya que la capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permitan disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima.

Las enfermedades dentales provocan problemas de ámbito económico y social debido a que los tratamientos son costosos y que el dolor dental causa bajas en las escuelas.”³

5.2.3. Factores que intervienen en la salud oral

5.2.3.1. Factores higiénicos

Entre los factores higiénicos que intervienen en la salud oral tenemos la higiene dental, cepillado dental, técnicas de cepillado, instrumentos para la higiene bucal.

² <http://www.higiene y prevencion>

³ <http://www.perio.org/consumer/children.sp>

5.2.3.1.1. Higiene dental

“El niño en esta etapa debe adquirir una responsabilidad cada vez mayor en cuanto a su higiene dental; para la eliminación de la placa dental es importante que exista un hábito arraigado del cepillado correcto. Explicarles al niño y a sus padres el uso del revelador de placa para poder visualizarla y eliminarla a través de la higiene bucal.”⁴

“Muchas inquietudes respecto a la higiene oral de los niños se presentan entre los padres, es común pensar que la limpieza de la boca en un niño se realice cuando este tenga todos sus dientes en boca, pero es importante tener presente que un correcto cuidado de los dientes y encías de nuestros hijos deben realizarse desde que nacen.

Un aumento de la higiene bucal, incluyendo un cepillado diario y el uso del hilo dental para quitar la placa, así como el uso de pasta de dientes con flúor, combinado con revisiones dentales periódicas, parece ser los responsables de la mejora de la cavidad bucal.”⁵

“Para la práctica de una buena higiene bucal una de las cosas más importantes que usted puede hacer por sus dientes y encías es mantener una cuidadosa limpieza bucal. Los dientes sanos no sólo le dan un buen aspecto a su persona y lo hacen sentirse bien, sino que le permiten hablar y comer apropiadamente. La buena salud bucal es importante para su bienestar general.

Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado y uso de hilo dental, evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.

⁴ **Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador.** Manual: Escuela para Maestros. Edit. Imp. Editesa, 2000. Quito-Ecuador. Pág. 289-291.

⁵ <http://www.perio.org/consumer/children.sp.htm>

En los intervalos entre las visitas regulares al odontólogo, hay pautas simples que cada uno de nosotros puede seguir para reducir significativamente el desarrollo de caries, las enfermedades de las encías y otros problemas dentales.

- Cepílese en profundidad y use hilo dental por lo menos dos veces al día.
- Ingiera una dieta equilibrada y reduzca las ingestas entre comidas.
- Utilice productos dentales con flúor, inclusive la crema dental.
- Use enjuagues bucales fluorados si su odontólogo lo indica.

Una buena higiene bucal y el uso de flúor se consideran ahora los principales factores responsables de la prevención de caries y el fomento de una buena salud bucal.”⁶

5.2.3.1.2. Cepillado dental

“Existe una gran variedad de cepillos, el profesional los selecciona para sus pacientes atendiendo al tamaño de la boca y arco dentario a la edad motora y los requerimientos de higiene”.⁷

“Una sonrisa saludable es algo más que algo cosmético. Estudios indican que la salud de sus dientes y encías puede indicar el estado de toda su salud en general. Mala higiene dental se ha aunado a un alto riesgo de algunas enfermedades en adultos, por esta razón es importante remover todos los residuos de comida. Use cualquier método de cepillar los dientes que le sea

⁶ <http://www.co.terra.com/shared/colgate/portada.htm>

⁷ ESCOBAR MUÑOZ, Fernando. Odontología Pediátrica. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A. (AMOLCA). 2ª. Edic. Caracas – Venezuela. 2004.pag 147

más cómodo, pero no los frote con fuerza de un lado a otro. Pequeños movimientos circulares y movimientos cortos de un a otro lado es lo mejor.”⁸

“Iniciar pronto el cuidado de los dientes, cepillar los dientes de los niños con una pasta de dientes con flúor en cuanto aparezcan.

Cepillarse los dientes tres veces al día con pasta de dientes fluorada. Y si fuera posible, limpiar entre los dientes con hilo dental o mondadientes una vez al día. No comer después de limpiarse los dientes al acostarse, pues el flujo de saliva disminuye mientras dormimos.”⁹

5.2.3.1.3. Técnicas de cepillado

“Técnica de fones (rotación): Es la técnica más conocida. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies.

Técnica de Bass: En esta técnica el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados contra la unión del diente con la encía, luego se realiza un movimiento horizontal para remover la placa bacteriana. Para las caras internas de los incisivos superiores e inferiores, se cepilla verticalmente con el cepillo. La superficie de masticación de los molares y premolares se cepilla por medio de movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás.

⁸ <http://www.odonto-red.com/higienedental.htm>

⁹ <http://www.perio.org/consumer/children.sp.htm>

Método combinado: Combina ambas técnicas anteriormente descritas. Se realiza la técnica de Bass y luego barrer las encías y los dientes empleando la técnica rotacional. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

Técnica de Stillman: Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

Técnica de chárter: El cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal.

De ese modo se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Al cepillar las superficies oclusales se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Esta técnica se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas”.¹⁰

5.2.3.1.4. Instrumentos para la higiene bucal

“El odontólogo puede recomendar instrumentos o herramientas especiales de higiene oral para que las utilicen las personas particularmente propensas al desarrollo de depósitos de placa. Su uso complementa, pero no reemplaza al cepillado minucioso y uso de la seda dental. Los aparatos y herramientas

¹⁰ BARRIOS Gustavo. “Odontología” tomo 1- EDITAR Ltda. Edición 2004. Colombia. Cap.5. Págs. 308, 309.

pueden abarcar mondadientes y cepillos de dientes especiales, irrigación con agua u otros dispositivos.

El higienista oral o el odontólogo pueden igualmente recomendar cremas dentales o enjuagues bucales antisarro y antiplaca.”¹¹

El cepillo

“El cepillo dental ha sido utilizado durante siglos, con el propósito de retirar restos alimenticios depositados sobre las superficies dentarias. No existe un cepillo de dientes ideal, generalmente se aconseja un cepillo de dientes de brochas múltiples montadas a plano, teniendo en cuenta el tamaño y forma de la cabeza así, como el diseño de cuello y mango, no es aconsejable la utilización de cepillos con cerdas muy duras por que pueden traumatizar la encía y causar retracción gingival; se recomienda cerdas sintéticas redondeadas en la punta, aunque la mayoría de los investigadores piensan que el cepillo natural no es apropiado por ser antihigiénico, ya que permite la acumulación de bacterias en el interior de las cerdas, algunos pacientes logran buena remoción de placa bacteriana con este tipo de cepillo, posiblemente por las escamas de la superficie exterior de las cerdas.

Existen básicamente dos tipos: eléctrico y manual, en cuanto a remoción de placa no existe mucha diferencia, sin embargo el eléctrico está indicado en pacientes con alguna limitación física, el manual se aconseja que sea de cerdas suaves, cada cerda de un diámetro de 2mm y de puntas redondeadas.”¹²

¹¹ <http://www.nlm.gov/medlineplus/spanish/eancy/article.htm>

¹² BARRIOS Gustavo. “Odontología” tomo 1- EDITAR Ltda. Edición 2004. Colombia. Cap.5. Pág. 307

El dentífrico

“La pasta de dientes o dentífrico. Contribuye a dejarnos una mayor sensación de limpieza. Se presentan en forma de pasta o geles más o menos líquidos. Incorporan agentes detergentes, y casi todos llevan agentes saborizantes. Con esta composición su uso nos facilita la limpieza dental y nos deja una agradable sensación a limpio.

Es deseable que los dentífricos incorporen flúor en su fórmula ya que éste tiene una clara función en la protección frente a la caries, aquellos pacientes que padezcan sensibilidad al frío pueden usar pastas desensibilizantes. El dentífrico deberá cumplir las siguientes condiciones.

- Ser vehículo de los compuestos terapéuticos para el tratamiento de afecciones bucodentales.
- Combatir y prevenir las caries
- Tener una abrasividad baja.
- Ser protector de las encías.
- Tener buen sabor
- Proporcionar una limpieza bucodental correcta.
- Producir aliento fresco.”¹³

Hilo dental

“El hilo dental es un conjunto de finos filamentos de nylon o plástico. Es un elemento muy importante para obtener una higiene bucal adecuada, ya que solo con el hilo dental podremos remover residuos alimenticios y placa bacteriana acumulados entre los dientes y bajo el borde de la encía, para dominar el uso del hilo dental se requiere de práctica y paciencia, ya que por

¹³ CASSULLO, Gustavo “Manual del Técnico Superior en Higiene Bucodental”. Edición 2003. Colección Temarios Generales. Págs.190, 192.

lo general durante los primeros días de uso es común lastimarse la encía y producir sangrado, con la práctica lograremos emplear eficientemente este auxiliar que es muy útil y previene enfermedades de las encías y caries dental.

Aproveche las ventajas del uso de hilo dental y adopte la siguiente técnica:

- Tomando unos 45 cm de hilo dental, enrolle la mayor parte del mismo alrededor del dedo anular, dejando 3 o 5 cm de hilo para trabajar.
- Sostenga el hilo dental tirante entre los dedos pulgares e índices, y deslícelo suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes.
- Curve el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose de que pase por debajo de la encía. Nunca golpee ni forcé el hilo, ya que puede cortar o lastimar el delicado tejido gingival.
- Utilice secciones de hilo limpio a medida que avanza de diente en diente.
- Para extraer el hilo, utilice el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes.”¹⁴

Colutorios o enjuagues bucales

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

¹⁴ <http://www.co.terra.com/shared/colgate/portada.htm>

reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir la eficacia de éste.

La idea de utilizar colutorios para controlar las enfermedades periodontales como forma de tratamiento es muy atractiva debido a que son fáciles de utilizar por el paciente. El objetivo es alterar la cantidad y calidad de la placa supra y subgingival, de manera que el sistema inmunitario pueda controlar las bacterias y prevenir la aparición y progresión de las enfermedades periodontales. Un colutorio efectivo debe ser activo contra una amplia gama de especies bacterianas Gram+ y Gram-, incluyendo estreptococos y fusobacterias.

Las propiedades ideales de los enjuagues bucales deberían ser: rápido y seguro capaz de eliminar la viabilidad de la placa en las áreas de difícil acceso de buen sabor barato fácil de usar y capaz de llegar al lugar de inicio de la enfermedad.

Los principales usos de los colutorios bucales son:

Para reemplazar los métodos mecánicos de higiene oral (cepillado e hilo de seda) cuando no es posible realizarlos:

Después de la cirugía oral o cirugía periodontal y durante el periodo de cicatrización.

Después de la fijación intermaxilar utilizada para tratar fracturas de los maxilares o tras la cirugía ortognática o cosmética-estética de los maxilares.

En infecciones mucosas o gingivales orales agudas cuando el dolor impide la higiene oral mecánica.

Como coadyuvante de la higiene oral mecánica:

Después del raspado y alisado radicular.

Cuando la higiene oral mecánica es inadecuada y persiste la inflamación gingival.

En pacientes médicamente comprometidos.

En pacientes con halitosis.

En pacientes con ortodoncia con mal control de placa y tendencia a la inflamación e hiperplasia gingival.

En la prevención de la caries dental (antisépticos con flúor).

Para disminuir la carga bacteriana de los aerosoles y las bacteriemias generadas por diversas intervenciones orales como el uso de ultrasonidos, con lo cual disminuimos el riesgo de infecciones cruzadas.

En pacientes con agrandamientos gingivales por etiología farmacológica.

En pacientes con xerostomía para reducir las infecciones oportunistas.

Durante el tratamiento de pacientes con enfermedad periodontal activa.

En pacientes con enfermedad periodontal tratada en mantenimiento que no tengan una higiene oral correcta.

En pacientes con grandes rehabilitaciones protésicas y/o implantológicas para pacientes disminuidos psíquica o físicamente y que son incapaces de realizar un buen control de placa.”¹⁵

¹⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/Cepillo_de_dientes

5.2.3.2. Factores alimenticios

5.2.3.2.1. Alimentación cariogénica

“Las características físicas de un alimento, especialmente cuánto se pega a los dientes, también afectan al proceso de formación de caries. Los alimentos que se pegan a los dientes durante más tiempo que otros aumentan el riesgo de caries, Por ejemplo las patatas fritas, las pastas, el arroz, las frutas e incluso el pan y las galletas pueden iniciar el proceso de desmineralización, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente como los caramelos y las golosinas.

Esto se puede deber a que los caramelos y las golosinas contienen azúcares solubles que desaparecen más rápidamente gracias a la saliva. Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de desmineralización.

Por ejemplo, un estudio en el que se observó la capacidad de producción de ácidos de varios alimentos con fécula incluyendo la pasta, el arroz y el pan, descubrió que estos alimentos producían la misma cantidad de ácido que una solución sacarosa al 10% (azúcar de mesa). Otro estudio descubrió que la formación de ácido en la placa tras comer pan de molde o patatas fritas era mayor y duraba más tiempo que después de tomar sacarosa.

Frecuencia de consumo: Cada vez que se muerde un alimento o se sorbe una bebida que contiene carbohidratos, cualquier bacteria causante de caries que se halle presente en los dientes comienza a producir ácidos, iniciando la desmineralización. Este proceso continúa durante 20 o 30 minutos después de comer o beber, o más tiempo si hay restos de comida atrapados localmente o que permanecen en la boca. En los períodos entre las distintas ingestas (de comida y/o bebida) la saliva actúa para neutralizar los ácidos y

ayudar en el proceso de remineralización. Si se come o se bebe frecuentemente, no le damos tiempo al esmalte de los dientes para remineralizarse completamente y las caries comienzan a producirse. Por eso comer o beber continuamente durante todo el día no es aconsejable. El mejor consejo es limitar el número de ingestas (consumo de comida y/o bebidas) con carbohidratos a no más de 6 veces al día y asegurarse de que los dientes se cepillen usando una pasta de dientes con flúor dos veces al día.

El flujo de saliva se reduce mucho durante el sueño y los líquidos dulces permanecen alrededor de los dientes durante largos períodos de tiempo. Esto crea el entorno perfecto para que se desarrolle la caries dental.

5.2.3.2.2. Productos amigos de los dientes

Los productos buenos para los dientes se producen usando ingredientes para endulzar que no pueden ser fermentados por las bacterias de la boca. En esta categoría entran edulcorantes intensos como sacarina, ciclamato, acesulfamo-K y aspartamo, y los sustitutos del azúcar como isomalt, sorbitol y xylitol. Los chicles sin azúcar usan estos endulzantes.

El sabor dulce y la masticación estimulan el flujo de saliva, lo que contribuye a la prevención de caries. Estos chicles pueden contener minerales como calcio, fosfato y flúor, para mejorar el proceso de reparación.

Algunos estudios han informado de que los chicles sin azúcar consumidos tras una comida aceleran la limpieza de los restos de alimentos y reducen la tasa de desarrollo de caries en los niños. Los productos “amigos” de los dientes tienen que superar pruebas específicas para obtener la aprobación de seguros para los dientes.

5.2.3.2.3. Alimentos protectores de los dientes

Algunos alimentos ayudan a protegerse contra las caries. Por ejemplo las fresas, ciruela, coliflor, los quesos curados aumentan el flujo de saliva. El queso también contiene calcio, fosfatos y caseína, una proteína láctea que protege contra la desmineralización.

Se recomienda acabar una comida con un trozo de queso ayuda a contrarrestar la acción de los ácidos producidos por los alimentos ricos en carbohidratos consumidos en la misma comida. La leche también contiene calcio, fosfato y caseína, y el azúcar de la leche, la lactosa, es menos cariogénico (causante de caries) que otros azúcares. Sin embargo se han encontrado caries en niños a los que se les da el pecho y que lo piden con frecuencia.

5.2.3.3. Factor individual

5.2.3.3.1. Forma de la arcada

La predisposición a las caries varía entre los individuos y entre los diferentes dientes dentro de una misma boca. La forma de la mandíbula y de la cavidad bucal, la estructura de los dientes y la cantidad y calidad de la saliva son importantes para determinar por qué algunos dientes tienen una mayor predisposición que otros. Por ejemplo, algunos dientes pueden tener agujeros, pequeñas grietas o fisuras que permiten la infiltración de ácidos y bacterias más fácilmente. En algunos casos, la estructura de la mandíbula o de la dentición hace que la limpieza de los dientes o el uso de hilo dental sean más difíciles.

La cantidad y la calidad de la saliva determinan los índices de remineralización de los dientes. Por ejemplo, se suelen encontrar

relativamente pocas caries en la parte delantera inferior de la boca, donde los dientes están más expuestos a la saliva.

El tipo y la cantidad de las bacterias que generan caries presentes en la boca son también relevantes. Todas las bacterias pueden convertir los carbohidratos en ácidos, pero algunas familias de bacterias como las Streptococci y Lactobacilli producen ácidos en mayor cantidad. La presencia de este tipo de bacterias en la placa aumenta el riesgo de caries. Algunas personas tienen niveles más altos de bacterias que causan caries que otras debido a una higiene bucal inadecuada o insuficiente.”¹⁶

5.2.3.3.2. Morfología de las piezas dentales

“En la etiología de caries, se conoce desde hace mucho tiempo la relación casi directa entre la irregularidad de la forma anatómica de las piezas dentales y la superficie de estos tejido y su susceptibilidad a caries, lo cual ha determinado la denominación clásica de ciertas áreas sin defectos notorios, como inmunidad relativa. Las variables que interesan al inicio de ataque carioso son, las fosas y los surcos de naturaleza ecológica bacteriana, como en sectores de la corona donde se ubican los puntos o superficies de contacto.

La forma y profundidad de las fisuras son dependientes del epitelio odontológico que ha formado las cúspides y procesos marginales, siendo entonces de naturaleza genética.

Las fisuras, una falla de la coalescencia en la formación de las coronas dentarias, en la cara oclusal y algunas caras lisas, vestibulares y palatinas, tienen una profundidad muy variable, pudiendo llegar a vecindad con el límite amelodentinario.

¹⁶ [http://www./comida,habitos dietéticos y salud dental \(EUFIC\).mht](http://www./comida,habitos dietéticos y salud dental (EUFIC).mht)

En cuanto a la morfología, las fisuras pueden existir separadamente, mientras se extienden en todas las direcciones, anfractuosamente.

Las fisuras se han clasificado en tipo “V”, “U”, “I” en una descripción alfabética de la forma. El ancho puede ser mínimo. Si se enfrenta una cerda de cepillo a la entrada de una fisura, el diámetro de la cerda puede ser cuatro veces mayor que el de la fisura por lo cual en el fondo y sus paredes puede existir placa bacteriana y desmineralización del esmalte, por tal razón se puede hacer una estimación de su importancia al examinar las caras oclusales en cuanto a complejidad y profundidad.”¹⁷

5.2.4. Enfermedades que alteran la salud oral

5.2.4.1. Placa bacteriana

“Es un depósito adherido sobre la superficie dentaria, de diversas comunidades de bacteria inmersas en una matriz extracelular de polisacáridos.

Sobre la superficie del esmalte se forma una capa orgánica acelular, se denomina película adquirida. A las 24 h, las bacterias se adhieren a los receptores de la superficie adquirida. “Los primeros microorganismo suelen ser cocos grampositivos, principalmente estreptococos posteriormente otras bacterias a los 7-14 días aparecen los últimos colonizadores, anaerobios obligados.”¹⁸

“Esta película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes. Es la principal

¹⁷ Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004 Págs.113,139,140

¹⁸ Odontología pediátrica – Fernando Escobar Muñoz 2004

causa de las caries y de enfermedad de encías y pueden endurecerse y convertirse en sarro si no se retira diariamente.

La placa se concentra en las superficies de los dientes obviadas generalmente por los pacientes: los depósitos de placa a menudo son mayores en la abertura mandibular lingual de los molares y premolares y siempre se encuentra presente en los espacios interproximales.

Como todos tenemos placa porque las bacterias se forman constantemente en nuestra boca. Para crecer y desarrollarse, las bacterias utilizan residuos provenientes de nuestra dieta y saliva. La placa provoca caries cuando al producirse los ácidos, éstos atacan a los dientes después de comer. Los ataques ácidos repetidos destruyen el esmalte dental y originan caries. Además, si la placa no se elimina correctamente irrita las encías alrededor de los dientes y da origen a una gingivitis (encías sangrantes, inflamadas y enrojecidas), a enfermedades periodontales (enfermedad en los tejidos de soporte del diente) e incluso a pérdida de piezas dentales.

¿Cómo prevenir la formación de placa?

Con los cuidados adecuados, es fácil prevenir la formación de placa. Es importante respetar los siguientes cuidados:

- Cepíllese cuidadosamente, por lo menos dos veces al día, para retirar la placa adherida a la superficie de los dientes.
- Use hilo dental diariamente para retirar la placa que se forma entre los dientes y debajo del borde de las encías, donde el cepillo dental no llega.
- Limite el consumo de almidones y azúcares, especialmente alimentos pegajosos.

- Programe un calendario de visitas regulares al odontólogo para las limpiezas profesionales y los exámenes odontológicos.”¹⁹

5.2.4.2. Caries

“La caries dental es una enfermedad microbiológica infecciosa que da por resultado la disolución y destrucción localizada de los tejidos calcificados de los dientes. La enfermedad suele progresar como una serie de exacerbaciones y remisiones. La exacerbaciones se caracterizan por periodos de alta producción de ácido que es responsable de la disolución de los tejidos duros del diente. Al dejar caries sin tratar el resultado es la destrucción progresiva del diente y la infección eventual de la pulpa dental. Hay tres lugares claramente distintos en los dientes en donde se puede generar la placa cariogena.

La ubicación primera y más susceptible se da en los recesos de las fosas y fisuras del desarrollo en las coronas dentarias. La segunda corresponde a ciertas áreas de las superficies adamantinas lisas, que proveen un refugio único por forma y posición. La tercera ubicación se da en la superficie radicular.

Factores causantes: Se produce de fuera hacia dentro, en forma de flecha, y depende de cuatro factores:

Huésped: la composición externa del diente, donde esté localizado, la posición, son factores que hacen que los dientes retengan más o menos placa bacteriana. Los dientes posteriores, molares y premolares, son más susceptibles a las caries que los dientes anteriores porque la lengua no limpia tan fácilmente su superficie, así como por su anatomía, posee más fisuras y surcos que facilitan la acumulación de placa.

¹⁹ <http://www.co.terra.com/shared/colgate/portada.htm>

Tiempo: la placa bacteriana debe ser eliminada antes de que se calcifique, si la eliminamos con la higiene antes, no se producirá caries.

Dieta: la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo los almidones, contenidos en patatas, almendras, cacahuetes, no la producen.

Bacterias: aquellas capaces de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, son, entre otros: *estreptococos mutans*, *estreptococos sanguis*, *lactobacillus acidophilus*, *actinomyces naeslundii* y *actinomyces viscosus*.²⁰

5.2.4.3. Gingivitis

“Una inflamación de las encías - es la etapa inicial de la enfermedad de las encías y la más fácil de tratar. La causa directa de la gingivitis es la placa: una película suave, pegajosa y sin color formada por bacterias que se deposita constantemente sobre los dientes y encías.

Si el cepillado y el uso diario del hilo dental no eliminan la placa, la misma produce toxinas (venenos) que irritan el tejido gingival, causando gingivitis. En esta primera etapa de la enfermedad, el daño puede revertirse, ya que el hueso y el tejido conectivo que sostienen los dientes en su lugar todavía no han sido afectados. Sin embargo, si se deja sin tratamiento, la gingivitis puede transformarse en periodontitis y provocar daños permanentes a sus dientes y mandíbula.

Los signos y síntomas clásicos de la gingivitis son las encías rojas, hinchadas y sensibles que pueden sangrar cuando se cepillan. Otro signo de

²⁰ STURDEVANT, BARTON, SOCKWELL, STRICKLAND “Arte y Ciencia de la Operatoria Dental” II Edición 2003. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Cap. 3. Pág. 53

enfermedad en las encías es que las mismas han retrocedido o retirado de los dientes, confiriéndole a sus dientes una apariencia alargada. La enfermedad de las encías puede provocar la formación de bolsas entre dientes y encías donde se junta placa bacteriana y restos de comidas. Algunas personas pueden experimentar mal aliento o mal gusto recurrentes aún cuando la enfermedad no esté avanzada.

La correcta higiene bucal es fundamental para prevenir la gingivitis. Las limpiezas profesionales también son extremadamente importantes pues una vez que la placa se endurece y acumula, o se transforma en sarro, sólo un odontólogo o higienista podrá eliminarla.

Se puede ayudar a detener la gingivitis antes de que se desarrolle, de la siguiente manera:

- Cepillado correcto y uso apropiado del hilo dental para eliminar la placa, los restos de alimentos y controlar la acumulación de sarro.
- Alimentación correcta para asegurar la adecuada nutrición de su mandíbula y dientes.
- Evitar cigarrillos y otras formas de tabaco.
- Programar controles regulares con su odontólogo.”²¹

²¹ <http://www.co.terra.com/shared/colgate/portada.htm>

5.3. ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PRIMARIA

5.3.1. Atención odontológica primaria del M.S.P

“Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad.

La atención odontológica constituye una prioridad en el área de la salud, cuyo objetivo es mejorar la accesibilidad a la atención profesional, fortalecer las condiciones de trato digno a las personas, ofrecer una mayor oportunidad y calidad en las prestaciones y avanzar hacia una atención integral y de mayor resolutivez. Comprendemos la salud bucal como un valor que no debe ser considerado como un privilegio sino como un derecho de todas las personas. El abordaje de la situación de Salud Bucal de la población se debe realizar aplicando enfoques de Salud Pública, basados en diagnósticos epidemiológicos, priorizados en grupos de riesgo, con medidas costo-efectivas y de alto impacto, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial. Con un alto componente promocional y preventivo de manera de que la salud recuperada se mantenga a lo largo del tiempo. Consecuente con el objetivo sanitario de disminuir las desigualdades en salud y con el propósito de brindar atención a poblaciones de difícil acceso.”²²

²² http://es.wikipedia.org/wiki/atenci3n_primaria_de_salud

5.3.2. Prioridad al acceso

“Se establece como primera prioridad al grupo de 5 a 14 años, al que se aplicara el sistema incremental, y cuya atención comienza con los jardines de infantes y primeros grados, hasta el sexto grado.

Como segunda prioridad se establece a las embarazadas en base al perfil epidemiológico.

Como tercera prioridad se establece a los preescolares, donde las actividades de promoción y prevención serán las más importantes.

Como cuarta prioridad y ultima se establece al grupo de la demanda espontanea, al que se le dará específicamente atención de emergencia y/o tratamientos clínicos dependiendo de la disponibilidad de tiempo y recursos.

Escolares (5 a 14 años). Atención integral

Los niños de 5 a 14 años comprenden desde el jardín de infantes y/o primer grado, hasta el sexto grado.

Para la atención a este grupo se aplicara el sistema incremental.

Aspectos conceptuales sobre el sistema incremental

Es un procedimiento que tiene como propósito la completa cobertura de la atención odontológica en una población dada, eliminando inicialmente sus necesidades acumuladas (prevalencia) y posteriormente manteniéndola bajo control, dando atención a los casos nuevos (incidencia)

Existen dos tipos de sistema incremental:

Sistema incremental tipo gradual o anual

Consiste en agrupar a los niños por necesidades acumuladas de menor daño, empezando por los niños de jardín y de primer grado.

Para la aplicación de este sistema, a los escolares se dividen en dos grupos inicial y mantenimiento.

Grupo inicial. Son aquellos niños que están en jardín o primer grado este grupo debe siempre recibir atención en forma obligatoria y prioritaria debido a las características epidemiológicas diagnosticadas en el país.

Grupo de mantenimiento. A partir del segundo año de iniciado el programa se cumplirá el tratamiento de mantenimiento con los alumnos del segundo grado, que fueron atendidos en el año anterior, proceso que seguirá cumpliéndose hasta concluir el sexto grado.

El aspecto básico en la filosofía del sistema incremental, consiste en que los alumnos ya atendidos son mantenidos bajo control en los años o grados subsiguientes. Se tratará nuevas lesiones de caries dentaria que surgen en él.

Sistema incremental intensivo

Consiste en incluir en el tratamiento a todos los niños de la escuela desde el jardín de infantes si lo hubiera hasta el sexto grado.

Normalmente este modelo se ejecuta en dos situaciones: cuando los recursos disponibles son suficientes o cuando las necesidades acumuladas no alcanzan mayores volúmenes, generalmente se ejecutan en las escuelas rurales. En el primer año de iniciado el programa se dará cobertura a todos

los grados y posteriormente mantenimiento bajo control a los alumnos ya tratados y a su vez se dará atención a los nuevos alumnos que ingresen.”²³

5.3.3. Medidas preventivas en salud oral

“Es un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población”²⁴

5.3.3.1. Profilaxis

“Es la acción encaminadas a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos por parte del odontólogo o la auxiliar de higiene oral, con las indicaciones respectivas al paciente para mantener la cavidad bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana.

Se inicia con el suministro de una sustancia o pastilla reveladora de placa al paciente, quien la distribuye por todas las superficies dentales con la lengua y procede a enjuagar la boca con agua. Luego se identifican las superficies teñidas por la sustancia, que corresponden a zonas de acumulo de placa bacteriana y se le muestran al paciente con la ayuda de un espejo de mano.

Se evalúa la forma como el paciente realiza la limpieza oral diaria e indica la técnica adecuada de higiene bucal.

²³ Ministerio de salud pública. Dirección nacional de estomatología. Programa nacional y normas de estomatología

²⁴ <http://www.La prevención en odontología.mht>

Finalmente se realiza la profilaxis o limpieza de la superficie de los dientes por parte del personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) en el consultorio odontológico con una copa de caucho y pasta profiláctica, diente por diente con movimientos circulares hasta remover la película de placa bacteriana de las superficies dentales por 5 minutos aproximadamente. En las superficies vestibulares y linguales o palatinas se utiliza copa de caucho y en las superficies oclusales de molares y premolares los cepillos. El riesgo de un daño abrasivo en la superficie dental durante la profilaxis es mínimo.”²⁵

5.3.3.2. Aplicación y el uso del flúor

“El flúor puede ser administrado por vía general o sistémica y por vía tópica. En el primer caso se propone obtener niveles óptimos en la sangre y por consiguiente en la saliva para tener efecto tanto en piezas erupcionadas como en formación. Con este propósito el flúor ha sido añadido a la sal, prescrito en tabletas y gotas, o más universalmente al agua potable, siendo este ultimo el vehículo mas estudiado, estimándose que representa un método casi ideal de salud pública.

Resultados de cientos de experiencia prueban que la reducción de caries cuando se agrega flúor al agua potable oscila entre el 50 y 70%. El método ha sido considerado seguro, económico y efectivo.

Vía sistémica: Por esta vía el flúor ingresa a través del agua, la sal fluorada, y alimentos que contienen flúor como el salmón y la sardina. Se ha buscado otras maneras de hacer un aporte sistémico de flúor, por medio de gotas o tabletas.

²⁵ MOYA, PINSON, FORERO. Manual de Odontología Básica Integrada, Edición 2008, Zamora Editores Ltda., Colombia, Págs. 221-222

Los suplementos de flúor no se recomiendan a menores de tres años, indicándose solo a individuos de alto riesgo, en forma de tabletas masticables, con prescripción. No deberían expendirse en áreas con flúor sobre 0.3ppm envasados con indicaciones de régimen de dosis según la concentración de flúor en el agua potable.

Vía tópica: Desde el descubrimiento de la relación inversa en el agua fluorada y prevalencia de caries, la investigación odontológica en varios países ha buscado durante los últimos años modalidades de aplicación tópica. Para que esta forma se realice, los dientes deben estar erupcionados se utilizara el método de aplicación tópica de solución de fluoruro de sodio al 2%, dos veces por año.

Procedimiento:

- a. Limpieza de los dientes. Se debe realizar la limpieza de los dientes mediante la utilización de cepillos profilácticos.
- b. Aislamientos de los dientes. Los dientes deberán ser aislados con rollos o torundas de algodón.
- c. Luego de aislados los dientes serán secados por medio de aire o torunda de algodón.
- d. Aplicación de la solución. Se aplicara con una torunda de algodón embebida en la solución fluorada, por todas las superficies de las piezas dentales, siguiendo una secuencia ordenada a fin de no omitir ninguna superficie dental.
- e. Tiempo de espera. Se deberá esperar su efecto durante 5 minutos.

- f. Frecuencia. Se realizara por lo menos dos topicaciones en el año, una en la primera consulta y la otra solicitando a la madre que regrese en seis meses con el niño.
- g. Se recomienda que el niño no ingiera alimentos por el tiempo de media hora.

Las formas de presentación más comunes existentes para la aplicación tópica de flúor son:

- Geles.
- Barnices.
- Colutorios.
- Pastas Dentífricas.
- Seda Dental Fluorada.
- Pasta Profiláctica.
- Chicles con Flúor.”²⁶

5.3.3.3. Sellantes

“Los sellantes de fosa y fisuras son sustancias plásticas (resinas) que se aplican en las fosas y fisuras de los dientes, para prevenir la caries.

Las fosas y fisuras son aquellas hendiduras (irregularidades) que presentan los molares de leche, los premolares y los molares permanentes. En ellas se introducen los restos de alimentos y bacterias que originan las caries.

²⁶ Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004

Con el cepillado no se logra limpiarlas adecuadamente pues son tan delgadas, que las cerdas del cepillo de dientes no penetran para higienizarlas.

La aplicación de los sellantes es un procedimiento que no produce ningún tipo de dolor ni molestia al niño/a y lo aceptará sin ningún problema. Los sellantes se endurecen con una luz halógena y se mantienen perfectamente adheridos por 4 o 5 años en las zonas donde se aplican, evitando la destrucción del esmalte (caries dental) en el 90% de los casos.”²⁷

“Es la modificación morfológica de la superficie dental mediante la aplicación de una barrera física (resina adhesiva) en las fosas y fisuras profundas de los dientes que permita disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal. Esta actividad la realiza el personal capacitado como el odontólogo general o la auxiliar de higiene oral, en el consultorio odontológico con la infraestructura adecuada que permita la manipulación del material y colocación correcta de los sellantes de fosetas y fisuras en el paciente. Inicialmente se remueve la placa de las superficies donde se va a aplicar el sellante de fosetas y fisuras con cepillos y materiales abrasivos como piedra pómez, se aíslan los dientes con rollos de algodón o dique de caucho con el fin de garantizar un campo totalmente seco y se seca la superficie o superficies a sellar con aire comprimido libre de impurezas.

Se graba la superficie del diente mediante la aplicación de una sustancia ácida (generalmente ácido fosfórico al 35%) por un minuto para dientes permanentes y 1.5 minutos para dientes deciduos, formándose micro-porosidades en la superficie del esmalte para facilitar la adhesión del sellante a la superficie dental.

²⁷ <http://www.ada.org/public/topics/sellants.html>

Inmediatamente se procede a hacer un lavado de la superficie con agua por 15 segundos, se seca y observa que la superficie quede con un aspecto lechoso y opaco, lo que indica que el procedimiento fue exitoso.

Enseguida se aplica el sellante que puede ser de autocurado o fotocurado, cuya diferencia radica principalmente en la forma como se polimeriza el material. El de fotocurado polimeriza por la acción de un rayo de luz intensa proveniente de una fibra óptica, que se coloca a dos milímetros de la superficie del diente de 20 a 30 segundos; el de autocurado requiere de la mezcla de dos sustancias, un monómero y un catalizador que al unirse se endurecen después de un corto tiempo (período de tiempo utilizado para la manipulación y aplicación del material en la superficie del diente).

Posteriormente se evalúa el nivel de adherencia y la presencia de burbujas en el sellante con un explorador, si se encuentra alguna de estas fallas se graba la superficie nuevamente por 10 segundos y se repite el procedimiento.

Finalmente se realiza el control de oclusión con papel de articular de 8 micras para detectar áreas de mayor contacto por excesos de material sellante y se eliminan con discos de pulido.

Los dientes sellados se evalúan cada seis meses o cada año, a juicio del operador, debido a que la pérdida parcial o total del sellante presenta fallas que ocurren con posterioridad a su aplicación y estas son manifiestas dentro de los seis a doce meses de realizado el tratamiento.

Indicaciones para los sellantes

Se aplica sellantes de fosetas y fisuras a todos los pacientes que presenten las siguientes condiciones. (Se ha demostrado que estos materiales son de igual calidad y resistencia si el procedimiento es el correcto)

- Molares permanentes recién erupcionados con surcos y fisuras angostas y Profundas.

- Molares con surcos profundos no remineralizados deciduos o permanentes.

Y que presenten alguna de las siguientes características:

- Pacientes con deficiencias en la higiene bucal.

- Índice COP/ceo alto (historia de caries)

- Consumo de dieta rica en carbohidratos y azúcares.

- Mal posición dentaria.

- Aparatología de Ortodoncia y

.Pacientes con discapacidad física y/o mental.”²⁸

5.3.4. Técnicas para la atención odontológica en niños

“La atención al niño requiere no solo el dominio de técnicas clínicas, es necesario además el conocimiento de la conducta del niño en la consulta y de los modos de enfrentarla para obtener su cooperación.

Para conseguir una actitud favorable del niño durante la atención odontológica se aplican estrategias entre las que tenemos: la técnica de modelado; estrategia decir, mostrar, hacer; control mediante la voz; y el reforzamiento positivo.

²⁸2828 MOYA, PINSON, FORERO. “Manual de Odontología Básica Integrada, Edición 2008, Zamora Editores Ltda., Colombia, Págs. 220-221

5.3.4.1. Técnica de modelado

Los niños aprenden también por imitación de un modelo. Este modo de aprendizaje es muy frecuente en la infancia y es un principio muy utilizado para enseñar a los adultos, de un modo más sofisticado. Según este principio de aprendizaje, existe copia del modelo o modelado. Cuando el imitador está preocupado, ansioso, inseguro, o frustrado o cuando el modelo parece tener resueltas esas situaciones, o si es percibido como teniendo control sobre el imitador. Para el dentista este proceso es de mucha importancia porque esos factores están presentes en la consulta.

En este hecho están basadas las recomendaciones para que el dentista mantenga una actitud calmada y segura, para eliminar del ambiente modelos negativos, con una madre atemorizada e interceptora.

Es previo entonces que el dentista tenga dominio y seguridad en sí mismo para que pueda ser modelo de su paciente.

5.3.4.2. Estrategias decir, mostrar, hacer

La ventaja de entender este tipo de aprendizaje es la posibilidad de extinguir la asociación, o disminuir la generalización. En el proceso de extinción se trata de presentar la nueva situación sin la antigua, de desunir el estímulo no condicionado. Hay niños que le temen a la vibración y el ruido de la pieza de mano; al presentar estos estímulos sin la consecuencia dolorosa, se puede extinguir la asociación. En este principio se basa el uso de escobillas de pulir en la uña del paciente o en la corona dentaria, antes de realizar otras maniobras operatorias.

El uso del espejo por el paciente permite visualizar la secuencia decir-mostrar- hacer.

Ha de explicarse al niño que se hará y después se simula que ocurrirá, antes de iniciar el tratamiento.

La selección de las palabras es importante en la técnica decir, mostrar y hacer. El éxito estriba en que el dentista posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos que el niño pueda entender.”²⁹

5.3.4.3. Control mediante la voz

“Este método requiere del dentista más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la intención de: “soy quien manda aquí.” La expresión facial del dentista también debe reflejar esta actitud de confianza; de hecho, él puede “controlar con la voz” solo mediante su expresión facial.

El control con la voz es una técnica básica para manejar a los preescolares. Es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder y es más o menos exitosa una vez que los comportamientos inconvenientes alcanzan su máxima expresión.”³⁰

5.3.4.4. Reforzamiento positivo

“Este poderoso principio de aprendizaje está basado en el hecho de que las conductas del hombre son influidas por sus consecuencias. Si el resultado de una actividad es positivo (recompensa) la conducta será repetida (reforzada). Si el resultado es negativo, la conducta pierda fuerza o se extingue. El término implica que se puede intervenir en las consecuencias de una conducta para modificarla o eliminarla.

²⁹ Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004 Págs.40-48-49

³⁰ J.R.PINKHAM, CASAMASSIMO, FIELDS, McTIGUE, NOWAK. Odontología pediátrica, edición 2000, interamericana McGRAW- HILL págs.279

Según este esquema de condicionamiento operante, para consolidar y aumentar respuestas correctas es necesario premiar o recompensar. Los premios o reforzadores pueden ser primarios si tienen importancia biológica o satisfacen una necesidad fisiológica; secundarios si hay que asociarlos con reforzadores primarios, por ejemplo dinero, afecto, atención, aprobación.

El dentista tiene que operar en el ambiente del niño para reforzar las conductas positivas de su paciente y para evitar recompensar aquellas negativas. Los reforzadores sociales son los más empleados y entre ellos el elogio.”³¹

5.3.5. Tratamientos de morbilidad

5.3.5.1. Restauraciones

“Las estructuras dentales que han sido destruidas no se regeneran, sin embargo, el tratamiento puede detener el progreso de la caries dental con el fin de preservar el diente y evitar complicaciones.

En los dientes afectados, se elimina el material cariado con el uso de una fresa dental para reemplazarlo con un material reconstructivo como las aleaciones de plata, oro, porcelana y resina compuesta.

Los principios básicos de preparación cavitarias en piezas temporarias y las técnicas de relacionadas con el uso de materiales de restauración, son similares a aquéllos aplicables en la dentición permanente. El margen de error es muy pequeño en operatoria de la fórmula decidua. Para efectos prácticos esto significa que el operador tiene que obligarse a controlar cuidadosamente los detalles y seleccionar instrumentos con dimensiones y características adecuadas.

³¹ Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004 Págs.50

Por diferentes causas las restauraciones resultan a veces de inferior calidad cuando se efectúan en niños menores, por las dificultades del paciente, afectando la longevidad de las restauraciones. Sin embargo esta diferencia no es tan notoria cuando las restauraciones se efectúan bajo anestesia local y aislamiento absoluto.

La otra variable es importante en el buen pronóstico de las restauraciones de amalgama es la técnica de obturación, la cual demanda atención al detalle y un adecuado instrumental. Tan pronto la cavidad esté terminada y limpia debe decidirse individualmente con qué medios se evitará un mayor daño pulpar y la necesidad del uso de matrices.

5.3.5.2. Exodoncias

La extracción de piezas deciduas es parte de la acción rutinaria del odontopediatra. Si éste ha logrado desarrollar con su paciente una adecuada comunicación, simpatía y confianza con mayor razón deberá ser él y no otro quien cumpla con esta fase de tratamiento.

Siempre que sea posible, es conveniente que informe previamente que la extracción es necesaria, cuando esta desencadenando un foco infeccioso por caries. Y que las extracciones prematuras pueden causar una mala oclusión.

Es importante que se informe mediante la extracción de pieza deciduas, de tal manera que esto no represente una pérdida, sino un aspecto positivo para el niño. Por ejemplo me voy a quedar con este molar tuyo, no quiero dejarlo ahí porque está enfermando a un diente nuevo que te saldrá en su lugar.

Se debe informar adecuadamente a los padres antes de la intervención, acerca del procedimiento sobre el acto mismo y el curso postoperatorio.

Si hay suficiente reabsorción radicular las extracciones son muy sencillas. Por otro lado, si una pieza especialmente molar tiene que ser extraída prematuramente, las raíces suelen tener poca o irregular reabsorción, dificultando la maniobra quirúrgica. Se debe recordar que las raíces son curvas y nacen cerca del cuello de la pieza; entre ellas suele estar el germen de la pieza permanente.

Durante la extracción éste puede ser desprendido, e incluso extraído, si la intervención no se realiza sin cuidado. El germen permanente ofrece poca resistencia al carecer de desarrollo radicular y si es desplazado durante la extracción debe ser empujado cuidadosamente a su posición original y el alvéolo cerrado con puntos de sutura, igualmente si es extraído.

Los movimientos deben ser suaves y con buen apoyo y sujetando con los dedos el área vecina a la extracción, para dar estabilidad al paciente. Los bocados de los fórceps deben ser colocados en o bajo la unión amelocementaria. Los dientes anterosuperiores se extraen con movimientos antero posteriores y rotacionales, finalmente hacia abajo. Los inferiores con maniobras parecidas pero con un muy leve movimiento de rotación.

Los molares superiores se luxan con movimientos vestibulopalatinos, con mayor énfasis en la dirección vestibular. El movimiento excesivo hacia palatino puede causar fractura de esa raíz.

El primer molar inferior deciduo es extraído con un movimiento casi completamente lingual; el segundo inferior hacia vestibular por su anatomía radicular, es de mayor riesgo en comprometer al germen en desarrollo.”³²

³² Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004 Págs.193, 204 ,291,295,296,299

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODO

6.1.1. MODALIDAD BASICA

- Método bibliográfico.- Es bibliográfica porque se a apoyo tanto en material literario como en la web para adquirir un conocimiento científico.
- Investigación de campo.- Es de campo ya que se utilizaron encuestas y observaciones, que confrontaron las bases teóricas con la práctica.

6.1.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

- EXPLORATIVO.- En la Escuela Fiscal mixta “Franklin D. Roosevelt” se observó que un elevado número de estudiantes presentan un deficiente estado de salud oral.
- DESCRIPTIVO.- Se utilizó este método al describir este problema mediante el árbol del problema.
- ANALITICO.- Se analizó mediante la verificación de las principales causas y efectos que producen el deficiente estado de salud oral de los niños y niñas de la Escuela Fiscal mixta “franklin D. Roosevelt”.
- SINTETICO.- Al concluir esta investigación se llegó al conocimiento del porqué del deficiente estado de salud oral que presenta esta población infantil.
- PROPOSITIVA.- Con los resultados de la investigación se diseño una propuesta que permita solucionar la problemática detectada.

6.1.3. TÉCNICAS

- Encuesta aplicada a los padres de familia de la Escuela Fiscal “Franklin D. Roosevelt”
- Inspección clínica de los niños y niñas

6.1.4. INSTRUMENTOS

- Formularios de encuesta
- Historia clínica odontológica

6.1.5. POBLACIÓN

- La población la constituyo 560 alumnos de la Escuela Fiscal Mixta Franklin D. Roosevelt.

6.1.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Para obtener el tamaño de la muestra se aplico la formula cuyo resultado fue 78 alumnos.

6.1.7. RECURSOS

6.1.7.1. TALENTO HUMANO

- Investigador: Zambrano Mora José Gabriel
- Alumnos de la escuela
- Padres de familia
- Directora de tesis

6.1.7.2. RECURSOS MATERIALES

- Materiales de oficina
- Textos
- Foto copiado
- Instrumentos de diagnostico

6.1.7.3. RECURSOS ECONÓMICOS

- La investigación tuvo un costo de \$ 343.75

6.1.7.4. RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Computador
- Internet
- Flash memori
- Equipo de impresión

6.2. DESARROLLO METODOLÓGICO

El desarrollo de esta tesis se dio de la siguiente manera:

En la primera semana de septiembre se inició el seminario sobre metodología y técnicas de la investigación, donde se eligió el problema y tema a investigar.

Entre la primera y segunda semana de septiembre se diseño el proyecto de tesis.

La última semana de septiembre y la primera de octubre se presentó el borrador del proyecto, se recibieron las correcciones, luego se entregó a la facultad la presentación final del proyecto, y su respectiva defensa ante el tribunal designado para el caso.

A partir de la segunda semana de octubre, se desarrolló el marco teórico terminando para la última semana del mismo mes. Para éste se contó con material bibliográfico de textos de Odontología y paginas de la web.

La aplicación de los instrumentos de campo se realizó durante las dos primeras semanas de noviembre. En este tiempo se elaboraron las fichas clínicas de los niños y niñas de la Escuela Franklin D. Roosevelt. Posterior a esto se llevaron a cabo las encuestas dirigidas al grupo de padres de familia de la referida escuela.

La tabulación y el análisis de los datos se hicieron entre la tercera y cuarta semana de noviembre.

En la primera semana de diciembre se elaboraron las conclusiones y respectivas recomendaciones.

En la segunda y tercera semana de diciembre se diseño la propuesta.

En la primera semana de enero se entregan los borradores para la revisión por parte de los miembros del tribunal.

En la tercera semana de enero se presentan los ejemplares y copias de tesis para posterior defensa publica en el mes de febrero.

CAPITULO VII

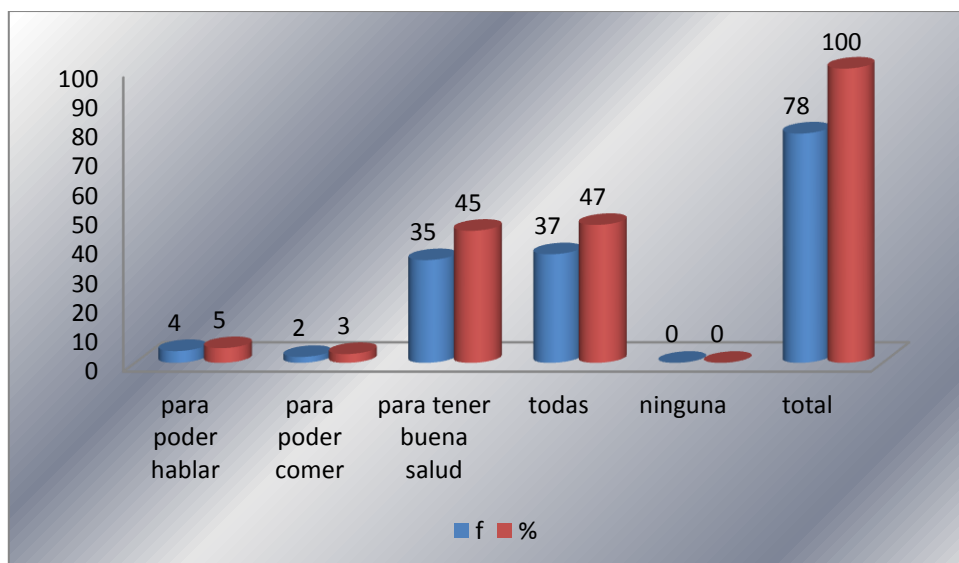
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA “FRANKLIN D. ROOSEVELT”

GRAFICUADRO # 1

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE QUE SU HIJO/A TENGA UNOS DIENTES SANOS?

¿Por qué es importante que su hijo tenga unos dientes sanos?	f	%
Para poder hablar	4	5
Para poder comer	2	3
Para tener buena salud	35	45
Todas	37	47
Ninguna	0	0
TOTAL	78	100



FUENTE: Encuestas aplicadas a los padres de los estudiantes de la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

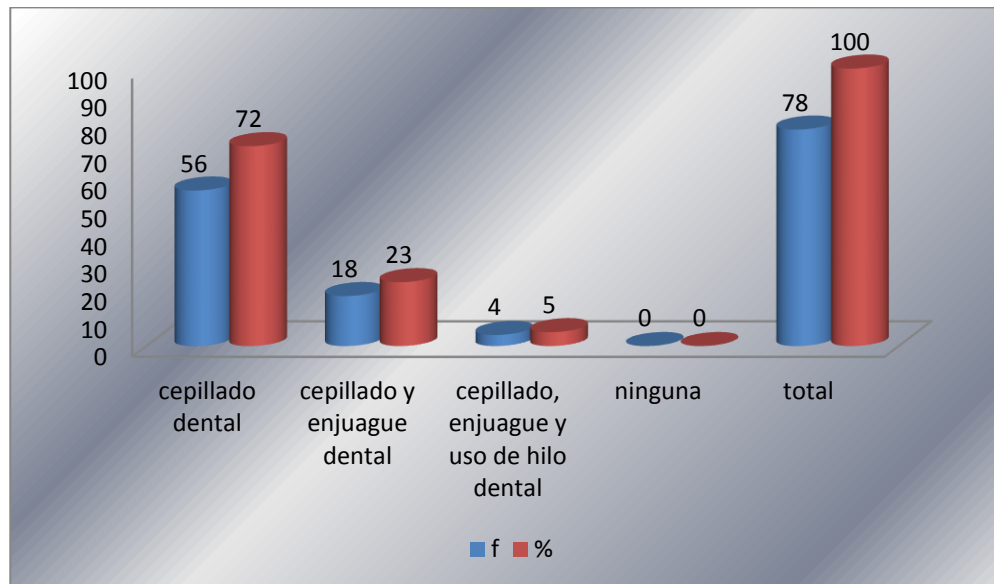
En la encuesta realizada a los padres de familia de la escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt, sobre porque es importante que su hijo tenga unos dientes sanos, 4 padres de familia que corresponde al 5%, contestaron que es importante que su hijo tenga unos dientes sanos para poder hablar, 2 padres de familia que corresponde al 3% contestaron para poder comer, 35 padres de familia respondieron para tener buena salud que corresponde al 45%, y 37 padres de familia contestaron que es importante que su hijo tenga unos dientes sanos por todas las opciones mencionadas lo que corresponde al 47%, y por ultimo 0 padre de familia contesto ninguna de las opciones mencionadas anteriormente, era importante para mantener los dientes sanos.

Según la cita de la web <http://www.perio.org/consumer/children.sp> Dice que: **“la capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permitan disfrutar de un buen estado de salud”**, Frente a los datos recolectados de las encuestas realizados a los padres de familia el 47% considera esencial que su hijo tenga unos dientes sanos para cumplir con todas las opciones mencionadas con anterioridad.

GRAFICUADRO # 2

¿QUÉ HÁBITOS DE HIGIENE ORAL PRACTICA SU HIJO?

¿Qué hábitos de higiene oral practica su hijo?	f	%
Cepillado dental	56	72
Cepillado y enjuague dental	18	23
Cepillado, enjuague y uso de hilo dental	4	5
Ninguna	0	0
TOTAL	78	100



FUENTE: Encuestas aplicadas a los padres de los estudiantes de la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

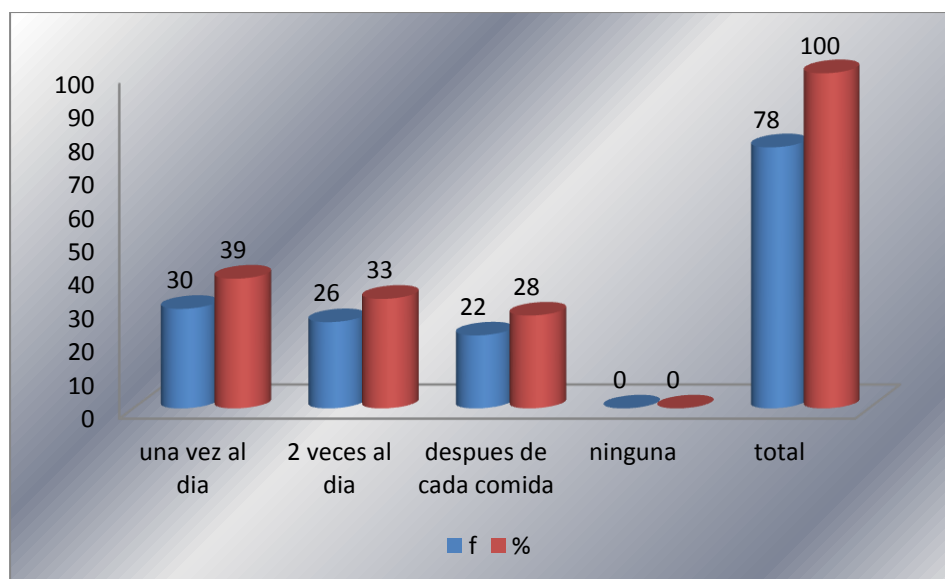
En la encuesta realizada a los padres de familia de la escuela fiscal mixta “Franklin D. Roosevelt”, sobre que hábitos de higiene oral practica su hijo, 56 padres de familia contestaron solo cepillado dental lo que corresponde al 72%, 18 padres de familia contestaron cepillado y uso de enjuague bucal lo que corresponde al 23%, y 4 padres de familia respondieron el cepillado dental, enjuague dental y uso de seda dental que corresponde al 5%, y finalmente ningún padre de familia manifestó que su hijo no practicase ningún habito de higiene oral

Frente a esta realidad, es claro que la mayoría de padres de familia encuestados sobre que hábitos de higiene oral practica su hijo afirmaron, solo el empleo de cepillado dental para su higiene bucal diaria, cuando es indispensable **“Cepillarse los dientes tres veces al día con pasta de dientes fluorada. Y si fuera posible, limpiar entre los dientes con hilo dental o mondadientes una vez al día junto con el uso de enjuagues bucales”**. Como lo indica: <http://www.perio.org/consumer/children.sp.htm>

GRAFICUADRO # 3

¿CON QUE FRECUENCIA SU HIJO/A SE CEPILLA LOS DIENTES?

¿Con que frecuencia su hijo se cepilla los dientes?	f	%
Una vez al día	30	39
2 veces al día	26	33
Después de cada comida	22	28
Ninguna	0	0
TOTAL	78	100



FUENTE: Encuestas aplicadas a los padres de los estudiantes de la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

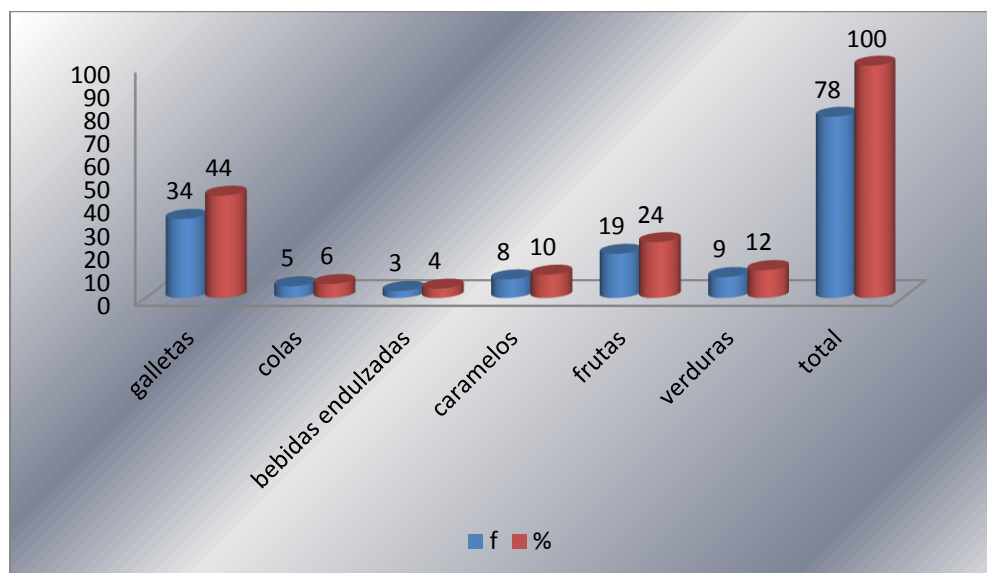
En la encuesta realizada a los padres de familia de la escuela fiscal mixta “Franklin D. Roosevelt”, sobre con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo , 30 padres de familia contestaron una vez al día lo que corresponde al 39%, 26 padres de familia contestaron 2 veces al día lo que corresponde al 33%, y 22 padres de familia respondieron después de cada comida que corresponde al 28%, y finalmente ningún padre de familia manifestó que su hijo no cepillase sus dientes ni una vez al día.

Innegablemente un gran porcentaje de padres de familia encuestados sobre con qué frecuencia cepilla sus dientes su hijo afirmaron que lo hacen una vez al día lo que es incorrecto ya que **“Lo ideal es cepillarse los dientes después de cada comida”**, como consta en: <http://www.pulevasalud.com>.

GRAFICUADRO # 4

¿CUÁL DE ESTOS ALIMENTOS CONSUME SU HIJO?

¿Cuál de estos alimentos consume su hijo?	f	%
Galletas	34	44
Colas	5	6
Bebidas endulzadas	3	4
Caramelos	8	10
Frutas	19	24
Verduras	9	12
TOTAL	78	100



FUENTE: Encuestas aplicadas a los padres de los estudiantes de la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

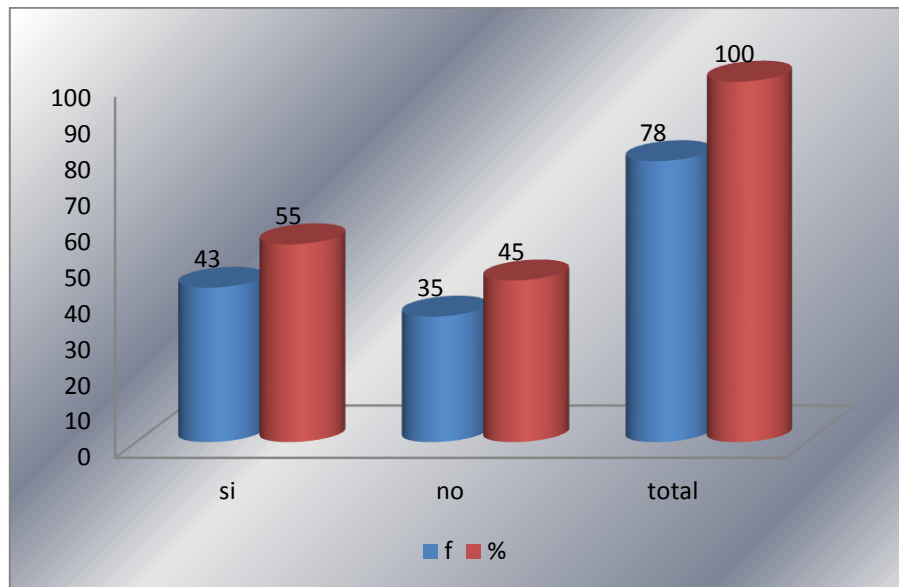
En la encuesta realizada a los padres de familia de la escuela fiscal mixta “Franklin D. Roosevelt”, sobre cuál de estos alimentos consume su hijo, 34 padres de familia contestaron que sus hijos consumen muchas galletas lo que corresponde al 44%, 5 padres de familia contestaron el consumo de colas lo que corresponde al 6%, y 3 padres de familia respondieron el consumo de bebidas endulzadas que corresponde al 4%, 8 padres de familia respondieron consumo de caramelos lo que corresponde al 10%, 19 padres de familia respondieron que sus hijos consumen frutas que corresponde al 24%, y finalmente 9 padres de familia respondieron a la encuesta que sus hijos consumen verduras lo que corresponde al 12%

Por los datos expuestos es indudable que el mayor porcentaje de los padres de familia encuestados sobre qué tipo de alimentos consume su hijo afirmaron, que es la ingesta de galletas. **“Ya que las características físicas de un alimento, especialmente cuánto se pega a los dientes, también afectan al proceso de formación de caries. Los alimentos que se pegan a los dientes durante más tiempo que otros aumentan el riesgo de caries, Por ejemplo las patatas fritas, las pastas, el arroz, las frutas e incluso el pan y las galletas pueden iniciar el proceso de desmineralización, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente como los caramelos y las golosinas”**. Como consta en: [http://www./comida,habitos dietéticos y salud dental \(EUFIC\).mht](http://www./comida,habitos dietéticos y salud dental (EUFIC).mht).

GRAFICUADRO # 5

¿HAN CITADO A SU HIJO PARA QUE RECIBA ATENCIÓN EN ALGÚN CENTRO DEL M.S.P?

¿Han citado a su hijo para que reciba atención en algún centro del M.S.P?	f	%
Si	43	55
No	35	45
TOTAL	78	100



FUENTE: Encuestas aplicadas a los padres de los estudiantes de la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

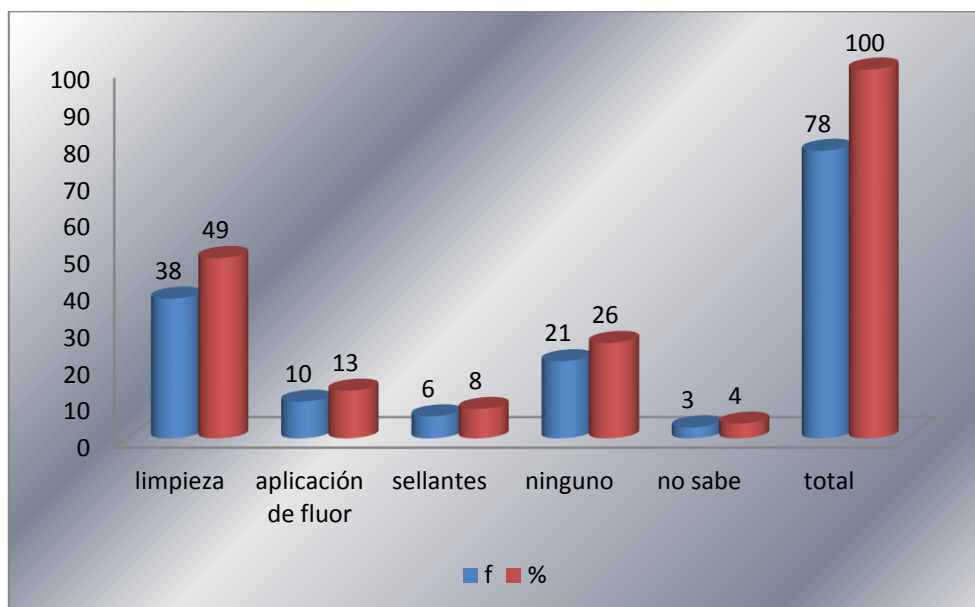
En la encuesta realizada a los padres de familia de la escuela fiscal mixta “Franklin D. Roosevelt”, sobre si han citado a su hijo para que reciba atención odontológica en algún centro del M.S.P. 43 padres de familia contestaron que sus hijos si han sido citados lo que corresponde al 55%, 35 padres de familia contestaron que sus hijos no han sido citados por algún centro del M.S.P lo que corresponde al 45%.

Frente a los datos recolectados de las encuestas realizados a los padres de familia, hay un 55 % de ellos afirman que sus hijos si han sido citados por algún centro del M.S.P. **“Pues la atención odontológica constituye una prioridad en el área de la salud, cuyo objetivo es mejorar la accesibilidad a la atención, fortalecer las condiciones de trato digno a las personas”**, como lo indica en la: <http://es.wikipedia/atención.org/wiki/atención> primaria de salud.

GRAFICUADRO # 6

¿CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS PREVENTIVOS LE HAN REALIZADO?

¿Cuál o cuáles de los siguientes tratamientos preventivo le han realizado?	f	%
Limpieza	38	49
Aplicación de flúor	10	13
Sellantes	6	8
Ninguno	21	26
No sabe	3	4
TOTAL	78	100



FUENTE: Encuestas aplicadas a los padres de los estudiantes de la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

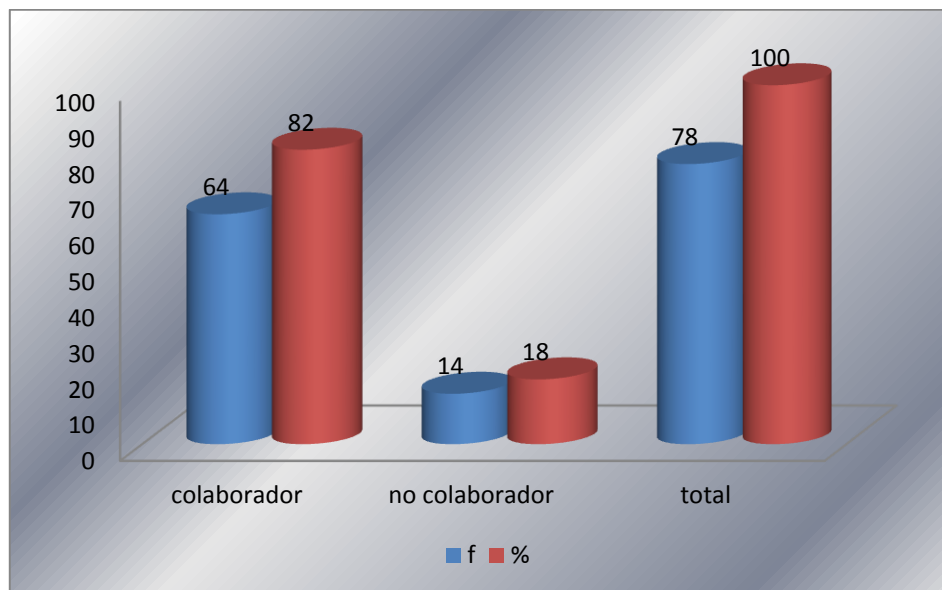
En la encuesta realizada a los padres de familia de la escuela fiscal mixta “Franklin D. Roosevelt”, sobre cuál o cuáles de los siguientes tratamiento preventivo le han realizado a su hijo, 38 padres de familia contestaron que le han realizado solo limpieza lo que corresponde al 49%, 10 padres de familia contestaron la aplicación de flúor lo que corresponde al 13%, 6 padres de familia respondieron la aplicación de sellantes que corresponde al 8%, 21 padres de familia contestaron ninguna de las opciones mencionadas anteriormente le han realizado a su hijo como medida preventiva, lo que corresponde al 26%, y 3 padres de familia contestaron el no saber si le han aplicado estos tratamientos preventivos a sus hijos, lo que corresponde al 4%

Es evidente que un gran porcentaje de padres de familia encuestados el 49%, manifestó de que la limpieza dental es el único tratamiento preventivo que le han realizado a su hijo, pues no solo la limpieza dental constituye el único tratamiento preventivo ya que es **“Un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población”** como lo expresa: <http://www.La prevencion en odontologia.mht>.

GRAFICUADRO # 7

¿CÓMO SE COMPORTA SU HIJO CUANDO ES ATENDIDO POR EL ODONTÓLOGO?

¿Cómo se comporta su hijo cuando es atendido por el odontólogo?	f	%
Colaborador	64	82
No colaborador	14	18
TOTAL	78	100



FUENTE: Encuestas aplicadas a los padres de los estudiantes de la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

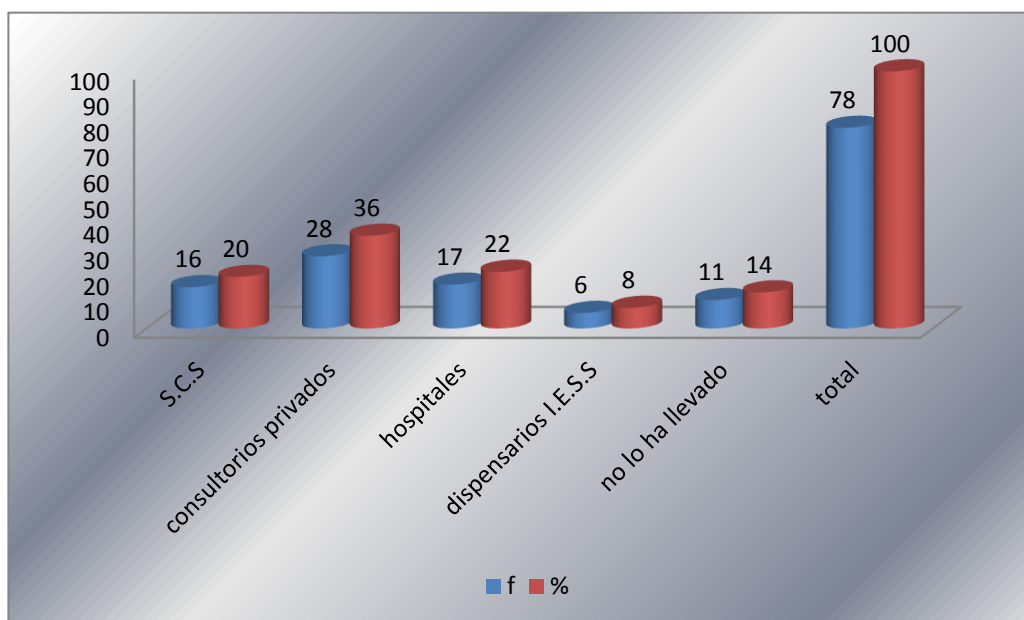
En la encuesta realizada a los padres de familia de la escuela fiscal mixta “Franklin D. Roosevelt”, sobre cómo se comporta su hijo cuando es atendido por el odontólogo, 64 padres de familia contestaron que su hijo es colaborador en la atención odontológica, lo que corresponde al 82%, 14 padres de familia contestaron que su hijo no es colaborador en la atención odontológica, lo que corresponde al 18%

Frente a los datos recolectados de las encuestas realizados a los padres de familia, un 82% de ellos afirman que sus hijos son colaboradores en la atención odontológica. Pues **“La atención al niño requiere no solo el dominio de técnicas clínicas, es necesario además el conocimiento de la conducta del niño en la consulta y de los modos de enfrentarla para obtener su cooperación”**. Así como lo indica el libro Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004.

GRAFICUADRO # 8

¿CUÁNDO SU HIJO/A HA NECESITADO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DONDE LO HA LLEVADO?

¿Cuándo su hijo ha necesitado atención odontológica donde lo ha llevado	f	%
S.C.S	16	20
Consultorio privados	28	36
Hospitales	17	22
Dispensarios I.E.S.S	6	8
No lo ha llevado	11	14
TOTAL	78	100



FUENTE: Encuestas aplicadas a los padres de los estudiantes de la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la encuesta realizada a los padres de familia de la escuela fiscal mixta “Franklin D. Roosevelt”, sobre: cuándo su hijo ha necesitado atención odontológica donde lo ha llevado, 16 padres de familia contestaron que lo han llevado a S.C.S lo que corresponde al 20%, 28 padres de familia contestaron que han llevado a su hijo a consultorios privados lo que corresponde al 36%, 17 padres de familia respondieron llevar a su hijos a hospitales lo que corresponde el 22%, 6 padres de familia contestaron llevar a su hijo a dispensarios I.E.S.S lo que corresponde al 8%, y finalmente 11 padres de familia contestaron el no haber llevado a su hijo a ningún centro de salud anteriormente mencionado lo que corresponde al 14%

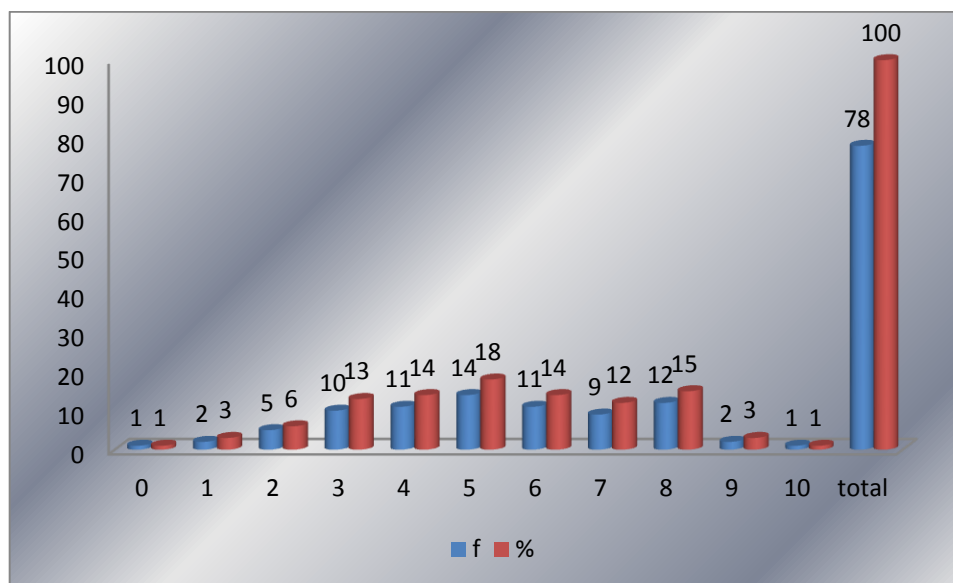
Las encuestas realizadas a los padres de familia, demuestran que la mayoría de ellos cuando su hijo ha necesitado atención odontológica acuden a consultorios particulares. Pues **“Se establece como primera prioridad al grupo de 5 a 14 años, al que se aplicara el sistema incremental, y cuya atención comienza con los jardines de infantes y primeros grados, hasta el sexto grado.** Como programa escolar tal como lo afirma. El Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional y Normas de Estomatología.

**7.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LAS
FICHA CLINICA.
CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO**

GRAFICUADRO # 1

PIEZAS CARIADAS EN LOS NIÑOS QUE ESTUDIAN EN LA ESCUELA FISCAL MIXTA “FRANKLIN D. ROOSEVELT”

# de piezas cariadas	F	%
0	1	1
1	2	3
2	5	6
3	10	13
4	11	14
5	14	18
6	11	14
7	9	12
8	12	15
9	2	3
10	1	1
TOTAL	78	100



FUENTE: ficha clínica aplicada a los niños y niñas que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los datos del Concentrado de Indicadores epidemiológicos en salud bucal, representados en el graficoadro nos indica que hay:

1 niños que representan 1% tienen 0 caries, 2 niños que representan 3% tienen 1 caries, 5 niños que equivalen al 6% tienen 2 caries, 10 niños que equivale al 13% tienen 3 caries, 11 niños que son el 14% tienen 4 caries, 14 niños que representan el 18% tienen 5 caries, 11 niños que representan el 14% tienen 6 caries, 9 niños que son el 12% tienen 7 caries, 12 niños que representan el 15% tienen 8 caries, 2 niños que son el 3% tienen 9 caries, 1 niño que representan el 1% tiene 10 caries,

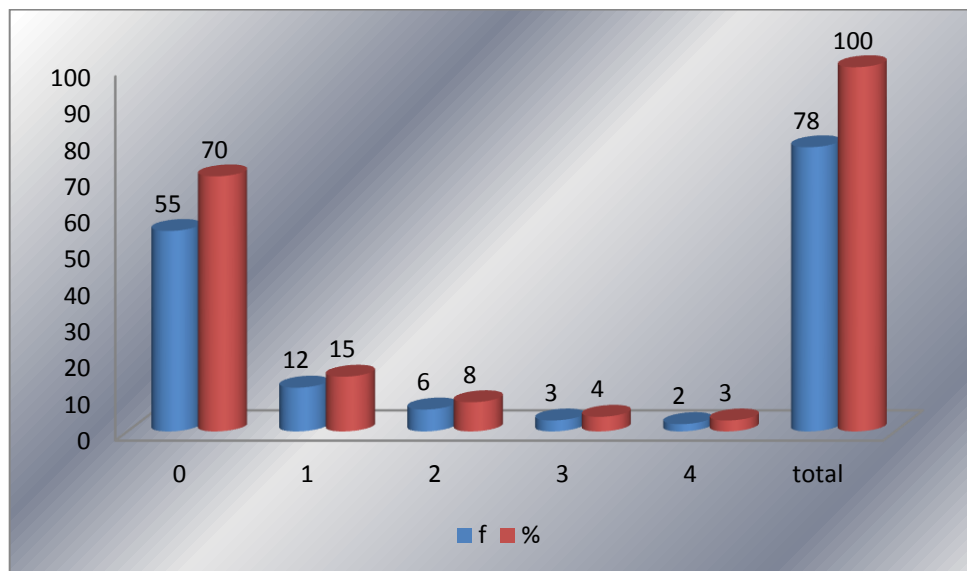
Frente a esta información el libro. STURDEVANT, BARTON, SOCKWELL, STRICKLAND “Arte y Ciencia de la Operatoria Dental” II Edición 2003. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Manifiesta que

“La caries dental es una enfermedad microbiológica infecciosa que da por resultado la disolución y destrucción localizada de los tejidos calcificados de los dientes”. Esta investigación indica que hay un alto índice de una a cuatro piezas cariadas en los niños que estudian en la Escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt.

GRAFICUADRO # 2

PIEZAS CON EXTRACCIONES INDICADAS EN LOS NIÑOS QUE ESTUDIAN EN LA ESCUELA FISCAL MIXTA "FRANKLIN D. ROOSEVELT"

# de piezas con extracciones indicadas	F	%
0	55	70
1	12	15
2	6	8
3	3	4
4	2	3
TOTAL	78	100



FUENTE: ficha clínica aplicada a los niños y niñas que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los datos del Concentrado de Indicadores epidemiológicos en salud bucal, representados en el grafic cuadro nos indica que hay:

55 niños representando el 70% tienen 0 piezas con extracciones indicadas, 12 niños que equivalen al 15% tienen 1 pieza con extracción indicada, 6 niños representando el 8% tienen 2 piezas con extracción indicada, 3 niños que equivale el 4% tiene 3 piezas con extracción indicada, y 2 niños que representa el 3% tienen 4 piezas con extracción indicada.

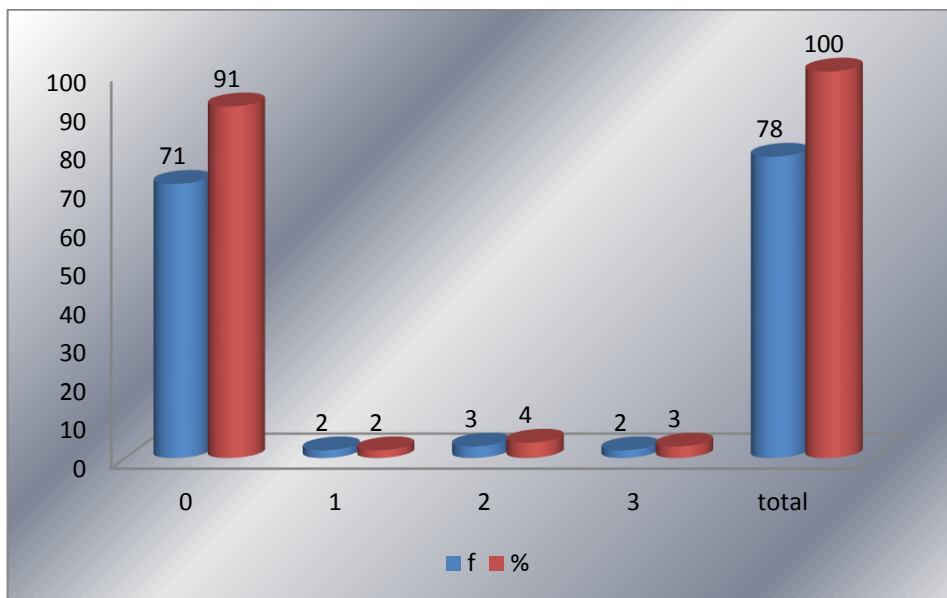
Frente a esta información el libro Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004 Manifiesta, **“Siempre que sea posible, es conveniente que informe previamente que la extracción es necesaria, cuando esta desencadenando un foco infeccioso por caries. Y que las extracciones prematuras pueden causar una mala oclusión”**.

Por lo que se comprueba que el 70% de los niños que estudian en la Escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt no presentan extracciones indicadas.

GRAFICUADRO # 3

PIEZAS OBTURADAS EN LOS NIÑOS QUE ESTUDIAN EN LA ESCUELA FISCAL MIXTA “FRANKLIN D. ROOSEVELT”

# de piezas obturadas	F	%
0	71	91
1	2	2
2	3	4
3	2	3
TOTAL	78	100



FUENTE: ficha clínica aplicada a los niños y niñas que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los datos del Concentrado de Indicadores epidemiológicos en salud bucal, representados en el grafic cuadro nos indica que hay:

71 niños representando el 91% tienen 0 piezas obturadas, 2 niños representando el 2% tienen 1 pieza obturadas, y 3 niños representando el 4% tienen 2 piezas obturadas, y finalmente 2 niños que representan el 3% tienen 3 piezas obturadas

Frente a esta información el libro. Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004

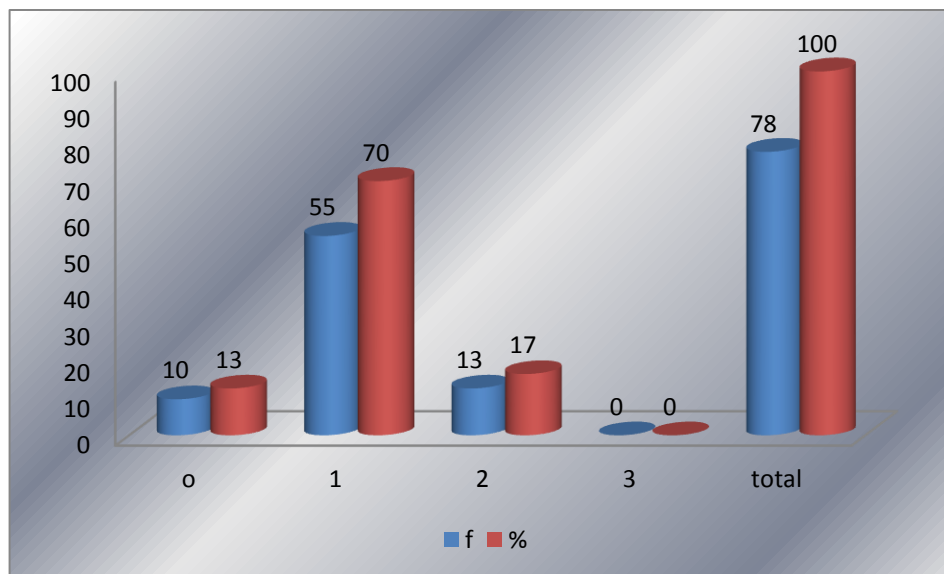
Pública que **“Los principios básicos de preparación cavitarias en piezas temporarias y las técnicas relacionadas con el uso de materiales de restauración, son similares a aquéllos aplicables en la dentición permanente”**.

Por lo que se observa en este estudio que el 91% de los niños que estudian en la Escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt no presentan obturaciones.

GRAFICUADRO # 4

PLACA BACTERIANA EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA "FRANKLIN D. ROOSEVELT"

PLACA	NIÑOS	%
0	10	13
1	55	70
2	13	17
3	0	0
TOTAL	78	100



FUENTE: ficha clínica aplicada a los niños y niñas que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los datos del Concentrado de Indicadores epidemiológicos en salud bucal, representados en el graficuario nos indica que hay:

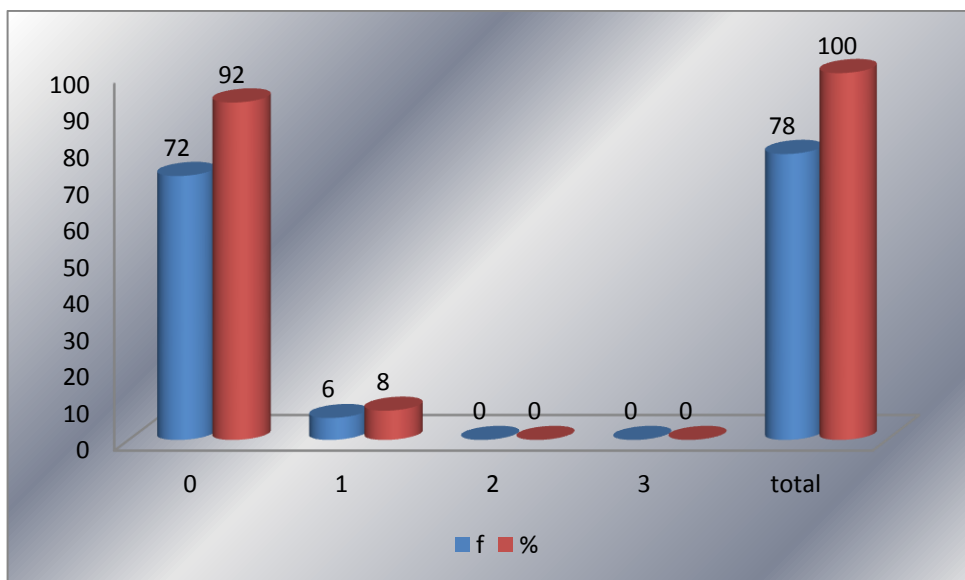
En lo referente a la Placa Dental, en el presente graficuario podemos observar que 10 niños representan 13% tienen grado 0 de placa, 55 niños representan 70% tienen grado 1 de placa, 13 niños representan 17% tienen grado 2 de placa bacteriana, y finalmente 0 niños representan 0% no presentan grado 3 de placa bacteriana.

Frente a esta información el libro Odontología pediátrica – Fernando Escobar Muñoz 2004 manifiesta **“La placa bacteriana es un depósito adherido sobre la superficie dentaria, de diversas comunidades de bacteria inmersas en una matriz extracelular de polisacáridos esencial para la formación de caries”**. Por lo que se puede comprobar que el 70% de los niños presentan nivel de placa grado 1.

GRAFICUADRO # 5

CALCULO EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA “FRANKLIN D. ROOSEVELT”

CALCULO	NIÑOS	%
0	72	92
1	6	8
2	0	0
3	0	0
TOTAL	78	100



FUENTE: ficha clínica aplicada a los niños y niñas que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los datos del Concentrado de Indicadores epidemiológicos en salud bucal, representados en el graficoadro nos indica que hay:

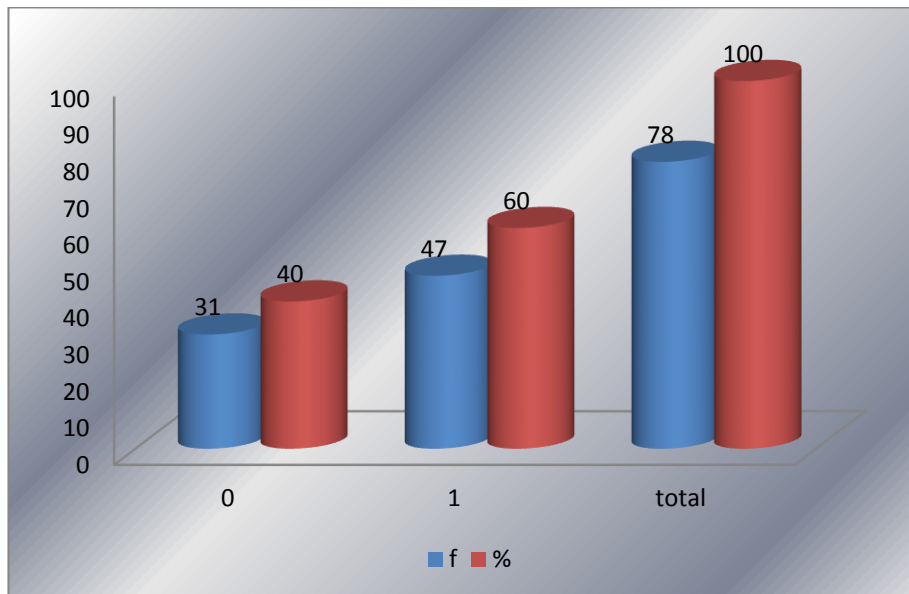
En lo referente a la Calculo Dental, en el presente graficoadro podemos observar que 72 niños que representa 92% tienen grado 0 de cálculo, seguido de 6 niños equivalen 8% tienen grado 1 de cálculo dental, y finalmente no poseen grado 2 ni 3 de cálculo dental

Frente a esta información el libro del Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador. Manual: Escuela para Maestros. Edit. Imp. Editesa, 2000. Quito-Ecuador. Manifiesta **“El niño en esta etapa debe adquirir una responsabilidad cada vez mayor en cuanto a su higiene dental; para la eliminación de la placa dental es importante que exista un hábito arraigado del cepillado correcto”**. Por lo que se puede evidenciar en este estudio que el 92% de los niños de la Escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt presentan grado 0 de cálculo dental.

GRAFICUADRO # 6

GINGIVITIS EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA "FRANKLIN D. ROOSEVELT"

GINGIVITIS	NIÑOS	%
0	31	40
1	47	60
TOTAL	78	100



FUENTE: ficha clínica aplicada a los niños y niñas que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los datos del Concentrado de Indicadores epidemiológicos en salud bucal, representados en el graficadro nos indica que hay:

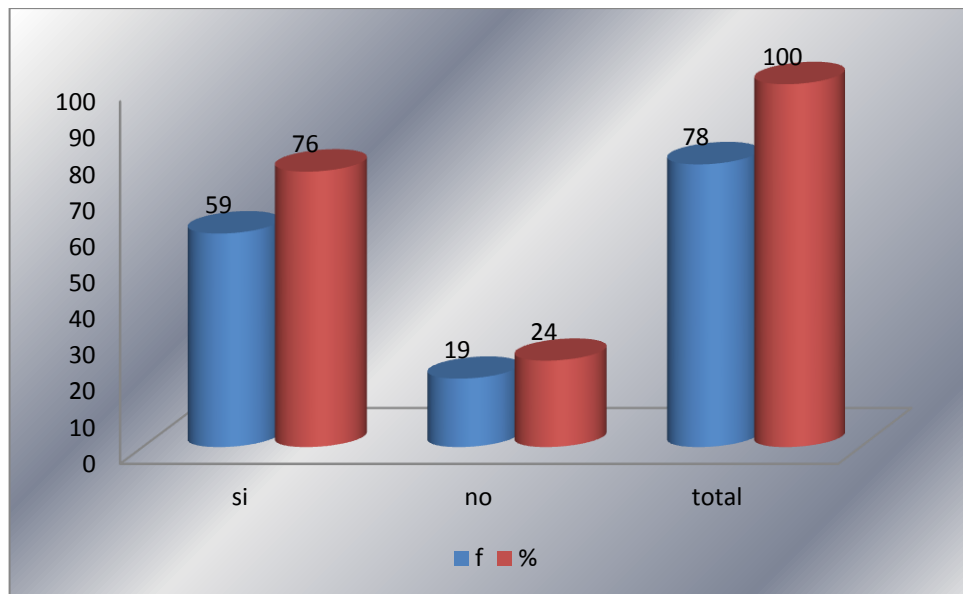
En lo referente a la Gingivitis, en el presente graficadro podemos observar que 31 niños que representa 40% tienen grado 0 de Gingivitis, y 47 niños que representan 60%, si tienen Gingivitis grado 1.

Frente a esta información la página <http://www.co.terra.com/shared/colgate/portada.htm> Manifiesta que la gingivitis **“Es una inflamación de las encías es la etapa inicial de la enfermedad de las encías y la más fácil de tratar. La causa directa de la gingivitis es la placa: una película suave, pegajosa y sin color formada por bacterias que se deposita constantemente sobre los dientes y encías”**. Por lo que se puede destacar en esta investigación que el 60% de los niños de la Escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt tienen gingivitis grado 1.

GRAFICUADRO # 7

APIÑAMIENTO DENTAL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA “FRANKLIN D. ROOSEVELT”

APIÑAMIENTO DENTAL	f	%
Si	59	76
No	19	24
TOTAL	78	100



FUENTE: ficha clínica aplicada a los niños y niñas que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos mediante las fichas clínicas para valorar el porcentaje de niños con apiñamiento dental representados en el graficudro nos indica que hay:

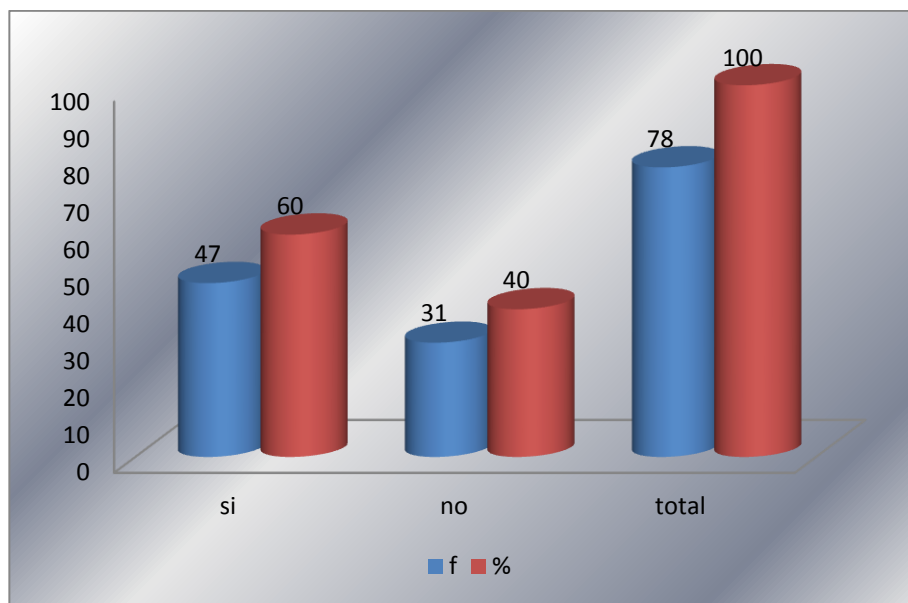
En lo referente al apiñamiento dental, en el presente graficudro podemos observar que 59 niños que representa 76% si presentan apiñamiento dental, y 19 niños que representan 24% no presentan apiñamiento.

Frente a esta información obtenida como lo indica la pagina [http//www./comida,habitos dietéticos y salud dental \(EUFIC\).mht](http://www./comida,habitos dietéticos y salud dental (EUFIC).mht) manifiesta **“La predisposición a las caries varía entre los individuos y entre los diferentes dientes dentro de una misma boca, la forma de la mandíbula, de la cavidad bucal, y la estructura dental.”** Por lo que se puede destacar en este estudio que el 76% de los niños de la Escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt presentan apiñamiento dental factor individual para el acumulo de placa y la generación de caries.

GRAFICUADRO # 8

AGRIETAMIENTO DE LOS DIENTES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA “FRANKLIN D. ROOSEVELT”

AGRIETAMIENTO DE LOS DIENTES	f	%
Si	47	60
No	31	40
TOTAL	78	100



FUENTE: ficha clínica aplicada a los niños y niñas que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos mediante las fichas clínicas para valorar el porcentaje de niños, con agrietamiento de los dientes representados en el graficuario nos indica que hay:

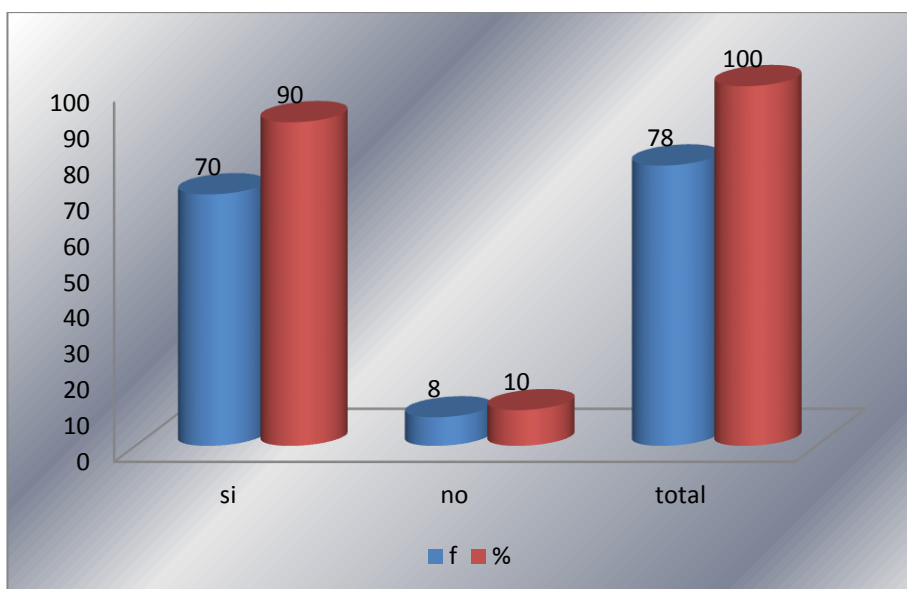
En lo referente al apiñamiento dental, en el presente graficuario podemos observar que 47 niños que representa 60% si presentan agrietamiento dental, y 31 niños que representan 40% no presentan agrietamiento.

Frente a esta información obtenida como lo indica la pagina [http://www./comida,habitos dietéticos y salud dental \(EUFIC\).mht](http://www./comida,habitos dietéticos y salud dental (EUFIC).mht) manifiesta **“algunos dientes pueden tener agujeros, pequeñas grietas o fisuras que permiten la infiltración de ácidos y bacterias más fácilmente.”** Por lo que se puede destacar en este estudio que el 60% de los niños de la Escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt presentan agrietamiento dental factor individual para el acumulo de placa y la generación de caries.

GRAFICUADRO # 9

FOSAS Y FISURAS PROFUNDAS DE LOS DIENTES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA "FRANKLIN D. ROOSEVELT"

FOSAS Y FISURAS PROFUNDAS	f	%
Si	70	90
No	8	10
TOTAL	78	100



FUENTE: ficha clínica aplicada a los niños y niñas que estudian en la Escuela Franklin D. Roosevelt
RESPONSABLE: José Gabriel Zambrano Mora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos mediante las fichas clínicas para valorar el porcentaje de niños, con fosas y fisuras profundas representadas en el graficuario nos indica que hay:

En lo referente a las fosas y fisuras profundas, en el presente graficuario podemos observar que 70 niños que representa 90% si presentan fosas y fisuras profundas, y 8 niños que representan 10% no presentan fosas y fisuras profundas.

Frente a esta información obtenida como lo indica el libro Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004 Manifiesta **“Las variables que interesan al inicio de ataque carioso son, las fosas y los surcos de naturaleza ecológica bacteriana, como en sectores de la corona donde se ubican los puntos o superficies de contacto.”** Por lo que se puede destacar en este estudio que el 90% de los niños de la Escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt presentan fosas y fisuras profundas, factor individual para el acumulo de placa y la generación de caries.

7.3 CONCLUSIONES

Del análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación de campo, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El 92% de los padres encuestados, manifiestan que es primordial que su hijo tenga unos dientes sanos para poder hablar, comer y tener buena salud. Aun cuando los porcentajes elevados indican que los padres de familia están conscientes que es importante que sus hijos mantengan los dientes sanos y en boca, un alto porcentaje 72% de ellos respondió que el único hábito de higiene oral que practica su hijo es el cepillado dental, este dato se complementa con el hallazgo de que el 72% de los niños tienen una deficiente frecuencia de cepillado dental, de acuerdo a las respuestas dadas por los padres en la encuesta realizada.
- el 86% de padres de familia indicaron que han llevado a su hijo a recibir atención odontológica en diferentes medios sean estos particulares o estatales, sin embargo, esta respuesta contrasta con la realidad encontrada al realizar el análisis del ceo, en donde se encontró elevado porcentaje de piezas cariadas, y bajo porcentaje de obturaciones realizadas, evidenciando la falta de atención odontológica oportuna, ya que solo acuden por atención de morbilidad más no de prevención.
- En lo que respecta al índice de ceo y los índices de higiene oral mediante la observación clínica se evidencia que el 99% de los niños tienen entre 1 a 10 dientes cariados; en el 30 % de los escolares está indicada la exodoncia entre 1 y 4 piezas dentales, y apenas el 9% presentan piezas obturadas. El 87% de los niños y niñas presentan placa entre nivel 1 y 2; este dato se relaciona con el índice de gingivitis grado 1 encontrado en el 60% de los niños investigados.

7.4 RECOMENDACIONES

Por las conclusiones obtenidas a partir de los resultados de las encuestas aplicadas a los padres de familia, y las observaciones clínicas realizadas a los niños de la escuela Franklin D. Roosevelt se dan las siguientes recomendaciones.

- Es esencial enseñarles a los padres y niños los mecanismos que deben aplicar para conservar y mantener una buena salud oral, mediante charlas sobre prevención oral, y el uso diario de los implementos de higiene Bucal.
- Realizar un convenio de cooperación con la universidad San Gregorio de Portoviejo para que los estudiantes realicen durante sus prácticas profesionales los tratamientos de prevención y morbilidad a los niños y niñas que se educan en esta escuela.
- A los directivos de la escuela gestionar la implementación de un Departamento de Odontología para dar atención de prevención y morbilidad a los alumnos, padres y familiares, teniendo como premisa la salud oral de estos escolares como se da en otras instituciones educativas fiscales. Ya que la realidad encontrada al realizar el análisis del ceo, en donde es clara la evidencia de falta de atención odontológica oportuna, por el mal estado de salud oral encontrando en esta población escolar.

BIBLIOGRAFIA

- BARRIOS Gustavo. "Odontología" tomo 1- EDITAR Ltda. Edición 2004. Colombia.
- CASSULLO, Gustavo "Manual del Técnico Superior en Higiene Bucodental". Edición 2003. Colección Temarios Generales.
- ESCOBAR MUÑOZ, Fernando. Odontología Pediátrica. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A. (AMOLCA). 2ª. Edición. Caracas – Venezuela. 2004.
- Fernando, Escobar, Muñoz, odontología pediátrica, AMOLCA, Edición 2004.
- J.R.PINKHAM, CASAMASSIMO, FIELDS, McTIGUE, NOWAK. Odontología pediátrica, edición 2000, interamericana McGRAW- HILL.
- Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador. Manual: Escuela para Maestros. Edit. Imp. Editesa, 2000. Quito-Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional y Normas de Estomatología.
- MOYA, PINSON, FORERO. Manual de Odontología Básica Integrada, Edición 2008, Zamora Editores Ltda., Colombia.
- STURDEVANT, BARTON, SOCKWELL, STRICKLAND "Arte y Ciencia de la Operatoria Dental" II Edición 2003. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

- www.first5sandiego.org/es/salud-bucal
- <http://www.higiene y prevenci3n>
- <http://www.perio.org/consumer/children.sp>
- <http://www.co.terra.com/shared/colgate/portada.htm>
- <http://www.odonto-red.com/higienedental.htm>
- <http://www.nlm.gov/medlineplus/spanish/eancy/article.htm>
- http://es.wikipedia.org/wiki/cepillo_de_dientes
- [http://www./comida,habitos diet3ticos y salud dental \(EUFIC\).mht.](http://www./comida,habitos_diet3ticos_y_salud_dental_(EUFIC).mht)
- [http://es.wikipedia.org/wiki/atencion primaria de salud](http://es.wikipedia.org/wiki/atencion_primaria_de_salud)
- <http://www.ada.org/public/topics/sellants.html>

PROPUESTA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.1 TITULO

Mejoramiento del acceso a la atención odontológica de los niños y niñas de la esc. Franklin D. Roosevelt.

1.2. ENTIDAD EJECUTORA

ESCUELA FISCAL MIXTA FRANKLIN D. ROOSEVELT

1.3. CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

TIPO EDUCATIVO-SOCIAL

1.4. LOCALIZACIÓN

Parroquia 18 de Octubre

2. JUSTIFICACIÓN

La investigación realizada a 78 los niños y niñas de la escuela Franklin D. Roosevelt ha permitido determinar el deficiente estado de salud oral que tienen puesto que no cuentan con atención oportuna.

Los padres de familia de los niños y niñas preescolares de la escuela Franklin D. Roosevelt manifiestan que un alto porcentaje de esta población estudiantil el único hábito de higiene oral que practica su hijo es el cepillado dental, con una deficiente frecuencia, y consumen alimentos tipo carbohidratos en porcentajes elevados tal como lo demuestran los resultados de las encuestas siendo estos altamente cariogénico.

Solo actuando en el campo educativo y preventivo se sentaran base solidas para lograr beneficiar a la población estudiada, y fomentar la práctica de hábitos de higiene oral y alimentación saludables.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La escuela fiscal mixta Franklin D. Roosevelt se encuentra localizada en la:
Provincia de Manabí

Cantón Portoviejo

Parroquia 18 de octubre

Frente a la calle García Moreno

Atrás del mercado barrial N°1,

Costado derecho de la calle Alajuela.

El terreno fue donado por el Concejo Provincial de Manabí.

El edificio se recibió el 2 de Diciembre de 1977, por el Arq. Eduardo Delgado del DECE. Departamento de Construcciones Escolares. Construido por el arquitecto Francisco Navas Lam. Por un monto de \$ 2'786.528,00

La escuela fiscal "Franklin D. Roosevelt", fue creada el 15 Abril de 1945 por el ministerio de Educación pública comenzó funcionando en un local de dos plantas de construcción mixta, ubicada en la esquina de las calles Bolívar, entre 18 de Octubre y Chile, frente al Cuartel de la Policía Nacional de Portoviejo durante 28 años

Como el local donde funcionaba la escuela Roosevelt era viejo, peligroso y muy pequeño y no prestaba las condiciones pedagógicas para la población estudiantil. Las autoridades de ese entonces comenzaron a realizar las gestiones para conseguir el terreno y luego la construcción del edificio moderno. Actualmente la escuela cuenta con 560 alumnos.

4. OBJETIVOS

GENERAL

- Mejorar la salud oral de los niños y niñas de la escuela Franklin D. Roosevelt.

ESPECÍFICOS

- Instruir a los padres y profesores sobre la importancia de la atención odontológica preventiva.
- Incentivar a las autoridades del plantel y padres de familia para la realización de un convenio de colaboración y asistencia odontológica con la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

- Concienciar a los padres y autoridades sobre los beneficios de tener un departamento odontológico en la institución al servicio de los niños y niñas.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

En primer lugar, el presente proyecto tiene un componente educativo, pues es necesario instruir a los padres y profesores sobre la importancia de la atención odontológica preventiva, este componente educativo es de suma importancia para concienciar primordialmente a los padres y tengan éxito las otras dos acciones a seguir en este proyecto.

En segunda instancia este proyecto consistirá en estimular a las autoridades del plantel y padres de familia para la ejecución de un convenio de colaboración y asistencia odontológica con la carrera de odontología de la Universidad san Gregorio de Portoviejo como propósito para mejorar el acceso a la atención odontológica de dichos escolares de manera inmediata.

La tercera parte consistirá en presentar un presupuesto en donde consten los rubros de los equipos, instrumental y materiales necesarios para implementar un departamento odontológico en la institución al servicio de los niños y niñas, incentivando a las autoridades y padres para que trabajen mancomunadamente en la consecución de este beneficio común.

6. BENEFICIARIOS

Los principales beneficiarios serán los niños y niñas de la escuela Franklin D. Roosevelt quienes podrán recibir atención odontológica oportuna y de calidad, en segunda instancia se beneficiarán los padres de familia de la institución educativa en la medida que se pongan en práctica los implementos y el conocimiento de la importancia de tener una buena salud bucal.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

El desarrollo de esta propuesta se dará de la siguiente manera:

En la primera semana de febrero se iniciara la Socialización de la propuesta, se dará a conocer el proyecto en la escuela Franklin D. Roosevelt, mediante la Participación de autoridades de la institución, investigador y comité padres de familia.

Se Proveerá de material de información con la presentación de power point, sobre la importancia de la prevención odontológica. Con el propósito de difundir la información a los padres, docentes y alumnos de la escuela Franklin D. Roosevelt, con la Participación de autoridades de la institución, comité padres de familia, investigador.

Mediante la firma de un acta de compromiso, se establecerán nexos con la universidad San Gregorio, específicamente con la carrera de odontología, para que las niñas y niños de la escuela Franklin D. Roosevelt, sean atendidos en las clínicas de pediatría.

Se entregaran a las autoridades de la escuela, docentes y comité de padres de familia un presupuesto de la implementación y equipamiento necesario para la creación del departamento odontológico.

RECURSOS HUMANOS

- Conferencistas
- Padres y madres de familia
- Docentes
- Niños y niñas que estudian en la escuela Franklin D. Roosevelt.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Computadora
- Proyector
- CD
- Fotocopias

9. PRESUPUESTO

Conferencias sobre prevención

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO X HORA	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
				AUTOGESTION	APOORTE INSTITUCIONAL
Conferencista	2	-	-	Si	-
Salón de conferencia	1	-	-	-	Si
Recurso tecnológico	1	\$5x10horas	\$50,00	-	Si
Proyector de imagen	1	\$10x10horas	\$100,00	-	si
TOTAL			\$150,00		

IMPLEMENTACIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA.

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
				AUTOGESTION	APORTE INSTITUCIONAL
Sillón hidráulico	1	\$650	\$650	-	si
Lámpara de luz fría	1	\$300	\$300	-	si
escupidera	1	\$250	\$250	-	si
compresor	1	\$480	\$480	-	Si
Pieza de mano	1	\$150	\$150	-	Si
Kit de operatoria con resina	1	\$200	\$200	-	Si
instrumental kit de cirugía	1	\$300	\$300	-	Si
Lámpara de fotocurado LED	1	\$160	\$160	-	Si
Trimodular, jeringa triple tanque de agua	1	\$350	\$350	-	Si
TOTAL		\$2.840	\$2.840	-	

SOSTENIBILIDAD

Esta dada por el apoyo que las autoridades de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, especialmente de la carrera de odontología, y el interés que tienen los padres de familia, autoridades y docentes de la institución educativa Franklin D. Roosevelt, en ejecutar el proyecto.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto en la etapa educativa no representa gastos debido a que la institución cuenta con el espacio físico y el recurso tecnológico necesario para la realización de las conferencias, en cuanto a los conferencistas pueden ser solicitados mediante autogestión al ministerio de educación que cuenta con profesionales en la rama. En lo referente al convenio de atención el costo sería mínimo por la atención requerida.

En lo concerniente al equipamiento del departamento odontológico en la actualidad las escuelas fiscales reciben el aporte económico del gobierno para el bienestar de la población escolar, lo cual cumpliría con el propósito de dicho proyecto.

ACTA DE COMPROMISO

En la ciudad de Portoviejo del 21-01-2010

Se procede a suscribir la presente acta de compromiso entre el señor Lcdo. Escandón Mejía Juan Vicente director de la escuela Franklin D. Roosevelt, y el egresado Zambrano Mora José Gabriel, egresado de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por la cual se comprometen a:

1ero.- El egresado Zambrano Mora José Gabriel procederá a entregar material de información en presentación con power point sobre la importancia de la prevención en salud oral.

2do.- la ejecución de un acuerdo de colaboración y asistencia odontológica en la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo como propósito para mejorar el acceso a la atención odontológica de dichos escolares.

3ero.- El director de la escuela se compromete a receptor y brindar las facilidades, necesario para que el egresado cumpla con el objetivo propuesto.

Para constancia, firman en conjunto las partes:

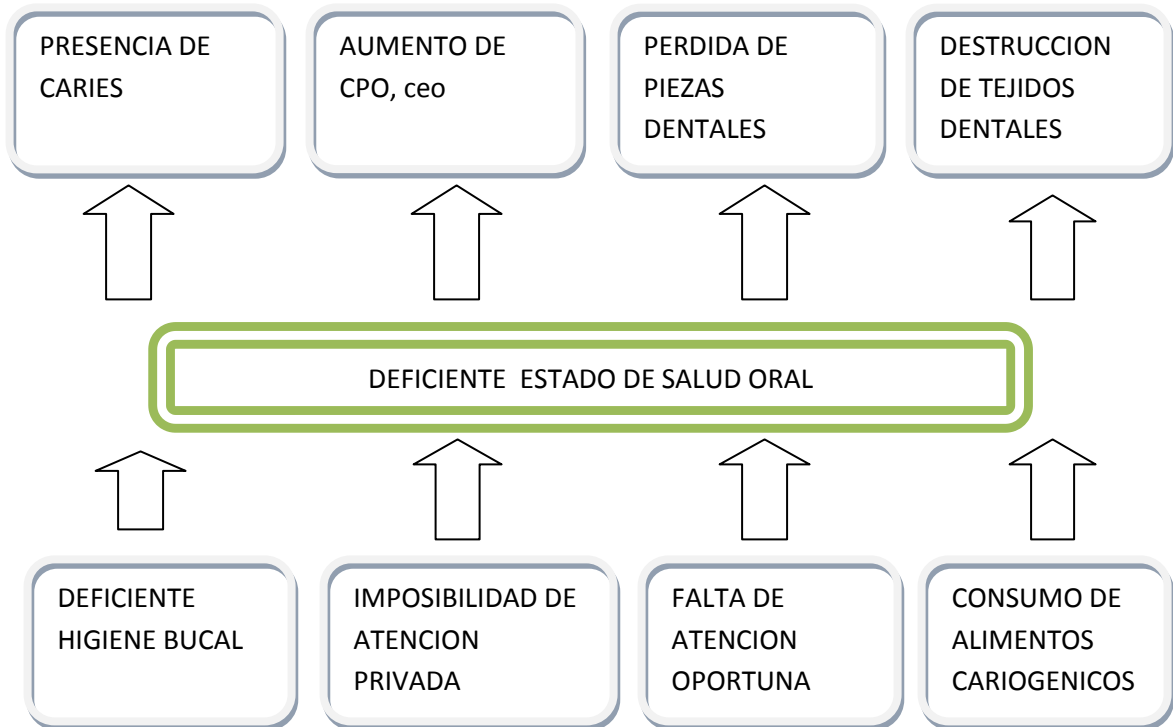
Lcdo. Escandón Mejía Juan V.
Director

Zambrano Mora José G.
Egresado

Anexos 1

ARBOL DEL PROBLEMA

Efectos



Causas

PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTION	APORTE INSTITUCIONAL
PAPEL	5	RESMAS	4.00	20.00	20.00	-
FOTOCOPIAS	500	UNIDADES	0,03	15.00	15.00	-
TINTA PARA IMPRESIÓN	4	CARTUCHOS	18.00	72.00	72.00	-
INTERNET	50	HORAS	1.00	50.00	50.00	-
ENCUADERNACIONES	3	EJEMPLARES	6.00	18.00	18.00	-
DIGITACIÓN	150	HOJAS	0.25	37.50	37.50	-
LOGISTICA	50	Día	2.00	100.00	100.00	-
SUBTOTAL				312.50	312.50	-
IMPREVISTOS				31.25	31.25	-
TOTAL				343.75	343.75	-

Anexos 2

Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo

Unidad Académica de Salud

Carrera de Odontología

Formulario de encuestas

Dirigido ("A los Padres de familia de la Escuela Fiscal Mixta "Franklin D. Roosevelt")

Sobre (La salud oral y acceso a la atención odontológica primaria)

Encuestador: Gabriel Zambrano

INDICADORES

- * La presente encuesta servirá para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de odontólogo, por lo cual se trata de un trabajo que requiere respuestas acertadas.
- * Marque con una x dentro del paréntesis en la alternativa correspondiente
- * Se recomienda responder todas las preguntas
- * De antemano le agradezco su colaboración

CONTENIDO

1. ¿Por qué es importante que su hijo/a tenga unos dientes sanos?
 - a- para poder hablar ()
 - b- para poder comer ()
 - c- para tener buena salud ()
 - d- todas ()
 - e- ninguna ()

2. ¿Qué hábitos de higiene oral practica su hijo?
 - a- Cepillado de los diente ()
 - b- Cepillado y enjuague dental ()
 - c- Cepillado, enjuague y uso de hilo dental ()
 - d- Ninguna ()

3. ¿Con que frecuencia su hijo/a se cepilla los dientes?
- a- una vez al día ()
 - b- 2 veces al día ()
 - c- Después de cada comida ()
 - d- Ninguna ()
4. ¿Cuál de estos alimentos consume su hijo?
- a- Galletas ()
 - b- Colas ()
 - c- Bebidas endulzadas ()
 - d- Caramelos ()
 - e- Frutas ()
 - f- Verduras ()
5. ¿Han citado a su hijo para que reciba atención en algún centro del MSP?
- Si () No ()
6. ¿Cual o cuales de los siguientes tratamientos preventivos le han realizado?
- a- Limpieza ()
 - b- Aplicación de flúor ()
 - c- Sellantes ()
 - d- Ninguno ()
 - e- No sabe ()
7. ¿Cómo se comporta su hijo cuando es atendido por el odontólogo?
- a- Colaborador ()
 - b- No colaborador ()
8. ¿Cuándo su hijo/a ha necesitado atención odontológica donde la ha llevado?
- a- S. C. S ()
 - b- Consultorio privados ()
 - c- Hospitales ()
 - d- Dispensarios I.E.S.S ()
 - e- No lo ha llevado ()

Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo

Unidad Académica de Salud

Carrera de Odontología

Historia clínica

Dirigido a los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta "Franklin D. Roosevelt"

TEMA: La salud oral y acceso a la atención odontológica primaria

Investigador: Gabriel Zambrano

H.C. # EDAD..... AÑO BASICO.....

1 ODONTOGRAMA		PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR 'X' (1, 2 ó 3), SI APLICA																																									
VESTIBULAR	<table border="0"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																										
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																												
LINGUAL	<table border="0"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>83</td><td>81</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65											85	84	83	83	81	71	72	73	74	75												
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																		
85	84	83	83	81	71	72	73	74	75																																		
VESTIBULAR	<table border="0"> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																										
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																												

2 INDICADORES DE SALUD BUCAL				
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				
PIEZAS DENTALES		PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
		0-1-2-3	0-1-2-3	0-1
16	17	55		
11	21	51		
26	27	65		
36	37	75		
31	41	71		
46	47	85		
TOTALES				

3 ÍNDICES CPO-ceo				
	C	P	O	TOTAL
D				
d		e	o	TOTAL

4. FACTORES INDIVIDUALES		
	SI	No
Apiñamiento		
Agrietamiento de los dientes		
Fosas y fisuras muy profundas		



APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA FRANKLIN D. ROOSEVELT



APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA FRANKLIN D. ROOSEVELT



APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA FRANKLIN D. ROOSEVELT



DURANTE LA OBSERVACION CLINICA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA FRANKLIN D. ROOSEVELT



DURANTE LA OBSERVACION CLINICA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA FRANKLIN D. ROOSEVELT



DURANTE LA OBSERVACION CLINICA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA FRANKLIN D. ROOSEVELT

Anexos 3

ACTA DE COMPROMISO

En la ciudad de Portoviejo del 21-01-2010

Se procede a suscribir la presente acta de compromiso entre el señor Lcdo. Escandón Mejía Juan Vicente director de la escuela Franklin D. Roosevelt, y el egresado Zambrano Mora José Gabriel, egresado de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por la cual se comprometen a:

1ero.- El egresado Zambrano Mora José Gabriel procederá a entregar material de información en presentación con power point sobre la importancia de la prevención en salud oral.

2do.- Realizará las acciones pertinentes para conseguir la firma de un acuerdo de cooperación con la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo como propósito para mejorar el acceso a la atención odontológica de dichos escolares.

3ero.- El director de la escuela se compromete a receptar y brindar las facilidades, necesario para que el egresado cumpla con el objetivo propuesto.

Para constancia, firman en conjunto las partes:

Lcdo. Escandón Mejía Juan V.
Director de la Escuela

Zambrano Mora José G.
Egresado

En la ciudad de Portoviejo con fecha 26-01-2010

Se procede a suscribir la presente oficio por parte del señor Escandón Mejía Juan Vicente, Director de la Escuela Franklin D. Roosevelt, dirigido a la Dra. Ángela Murillo coordinadora de la carrera de ODONTOLOGÍA de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Solicitando de la manera más cordial y benefactora para con esta institución educativa, que los estudiantes de la carrera de odontología den atención a los niños y niñas de la Escuela Fiscal Franklin D. Roosevelt. Como propósito de mejorar la salud oral de los escolares.

Escandón Mejía Juan Vicente
**DIRECTOR DE LA ESCUELA FISCAL
FRANKLIN D. ROOSEVELT**

CONVENIO

CLÁUSULA PRIMERA: INTERVINIENTES.- Intervienen en la celebración del presente convenio, por una parte la Universidad San Gregorio de Portoviejo, representada por el Rector, el Abogado Marcelo Farfán Intriago, y, por la otra, la Escuela Fiscal Franklin D. Roosevelt de la ciudad de Portoviejo, representada por su Director, el señor Escandón Mejía Juan Vicente.

CLÁUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES.-La Universidad San Gregorio de Portoviejo, dentro de sus carreras universitarias, consta la de la Facultad de Odontología y servicios odontológicos, cuyos docentes y estudiantes en los últimos semestres tratan con pacientes que requieren este servicio.

Por su parte, la Escuela Fiscal Franklin D. Roosevelt, de la ciudad de Portoviejo, necesitan una atención odontológica de sus miembros, que les permita satisfacer esta necesidad sentida durante muchos años.

CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.- El objeto del presente convenio es brindar el servicio odontológico gratuito por parte de la Universidad San Gregorio de Portoviejo a la Escuela Franklin D. Roosevelt, de la ciudad de Portoviejo.

CLÁUSULA CUARTA: PLAZO.- El plazo del presente convenio es de 2 años calendario. Sin embargo este plazo puede ser ampliado sin otro requisito que no sea la firma voluntad de las partes de continuar con la vigencia del convenio por 2 o más años.

CLÁUSULA QUINTA: CONTROVERSIAS.-En caso de que existan controversias, las partes buscaran solucionarlas de la manera más cordial y amigable. Si no lo fuera así, acudirán al centro de mediación de la Cámara de Comercio de Portoviejo, para una justa solución.

Para conformidad del presente instrumento, las partes firman en original y dos copias del mismo tenor, como aceptación de su texto, en Portoviejo, a los veintiséis días del mes de Enero del dos mil diez

Ab. Marcelo Farfán Intriago
**RECTOR UNIVERSIDAD SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO**

Escandón Mejía Juan Vicente
**DIRECTOR DE LA ESCUELA FISCAL
FRANKLIN D. ROOSEVELT**



ANDRADE TOALA CARLOS HUMBERTO
DENTALES CARLOS ANDRADE

Dirac. Matriz: Cjud. Los Olivos Villa 9 Mz.4 Andrés de Vera
 Teléf.: 2650494 Portoviejo - Manabí

R.U.C. 1707612147001

PROFORMA

001 - 001

001754*

Fecha: 5 ENERO DEL 2010

Señor: ESCUELA FISCAL FRANKLIN DELANO ROSUELTO

Dirección: _____

Teléfono: _____ R.U.C./C.I. _____ Guía de Rem.: _____

Ginas Argandoña Robert Stevens - Imprenta y Papelería Portoviejo - Teléf. 2652615 RUC 130029240001 Aut. 1166

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. Unitario	V. / de Venta
1	SILLÓN HIDRAULICO		650,00
1	LAMPARA DE LUZ FRIA		300,00
1	ESCUPIDEBA CON SUCCION		250,00
1	COMPRESOR SILENCIOSO SIN ACEITE		480,00
1	PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD		150,00
1	KIT DE OPERATORIA CON RESINAS		200,00
1	KIT DE INSTRUMENTAL DE CIRUJIA		300,00
1	LAMPARA DE FOCUSADO LED		160,00
1	TRIMODULAN CON CARRITO		
	SERVIDOS TRIPLE Y FUENTE DE ALTA		350,00
		SubTotal 12 %	2.840,00
		SubTotal 0 %	
		Descuento	
		SubTotal	
		I.V.A 12 %	349,80
		VALOR TOTAL \$	3.180,80

Firma Autorizada

Recibí Conforme