



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“SALUD ORAL Y PÉRDIDA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES
EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA CARLOS MONTUFAR - ROSA
ZARATE”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTOR:

Cevallos Farfán Armando Javier

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Katuska Briones Solórzano

**Portoviejo - Manabí – Ecuador
2011**

CERTIFICACIÓN

Doctora Katuska Briones Solórzano. Certifica que la tesis de investigación titulada:

“SALUD ORAL Y PÉRDIDA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA CARLOS MONTUFAR - ROSA ZARATE”, es original de Armando Javier Cevallos Farfán, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

DRA. KATIUSKA BRIONES SOLÓRZANO
DIRECTORA DE TESIS



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

TESIS TEMA:

**“SALUD ORAL Y PÉRDIDA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTE EN
LOS NIÑOS DE LA ESCUELA CARLOS MONTUFAR – ROSA ZARATE”
PROPUESTA ALTERNATIVA**

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del tribunal de revisión y sustentación, legalizado y examinado por el honorable consejo de unidad Académica como requisito previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGO

Dra. Gladys Vaca G. Mg. Sc.
PRESIDENTA

Dra. Katuska Briones Solórzano
DIRECTORA DE TESIS

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Ramiro Molina Cedeño
SECRETARIO ACADÉMICO

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis la dedico con mucho amor:

A **Dios** el ser supremo, por ser la luz que alumbra mi vida y por regalarme un hogar tan maravilloso.

Con todo el amor y cariño del mundo a mis padres **ARMANDO CEVALLOS CANTOS Y MERCEDES FARFÁN ARCENALES**, que me dieron la vida y siempre me han brindado el apoyo, confianza y dedicación incondicional. Gracias infinitas por haberme dado la oportunidad de formarme para obtener una carrera para mi futuro y creer en mí, ya que ustedes son mi ejemplo de superación.

A mi esposa e hija, **DOLORES Y FERGIE** que me ayudaron dándome fuerzas para seguir el camino del éxito y con quienes he compartido momentos importantes en mi vida.

A mis hermanos Armando, Arturo, Sabrina y Mercedes que por su amor y cariño han llenado mi vida de alegría.

Armando

AGRADECIMIENTO

Primero a **Dios** padre, que con su poder divino está siempre en mi camino iluminando mis días.

A **mis padres** que son mi guía, me orientan y están presente en todo momento brindándome apoyo y dedicación a mí superación.

A la universidad “San Gregorio de Portoviejo” lugar de formación académica de excelencia, carrera de odontología y a todo el miembro de catedráticos que me brindaron sus conocimientos contribuyendo en mí formación profesional.

Agradezco a todos quienes estuvieron apoyándome de una u otra manera.

Armando

ÍNDICE GENERAL

	Pág
INTRODUCCIÓN	i
ANTECEDENTES	ii
CAPÍTULO I	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
CAPÍTULO II	
JUSTIFICACIÓN	4
CAPÍTULO III	
OBJETIVOS	
3.1. Objetivo General	6
3.2. Objetivos Específicos	6
	6
CAPÍTULO IV	
HIPÓTESIS	
CAPÍTULO V	7
MARCO TEÓRICO	
5.1. MARCO INSTITUCIONAL	8
5.2. SALUD ORAL	8
5.2.1. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD ORAL	9
5.2.1.1. Placa dental	10
5.2.1.1.1. Placa Supragingival.	10
5.2.1.1.2. Placa Subgingival	10
5.2.1.2. Cálculo dental	11
5.2.1.2.1. Cálculo Supragingival	11
5.2.1.2.2. Cálculos Subgingival	12
5.2.1.2.3. Índice de cálculo	12
5.2.1.3. Caries dental	13
5.2.1.3.1. Generalidades	13

5.2.1.3.2.	Etapa de formación de las caries	13
5.2.1.3.3.	Tipos de Caries Dental	14
5.2.1.3.3.1.	Caries de primer grado	14
5.2.1.3.3.2.	Caries de segundo grado	14
5.2.1.3.3.3.	Caries de tercer grado	14
5.2.1.4.	Cariogeneidad relativa a los alimentos	15
5.2.1.4.1.	Efectos locales de la dieta	15
5.2.1.4.2.	Dieta no cariogénica	15
5.2.1.5.	Saliva como factor cariogénico	16
5.2.2.	MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA SALUD ORAL	17
5.2.2.1.	Higiene bucal	17
5.2.2.1.1.	Cepillado dental	18
5.2.2.1.1.1.	Técnicas de cepillado dental	18
5.2.2.1.1.1.1.	Técnica de Bass	18
5.2.2.1.1.1.2.	Método de Charters	19
5.2.2.1.1.1.3.	Método modificado de Stillman	19
5.2.2.1.1.1.4.	Cuidado de los cepillos dental	19
5.2.2.1.2.	Hilo o seda dental	20
5.2.2.1.2.1.	Modo de uso del hilo dental	21
5.2.2.1.3.	El dentífrico	21
5.2.2.1.4.	Enjuagues bucales	21
5.2.2.1.5.	Fluorizaciones	22
5.2.2.1.6.	Sellantes fosas y fisuras	22
5.2.2.1.7.	Visitas al odontólogo	23
5.2.3.	NUTRIENTES IMPORTANTES PARA UNA BUENA SALUD ORAL	23
5.2.3.1.	Proteínas	25
5.2.3.2.	Calcio	25
5.2.3.3.	Vitamina D	25
5.2.3.4.	Flúor	25

5.2.3.4.1.	Mecanismo de acción de los fluoruros:	26
5.2.3.4.1.1.	Acción sistémica	26
5.2.3.4.1.2.	Acción tópica	26
5.2.3.5.	Vitamina C	27
5.2.3.6.	Vitamina A	27
5.2.4.	NUTRICIÓN EN SALUD DENTAL	27
5.2.4.1.	Alimentos cariostáticos. sustitutos del azúcar	28
5.3.	PRIMER MOLAR PERMANENTE	28
5.3.1.	GENERALIDADES	29
5.3.1.1.	Función del primer molar permanente	29
5.3.1.2.	Importancia del primer molar permanente	29
5.3.1.2.1.	Clase I o Neutroclusión	30
5.3.1.2.2.	Clase II Distoclusión	31
5.3.1.2.3.	Clase III Mesioclusión	31
5.3.2.	ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE	31
5.3.2.1.	Cronología de la erupción dental	31
5.3.3.	CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE	32 34
5.3.3.1.	Disminución de la función local	
5.3.3.2.	Erupción continua de los dientes antagonistas	34
5.3.3.3.	Desviación de los dientes	35
		35

CAPÍTULO VI

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1.	Métodos	37
6.1.1.	Modalidad básica de la investigación	37
6.1.2.	Tipos o niveles de investigación	37
6.2.	Técnicas	37
6.3.	Instrumentos	38
6.4.	Población	38

6.5.	Recursos	38
6.5.1.	Recursos materiales	38
6.5.2.	Talento humano	38
6.5.3.	Tecnológicos	38
6.5.4.	Recursos económicos	39
6.6.	Proceso de recopilación de la información	39
6.7.	Procesamiento de la información	39
		39

CAPÍTULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	40
7.1.1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTA AL ESTUDIANTE	40
7.1.2.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN ENCUESTA A PADRES DE FAMILIAS	40
7.1.3.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS FICHAS CLÍNICAS	50
7.2.	CONCLUSIONES	70

72

BIBLIOGRAFÍA

74

PROPUESTA ALTERNATIVA

ANEXOS

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS

ÍNDICE GRAFICUADROS DE ENCUESTAS A LOS NIÑOS (AS)

	Pág.
GRAFICUADRO N. 1	40
¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes?	
GRAFICUADRO N.- 2	42
¿Para la limpieza de sus dientes usted utiliza?	
GRAFICUADRO N.- 3	44
¿Cada qué tiempo cambian el cepillo?	
GRAFICUADRO N.- 4	46
¿Cuántas veces al año asiste al odontólogo?	
GRAFICUADRO N.- 5	48
¿Ha recibido charlas sobre técnica de cepillado?	

GRAFICUADROS DE LAS ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA

GRAFICUADRO N. 1	50
¿Controla usted el cepillado dental de sus hijos?	
GRAFICUADRO N. 2	52
¿Cada qué tiempo le cambian el cepillo dental a sus hijos?	
GRAFICUADRO N. 3	54
¿Con qué frecuencia lleva usted a su hijo a la consulta dental?	
GRAFICUADRO N. 4	56
¿Cuándo acude al Sub-Centro de Salud con su hijo ha escuchado usted alguna charla por parte del odontólogo sobre la salud oral?	
GRAFICUADRO N.- 5	58
¿Usted lleva a su hijo al odontólogo por:	

GRAFICUADRO N. 6	
¿Le proporciona usted a su hijo:	60
GRAFICUADRO N. 7	
¿Cuántas veces se cepillan los dientes?	62
GRAFICUADRO N. 8	
¿Con qué se cepillan los dientes sus hijos?	64
GRAFICUADRO N. 9	
¿Sabe usted que alimentos producen una deficiente salud oral?	66
GRAFICUADRO N.-10	
¿Sabe usted cuando erupciona el primer molar permanente?	68
 GRAFICUADROS DE LAS FICHAS CLÍNICAS	
GRAFICUADRO N.- 1	
¿Cuántos niños tuvieron pérdida de primer molar permanente?	70

INTRODUCCIÓN

La salud oral corresponde a la eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de sostén cuando se encuentran en perfectas condiciones de salud; ya que cuando se realizan los tratamientos de prevención oral podemos evitar problemas bucales que conlleven a una pérdida prematura de una pieza dentaria.

Uno de los problemas orales de mayor prevalencia es la caries dental, una vez establecida al no ser tratada es persistente y no tiene curación espontánea, de aquí parten la prevención oral, diagnóstico y tratamiento óptimo a las distintas afecciones más comunes presentes en la cavidad bucal.

Siendo muchas veces el primer molar permanente una de las piezas dentarias más susceptibles a los deficientes hábitos de higiene bucal y de alimentación ya que estos repercuten en la acumulación de placa dental y residuos alimenticios, los cuales constituyen un sustrato para las bacterias que originan las caries ocasionando destrucción de su estructura dentaria, ya que esta pieza es una de las primeras que erupciona en la dentición permanente y por desconocimientos, los padres tiende a confundir con una pieza dentaria temporal, ya que no tienen la suficiente información para darle la debida importancia a la permanencia de esta pieza dentaria en la cavidad oral.

Se investigó a 128 niños de la escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate de la parroquia Riochico, a los cuales se les realizó el respectivo examen diagnóstico de la cavidad oral para determinar la ausencia prematura de los primeros molares permanentes.

El informe de la investigación, está estructurado en dos partes: una parte teórica producto de la recopilación de bibliografía científica actualizada y la otra parte práctica que es el resultado de la exploración de campo con las cuales se organizó el contenido teórico-práctico coherente.

ANTECEDENTES

La escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo fue escogida debido a que no existe ningún trabajo de investigación con respecto a la salud oral y pérdida prematura del primer molar permanente en los niños (as) de la escuela, constituyéndose en un trabajo investigativo inédito en esta institución, por tanto este informe científico va a ser el primer documento que servirá de guía para determinar el origen de los problemas dentales y buscar una solución a la pérdida del primer molar permanente.

El servicio que presta el establecimiento es el de brindar educación y velar por el bienestar y la comunidad en general.

La Salud Oral es el estado de completa normalidad, eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de sostén, así como también de las partes que rodean la cavidad bucal, obteniendo armonía en la masticación y el complejo maxilofacial.

El primer molar permanente es una pieza dentaria de mucha importancia en la cavidad oral; ya que por su origen, estructura morfológica y factores agregados a su integridad influye sobre el bienestar de la salud.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A inicios de la década de 1990 en algunos países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador informaron que entre 85% y 97% de la población presentaban caries dental. Los estudios realizados en Maracaibo y Córdoba señalaron que la prevalencia de caries y fluorosis en niños escolarizados era alta, sobre todo en dientes de los varones de 6 años, cuyos padres tenían pocos recursos económicos.

En el 2000 González J. y otros, para su investigación titulada estudio epidemiológico sobre la pérdida prematura del primer molar permanente en niños con edades comprendidas entre 6 y 10 años, tomaron 142 pacientes de ambos sexos (con la pérdida de alguno de los primeros molares) siendo 82 pacientes femeninos y 60 pacientes masculinos, de 5 poblaciones del Edo. Anzoátegui tales como: Anaco, Aragua de Barcelona, San Joaquín, Santa Rosa y Buena vista. Este estudio se llevó a cabo con el método de observación clínica, llenando los datos en el odontograma y la anamnesis, para obtener información más detallada sobre causa y edad en la que ocurrió la pérdida dental.

A partir de este examen clínico en el cual la muestra que se obtuvo es que el diente con mayor índice de ausencia fue el primer molar permanente inferior derecho con un 42%, en segundo lugar de ausencia encontramos el primer molar superior derecho con un 33%, seguido por el primer molar superior izquierdo con un 15% y por último el primer molar inferior izquierdo con un 10%, estableciendo como causa principal la caries dental.

En Portoviejo; estudios investigativos realizados por egresadas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, determinaron que el número de piezas dentarias perdidas en la dentición permanente de 27 niños/as atendidos, el 78% presentaron piezas perdidas.

En los diagnósticos anuales que se realizan en el Sub-Centro de Salud de Riochico por medio de la elaboración de historias clínicas de los niños (as) de la escuela Carlos Montufar Rosa Zarate, se pudo observar aproximadamente un 28% de niños (as) presentaban, pérdida de sus primeros molares permanentes en la cual se puede constatar el desconocimiento por parte de los padres a que se les realicen tratamientos preventivos a sus hijos, y de esta manera poder conservar sus piezas dentarias en condiciones óptimas de salud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con los argumentos expuestos, el problema investigado quedó planteado así:

¿A qué se debe la pérdida prematura de primeros molares permanentes en los niños de la escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate de la parroquia Riochico?

Interrogante que fue despejado durante el proceso de investigación.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN

La justificación de este trabajo investigativo se basa en la importancia que se le debe dar al primer molar permanente, primera pieza dentaria que erupciona; a partir de los seis años lo cual es vulnerable a diferentes patologías orales como al acumulo de placa dental, caries, desgastes que contribuyen a la elevada pérdida prematura del primer molar permanente que afecta hoy en día a la población infantil como adulta; el poco interés de los padres a realizar tratamientos preventivos a sus hijos y por ende el desconocimiento de esta pieza dentaria que no va a ser intercambiada por otra.

Es importante realizar este tema investigativo cuyo propósito es de facilitar información sobre las funciones que cumplen los primeros molares permanentes y las consecuencias que provoca su pérdida, considerando que esta pieza dentaria favorece el proceso de crecimiento de los maxilares y la mandíbula.

También se considera indispensable generar la motivación a los padres a realizar los tratamientos preventivos que se les efectúan a sus hijos de manera gratuita en el Sub – Centro de Salud y facilitar el conocimiento adecuado de mantener el buen estado de salud oral que se va a reflejar en el desenvolvimiento de los niños en sus actividades académicas.

El presente trabajo se realizó mediante la recopilación de datos; en la cual se llevo a cabo la elaboración de historias clínicas que se le realizaron a los niños (as) del primer año hasta séptimo año básico de la Escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate, para poder constatar cual es la incidencia de la pérdida prematura del primer molar permanente y como se encuentra el estado de su salud oral.

Fueron beneficiados los/as estudiantes de la Escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate de la parroquia Riochico, los padres de familia, por medio de charlas sobre importancia de la Salud Oral y del primer molar permanente en la cavidad bucal.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

La presente investigación se proyectó a cumplir los siguientes objetivos:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia de la salud oral en la pérdida prematura de los primeros molares permanente en los niños de la escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate de la parroquia Riochico.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Establecer los hábitos de higiene oral en los niños(as) de la escuela Carlos Montufar.
- Conocer el grado de cultura preventiva de los padres de familia en la salud oral de sus hijos(as).
- Demostrar el efecto que produce la ingesta elevada de alimentos cariogénicos en los niños(as) de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.
- Verificar la incidencia del control odontológico en la pérdida prematura del primer molar permanente.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema de la pérdida prematura del primer molar permanente en los niños de la escuela Carlos Montufar - R. Zarate.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL

La pérdida prematura de primeros molares permanentes afecta la salud oral en los niños (as) de la Escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate de la parroquia Riochico.

CAPÍTULO V

MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

La Escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate ubicada en la calle Montalvo entre Sucre y calle s/n, fundada en el año 1905, su nombre se debe a que a inicios era dos escuelas una de hombres (Carlos Montufar) y la otra de mujeres (Rosa Zarate) luego esta escuela se unió y se hizo mixta hasta la actualidad, su directora actual es la Sra. Estrella Casanova Molina, cuyo cargo lo obtuvo desde hace tres años. Consta de 128 niños(as) de escaso recursos económicos.

En la escuela Carlos Montufar- R. Zarate, no cuenta con un departamento de Odontología propio pero si cuenta con la atención que le facilita el sub-centro de salud, los docentes de la escuela en sus actividades no realizan motivaciones sobre la importancia de la salud oral en los niños(as).

El ministerio de salud pública y la empresa Colgate Palmolive S.A. del Ecuador firmaron en el año 1997, el convenio de cooperación y asistencia recíproca para la ejecución del programa educativo de salud bucal, el mismo que continúa vigente hasta la presente fecha en todas las provincias del país.

Por medio de éste Convenio se hace la entrega anual de equipos de higiene oral que consiste en pastas y cepillos dentales, forros para cuadernos y material educativo los mismos que son donados a las Escuelas que están consideradas dentro del programa de salud escolar.

Los estudiantes de la escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate incluida dentro del convenio; asisten anualmente al sub-centro de salud de su parroquia a realizarse diagnósticos y tratamientos que se encuentran dentro de los parámetros del programa escolar y así prevenir problemas dentales.

5.2. LA SALUD ORAL

“Es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de sostén, así como también de las partes que rodean la cavidad bucal, estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial.”¹

“La prevención en salud oral corresponde a un conjunto de medidas, recaudos ó acciones que deben de tomarse para reducir la morbilidad de las enfermedades orales.”²

La expresión salud dental 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.

¹ Villafranca Félix De Carlos, (2005) Manual Del Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial Mad, S.L. Pág. 128

² www.saludymedicina.com

5.2.1. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD ORAL

5.2.1.1. Placa dental

Es una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano.

Podemos definir el control de la placa bacteriana como la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación sobre los dientes y las estructuras vecinas.

Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias. Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, gingivitis o enfermedad periodontal (enfermedades de las encías).

5.2.1.1.1. Placa supragingival

La placa supragingival se acumula especialmente en el tercio gingival del diente y se evidencia con tinciones especiales que se conocen con el nombre de soluciones reveladoras.

La solución reveladora se aplica localmente, el paciente se enjuaga y el elemento teñido que persiste en la vecindad del margen gingival corresponde a la placa supragingival.

La placa bacteriana supragingival se adhiere aprovechando pequeñas rugosidades de la superficie dentaria, márgenes de obturación y restauración protésicas, lo mismo que bandas de ortodoncia.

Básicamente la placa bacteriana supragingival está constituida por microorganismos y una matriz intercelular que alberga los componentes celulares, también podemos encontrar células epiteliales descamadas, leucocitos en diferentes grados de descomposición y macrófagos.

5.2.1.1.2. Placa Subgingival

La placa bacteriana subgingival se forma en un medio diferente al de la placa bacteriana supragingival; la saliva, que es importante en la formación de la supragingival, no es un elemento fundamental en la formación de la subgingival. El medio en que se organiza la subgingival está orquestado por elementos diferentes: fluido gingival, células epiteliales de descamación, ausencia de oxígeno y presencia de leucocitos. En efecto, los microorganismos de la subgingival tienen como sustrato el fluido gingival, en lugar de saliva y la microbiota subgingival tiene que coexistir con los PMNs (polimorfonucleares) sulculares.

5.2.1.2. Cálculo dental

“El cálculo dentario es una masa orgánica calcificada, dura y en íntima relación con el tejido gingival y que están adherida a la superficie del diente.

Generalmente, se trata de una masa dura, de color amarillento / carmelitoso o verde / negruzco, de consistencia pétreo, forma aplanada y firmemente adherida a la superficie dentaria. No importa cuál sea su localización (supra o subgingival), presenta una estructura similar, composición química igual, conformación cristalográfica idéntica y origen salivar común, aun cuando el fluido gingival también influye en la formación del cálculo subgingival. Según su localización pueden ser supragingival y subgingival.

5.2.1.2.1. Cálculo Supragingival

Los supragingivales son visibles y están depositados en la corona del diente en relación con el margen gingival libre de la encía. Generalmente son blancos o blanco/amarillentos, duros y se desprenden fácilmente de la superficie dentaria. Con frecuencia se presenta recurrencia en su formación, especialmente en el área lingual. La coloración se modifica por el tabaco y la ingestión de bebidas y alimentos (café, té, vino); en efecto los cálculos se observan de coloración carmelitosa, negra, o verdosa en algunas ocasiones.

Los cálculos supragingivales pueden estar localizados en un solo diente, en un grupo de dientes o en todos los dientes presentes en la boca.

Se encuentran depósitos especialmente en la superficie vestibular de primeros molares superiores, en la desembocadura del conducto de Stensen y sobre la superficie lingual de los dientes anteriores inferiores cerca del conducto de Wharton.

5.2.1.2.2. Cálculos Subgingival

Los cálculos subgingivales hacen referencia a depósitos calcificados que se presentan por debajo del margen gingival en la encía normal, o por debajo de la pared blanda de los sacos periodontales, en casos de periodontitis.

Generalmente no son visibles al examen oral. Clínicamente su detección se logra al observar por transparencia una coloración negruzca en la pared gingival, por la introducción de un elemento romo como la sonda o de un elemento agudo como el explorador o una cureta”³

• ³ Barrios Gustavo M. (2004) “Odontología” Tomo 1(Editorial Ltda.) Cap.3, Pág. 285,286.

5.2.1.2.3. Índice de cálculo

Utilizando para medir la cantidad de cálculo acumulado en la superficie dentaria, ya sea en dirección supragingival o subgingival.

Se mide de la siguiente manera:

0= ausencia de cálculo, 1= cálculo supragingival. Pudiendo existir también bajo la encía libre, siempre y cuando no se exceda de 1mm. 2= cantidad moderada de cálculo supra y subgingival o solamente cálculo subgingival. 3= presencia abundante de cálculo supra y subgingival.

5.2.1.3. Caries dental

5.2.1.3.1. Generalidades

La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y por el desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, lo que da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.

Se ha considerado a la caries como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento, aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre el 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta.

El deterioro de los dientes es la enfermedad conocida como caries, que puede prevenirse fácilmente, esta es causada por muchos factores.

El azúcar y los almidones de los alimentos son sustancias que provocan daños en los dientes.

5.2.1.3.2. Etapa de formación de las caries

“La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial que afecta los tejidos duros y blandos de los dientes; en ella intervienen cuatro factores:

- a) Microbianos (presencia de bacteria)
- b) Sujeto (diente susceptible);
- c) Sustrato (carbohidratos y la placa bacteriana); y
- d) Tiempo”⁴

5.2.1.3.3. Tipos de Caries Dental

5.2.1.3.3.1. Caries de primer grado:

Afecta únicamente al esmalte. Por lo general no duele y por tanto es más difícil de detectar. En este momento es cuando un buen tratamiento puede asegurar mejores resultados, ya que es poca la cantidad de tejido dañado.

5.2.1.3.3.2. Caries de segundo grado:

Afecta al esmalte y la dentina. Puede reconocerse a simple vista por cambios en la transparencia del diente.

⁴ J.R. PINKHAM, B.S., D.D.S., M.S. Odontología pediátrica. Interamericana. McGraw- Will. 1998 Capítulo II Pág. 10

Todavía no es un tipo de caries excesivamente dolorosa, lo cual es un inconveniente, puesto que se buscan los servicios profesionales demasiado tarde.

5.2.1.3.3. Caries de tercer grado:

Es la que afecta a la pulpa dentaria. El proceso ha ido avanzando en profundidad hasta llegar a la pulpa. En este momento ya es muy dolorosa. La mayoría de las veces el dentista, si quiere mantener la pieza, debe extirpar el nervio y reconstruir luego la corona del diente. Cuando esto no es posible se debe proceder a la exodoncia”.⁵

5.2.1.4. CARIOGENECIDAD RELATIVA A LOS ALIMENTOS:

5.2.1.4.1. Efectos locales de la dieta.

“Está perfectamente demostrado que los hidratos de carbono de absorción rápida de la dieta son inductores de caries y que ejercen su efecto cariogénico localmente en la superficie del diente.

Las diferencias en la retención de los alimentos explican las variaciones en la incidencia de caries en las piezas dentarias, tales como molares, incisivos desarrollados en un mismo individuo bajo idénticas condiciones nutricionales y sistémicas los hidratos de carbono de la dieta son el sustrato energético de los microorganismos bacterianos presentes en la placa, y pueden ser fermentados directamente, o después de su almacenamiento en la placa o superficie del diente como polímeros extracelulares de glucosa o fructosa.

El almidón puede ser parcialmente convertido en glucosa soluble por acción de las enzimas salivales y ser utilizado por las bacterias de la

⁵ <http://pasionporlaodontopediatria.glogspot.com/2010>.

placa. Esta fermentación anaeróbica de los azúcares conlleva a la producción de ácidos orgánicos, principalmente ácido láctico, que se deposita en la placa y en las lesiones preexistentes del esmalte, y por ello después de cada ingesta de azúcares se produce una disminución del Ph de la saliva y la placa. El Ph ácido, al contrario del neutro, conlleva la desmineralización del diente; por tanto si los periodos de desmineralización son demasiado frecuentes o demasiado largos en relación con los periodos de remineralización o reposo con consecuencia de ingesta frecuente, repetidas o continuas de azúcares, el resultado final será la lesión de caries”.⁶

5.2.1.4.2. Dieta no cariogénica

“El factor dietético favorecedor de la aparición de caries es la frecuencia del consumo de hidratos de carbono refinados, más que la cantidad en sí. También existen otros factores que conviene destacar:

El carbohidrato más implicado es la sacarosa.

Los alimentos azucarados, sólidos, adhesivos, pegajosos son más cariogénicos.

El prototipo de alimento cariogénico sería un azúcar refinado, adhesivo, ingerido entre las comidas.

Las medidas preventivas a adoptar desde el punto de vista dietético serían las siguientes:

Favorecer una dieta equilibrada y nutritiva, con disminución de la ingesta de azúcares pero manteniendo una proporción adecuada de carbohidratos.

Disminuir la ingesta de refrescos azucarados, dulces, galletas y otros azúcares sólidos adhesivos.

Procurar ingerir los hidratos de carbono durante las comidas principales, cepillándose posteriormente los dientes.

⁶ CUENCA Sala Emili, Odontología Preventiva y Comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Edición N.3 Edit. Elsevier España, 2007. Pág. 71- 73.

Se pueden consumir sustitutos del azúcar como sacarina, sorbitol y xilitol.”⁷

5.2.1.5. Saliva como factor cariogénico

La saliva es un factor de singular importancia en el medio bucal. Las macromoléculas salivales se encuentran comprometidas con las funciones de lubricación, digestión, formación de película salival o adquirida, adherencia y agregación bacteriana, formación de placa dental y provisión de un medio para el diente.

La saliva es efectiva para mantener el Ph de la cavidad bucal y contribuye a regular el Ph de la placa dental; mantiene la integridad dentaria por medio de su acción de limpieza de hidratos de carbono y regula el medio iónico para proveer capacidad de remineralización.

5.2.2. MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA SALUD ORAL

5.2.2.1. Higiene bucal

La higiene dentaria barre los residuos y los microbios que provocan las caries y la enfermedad periodontal ("piorrea"). Por donde pasan eficazmente el cepillo dental y el hilo, no se producen caries ni sarro. La buena higiene bucal proporciona una boca que luce y huele saludablemente. Esto significa que:

- Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos
- Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental
- El mal aliento no es un problema constante.

⁷ BARRANCOS Money. Principios generales de las preparaciones. Buenos Aires: Médica Panamericana2006. Pág.353.

5.2.2.1.1. Cepillado dental

“El cepillado de los dientes es el método de higiene bucal más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de accesibilidad social”⁸

“El cepillo dental es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de placa dental relacionándola tanto con la caries dental como con las enfermedades periodontales (la gingivitis y la conocida piorrea)”.⁹

5.2.2.1.1.1. Técnicas de cepillado dental

“Se recomienda diferentes formas de cepillado dental para realizar la higiene oral. Unos autores recomiendan limpiar los dientes de arriba hacia abajo, otros lateralmente o en circular, etc. Hemos encontrado que las diferentes formas de cepillarse los dientes, pueden ser horizontal, vertical de giro, vibratoria, fisiológica, de barrido la técnica de Bass entre otras”¹⁰. Siendo la más aceptada actualmente la llamada técnica de Bass.

5.2.2.1.1.1.1. Técnica de Bass.

“Se aplica un cepillo con múltiples cerdas, blando con la cabeza con un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal del diente y se presiona en sentido apical contra el margen gingival.

El cepillo se mueve en dirección antero posterior con movimientos cortos vibratorio. Cuando se limpian las caras linguales de los dientes anteriores, el cepillo tiene que ser puesto verticalmente para tener acceso adecuado al área gingival de esos dientes. El método de Bass, correctamente

⁸ Barrancos Mooney, Operatoria Dental, 4ta Edición. Buenos Aires. Médica Panamericana 2007. pág.376

⁹ [Http://www.saludalia.com.es](http://www.saludalia.com.es)

¹⁰ Vicente Santos, “Higiene dental personal diaria” pag.72

utilizado, es eficaz, para eliminar los depósitos blandos ubicados inmediatamente por debajo y por encima del margen gingival.

5.2.2.1.1.1.2. Método de Charters.

Se aplica la cabeza del cepillo contra los dientes en un ángulo aproximado de 45° con el plano oclusal. Las cerdas del cepillo dental quedan dirigidas hacia el plano oclusal / incisal y con el cepillado se hace movimientos rotatorios. Este método de limpieza dentaria es particularmente eficaz en los casos de recesión de las papilas interdentarias, es decir, cuando los espacios interdentarios están abiertos y accesibles a la penetración de las cerdas del cepillo”.¹¹

5.2.2.1.1.1.3. Método modificado de Stillman.

“Este método de cepillado utiliza cepillos de dos o tres hileras de cerdas, medianas o duras. Se colocan las cerdas mirando hacia apical contra la encía adherida, se presiona ligeramente buscando una angulación de 45°, se hace presión moderada, de manera que se aprecie un poco de isquemia en el tejido gingival y luego se hacen pequeños movimientos hacia adelante y hacia atrás, desplazando el cepillo en sentido coronal a lo largo de la encía adherida, barriendo el margen gingival y la superficie cervical del diente. Se van haciendo movimientos superpuestos hasta limpiar toda la zona de la boca.

El procedimiento se repite por vestibular y lingual. Luego se cepillan las superficies oclusales. Con esta técnica prácticamente se utiliza la parte lateral de la cerda y no la punta.

¹¹ LINDHE Jan, Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Edición N.- 3 Edit. Médica Panamericana España2001. Pág. 444,445

El método de Stillman está indicado en pacientes con retracción gingival progresiva y con exposición”¹²

5.2.2.1.1.4.Cuidado de los cepillos dental

“Existe una gran variedad de diseños en el mercado, pero no hay prueba científica de que un diseño o tipo específico, de cepillo sea superior en la eliminación de placa, dependiendo de esta la técnica utilizada y la motivación del individuo”¹³

“Los cepillos deben ser adecuadamente mantenidos para prolongar su eficiencia y vida útil, debiéndose aconsejar a los padres que renueven los cepillos en forma periódica; una vez utilizados deben lavarse y sacudirse, para eliminar el máximo de agua de las cerdas y colgarlo como para permitir aireación”.¹⁴

“El cepillo dental posee un tiempo determinado de vida y uso. Se recomienda cambiar el cepillo dental cada tres meses, debido a la cantidad de bacterias que se acumulan en las cerdas y en el mango del objeto.

Los cepillos de cerdas suaves y de puntas redondeadas, suelen durar menos que los de cerdas fuertes. Las primeras son de ayuda si la persona presenta hipersensibilidad de las encías, de esa manera realizar el acto del cepillado con movimientos precisos y ejerciendo una presión suave en forma de masaje para no lesionar los tejidos ni producir dolor”¹⁵.

“Generalmente se aconseja hacer un cepillado prolijo al menos una vez al día; sin embargo, lo ideal es hacerlo varias veces al día, con propósitos cosméticos y de prevención de halitosis”¹⁶

¹² Barrancos Mooney. Operatoria Dental, Integración Clínica. 4 Edición. Buenos Aires. Médica Panamericana 2007. Pág. 407.

¹³ Masson S.A Manual de Odontología Cap.6, “Control de placa bacteriana Pág. 65.

¹⁴ Escobar Fernando (2004) Prevención en Odontología Pediátrica. Editorial AMOLCAPág.149

¹⁵ <http://www.sdp.net/CAR/controlquimicodelaplacabacteriana.htm>

¹⁶ Barrios M. Gustavo, Odontología, Tomo 1. Editar Ltda.2004.pág.306

5.2.2.1.2. Hilo o seda dental

Este elemento es el más recomendado para remover la placa de las superficies proximales.

La seda dental es un conjunto de finos filamentos compuesto de 400 filamentos aproximadamente son de nylon o plástico (comúnmente teflón o polietileno) usado para retirar pequeños trozos de comida y placa dental de los dientes.

5.2.2.1.2.1. Modo de uso del hilo dental:

- Cortar unos 40 cm de hilo dental y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos
- Tomar el hilo con el índice y pulgar de cada mano, dejando unos 6 cm de hilo entre ambas manos
- Tensar el hilo y deslizarlo suavemente entre los dientes
- Moverlo frotando el borde del diente con el hilo de arriba hacia abajo, removiendo la placa bacteriana y restos de alimentos
- Intentar llegar lo más abajo posible de la línea de las encías
- Se recomienda su uso por lo menos una o dos veces al día.

5.2.2.1.3. El dentífrico

La pasta dentífrica es una mezcla homogénea de sólidos en agua, que colabora en la limpieza dental y que complementa la acción mecánica del cepillo. “El uso de dentífricos (o pastas) en el cepillado dental puede cumplir con varios fines desde el estético para obtener aliento confiable o dentadura impecable blanca, hasta el relacionado con la salud, ya que pueden evitarse problemas que comprometan las estructuras de las piezas dentales”.¹⁷

¹⁷ <http://www.saludymedicinas.com>

Para que la pasta dental tenga un poder de limpieza es necesario, aparte de cepillarse correctamente, que su composición posea un componente abrasivo que se encargue de limpiar y pulir la superficie del diente, siempre y cuando no sea excesivo de forma que nos pueda producir lesiones erosivas.

Además necesitan tener detergentes que destruyan los depósitos de bacterias y sustancias que impidan que la pasta se estropee y pierda cualidades de textura, sabor y color.

5.2.2.1.4. Enjuagues bucales

Es una solución que suele usarse después del cepillado de los 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 con prevención de halitosis, otros con flúor que previenen las caries y optimizan la calcificación de los dientes.

Son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, la presencia de aplicación puede ser diaria (fluoruro de sodio al 0,05 % o 230 ppm) o semanal fluoruro de sodio al 2% ó 900 ppm.

Su uso es contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución.

5.2.2.1.5. Fluorizaciones

Es un proceso sencillo que no causa dolor ni molestia. Consiste en colocar unas cubetas (moldes de plástico) en la boca del niño con un gel

con flúor por un tiempo aproximado de 5 minutos. Al acabar el proceso, el niño no podrá ingerir ningún tipo de alimento ni enjuagarse por 30 minutos.

Lo recomendable es que el proceso de la fluorización se realice dos veces al año cuando el niño tenga dos o tres años de edad, ya que en este periodo las caries empiezan a aparecer con mayor frecuencia.

5.2.2.1.6. Sellantes fosas y fisuras

“El cierre de hoyos y fisuras de las superficies dentarias por medio de sustancias adhesivas que luego permanecen firmemente unidas al esmalte constituye un procedimiento preventivo y terapéutico de extraordinario valor.

Se utilizan para ello: a) resinas sin carga mineral, de autocurado o de fotocurado, colocadas mediante técnica adhesiva, b) ionómeros vítreos con agregado de plata o sin él y c) ionómeros modificados con resinas (ionorresinas). El principal factor a tener en cuenta para la aplicación del sellador es el diagnóstico del estado de salud de esos hoyos y fisuras que se pretende cerrar”.¹⁸

5.2.2.1.7. Visitas al odontólogo

Los dentistas juegan un importante papel en el control de la salud dental y el tratamiento o prevención de enfermedades. “Es de mucha importancia que se realicen visitas periódicas al dentista cada 6 meses para hacer una revisión. Y pedir consejo al dentista antes de usar productos estéticos (p. ej. blanqueadores de dientes) que puedan deteriorar los dientes”¹⁹.

¹⁸ Barrancos Mooney (2007) “Operatoria Dental” 4ta Edición (Editorial Médica Panamericana). Pág.657.

¹⁹ Coloma Rodríguez Luis Enrique (2008) “Aprendamos para tener Salud Bucal”

“Casi todos los pacientes acuden al odontólogo solo cuando presentan dolor, en la mayoría de las ocasiones se trata de dolor dental severo. Esto hace que las actuaciones de los especialistas tengan que ir encaminadas a resolver dicha molestia y, muy pocas veces pueden llegar a prevenirlo”²⁰

El objetivo que los odontólogos quieren fomentar en sus pacientes es, una boca sana, con dentición completa y apoyada en encías y huesos sanos, además de tener oclusión equilibrada y estable.

La boca tiene una función importante en la vida de los seres humanos. Todos los nutrientes pasan por ella. Las expresiones de alegría, tristeza e incluso amor e ira dependen en gran parte de acciones de los labios y carrillos.

El odontólogo es el profesional que le va a brindar información que oriente a los padres acerca del desarrollo dental de sus hijos, las enfermedades dentales y las medidas de prevención que se tienen para que no surjan estos trastornos. Es muy importante acudir al odontólogo no solo cuando nos duelen los dientes o detectamos alguna situación de nuestra boca que nos moleste, sino también por recibir de parte de él algún método profiláctico y preventivo para mantener los tejidos bucales en óptimas condiciones.

Los odontólogos es el guía principal en educar a los padres de familia para que estos a su vez transmitan el mensaje a sus hijos, es importante que los padres “controlen el cepillado dental de su hijo dos veces al día hasta que él aprenda a utilizar el cepillo de dientes sin ayuda. Luego continúe supervisando al niño cuidadosamente hasta que esté seguro que

²⁰ <http://www.dmedicina.com>

se cepilla correctamente y que utiliza una cantidad pequeña de pasta de dientes”²¹

5.2.3. NUTRIENTES IMPORTANTES PARA TENER UNA BUENA SALUD ORAL

5.2.3.1. Proteínas: Importantes para la formación de los dientes.

5.2.3.2. Calcio

El calcio es un mineral que se encuentra en la naturaleza en ciertos alimentos, además de la leche, y que ayuda a que los dientes y huesos sean fuertes.

Las deficiencias en Ca producen una desmineralización que debilita la estructura del diente. Por lo que la falta de estos compuestos da como resultado un ***hipo mineralización***, compromiso de la integridad dental, retardo en la erupción dental, disminución de las piezas dentales, menor estabilidad del esmalte y disfunción de las glándulas salivales.

5.2.3.3. Vitamina D

Necesarios para la formación de dientes fuertes durante el proceso de calcificación dental.

Una falta de vitamina D durante la infancia causa retrasos en la aparición de los dientes de leche y permanentes, y modifica el orden en el que los dientes salen.

²¹ www.educarsushijos.com.es

5.2.3.4. Flúor

El Flúor es un mineral natural que se encuentra en la corteza terrestre y tiene una distribución extensa en la naturaleza, es considerado uno de los micronutrientes más importantes del organismo humano, ya que participa en la formación óptima de los tejidos mineralizados del organismo. Este mineral disminuye la posibilidad de padecer caries al endurecer el esmalte de los dientes, reducir la capacidad de la bacteria para producir ácido y fomentar la formación mineral.

Al flúor se lo puede encontrar en casi todo los alimentos naturales en pequeñas proporciones, como por ejemplo en el pescado (sardina, salmón), en algunas bebidas como el té y en el agua.

5.2.3.4.1. Mecanismo de acción de los fluoruros:

“Generalmente se cree que la formación de fluorapatita es el principal factor en el mecanismo cariostático de los fluoruros.

La reacción de re cristalización que ocurre en los componentes del esmalte desmineralizado, son remineralizados por los iones fluoruros, en vez de perderse en la parte líquida circundante.

En estas circunstancias la fluorapatita o fluorhidroxiapatita sería el vehículo de la inhibición de caries y no su causa.

5.2.3.4.1.1. Acción sistémica:

Durante el periodo de mineralización dental, previo a la erupción, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su

resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.

5.2.3.4.1.2. Acción tópica:

El efecto anticaries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización – remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Estas acciones son fundamentalmente las de incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un efecto antibacteriano (toxicidad a altas concentraciones, inhibición de sistemas enzimáticos), favorecer la remineralización”²²

5.2.3.5. Vitamina C

Mantiene fuerte el tejido de las encías y la vitamina K controla la pérdida de sangre. La falta de vitamina C afecta las encías y el tejido blando que sujeta los dientes.

5.2.3.6. Vitamina A

Pertenece al grupo de las vitaminas liposolubles (soluble en grasa) es esencial para el organismo.

Esta vitamina está presente en los alimentos de origen animal en forma de vitamina A pre-formada y se la llama retinol mientras que en los vegetales aparece como provitamina A, también conocido como carotenos (o carotenoides) entre los que se destaca el beta caroteno.

²² Jorge Sánchez, Revista El Odontólogo 2008 Pág. 22

Los betas carotenos son pigmentos naturales que se pueden encontrar en frutas y hortalizas de color rojo, naranja y amarillo, o también en vegetales verdes oscuros.

La falta de esta vitamina durante la formación de los dientes interfiere con la calcificación dental y como resultado el esmalte de los dientes no se desarrolla completamente o se desarrolla pobremente.

5.2.4. NUTRICIÓN EN SALUD DENTAL

Según la asociación médica estadounidense, nutrición es la ciencia que estudia los alimentos, los nutrientes y otras sustancias conexas, su acción, interacción y equilibrio respecto de la salud y la enfermedad.

La dieta y la nutrición intervienen de forma decisiva en el desarrollo dental, la integridad de los tejidos gingivales y de la boca, la fortaleza de huesos, la prevención y el tratamiento de enfermedades estomatológicas.

5.2.4.1. Alimentos cariostáticos. sustitutos del azúcar.

“Los alimentos que sustituyen el uso del azúcar deberán cumplir una serie de propiedades como son:

- Tener un poder edulcorante suficiente
- No alterar la temperatura de cocción de los alimentos
- Tener una acción positiva anticaries

Podemos distinguir 2 grupos.

a) Endulcorantes:

- Son productos de intenso poder endulzante, no calórico.
- Pueden ser de origen natural o sintético.
- Su sabor es mucho más dulce que el azúcar en igual cantidad.

b) Sustitutos del azúcar:

Son carbohidratos calóricos sustitutos de la sacarosa, con igual o menor capacidad endulzante que esto, por eso se mezclan con edulcorantes intensos”.²³

5.3. PRIMER MOLAR PERMANENTE

“El primer molar permanente es una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una oclusión fisiológica y adecuada función masticatoria”²⁴.

Los primeros molares permanentes son piezas muy importantes porque determinan el patrón de masticación durante toda la vida de una persona.

5.3.1. GENERALIDADES.

5.3.1.1. Función del primer molar permanente:

El primer molar cumple un rol en el crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático por su gran superficie oclusal e implantación ósea. Su erupción se da cuando el niño presenta la peor higiene. Este primer molar es el primero en erupcionar siendo ésta la piedra angular de la oclusión. El primer signo de calcificación de este diente puede producirse incluso antes del nacimiento, el esmalte completo tardará de 3 a 4 años en completarse, brotará alrededor de los 6 años pero la raíz completa no estará completamente formada hasta los 9 o 10 años.

²³ Villafranca Félix De Carlos (2005) “Manual Del Técnico Superior en Higiene Bucodental” Editorial Mad. S.L. 1era Edición. Pág. 136, 137

²⁴ <http://www.ortodoncia.com>

5.3.1.2. Importancia del primer molar permanente

“El primer molar permanente tiene gran importancia en tanto que determina el patrón de masticación durante toda la vida, juega un papel trascendental al realizar la mayor parte del trabajo de masticación y trituración de los alimentos.

El primer molar permanente es una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una oclusión adecuada, pues al ocupar un gran espacio en el sector posterior, su presencia es básica para el desarrollo y equilibrio de la oclusión. Pese a lo anterior, se consideran los dientes permanentes más susceptibles a la caries después de su erupción alrededor de los 6 años debido a su morfología oclusal, a la presencia y acumulación de placa bacteriana, o porque ha estado expuesto al ambiente ácido bucal antes que otros dientes permanentes.

Este primer molar permanente tiene también su importancia ya que es la principal pieza que forma la llave molar o de Angle. Se denomina así a la correcta oclusión entre los primeros molares permanente superiores e inferiores, en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye con la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente inferior, lo cual es la primera indicación para una oclusión normal.

La primera de las diez llaves de la oclusión es la denominada llave de la oclusión molar propuesta por Angle publicada en un artículo en 1899, teniendo en cuenta que el primer molar permanente superior ocupa una posición estable en el esqueleto del cráneo facial y que las desarmonías eran causadas por los cambios anteros posteriores de la arcada inferior dividiendo las malas oclusiones en tres categorías:

5.3.1.2.1. Clase I o Neutroclusión

En la cual las relaciones entre los primeros molares es normal pero pueden existir torsiones, apiñamientos confiriendo al individuo un aspecto estético desagradable, presenta un perfil facial recto.

5.3.1.2.2. Clase II Distoclusión

El arco dentario inferior está en una posición distal con relación al superior produciendo que el surco mesiovestibular del primer molar inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, el individuo presenta un perfil facial convexo.

5.3.1.2.3. Clase III Mesioclusión

El primer molar inferior se encuentra mesialmente con respecto al superior ocasionando que el surco mesiovestibular del primer molar inferior se encuentre mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, el individuo presenta un perfil facial cóncavo y una musculatura desequilibrada.”²⁵

5.3.2. ERUPCIÓN DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.

“A diferencia de las piezas permanente por mesial de los primeros molares, estos no tienen predecesor temporal y su desarrollo se establece en una tuberosidad insuficiente, o en la rama mandibular, a la altura del ángulo entre cuerpo y borde anterior”.²⁶

Los primeros molares son los que inician el proceso eruptivo de la dentición permanente en la cavidad bucal. Éstos comienzan a calcificarse

²⁵ Nakata Minoru, Guía oclusal en Odontopediatría Editorial AMOLCA 2005

²⁶ Escobar Fernando, Erupción de dientes permanentes. Editorial AMOLCA 2004.

durante el primer mes de vida; en las etapas iniciales del desarrollo, el germen del primer molar permanente superior se ubica en la tuberosidad del maxilar y su superficie oclusal se orienta hacia abajo y hacia atrás; En la etapa previa a la perforación de la mucosa, empieza a tomar contacto con la cara distal del segundo molar temporario. El germen del primer molar permanente inferior está localizado a nivel del ángulo del Gonión de la mandíbula y la orientación de su superficie oclusal es hacia arriba y hacia delante.

Los primeros molares hacen su erupción inmediatamente por detrás de los segundos molares temporarios, más o menos a los 6 años de edad, por eso es denominado el molar de los 6 años.

5.3.2.1. Cronología de la erupción dental

“El ser humano a lo largo de la vida tiene dos denticiones: la temporal o de leche y la permanente. La dentición temporal erupciona entre los 6 y 36 meses y consta de 20 piezas dentarias (10 en cada arcada dentaria).

Las piezas temporales en cada hemiarcada son:

- Incisivo central superior.
- Incisivo lateral superior
- Canino
- 1° molar
- 2° molar

A los seis años, empieza la erupción de las piezas permanentes, y aproximadamente entre los 6 y 12 años, el niño tiene piezas temporales y piezas permanentes, es el periodo llamado dentición mixta.

A los 6 años erupciona el 1° molar permanente, justo por detrás del 2° molar temporal.

La erupción de este 1° molar permanente, pasa desapercibido muchas veces, el niño no se queja, no suele molestar y muchos padres creen que es un molar temporal.

De forma simultánea hay la exfoliación (caída) de los incisivos temporales inferiores, y a los 7 años empieza la erupción de los incisivos centrales permanentes, siendo los inferiores los primeros en salir. Entre los 7 y 8 años erupcionan los incisivos laterales inferiores y los superiores tardan algo más.

Entre los 9 y 12 años hay caída de los molares temporales y son substituidos por los premolares, y cambio de los caninos temporales por los permanentes.

En la arcada superior erupciona el 1° premolar, seguido del 2° premolar y por último el canino.

En la arcada inferior suelen erupcionar el canino y 1° premolar casi a la vez, pero antes que el 2° premolar.

A los 12 años erupciona el 2° molar permanente, que lógicamente no substituye a ninguna pieza.

A partir de los 18 años erupciona el 3° molar permanente (llamado cordal o muela del juicio), su erupción se puede alargar varios años, debido de múltiples causas” .²⁷

²⁷ [Http// odontología.mx.tripod.com/cronología.html](http://odontología.mx.tripod.com/cronología.html)

La erupción dental, resultado de la acción simultánea de distintos fenómenos tales como: la calcificación de los dientes desde la vida intrauterina, la reabsorción de las raíces de los dientes temporales, la proliferación celular y la aposición ósea alveolar; constituye un proceso fisiológico que participa directamente en el desarrollo del aparato estomatognático.

Tal como lo refiere la literatura, para que se produzca una erupción dentaria “normal”, es necesario que exista un desarrollo y crecimiento armonioso de las partes involucradas, entendiéndose como desarrollo al aumento de la fisiología celular lo que produce simultáneamente el cambio de tamaño de dichas estructuras definiendo así como el crecimiento de las mismas. La erupción es por consiguiente un proceso continuo que se inicia desde la formación del germen dentario; y dinámico porque el diente es llevado desde su cripta de desarrollo y colocado dentro de la cavidad bucal en oclusión con sus antagonistas.

5.3.3. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

5.3.3.1. Disminución de la función local.

“La ausencia del primer molar inferior permanente trae como consecuencia la disminución de hasta el 50% en la eficacia de la masticación, ya que hay un desequilibrio de la función masticatoria, en donde el bolo alimenticio se desplaza hacia el lado de la boca que no está afectado, acompañada de inflamación gingival y periodontopatías.

Igualmente hay un desgaste oclusal desigual que va asociado al hábito de masticar de un solo lado de la boca.

5.3.3.2. Erupción continúa de los dientes antagonistas.

Los primeros molares permanentes inferiores tienen mayor susceptibilidad al deterioro presentando por tal motivo un mayor índice de pérdida.

En consecuencia a la ausencia de uno de estos molares, su antagonista va erupcionando con mayor velocidad que los dientes adyacentes y a medida que continua su erupción queda extruido.

El proceso alveolar también se mueve junto a los molares y pueden causar inconveniente al momento de restaurar protésicamente al paciente por la disminución del espacio interoclusal.

5.3.3.3. Desviación de los dientes

Con la pérdida del primer molar permanente se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anteriores al espacio, pueden presentar movimientos, inclusive los incisivos laterales y centrales del mismo lado que se produjo la ausencia.

Los dientes que se mueven con mayor frecuencia son los premolares, los que pueden presentar desviación distal de mayor intensidad. Los premolares superiores tienen tendencia a moverse distal, ambos al mismo tiempo, y el movimiento de los inferiores es por separado.

En niños de 8 a 10 años de edad se producirá un mayor grado de movimiento, en los mayores de 10 años, si la pérdida se produce después de la erupción del segundo molar permanente, sólo se produce la desviación de ese diente.

Como consecuencia del movimiento dental producido por la pérdida de alguno de los 1º molares permanentes podemos mencionar también la desviación de la línea media, y el desarrollo no equilibrado de la totalidad del sistema estomatognatico.”²⁸

²⁸ Masson: El Manual de Odontología Barcelona Reimpresión, 2002. Pág.73- 1125

CAPÍTULO VI

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODOS

6.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

- **Bibliográfica:** Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron libros relacionados a la odontología, revistas e información del Internet.
- **De campo:** La investigación es de campo por que toda la información bibliográfica se la llevó al escenario donde se presenta el problema, para cuya aplicación se requiere el uso de entrevista, encuestas e historias clínicas.

6.1.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Descriptiva.-** En este estudio se demostró el estado de salud oral, posición de los dientes y pérdida prematura del primer molar permanente de los estudiantes de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.
- **Analítica.-** Se realizó un análisis profundo de la pérdida del primer molar permanente y sus consecuencias.
- **Sintética.-** Porque toda la información recopilada la cual midió el alcance de los objetivos, y fue sintetizado, mediante conclusiones al final de la investigación.
- **Propositiva.-** Porque al final de la investigación se diseñó una propuesta.

6.2. TÉCNICAS

Historias clínicas realizadas a los niños.

Encuestas dirigida a los estudiantes y padres de familia

Entrevista al Odontólogo del centro de salud de la parroquia Riochico.

6.3. INSTRUMENTOS

- Historia Clínica:
- Formulario de encuesta
- Formulario de entrevista

6.4. POBLACIÓN

La población lo constituyen 128 estudiantes de la Escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.

6.5. RECURSOS

6.5.1. RECURSOS MATERIALES

- Textos relacionados al tema de investigación
- Fotocopias
- Encuadernación
- Materiales de oficina
- Suministros de impresión
- Viáticos
- Digitación

6.5.2. TALENTO HUMANO

- Investigador
- Tutora de tesis
- Estudiantes de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.
- Profesional de odontología del sub-centro de salud de Riochico.
- Padres de familia.

6.5.3. TECNOLÓGICOS

- Internet
- Equipo de computo
- Impresión
- Cámara fotográfica
- Scanner
- Memory flash

6.5.4. RECURSOS ECONÓMICOS

La tesis de investigación tuvo un costo de aproximadamente de \$ 327.55 y está financiada por el autor del mismo. **(Ver anexo 1)**

6.6. PROCESO DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- **Bibliográfico:** Información secundaria
- **De Campo:** información primaria.

La información secundaria se la obtuvo en un 60% en la web y el 40% restante de libros de los últimos 5 años.

La información primaria se la obtuvo mediante aplicación de encuestas a los estudiantes, padres de familia, entrevista al profesional odontólogo y se observará el estado de la salud oral de los niños.

6.7. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

- La información bibliográfica se la realizó en el paquete Microsoft Word del paquete utilitario Microsoft.
- La información estadística se la proceso en el software Excel del mismo paquete utilitario de Microsoft.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

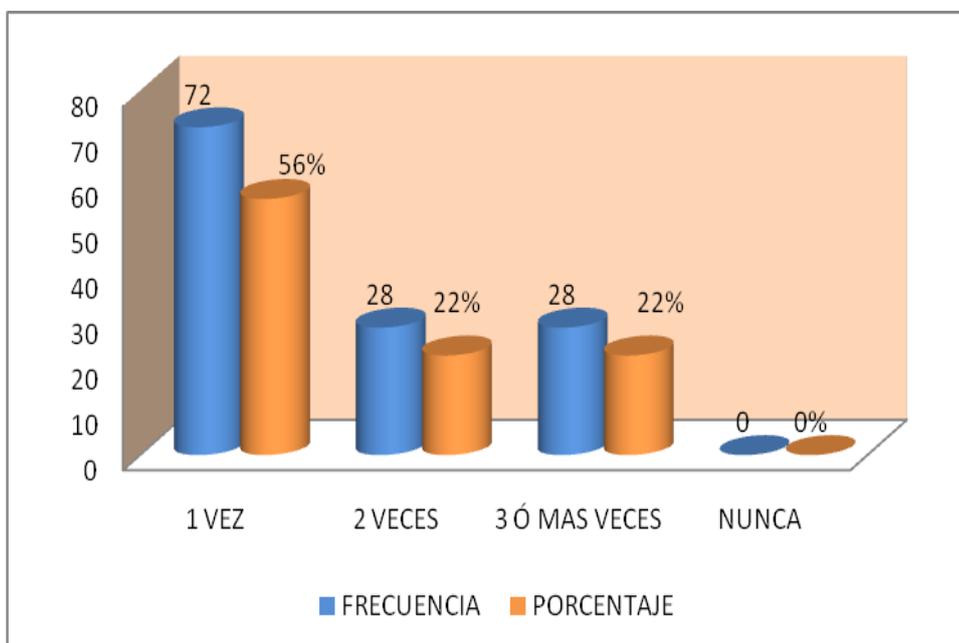
7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

7.1.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTA AL ESTUDIANTE

GRAFICUADRO N. 1

¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 VEZ AL DÍA	72	56%
2 VECES AL DÍA	28	22%
3 O MAS VECES AL DÍA	28	22%
NINGUNA	0	0%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar R. Zarate.

Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En base a los datos obtenidos de los 128 estudiantes encuestados, 72 estudiantes que corresponde al 56 % contestaron que se cepillan 1 vez al día los dientes, 28 estudiantes que corresponden al 22 % contestó dos veces al día; y 28 estudiantes que corresponde al 22% contestó 3 o más veces al día.

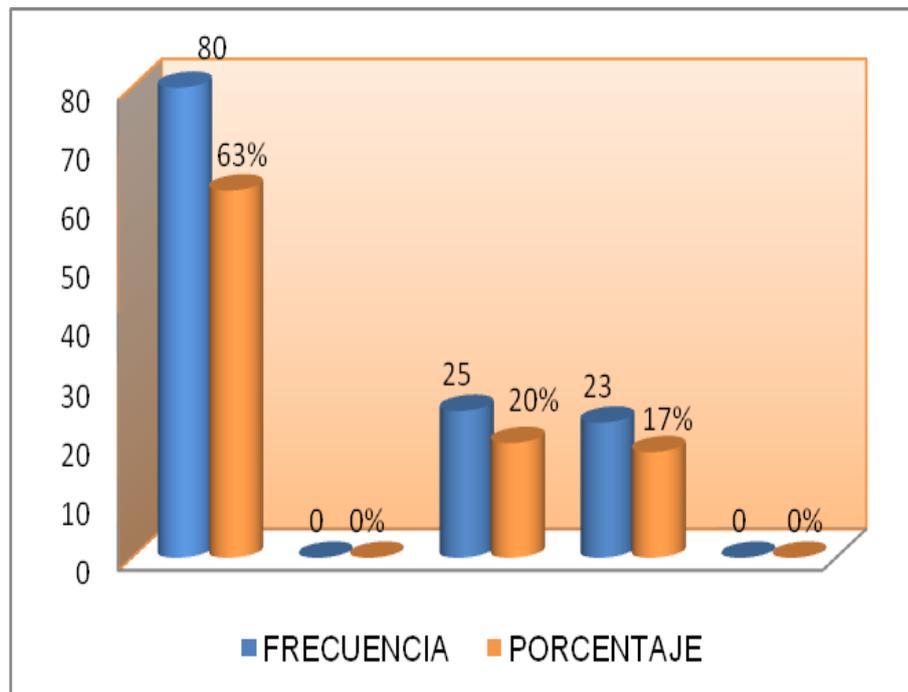
Según Barrios M. Gustavo en su libro Odontología en la página 306 dice que **“Generalmente se aconseja hacer un cepillado prolijo al menos una vez al día; sin embargo, lo ideal es hacerlo varias veces al día, con propósitos cosméticos y de prevención de halitosis.**

En base a los resultados obtenidos se ha podido analizar que los niños realizan con mayor frecuencia su cepillado dental una vez al día, lo cual es incorrecto.

GRAFICUADRO N.- 2

¿Para la limpieza de sus dientes usted utiliza?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CEPILLO DENTAL	80	63%
ENJUAGUES BUCALES	0	0%
HILO DENTAL	25	20%
TODAS LAS ANTERIORES	23	17%
NINGUNA	0	0%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar- R. Zarate

Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como se puede observar en el cuadro y gráfico N° 2, de los 128 estudiantes encuestados; 80 de ellos que corresponde el 63% utilizan cepillos dentales para la limpieza de sus dientes; 25 estudiantes que corresponde el 20% contestó hilo dental y 23 que corresponde al 17% contestaron todas las anteriores.

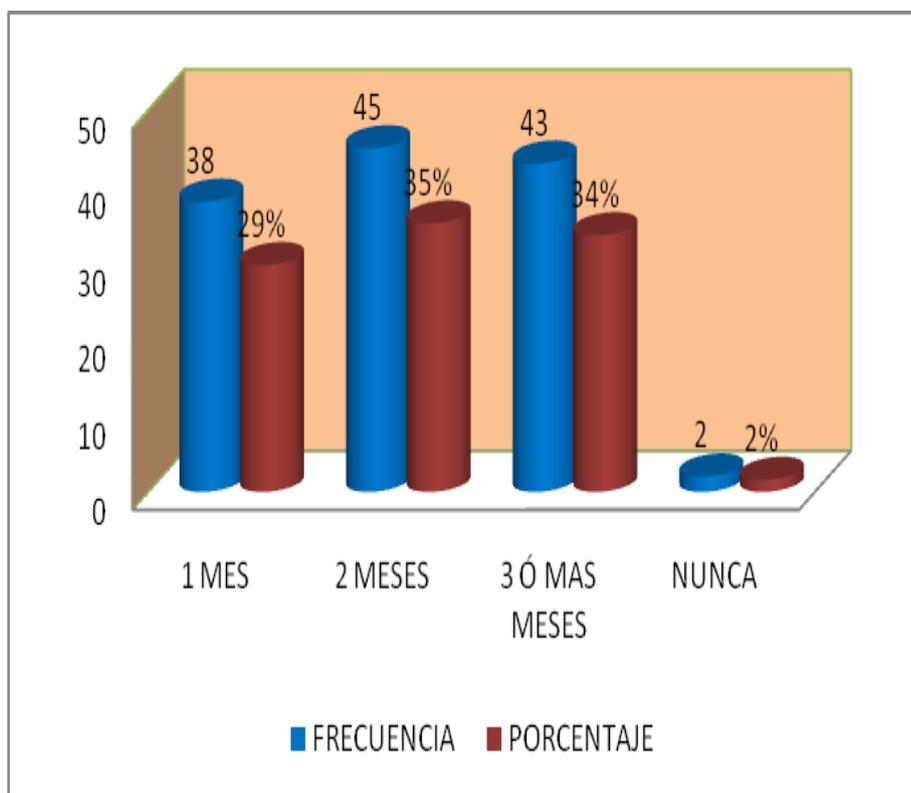
Según Barrancos Mooney en su libro Operatoria Dental, 376 dice: **“el cepillado dental de los dientes es el método de higiene bucal más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de accesibilidad social”**.

En la recopilación de datos se obtiene como resultado que los niños utilizan con frecuencia el cepillo dental para su higiene bucal.

GRAFICUADRO N.- 3

¿Cada qué tiempo cambian el cepillo?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 MES	38	29%
2 MESES	45	35%
3 Ó MAS MESES	43	34%
NUNCA	2	2%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar R. Zarate.

Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 128 estudiantes encuestados, 45 que corresponde al 35% contestó que cambian de cepillo cada dos meses, 43 que corresponde el 34% contestó 3 o más meses; 38 que corresponde el 29% contestaron un mes y el 2 correspondiente al 2% contestó nunca.

Según la página de la web

www.sdp.net/CAR/controlquimicodelaplacabacteriana.htm dice:

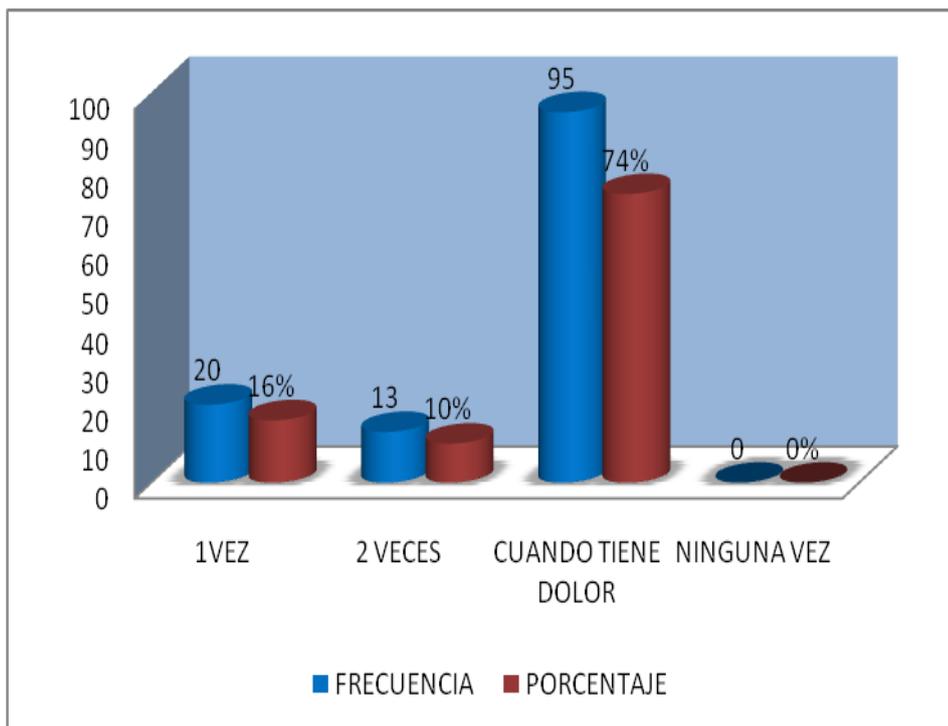
“El cepillo dental posee un tiempo determinado de vida y uso. Se recomienda cambiar el cepillo dental cada tres meses, debido a la cantidad de bacterias que se acumulan en las cerdas y en el mango del objeto”.

En la recopilación de datos se puede observar que en base a los resultados que se obtuvieron en los niños, cambian sus cepillos dentales cada dos meses.

GRAFICUADRO N. 4

¿Cuántas veces al año asiste al odontólogo?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 VEZ	20	16%
2 VECES	13	10%
CUANDO TIENE DOLOR	95	74%
NINGUNA VEZ	0	0%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar R. Zarate
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos en el presente cuadro y gráfico indican que de los 128 niños encuestados 95 de ellos que corresponde el 74 % asiste al odontólogo cuando tienen dolor; 20 equivalente al 16 contestaron una vez, y 13 de ellos que corresponde el 10% contestó dos veces.

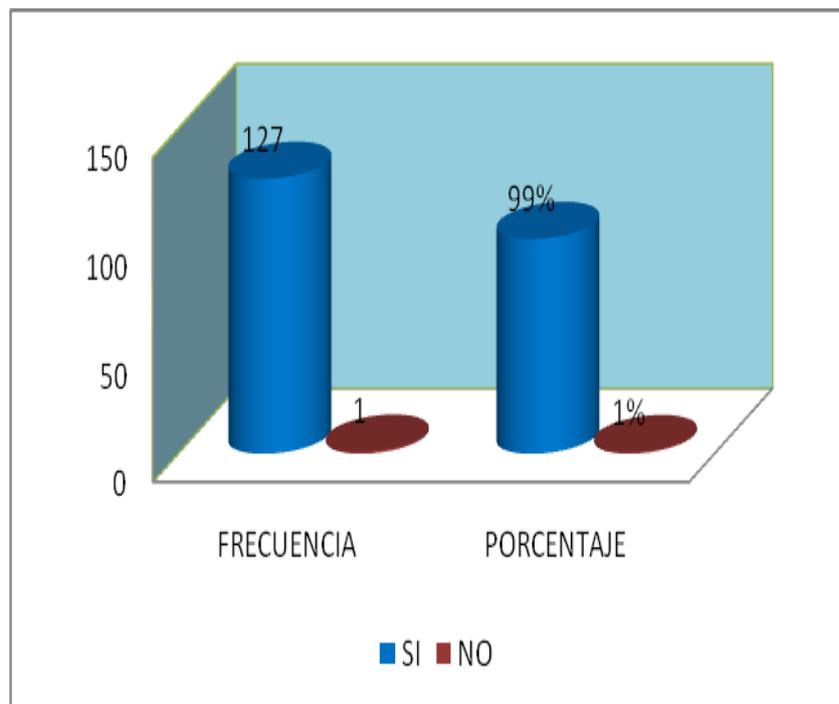
Según Coloma Rodríguez Luis E. (2008) en su revista “Aprendamos para tener Salud Bucal” dice que **“Es de mucha importancia que se realicen visitas periódicas al dentista cada 6 meses para hacer una revisión”**.

En los datos obtenidos podemos determinar como resultado que los niños solo asisten a las consultas con el odontólogo en mayor porcentaje cuando tienen dolor.

GRAFICUADRO N.- 5

¿Ha recibido charlas sobre técnica de cepillado?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	127	99%
NO	1	1%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate.
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro N° 5 que se puede observar en la presente página, 127 niños encuestados que corresponde el 99% contestaron que han recibido charlas sobre técnica de cepillado dental; y uno correspondiente al 1% contestó no.

Según la pagina web www.saludalia.com.es dice que **“El cepillo dental es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de placa dental relacionándola tanto con la caries dental como con las enfermedades periodontales (la gingivitis y la conocida piorrea)”**.

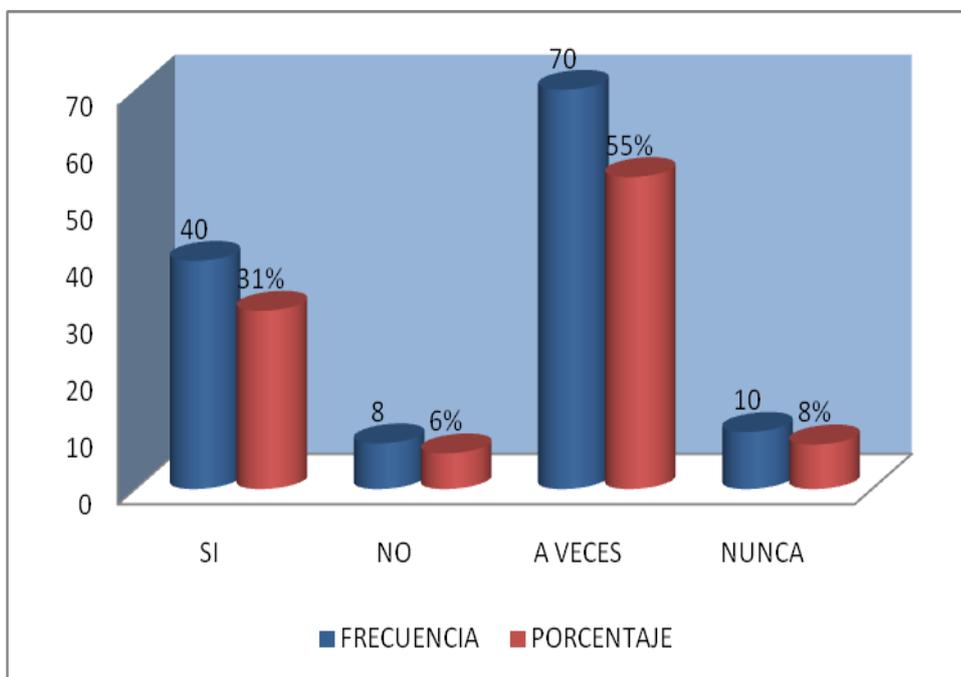
En los resultados obtenidos tenemos que la mayoría de niños han recibido charlas sobre técnica de cepillado de los dientes, y no lo están aplicando correctamente.

7.1.2. FORMULARIO DE ENCUESTA A PADRES DE FAMILIA

GRAFICUADRO N. 1

¿Controla usted el cepillado dental de sus hijos?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	40	31%
NO	8	6%
A VECES	70	55%
NUNCA	10	8%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este cuadro nos demuestra que de los 128 padres encuestados 70 de ellos correspondiente a el 55% contestó que a veces controlan el cepillado dental de sus hijos; 40 que corresponde el 31% contestó que sí controlan; 10 correspondiente a el 8% contestó que nunca, y 8 que corresponde el 6% que no controlan el cepillado dental de sus hijos.

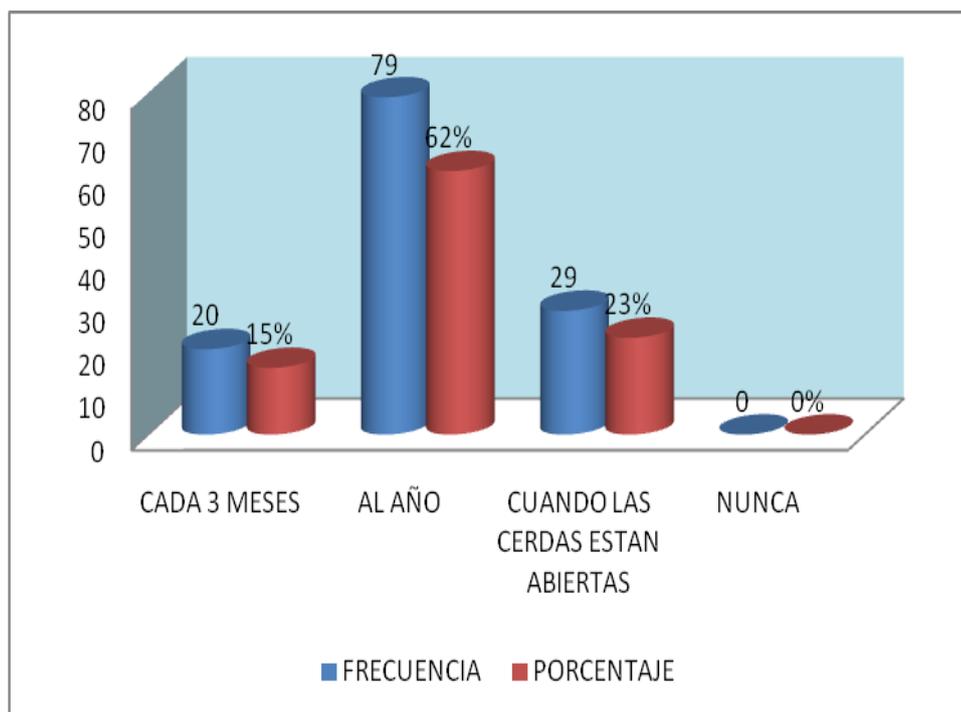
Según la página de la web www.educarasushijos.com dice: **“controlen el cepillado dental de su hijo dos veces al día hasta que él aprenda a utilizar el cepillo de dientes sin ayuda. Luego continúe supervisando al niño cuidadosamente hasta que esté seguro que se cepilla correctamente y que utiliza una cantidad pequeña de pasta de dientes”**.

Dado como resultado del análisis que existe un alto porcentaje que contestaron que controlan el cepillado dental de sus hijos a veces.

GRAFICUADRO N. 2

¿Cada qué tiempo le cambian el cepillo dental a sus hijos?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CADA 3 MESES	20	15%
AL AÑO	79	62%
CUANDO LAS CERDAS ESTÁN ABIERTAS	29	23%
NUNCA	0	0%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar – Rosa. Zarate.
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados expresados en el presente cuadro y gráfico estadístico, señala que de los 128 padres encuestados 79 que corresponde el 62% contestó que cambian el cepillo dental de sus hijos al año; 29 de ellos que corresponde un 23% contestó cuando las cerdas están abiertas; y 20 correspondiente a el 15% contestó cada 3 meses.

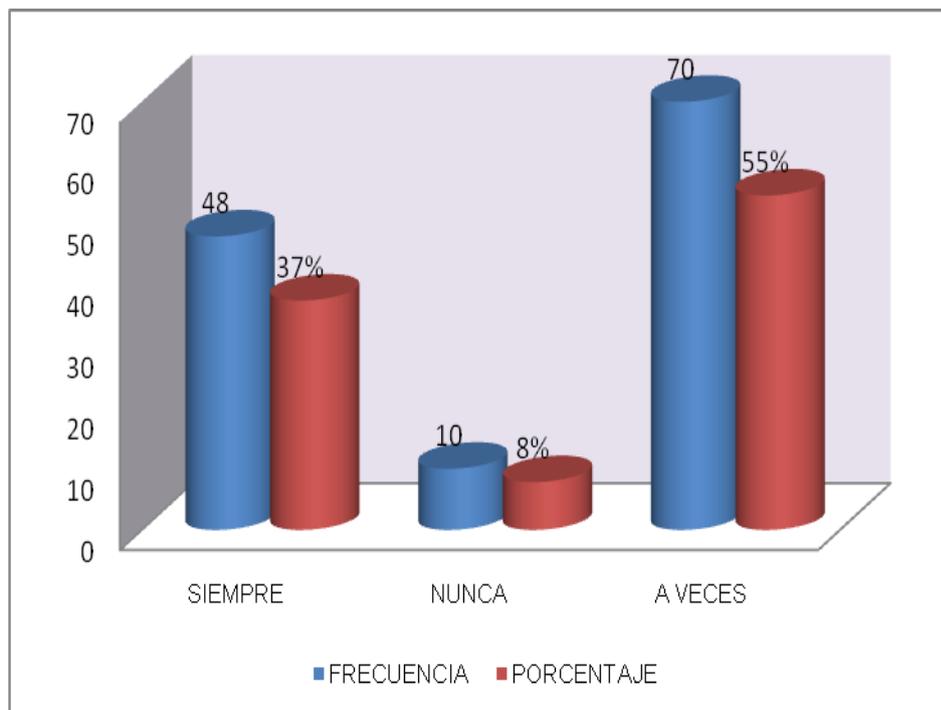
Según los doctores Ramón Boneta y Antonia Garrote “ **El cepillo debe ser de tamaño y forma adecuado a las características de la cavidad oral y debe ser renovado, como máximo, cada 2-3 meses. Un cepillo en mal estado, además de no limpiar adecuadamente, puede producir lesiones bucales.**”

Con respecto a los datos obtenidos en la encuesta se pudo determinar que existe un índice elevado de padres que le cambian el cepillo dental a sus hijos cada año, lo cual es incorrecto.

GRAFICUADRO N. 3

¿Con qué frecuencia lleva usted a su hijo a la consulta dental?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	48	37%
NUNCA	10	8%
A VECES	70	55%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar – R. Zarate.
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados que se aprecian de los cuadros y gráficos estadísticos nos demuestran que de los 128 padres encuestados, 70 de ellos que corresponden al 55% manifestaron que a veces llevan a su hijo a las consulta dental; 48 que corresponden el 37% contestó que siempre y 10 de ellos que corresponde un 8% contestó que nunca.

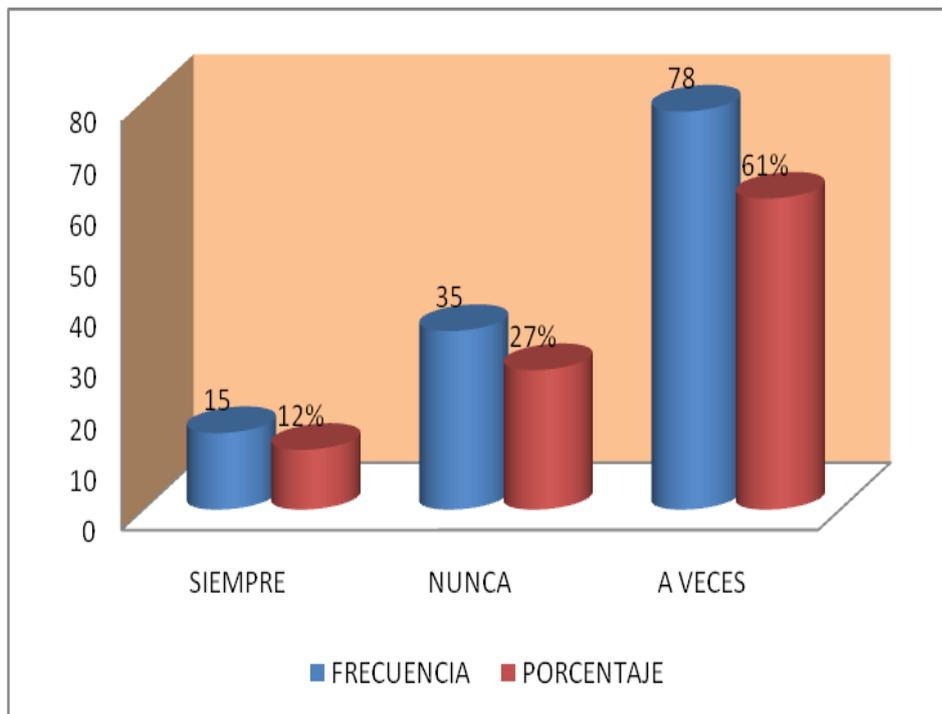
Según lo indicado en la página web www.dmedicina.com dice **“Es de mucha importancia que se realicen visitas periódicas al dentista cada 6 meses para hacer una revisión. Y pedir consejo al dentista antes de usar productos estéticos (p. ej. blanqueadores de dientes) que puedan deteriorar los dientes”**

Con estos resultados obtenidos nos damos cuenta que existen padres que llevan a sus hijos a la consulta dental a sus hijos a veces.

GRAFICUADRO N. 4

¿Cuándo acude al Sub-Centro de Salud con su hijo ha escuchado usted alguna charla por parte del odontólogo sobre la salud oral?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	15	12%
NUNCA	35	27%
A VECES	78	61%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar- R. Zarate.
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 128 padres de familias encuestados, podemos apreciar que 78 que corresponde el 61% contestó que a veces han recibido charlas por parte del odontólogo sobre salud oral; 35 de ellos que equivale el 27% contestó que nunca y 5 que corresponde el 12% contestaron siempre.

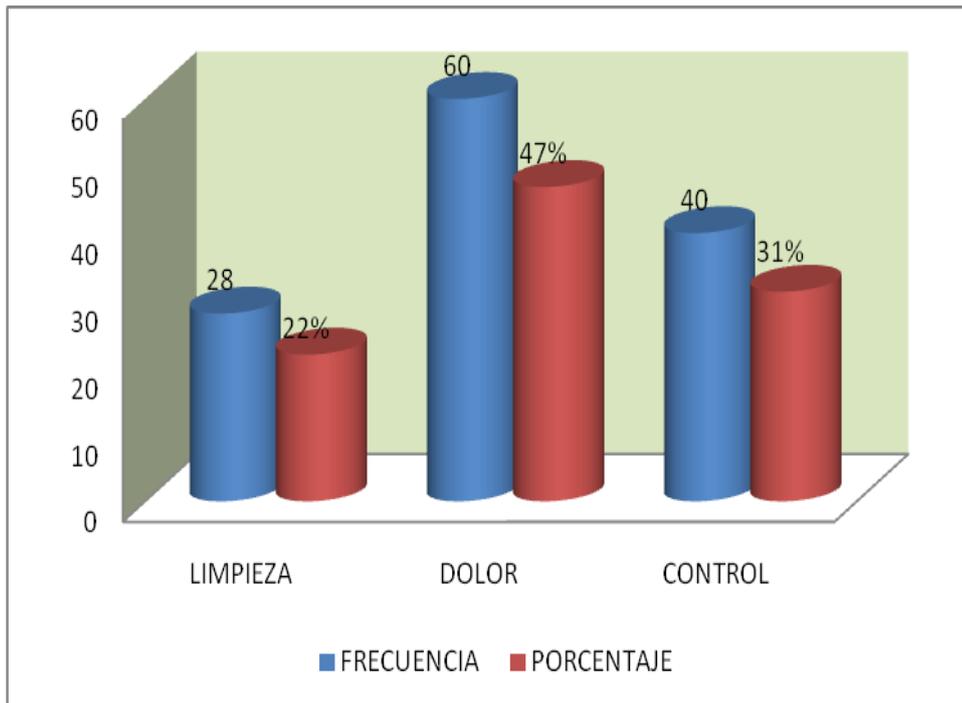
Según la pág. Web www.saludymedicina.com dice que **“La prevención en salud oral corresponde a un conjunto de medidas, recaudos ó acciones que deben de tomarse para reducir la morbilidad de las enfermedades orales.”**

Lo cual indica en los datos obtenidos que los padres de familia han recibido charlas por parte del odontólogo sobre salud oral a veces.

GRAFICUADRO N. 5

¿Usted lleva a su hijo al odontólogo por:

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIMPIEZA	28	22%
DOLOR	60	47%
CONTROL	40	31%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la escuela Carlos Montufar- R. Zarate.

Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados de las encuestas de 128 padres, 60 de ellos correspondiente al 47% contestó que llevan a sus hijos al odontólogo por dolor, 40 que corresponde el 31% contestó por control odontológico y 28 equivalente al 22% respondió por limpieza.

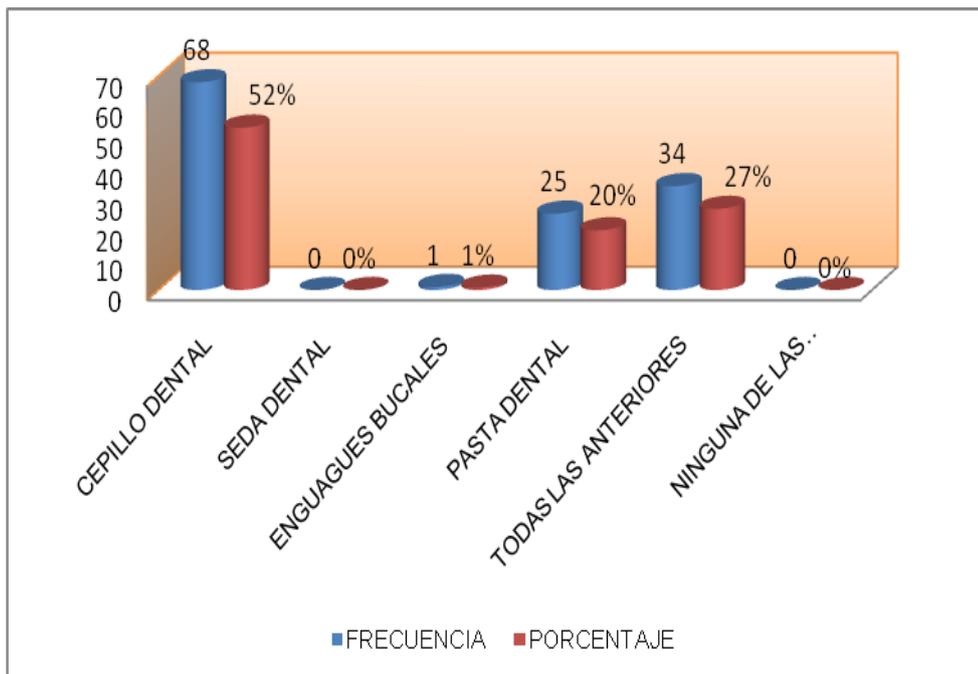
Según la página web www.dmedicinas.com dice **“Casi todos los pacientes acuden al odontólogo solo cuando presentan dolor, en la mayoría de las ocasiones se trata de dolor dental severo. Esto hace que las actuaciones de los especialistas tengan que ir encaminadas a resolver dicha molestia y, muy pocas veces pueden llegar a prevenirlo”**

Los datos obtenidos determinan que los padres llevan más a sus hijos al odontólogo por dolor dental.

GRAFICUADRO N. 6

¿Le proporciona usted a su hijo:

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CEPILLO DENTAL	68	52%
HILO DENTAL	0	0%
ENJUAGUES BUCALES	1	1%
PASTA DENTAL	25	20%
TODAS LAS ANTERIORES	34	27%
NINGUNA DE LAS ANTERIORES	0	0%
TOTAL	128	100



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la escuela Carlos Montufar- R. Zarate.
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los gráficos y cuadros estadísticos podemos demostrar que 68 padres de familia encuestados correspondientes a un 52% les proporcionan cepillo dental a sus hijos; 34 de ellos correspondiente a el 27% contestó todas las anteriores; 25 equivalente al 20% contestó que le proporcionan pasta dentales y 1 que corresponde el 1% contestó enjuagues bucales.

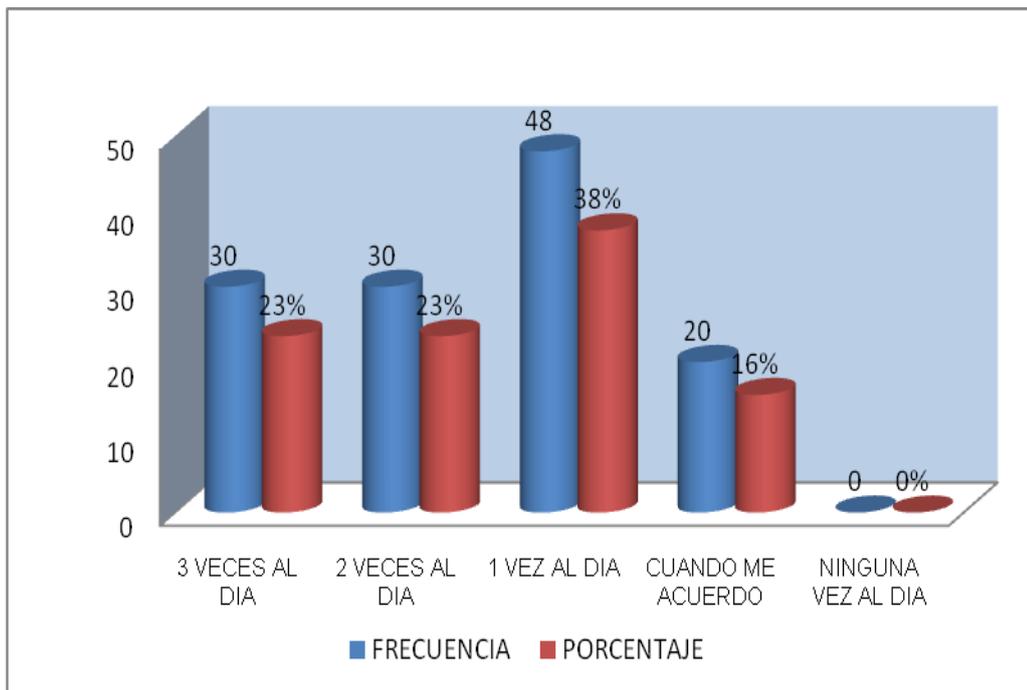
Según lo que indica la pág. web www.saludymedicinas.com dice: **“El uso de dentífricos (o pastas) en el cepillado dental puede cumplir con varios fines desde el estético para obtener aliento confiable o dentadura impecable blanca, hasta el relacionado con la salud, ya que pueden evitarse problemas que comprometan las estructuras de las piezas dentales”**

Dado como resultado que los padres le proporcionan a sus hijos cepillos y pastas dentales.

GRAFICUADRO N. 7

¿Cuántas veces se cepillan los dientes?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 VECES AL DÍA	30	23%
2 VECES AL DÍA	30	23%
1 VEZ AL DÍA	48	38%
CUANDO ME ACUERDO	20	16%
NINGUNA VEZ AL DÍA	0	0%
TOTAL	128	100



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate.
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 128 padres de familia encuestados, podemos apreciar que un 38% contestó que se cepillan los dientes una vez al día; 23% contestó 2 veces al día; un 23% contestaron que se cepillan 3 veces al día, y el 16% contestó que cuando me acuerdo.

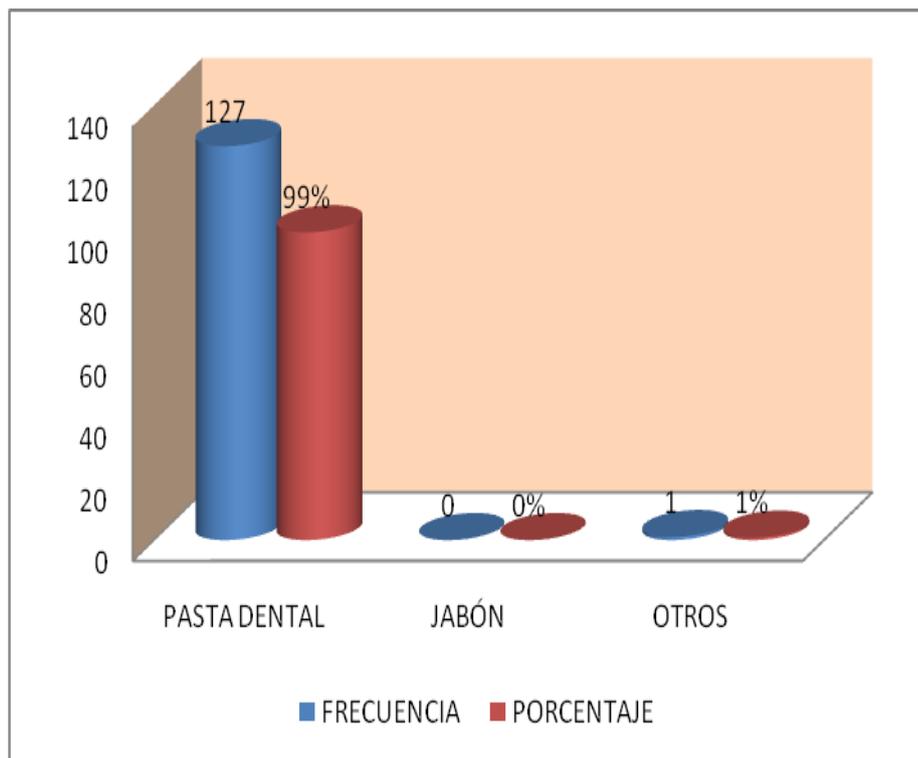
Según Barrios M. Gustavo en su libro Odontología en la pág. 306 dice que **“Generalmente se aconseja hacer un cepillado prolijo al menos una vez al día; sin embargo, lo ideal es hacerlo varias veces al día, con propósitos cosméticos y de prevención de halitosis.**

Dado como resultado que la frecuencia de cepillado de los padres no es adecuada y por ende los hijos siguen las mismas costumbres afectando la salud oral.

GRAFICUADRO N. 8

¿Con qué se cepillan los dientes sus hijos?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PASTA DENTAL	127	99%
JABÓN	0	0%
OTROS	1	1%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate.
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Dentro de las encuestas realizadas se determinó por medio de cuadros y gráficos estadísticos que el 99% de los padres de familia contestaron que sus hijos usan pasta dental para el cepillado de sus dientes y el 1% contestó otros.

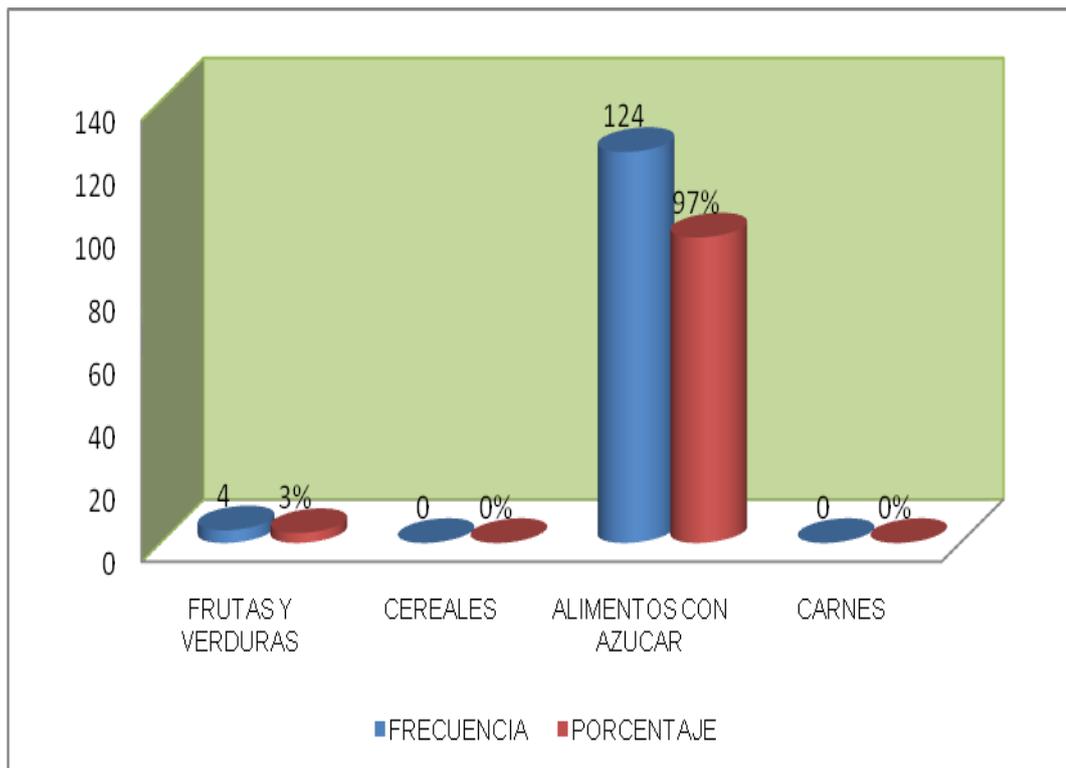
Según la página www.saludymedicinas.com se muestra que **“El uso de dentífricos (o pastas) en el cepillado dental puede cumplir con varios fines desde el estético para obtener aliento confiable o dentadura impecable blanca, hasta el relacionado con la salud, ya que pueden evitarse problemas que comprometan las estructuras de las piezas dentales”**

Dentro de los resultados obtenidos podemos determinar que los estudiantes de la escuela Carlos Montufar- Rosa Zarate usan pasta dental para el cepillado dental.

GRAFICUADRO N. 9

¿Sabe usted qué alimentos producen una deficiente salud oral?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FRUTAS Y VERDURAS	4	3%
CEREALES	0	0%
ALIMENTOS CON AZUCAR	124	97%
CARNES	0	0%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate.

Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 128 padres de familia encuestados, 124 de ellos que corresponden el 97% contestó que los alimentos azucarados producen una deficiente salud oral; 4 de ellos que equivale el 3% contestaron frutas y verduras.

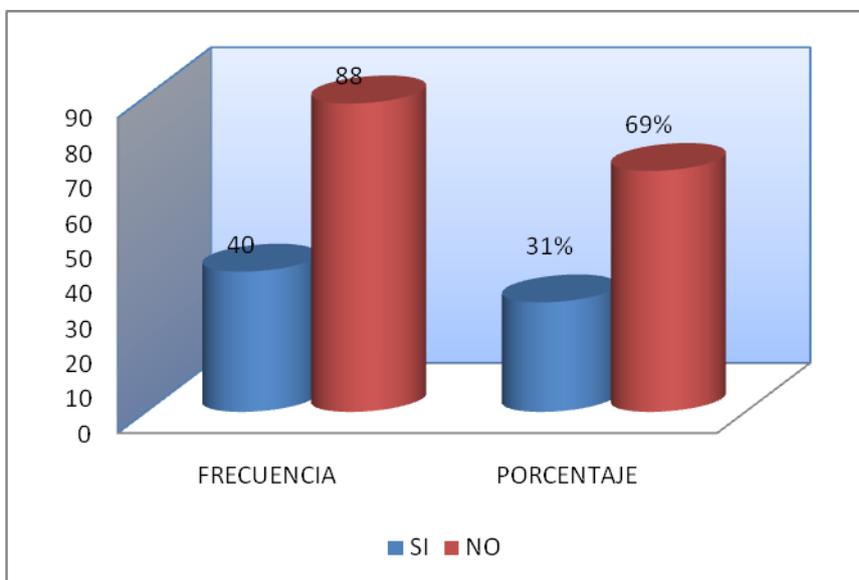
Según Villafranca Félix Manual Del Técnico superior en higiene bucodental Pág. 136,137 nos dice **“Los alimentos cariogénicos son los que contienen carbohidratos fermentables que, cuando se ponen en contacto con los microorganismos de la actividad bucal, acidifican el Ph de la saliva a menos de 5,5 y estimulan el proceso cariógeno”**.

Dado como resultados obtenidos de la encuesta que la mayoría de los padres conocen que los alimentos azucarados producen deficiente salud oral y no existe un control hacia sus hijos.

GRAFICUADRO N.-10

¿Sabe usted cuándo erupciona el primer molar permanente?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	40	31%
NO	88	69%
TOTAL	128	100%



Fuente: Encuesta a los Padres de Familia de los estudiantes de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N.- 11, de los 128 padres de familia encuestados, 88 de ellos que corresponde el 69% no sabe cuando erupciona el primer molar permanente y 40 de ellos que equivale el 31% si saben cuando erupciona dicha pieza dentaria.

Según la página web odontología.mx.tripod.com/cronología.html dice:

“A los seis años, empieza la erupción de las piezas permanentes, y aproximadamente entre los 6 y 12 años, el niño tiene piezas temporales y piezas permanentes, es el periodo llamado dentición mixta.

A los 6 años erupciona el 1° molar permanente, justo por detrás del 2° molar temporal. La erupción de este 1° molar permanente, pasa desapercibido muchas veces, el niño no se queja, no suele molestar y muchos padres creen que es un molar temporal”.

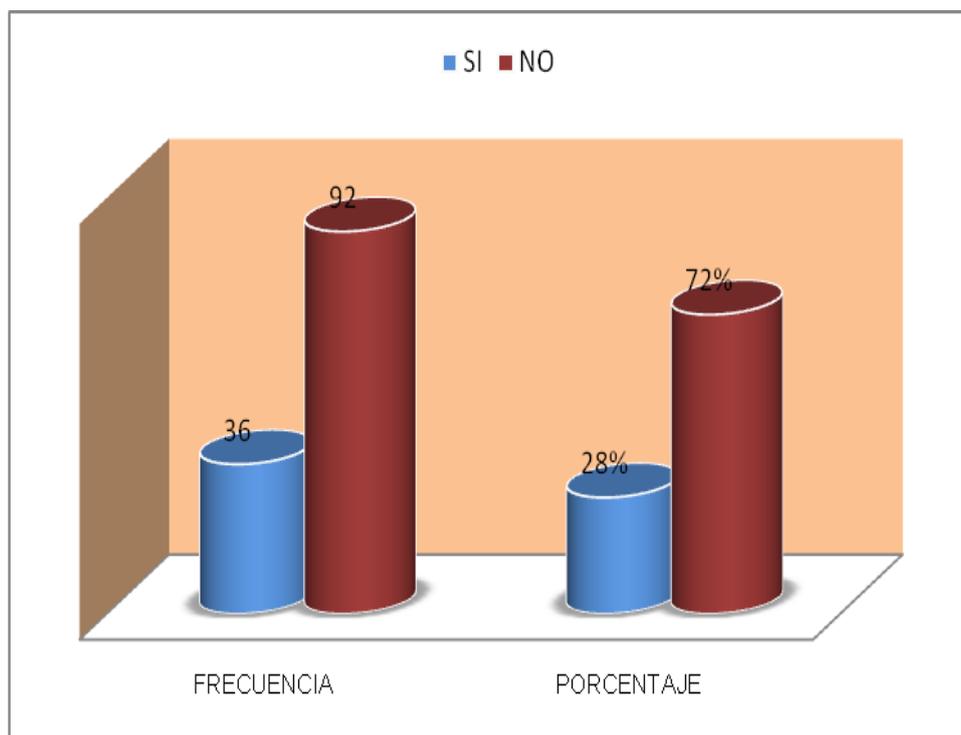
Dando como resultados obtenidos determinar que existe un alto porcentaje de padres de familia que no conocen cuando erupciona el primer molar permanente.

7.1.3. RESULTADOS DE LAS FICHAS CLÍNICAS PARA DETERMINAR EL ÍNDICE DE PÉRDIDAS PREMATURAS DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.

GRAFICUADRO N. 1

¿Cuántos niños tuvieron pérdida de primer molar permanente?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	28%
NO	92	72%
TOTAL	128	100%



Fuente: Fichas clínicas a los estudiantes de la Escuela Carlos Montufar- Rosa Zarate
Elaborado por: Armando Javier Cevallos Farfán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los resultados obtenidos en las fichas clínicas realizadas se pudo determinar que 36 de ellos que corresponde a el 28% si tienen pérdida el primer molar permanente, 92 que corresponde el 72% tienen el primer molar permanente.

Según Nakata Minoru, Guía oclusal en Odontopediatría Editorial AMOLCA 2005 dice: **“El primer molar permanente tiene gran importancia en tanto que determina el patrón de masticación durante toda la vida, juega un papel trascendental al realizar la mayor parte del trabajo de masticación y trituración de los alimentos.”**

Dado como resultado que existen un porcentaje de niños y niñas que tienen pérdida el primer molar permanente.

7.2. CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada a los niños (as), padres de familia y profesional de odontología se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los niños(as) de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate solo utilizan el cepillado dental en un 56% una vez al día; muy pocos utilizan los implementos de higiene oral como son el enjuague bucal y el hilo dental; estos niños por la falta de cepillado frecuente en el día presentan un índice elevado de caries por lo que podemos concluir que existe una relación directa entre estas dos variables.
- En las encuestas realizadas a los padres de familia; la mayoría le proporcionan a sus hijos el cepillo y pasta dental; sin embargo no controlan el cepillado, lo que conlleva a la acumulación de placa dental. Sumado a esto los escasos hábitos en lo que a higiene dental se refiere los padres transmiten estas costumbres empeorando la salud oral.
- Los padres de familia saben qué clase de alimentos producen una deficiente salud oral; sin embargo ellos son los que ayudan a que sus hijos tengan una ingesta inadecuada de alimentos azucarados.
- Los temores que generan los controles odontológicos en los estudiantes de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate y el no tener conocimiento de la importancia, erupción y el cuidado que debe tener el primer molar permanente son los causantes de una deficiente Salud Oral.

- Los resultados obtenidos en las historias clínicas determinaron que existe un elevado índice de pérdida de primeros molares permanente en niños (as) de la escuela, lo que afecta significativamente a la salud oral.
- El odontólogo del Sub- Centro de Salud le brinda la opción de un tratamiento, sin embargo se realiza la exodoncia por no constar con equipos adecuados para realizar tratamiento para conservar la pieza dentaria, también porque existen padres que son de bajos recursos económicos y no pueden solventar el costo del tratamiento de conducto en una consulta dental privada.

BIBLIOGRAFÍA:

- Barrancos Mooney (2007) "Operatoria Dental" 4ta Edición (Editorial Médica Panamericana); Cap.18, 19 Pág. 297,343, 353, 376
- Barrios Gustavo M. (2004) "Odontología" Tomo 1(Editorial Ltda.) Cap.3, Pág. 285,306
- Coloma Rodríguez Luis Enrique (2008) "Aprendamos para tener Salud Bucal" Pág. 10, 11.
- Escobar Muñoz Fernando, (2004) "Odontología Pediátrica" Editorial AMOLCA; Cap. XV Pág. 388,389.
- Figun Mario E. (2005) "Anatomía Odontológica funcional y aplicada" Edit. El Ateneo; Pág.65, 66.
- LINDHE Jan, Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Edición N.- 3 Edit. Médica Panamericana España2001. Pág. 444,445
- Nakata Minoru, Guía oclusal en Odontopediatría Editorial AMOLCA 2005.
- Sánchez Jorge Dr. (2008) Revista "El Odontólogo"
- Sepa I, "Manual de Higiene Bucal" (2009) Editorial Médica Panamericana S.A; Cap. 5 Pág. 46.
- Vicente Santos, "Higiene dental personal diaria" pag.72
- Villafranca Félix De Carlos (2005) "Manual Del Técnico Superior en Higiene Bucodental" Editorial Mad. S.L. 1era Edición.Pág. 128, 136, 137.
- <http://pasionporlaodontopediatria.glogspot.com/2010>
- [http:// www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org).
- [http:// www.ortodoncia.ws/publicaciones/](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/) 2009
- [http:// www.univalle.com](http://www.univalle.com)
- <http://www.scielo.org.ve>
- <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005>
- www.univalle.com

- www.revistadentaldechile.cl
- <http://www.colombiamédica.com>
- <http://www.ecuaodontologos.com>
- [http// www.actaodontologica.com](http://www.actaodontologica.com)
- [Http// odontología.mx.tripod.com/cronología.html](Http//odontología.mx.tripod.com/cronología.html)
- www.saludymedicina.com

PROPUESTA ALTERNATIVA

PROPUESTA ALTERNATIVA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Taller educativo sobre Salud Oral dirigido a los niños(as) y padres de familia de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.

FECHA DE LA PRESENTACIÓN:

Enero 2011

ENTIDADES EJECUTORAS:

- ✓ Autor
- ✓ Escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO:

- ✓ De orden educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA:

Escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate de la parroquia Riochico
Ubicada en las calles Montalvo entre Sucre y calle s/n

2. JUSTIFICACIÓN

El proyecto se justifica porque después del trabajo de investigación realizado se demuestra que los niños(as) de la Escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate no presentan una buena salud oral lo que incide en la pérdida de los primeros molares permanentes.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La Escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate ubicada en la calle Montal Sucre y calle s/n, fundada en el año 1905, su nombre se debe a que a inicios era dos escuelas una de hombres (Carlos Montufar) y la otra de mujeres (Rosa Zarate) luego esta escuela se unió y se hizo mixta hasta la actualidad, su directora actual es la Sra. Estrella Casanova Molina, cuyo cargo lo obtuvo desde hace tres años. Consta de 128 niños y niñas de escaso recursos económicos.

En la escuela Carlos Montufar- Rosa Zarate, no cuenta con un departamento de Odontología propio pero si cuenta con la atención que le facilita el sub - centro de salud, los docentes de la escuela en sus actividades no realizan motivaciones sobre la importancia de la salud oral en los niños y niñas.

El ministerio de salud pública y la empresa Colgate Palmolive S.A. del Ecuador firmaron en el año 1997, el convenio de cooperación y asistencia recíproca para la ejecución del programa educativo de salud bucal, el mismo que continúa vigente hasta la presente fecha en todas las provincias del país.

Por medio de éste Convenio se hace la entrega anual de equipos de higiene oral que consiste en pastas y cepillos dentales, forros para cuadernos y material educativo los mismos que son donados a las Escuelas que están consideradas dentro del programa de salud escolar.

Los estudiantes de la escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate incluida dentro del convenio; asisten anualmente al sub-centro de salud de su parroquia a realizarse diagnósticos y tratamientos que se encuentran dentro de los parámetros del programa escolar y así prevenir problemas dentales.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la Salud Oral de los niños(as) de la escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Motivar a los niños(as) y a los padres de familia sobre la importancia de la salud oral.
- Concienciar a los padres sobre la necesidad de mantener el primer molar permanente en la cavidad oral de los niños(as) de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.
- Incentivar a los padres de familia a que lleven a sus hijos a las consultas odontológicas de manera voluntaria en busca de la aplicación de los tratamientos preventivos sobre su salud oral.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta está encaminada a mejorar la salud oral y disminuir la pérdida de primeros molares permanente que afecta a los niños de la escuela Carlos Montufar - Rosa Zarate de la parroquia Riochico para proporcionar la adecuada información en la realización tratamientos preventivos, como técnica de cepillado, uso adecuado de hilo dental, enjuagues bucales, conocimientos de la dieta balanceada, para de esta manera mejorar sus hábitos de higiene oral y alimentación.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios son los niños (as) de la escuela Carlos Montufar Zarate de la parroquia Riochico.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Para cumplir los objetivos se realizarán las siguientes actividades:

1. Elaboración del cronograma
2. Realización de charlas educativas a los niños y a padres de familia de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.
3. Entrega de Gigantografía con indicaciones de técnica de cepillado y de uso adecuado del hilo dental, también se entregaran cepillos dentales.

9. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL
Cepillos dentales	10	Docenas	2,00	20,00
Gigantografía	2	Unidad	18,00	36,00
Transporte	5	Carreras de taxis	5,00	5,00
Sub-total				43,00
Imprevistos 10%				4.30
TOTAL:				47,30

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible por que se contara con el apoyo del p del departamento de odontología que labora en el centro de salud de Riochico y el personal docente de la institución educativa, los padres de familia para que lleven a sus hijos a realizarle los controles de prevención y a su vez se les facilite las charlas acerca de los cuidados de salud oral.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada en su totalidad por el autor del trabajo investigativo.

ANEXOS

ANEXO 1

EFFECTOS:

Aumento a la proliferación de microorganismo cariogénicos.

Alto índice de caries dentales.

Poco control en la higiene oral de los hijos.

Acumulación de placa bacteriana.

Pérdida prematura del primer molar permanente en los niños de la Escuela Carlos Montufar- Rosa Zarate de la parroquia Riochico.

Elevada ingesta de alimentos cariogénicos.

Deficiente Higiene bucal.

CAUSAS:

Desinterés al control odontológico.

Falta de información y descuido por los padres de familia.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO																							
	SEPT.				OCT.				NOV.				DIC.				ENE.				FEB.			
Diseño de proyecto de tesis	■	■	■	■																				
Aprobación del proyecto					■																			
Desarrollo del marco teórico						■	■	■																
Aplicación de los instrumentos									■	■														
Tabulación de los resultados										■	■													
Elaboración de conclusiones													■											
Diseño de la propuesta													■	■										
Redacción del borrador del informe														■	■									
Corrección del borrador del informe																	■							
Presentación del informe final																		■	■					
Defensa del informe final																					■	■	■	

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE
Desarrollo del marco teórico	Copias Xerox	150	Unidad	0.03	4.50	Autor
	Procesador de palabra	50	Horas	0.60	30.00	Autor
	Internet	20	Horas	1.00	20.00	Autor
	Transporte	20	Carrera taxi.	1.00	20.00	Autor
	Memory					Autor
Investigación de campo	Hoja de encuesta original	1	Unidad	0.40	0.40	Autor
	Copia de encuesta	68	Unidad	0.03	2.04	Autor
	Hoja de ficha odontológica original	1	Unidad	0.40	0.40	Autor
	Copia de la ficha odontológica	68	Unidad	0.03	2.04	Autor
	Hoja de observación	1	Unidad	0.40	0.40	Autor
Tabulación de datos	Hojas bond	10	Unidad	0.02	0.20	Autor
	Lápiz	1	Unidad	0.30	0.30	Autor
	Calculadora		Unidad			Autor
	Corrector	1	Unidad	1.00	1.00	Autor
	Resaltador	1	Unidad	1.00	1.00	Autor
Evaluación de propuesta	Hojas bond	20	Unidad	0.02	0.40	Autor
	Procesador de palabra	20	Horas	0.60	12.00	Autor
Elaboración del borrador de la tesis	Hojas	2	Resma	3.50	7.00	Autor
	Tinta negra	1	Cartucho	19.00	19.00	Autor
	Tinta a color	1	Cartucho	35.00	35.00	Autor
	Procesador de palabra	50	Horas	0.60	30.00	Autor
Entrega del borrador de la tesis	Anillado	3	Unidad	1.50	4.50	Autor
	Copia Xerox	300	Unidad	0.02	6.00	Autor
Sustentación privada	Humano docente					Autor
Elaboración definitiva de la tesis	Tinta negra	2	Cartucho	19.00	19.00	Autor
	Tinta a color	2	Cartucho	35.00	35.00	Autor
	Procesador de palabra	50	horas	0.60	30.00	Autor
Presentación de ejemplares	Empastado	3	Unidad	5.00	15.00	Autor
	Cd	2	Unidad	0.50	1.00	Autor
	Especie valorada	1	Unidad	1.60	1.60	Autor
SUB Total					297.78	
Imprevisto 10% del gasto total					29.77	
Total					327.55	

ANEXO 2

HISTORIA CLÍNICA



1.- DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ Profesión: _____

Dirección domicilio: _____ Telf: _____

Edad: _____.

2.- Motivo de la consulta: _____.

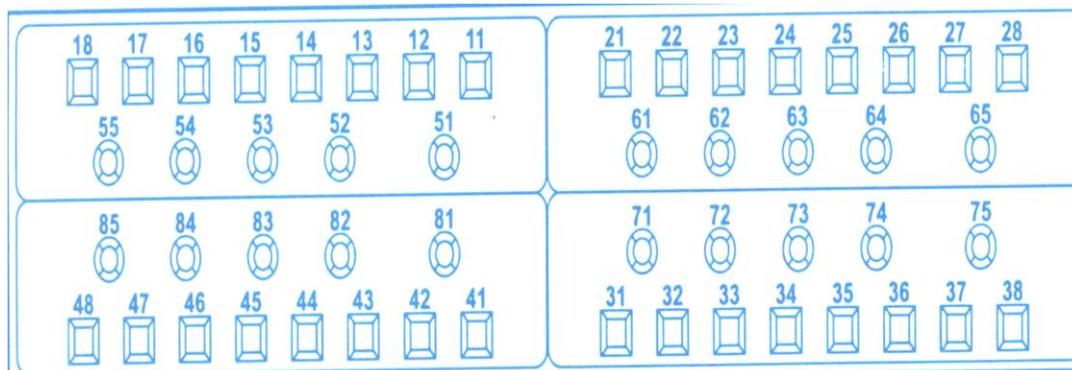
3.- ANTECEDENTES MÉDICOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre: _____

Madre: _____

ODONTOGRAMA



ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	C	E	o	TOTAL



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FORMULARIO DE ENCUESTA AL ESTUDIANTE

Armando Cevallos Farfán Egresado de la Carrera de Odontología, necesito recolectar datos para realizar una investigación, requisito que necesito para la Obtención del Título de Odontólogo.

Instrucciones: Esta encuesta es confidencial, estudiantes sírvase a responder marcando con una X a uno de los literales de cada una de las preguntas, al responder hágalo con sinceridad y veracidad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos proponemos realizar.

1.- ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 o más veces
- d) Nunca

2.-¿Para la limpieza de sus dientes usted usa:

- a) Cepillo dental
- b) Enjuagues bucales
- c) Hilo dental
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna

3.- ¿Cada qué tiempo cambian el cepillo dental?

- a) 1 mes
- b) 2 meses
- c) 3 o más meses
- d) Nunca

4.- ¿Cuántas veces al año asiste al Odontólogo?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) Cuando tiene dolor
- d) Ninguna

5.- ¿Ha recibido charlas sobre técnica de cepillado?

- a) Si
- b) No



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FORMULARIO DE ENCUESTA A PADRES DE FAMILIA

Armando Cevallos Farfán Egresado de la carrera de odontología, necesito recolectar datos para realizar una investigación, requisito que necesito para la obtención del título de Odontólogo.

Instrucciones:

Esta encuesta es confidencial, estudiantes sírvase a responder marcando con una X a uno de los literales de cada una de las preguntas, al responder hágalo con sinceridad y veracidad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos proponemos realizar.

Contenido:

1.- ¿Controla usted el cepillado dental de sus hijos?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

2.- ¿Cada qué tiempo le cambian el cepillo dental a sus hijos?

- a) 3 meses ()
- b) Al año ()
- c) Cuando las cerdas están abiertas ()
- d) Nunca ()

3.- ¿Con que frecuencia lleva usted a su hijo a la consulta dental?

- a) Siempre ()
- b) Nunca ()
- c) A veces ()

4.- ¿Cuándo acude al Sub-Centro de Salud con su hijo ha escuchado usted alguna charlas por parte del odontólogo sobre la salud oral?

- a) Siempre ()
- b) Nunca ()
- c) A veces ()

5.- ¿Usted lleva a su hijo al odontólogo por:

- a) Limpieza ()
- b) Dolor ()
- c) Control ()

6.- ¿Le proporciona usted a su hijo:

- a) Cepillo dental ()
- b) Seda dental ()
- c) Enjuagues bucales ()
- d) Pasta dental ()
- e) Todas las anteriores ()
- f) Ninguna de las anteriores ()

7.- ¿Cuántas veces se cepillan los dientes?

- a) 3 veces al día ()
- b) 2 veces al día ()
- c) 1 vez al día ()
- d) Cuando me acuerdo ()
- e) Ninguna vez al día ()

8.- ¿Con qué se cepillan los dientes sus hijos?

- a) Pasta dental ()
- b) Jabón ()
- c) Otros ()

9.- ¿Sabe usted qué alimentos producen una deficiente Salud Oral?

- a) Frutas y verduras ()
- b) Cereales ()
- c) Alimentos con azúcar ()
- d) Carnes ()

10.- ¿Sabe usted cuándo erupciona el primer molar permanente?

- a) Si ()
- b) No ()



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FORMULARIO DE ENTREVISTA AL ODONTÓLOGO:

Dirigida a: Dra. Daisy Zambrano

1. ¿Realiza usted fluorizaciones a los niños de la escuela Carlos Montufar R. Zarate?
2. ¿Con qué frecuencia aplica usted Sellantes a los niños?
3. ¿Realiza usted charlas educativas a los niños de la escuela Carlos Montufar sobre la salud oral y la importancia del primer molar permanente?
4. ¿Qué tipo de instrucciones para la higiene oral indica usted a los niños?
5. ¿Realiza constantemente profilaxis a los niños?
6. ¿En caso de presentarse lesiones cariosa profunda que afectan el tejido pulpar en los primeros molares permanentes de los niños de la escuela Carlos Montufar R. Zarate. Qué tipo de tratamiento aplica usted?

ANEXO 3

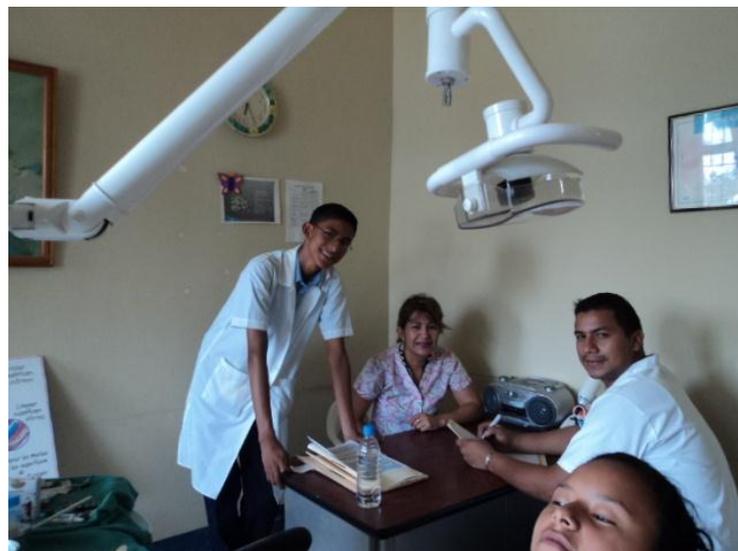
ENCUESTAS REALIZADAS A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA CARLOS MONTUFAR – ROSA ZARATE



ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE FAMILIAS



ENTREVISTA REALIZADA A LA ODONTÓLOGA DEL SUB-CENTRO DE SALUD DE RIOCHICO



REALIZANDO LAS FICHAS CLÍNICAS A LOS NIÑOS (AS)



DIAGNÓSTICOS REALIZADOS A LOS NIÑOS (AS) EN LA ESCUELA



DIAGNÓSTICOS REALIZADOS A LOS NIÑOS (AS) EN EL SUB-CENTRO DE SALUD

CUMPLIMIENTO DE LA PROPUESTA



GIGANTOGRAFÍA ENTREGADA A LA ESCUELA CARLOS MONTUFAR – ROSA ZARATE



GIGANTOGRAFÍA ENTREGADA AL SUB-CENTRO DE SALUD DE RIOCHICO

CHARLAS REALIZADAS A LOS PADRES DE FAMILIAS



CHARLAS REALIZADAS A LOS NIÑOS Y NIÑAS



Portoviejo, 18 de enero 2011

Sra. Estrella Casanova Molina

Directora de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.

Ciudad.-

De mis consideraciones.

Yo, **Armando Javier Cevallos Farfán** de CI.N° 130996716-2 egresado de la Universidad Particular “San Gregorio” de Portoviejo carrera de Odontología hago la entrega de una gigantografía sobre Técnica de cepillado y uso adecuado del hilo dental, con el fin de cumplir mi propuesta, para que sea utilizado como material didáctico con el compromiso de seguir impartiendo charla a los niños y niñas de la escuela.

Agradeciendo por la atención a la presente.

Armando Cevallos Farfán

Egdo. de Odontología

Sra. Estrella Casanova

Directora

Portoviejo, 18 de enero 2011

Dr. David Molina

Director del Sub-centro de salud de la parroquia Riochico.

Ciudad.-

De mis consideraciones.

Yo, **Armando Javier Cevallos Farfán** de CI.N° 130996716-2 egresado de la Universidad Particular "San Gregorio" de Portoviejo carrera de Odontología hago la entrega de una gigantografía , con el fin de cumplir mi propuesta, para que sea utilizado como material didáctico con el compromiso de seguir impartiendo charla a los niños y niñas de la escuela Carlos Montufar – Rosa Zarate.

Agradeciendo por la atención a la presente.

Armando Cevallos Farfán

Egdo. de Odontología

Sra. Estrella Casanova

Directora

