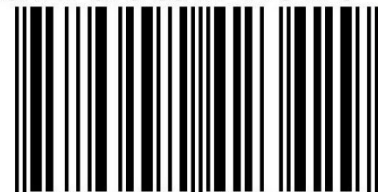


Retos Odontológicos ante Procedimientos Dentales en Zonas Rurales del Ecuador



Quintanilla, Isaías
Odontólogo

ISBN: 978-9942-42-342-9



9 789942 423429

ISBN: 978-9942-42-342-9

Título: Retos Odontológicos ante Procedimientos Dentales en Zonas Rurales del Ecuador

Autor: Quintanilla Bastidas, Isaías Antonio

Editorial: MQR®

Materia: 617.6 – Odontología

Publicado: 2022-06-07

NºEdición: 1

Idioma: Español

©Copyright by Quintanilla Bastidas, Isaías Antonio

Published:

<http://www.mqrinvestigar.com/>

Indexado en Latindex 2.0 ISSN-L 2588-0659



ISBN: 978-9942-42-342-9



Retos Odontológicos ante Procedimientos Dentales en Zonas Rurales del Ecuador

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	1
CAPÍTULO I	
1.1 ANTECEDENTES.....	2
1.2 FASE INICIAL	4
1.3 TIPOS DE ESTUDIOS PARA LA MUESTRA ODONTOLÓGICA.....	10
1.4 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO UTILIZADOS EN LA DETECCIÓN DE CARIES DENTAL RECOMENDADOS PARA LA RURAL	12
1.5 DIAGNÓSTICO.....	20
CAPÍTULO II	
2.1 MATERIAL Y MÉTODOS.....	30
2.2 INSTRUMENTAL PARA EXTRACCIÓN DENTAL.....	34
2.3 PROFILAXIS Y APLICACIÓN DE FLÚOR.....	37
2.4 SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS.....	39
2.5 MATERIALES USADOS EN OPERATORIA DENTAL.....	41
2.6 RESINAS COMPUESTAS (COMPOSITES).....	42
2.7 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.....	47
2.8 PROCEDIMIENTOS DENTALES COMUNES QUE SE HA REALIZADO EN LA ZONA RURAL.....	47
2.9 CEPILLADO DENTAL Y MÉTODOS AUXILIARES.....	48
2.10 PROCEDIMIENTOS RURALES.....	50
CAPÍTULO III	
3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	64
3.2 ENCUESTA DE ODONTOLOGIA PARA MUESTRA Y DIAGNÓSTICO.....	75
CAPÍTULO IV	
4.1 DISCUSIÓN DE LOS RETOS ODONTOLÓGICOS EN LAS ZONAS RURALES.....	80
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86

Retos Odontológicos ante Procedimientos Dentales en Zonas Rurales del Ecuador

PRÓLOGO

El presente trabajo está relacionado con los Procedimientos Dentales en Zonas Rurales, para ello aplicamos la metodología investigativa IMRD (Introducción, Material - Métodos, Resultados y Discusión).

Los temas que abordamos están estructurados en cuatro capítulos, en donde se desarrollan estas fases, para finalmente llegar a conclusiones y recomendaciones.

Con este trabajo se espera contribuir a la ampliación de procedimientos dentales que se pueden aplicar en ambientes desfavorables para el profesional odontólogo, así como la sociabilización y vinculación en zonas rurales como es el caso de la “Comunidad de Naranjal de los Chachis” y así resaltar el compromiso y responsabilidad profesional en este entorno.

Retos Odontológicos ante Procedimientos Dentales en Zonas Rurales del Ecuador

CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES

El apasionante mundo de la odontología se abre paso en la vida laboral, ¿la visión que tienen los jóvenes recién graduados es cuando empezar?, donde va a desarrollar su destreza odontológica?, la tecnología y la aparatología que le acompañara en ese camino junto al paciente.

Ser un odontólogo, no solo es el profesional educado, capacitado para aliviar el dolor, va más allá de cubrir la necesidad, es querer que los seres humanos tengas mejores hábitos en la salud bucal.

No obstante, tan vieja es la humanidad, como antigua la odontología, la diferencia es que los métodos han cambiado gracias a la ciencia, que está en constante movimiento descubriendo como mejorar y aliviar el dolor de los seres humanos.

En la ciudad tenemos todas las herramientas para que el trabajo odontológico sea excelente, pero que pasa cuando el entorno al que se va, no cuenta con lo que necesita para solucionar el problema del paciente, es ahí cuando todo tiene un valor agregado, como el agua, la luz, elementos de la cotidianidad que todos los seres humanos necesitan.

Se escucha decir que “Un pueblo que no conoce su historia, corre el riesgo de repetirla”, siempre se suele decir “mañana será mejor que ayer” o “estamos en el siglo XXI “y muchas más frases motivadoras. que por un momento provoca el olvido de la realidad de muchos pueblos y zonas rurales, no solo del Ecuador, sino que también de todo el mundo.

Que es la ruralidad, esa palabra que impresiona a todos aquellos que estudian ciencias de la salud y que sin dudar se debe enfrentarse al terminar sus estudios superiores, como lograr cumplir los retos y los objetivos para salir de esta temporalidad con el deber cumplido.

Se debela el velo de la incógnita cuando frente al mapa del país, se divisa nombres reconocibles, zonas escondidas, climas que parecerían amigables, pero que sin embargo los graduados de ciencia de la salud están dispuesto a modo de BOY SCAUT a incursionar.

Cuál es el reto en odontología, en las comunidades y pueblos de cada país, en este caso cuando la historia relata, que las comunidades indígenas, han desarrollado por su alimentación dientes fuertes y sanos, si vamos a tras a la historia la civilización maya, azteca y los Incas se han alimentado del maíz, en las zonas de la costa y oriente ecuatoriano la yuca y plátano ha sido parte fundamental de la dieta.

Al parecer lo que deberían hacer en aquellas zonas como odontólogos, es campañas de higiene bucal comentaban colegas de ciencia de la salud, al parecer solo sería rumores de pasillo, cual es la realidad, como prepararse, como vincularse con una comunidad que nos mira con extrañez.

Sociabilizar, con las expresiones culturales tradiciones, es una dinámica social donde la investigación y el servicio es una prioridad, atender una emergencia odontológica, tiene atributos de la profesión que están inmersos los valores humanos como el respeto, sabiduría, trabajo social y responsabilidad, hállese de en donde el área social constituye un órgano principal del desempeño de la profesión, sin embargo, la dificultad es cuando La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), establece que los pueblos indígenas "tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales" (artículo 31).

Como solucionar un problema de salud bucal, si tradicionalmente ellos tienen sus formas y sus leyes que impide que se ejerza con tranquilidad la labor profesional, una vez más nuevos retos.

Como decía Paulo Cohello “Es de valientes tomar los riesgos, pero nada puede sustituir la experiencia “

1.2 FASE INICIAL

El gran naturalista Plinio el viejo (murió durante la erupción del Vesubio en el 79 de) describió una cura para el dolor de muela que consistía en simple palos de madera, lo cual era muy agresivo y doloroso para las encías, ya que corrían Riesco de astillarse.

Hoy miramos hacia atrás y vemos el privilegio de haber nacido en el siglo XXI, donde la odontología tiene una formación científica y práctica, apoyada con las radiografías, anestesia, antibióticos, rellenos, prótesis, pieza de mano de alta velocidad de aire, la silla dental reclinable, cepillos de dientes eléctricos, campañas de prevención de salud bucodental, especialidades odontológicas, cirugías orales, implantología y otras.

Como dice Malvin E, Ring en su libro Historia ilustrada de la odontología “La única guía para el futuro es el estudio del pasado”, el mismo proceso histórico de la humanidad y sus necesidades han permitido el avance del conocimiento científico en la odontología.

Toda esta reflexión es un preámbulo para comprender que los jóvenes egresados de odontología están preparados para la ruralidad ya que todo lo que se requiere está al alcance del odontólogo para atender a sus pacientes.

Sin embargo las plazas rurales para ejercer, generalmente están en recónditos lugares (de Ecuador), la experiencia está realizada en la comunidad Chachis o Cayapas, donde aún se mantienen la lengua CHA”PALAA, que en su traducción quiere decir lenguaje de las personas, (la traducción de Chachis es persona), esta comunidad habita extensas áreas en la zona selvática de la provincia de Esmeraldas, constituye uno de los pocos grupos étnicos que sobreviven en la costa ecuatoriana, con su cultura y organicidad propia.

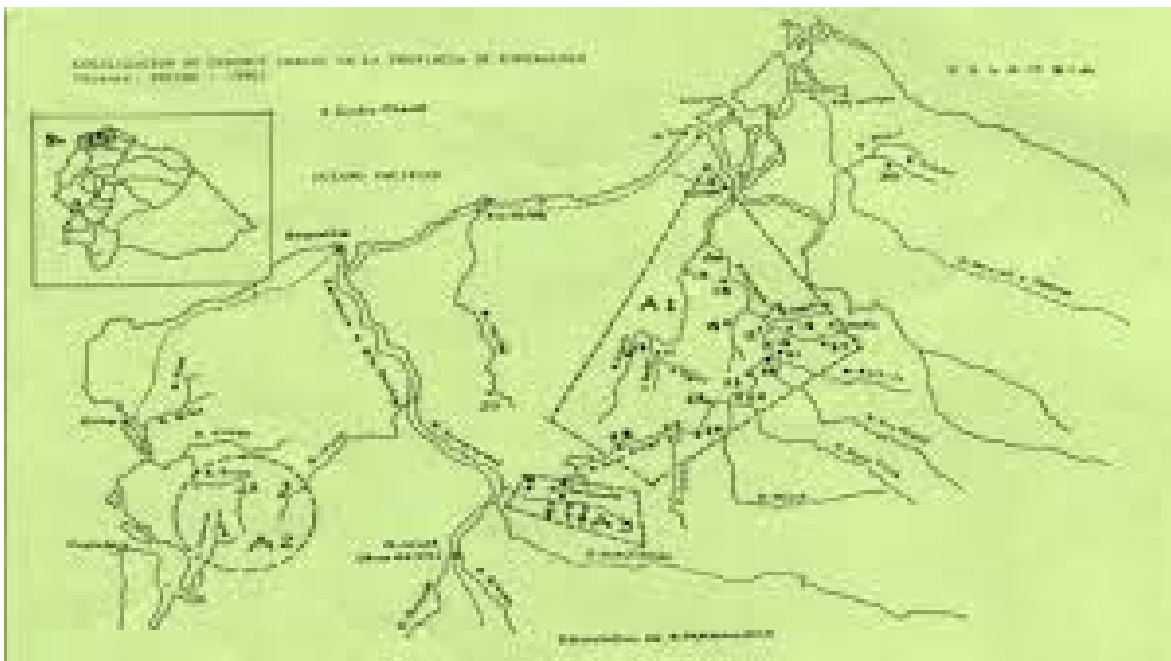
Muchos de ellos sostienen que son descendientes de los antiguos Chibchas que vinieron de Centroamérica, pero otros aseguran que son originarios de la provincia de Imbabura, de donde huyeron a causa de las conquistas de los incas y de los españoles.

La comunidad Chachi vive a las orillas de su río Cayapas, en pequeños grupos familiares, y su principal medio de transportación es la piragua que los conduce y los integra con otras poblaciones y comunidades ribereñas. No han podido formar una gran comunidad étnica;

viven en grupos familiares y no son sedentarios, actualmente se estima su población en apenas cinco mil personas.

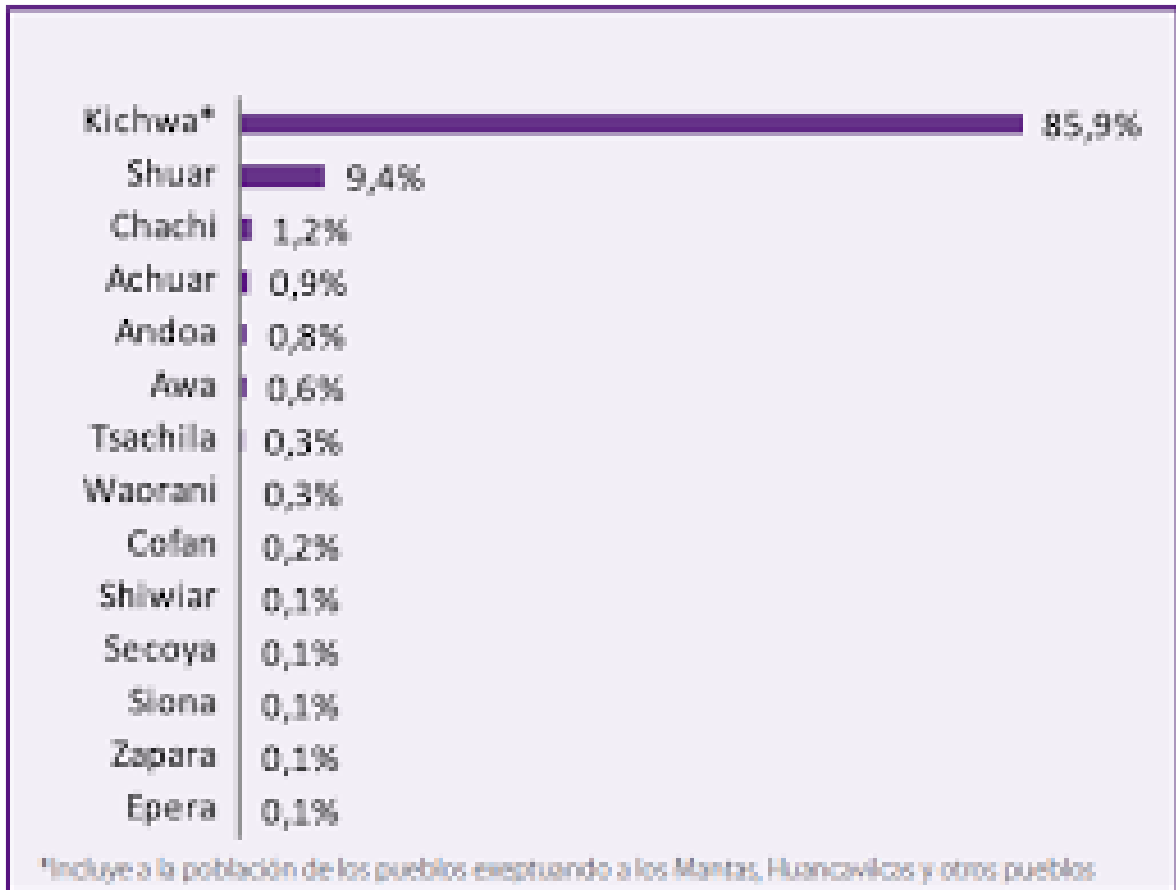
El estudio etnográfico de la comunidad es parte del proceso para la preparación rural del servidor de la salud, haciendo visibles las huellas de identidad social de la comunidad, como estrategia para crear un modelo propio que destaque la vinculación con la comunidad, el reconocimiento geográfico de la zona, la historia, la manera social y política en la que se desarrollan. de forma generalizada son los puntos de relevancia.

Mapa geográfico de la comunidad Cayapa



Fuente: Medina 1997, página 36

Población según censo del 2010



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEC Ecuador

La demanda social en el ámbito de salud es muy amplia, al ser grupos vulnerables que dependen exclusivamente de programas de gobierno, el fin siempre será alcanzar el desarrollo sostenible de las diferentes comunidades.

La salud para la nacionalidad Chachi es un problema de difícil solución, pues está ligado al deterioro ambiental que existe en su territorio, debido a la contaminación de las aguas y al deterioro paulatino de su dieta alimenticia.

Las enfermedades más comunes en los Chachis son: anemia, desnutrición, diarreas crónicas, gripes, parasitosis, paludismo, etc., enfermedades que la medicina natural no ha podido combatir.

La nacionalidad Chachi, tienen como costumbre primordial la enseñanza del manejo de la canoa a todos los niños, los preparan para recibir el poder del arco iris.

En lo referente a los rituales de tránsito de la vida a la muerte, la velación se la hace por tres días; ya caída la noche, los adultos y jóvenes comparten la chicha como parte de su recreación.

Sus casas son construidas de postes de chonta y guadua, hojas de paja toquilla, bejucos que recogen del monte; ellos viven con ventilación pura de la misma naturaleza. Tienen espacio seleccionada para cada actividad familiar.

La familia ampliada es el núcleo organizacional fundamental integrada por los abuelos, padres, hijos, yernos, nietos, nueras; estos grupos de familias son influenciadas por el Uñi o Gobernador que hace de autoridad de la comunidad. Así como la nacionalidad Awá y Éperas eligen a sus autoridades en Asambleas Generales, donde los delegados de las comunidades Chachis votan de forma abierta.



La Comunidad Chachi continúa gestionando el mejoramiento en los centros de salud, las condiciones en pandemia han sido muy crítica, uno de los elementos principales es el desconocimiento de la lengua chapalá en los médicos y los odontólogos, el idioma español es la barrera, que impide la comunicación en la consulta médica y odontológica. Uno de los retos para la comunidad es lograr que los hospitales y subcentros, haya enfermeros o médicos traductores o profesionales que pertenezcan a la misma comunidad. como segundo elemento la falta de espacios adecuados, insumos, medicamentos para la atención y tratamiento del paciente. como tercer elemento la falta de capacitación para confiar en las vacunas, la inmunización es una actividad de salud pública muy importante, que contribuye a salvar millones de vidas cada año, tiene como propósito prevenir enfermedades infecciosas y a ofrecer condiciones adecuadas de salud para toda la población, sobre todo en los menores de hasta cinco años.

Se evidencia factores que no posibilitan que los habitantes de una comunidad indígena tengan la inmunidad requerida para enfrentar las enfermedades infecciosas prevenibles mediante la vacunación, pero es de señalar que, aunque se respeten creencias y costumbres las instituciones de salud deben establecer rigurosamente prácticas para lograr erradicar este problema ya que de estos dependen la calidad de vida de la población.

De los factores sociodemográficos en función del esquema de inmunización que afecta a los mismo se puede observar que el 50 % de los encuestados posee un nivel primario de instrucción académica, el 73,3 % tienen más de tres hijos; el 80 % vive a una distancia de hasta una hora de viaje al centro de salud (Tabla 1).

Tabla 1. Relación entre factores sociodemográficos del esquema de vacilación

Tabla 2. Relación entre factores sociodemográficos en función del esquema de vacunación

Factores sociodemográficos		Esquema de vacunación				Total		X ²	Valor P
		Completo		Incompleto		Nº	%		
		Nº	%	Nº	%				
Género	Femenino	6	20	14	46,7	20	66,7	0,300	0,584
	Masculino	4	13,3	6	20	10	33,3		
Edad	14-21 años	3	10	11	36,7	14	46,7	2,555	0,465
	22-29 años	3	10	5	16,7	8	26,7		
	30-37 años	2	6,7	3	10	5	16,7		
	Más de 38 años	2	6,7	1	3,3	3	10		
Estado civil	Soltera/o	0	0	2	6,7	2	6,7	1,088	0,581
	Unión libre	3	10	5	16,7	8	26,7		
	Casada/o	7	23,3	13	43,3	20	66,7		
Número de hijos	Uno	2	6,7	1	3,3	3	10	4,214	0,122
	De dos a tres	5	16,7	17	56,7	22	73,3		
	Más de cuatro	3	10	2	6,7	5	16,7		
Instrucción académica	Primaria	6	20	9	30	15	50	6,696	0,010**
	Secundaria	2	6,7	1	3,3	3	10		
	Sin estudios	2	6,7	10	33,3	12	40		
Ingreso económico	Menos de 120\$	2	6,7	9	30	11	36,7	1,794	0,180
	De 120 a 300\$	8	26,7	11	36,7	19	63,3		
Actividad laboral	Agricultura	3	10	8	26,7	11	36,7	2,557	0,465
	Construcción	2	6,7	1	3,3	3	10		
	Artesanías	3	10	9	30	12	40		
	Jornalero/a	2	6,7	2	6,7	4	13,3		
Accesibilidad geográfica al centro de salud	Menos de 30 min	6	20	6	20	12	40	2,625	0,269
	De 30 a 60 min	3	10	9	30	12	40		
	Más de 60 min	1	3,3	5	16,7	6	20		
Total		10	33,3	20	66,7	30	100		

Fuente: encuesta.

Dentro de los factores socioculturales que afectan al proceso de inmunización se evidencia los de tipo cognitivo: no conocen la acción preventiva de las vacunas con 54,8 %; los de tipo procedimentales: prácticas de medicina ancestral como: beber preparados de yerbas para un 60 % y frotar hojas de plantas 56,7 %; los de tipo conductual como: no acostumbran a vacunar a sus hijos para un 64,5 %, olvidan la fecha de la siguiente dosis 73,3 % y experiencias negativas con vacunas 73,3 % (Tabla 2).

Tabla 2 Relación entre los factores socioculturales en función al esquema de vacunación

Tabla 3. Relación entre los factores socioculturales en función al esquema de vacunación

Factores socioculturales		Esquema de vacunación						X ²	Valor P	
		Completo		Incompleto		Total				
		Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Cognitivo	Las vacunas previenen enfermedades	Si	9	29	5	16,1	14	45,2	3,770	0,052
		No	5	16,1	12	38,7	17	54,8		
	Vacuna a su niño si presentara fiebre, vómito, diarrea)	Si	6	19,4	9	29	15	48,4	3,770	0,576
		No	8	25,8	8	25,8	16	51,6		
La medicina alternativa es mejor que la vacunación	Si	9	29	9	29	15	48,4	3,770	0,057	
	No	8	16,1	8	25,8	16	51,6			
Procedimentales	Prácticas ancestrales	Beber preparado de yerbas y ramas	6	20	12	40,0	18	60	5,674	0,042**
		Frotar hojas de plantas	6	20	11	36,7	17	56,7		
		Saunas con piedras y vegetales	1	3,3	6	20	7	23,3		
		Baños con yerbas y ramas	6	20	10	33,3	16	53,3		
Conductual	Acostumbra a vacunar a su hijo	Si	7	23,3	4	12,9	11	35,5	7,682	0,006**
		No	3	9,7	17	54,8	20	64,5		
	Motivos de no vacunación	Olvidaron la fecha	7	23,3	15	50	22	73,3	6,750	0,004**
		No dispone de tiempo	3	10	7	23,3	10	33,3		
		Pérdida del carnet	4	13,3	7	23,3	11	36,7		
		Experiencias negativas	6	20	16	53,3	22	73,3		
		Total	10	33,3	20	66,7	30	100		

Fuente: encuesta.

1.3 TIPOS DE ESTUDIOS PARA LA MUESTRA ODONTOLÓGICA

El tipo de estudio que se utilizó en el desarrollo del presente trabajo investigativo es de carácter descriptivo intervencional.

Área y tiempo de estudio

Se lo realizó en ciclo 2021 – 2022 de la comunidad NARANJAL DE CANANDÉ perteneciente a la regios de la costa ecuatoriana.

Universo

Comprende los niños y niñas y adultos de la comunidad Naranjal de Canandé que en total son 3.475 niños/as, de los cuales 2800 son hombres y 675 mujeres, cuyas edades oscilan entre 5 a 60 años.

Criterios de Inclusión

- Niños y niñas con su respectiva autorización de los padres de familia.

Criterios de Exclusión

Dentro del grupo de intervención se consideró algunos criterios de exclusión:

- Niños sin autorización de los padres
- Niños que no colaboran
- Tratamientos odontológicos que no incluye el proyecto: pulpotomía, pulpectomía y ortopedia interceptiva.
- Limitaciones por falta de colaboración de los responsables encargados del establecimiento.

Procedimientos para la recolección de datos

La elaboración de la investigación que corresponde al mejoramiento de la salud bucodental se efectuó de la siguiente manera:

1. Consentimiento y autorización respectiva de los pacientes.
2. Identificación: correspondiente al Área de Salud de la comunidad Naranjal de Canandé de la región de la costa del Ecuador. en el cual se realizó un acercamiento directo a los problemas buco dentales más relevantes.
3. Información: se explicó en qué consiste la atención buco dental de los niños/as y adultos a padres de familia y a las autoridades del centro de salud con el propósito de lograr su apoyo y colaboración.
4. Determinación del estado de salud buco dental; se lo efectuó mediante:
 - Levantamiento del perfil epidemiológico, para ello se utilizó la historia Clínica odontológica que se maneja en el Área de Salud de la comunidad naranjal de Canandé, permitiéndonos determinar los índices de CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados en dientes definitivos), CEOD (dientes cariados, extracción. indicada y obturados en dientes temporarios) e IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado).

Índice CPOD: Para obtener este índice se examinó las piezas dentarias permanentes determinando cuantos dientes cariados, perdidos y obturados hay, se sumó los tres datos y se dividió para el número de niños y adultos examinados por día.

Sistematización de datos

A los datos obtenidos en la investigación se los tabuló y se los presentará mediante tablas y barras con su respectiva interpretación, con las que se podrá observar resultados claros y fiables.

Para la tabulación se utilizó programas de informática (Excel). Finalmente se dará a conocer las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Fundamento científico

Las fuentes de investigación que se emplearon en el desarrollo del presente trabajo son de tipo bibliográfico, principalmente se utilizó libros y revistas actuales. También se concurrió a la información del Internet.

1.4 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO UTILIZADOS EN LA DETECCIÓN DE CARIES DENTAL RECOMENDADOS PARA LA RURAL

Los métodos de diagnóstico utilizados en la detección de caries dental en la rural, ha sido la utilización del explorador en el diagnóstico de la caries dental, es un tema controversial debido a su baja sensibilidad y alta especificidad, sin embargo, por circunstancias geográficas donde se carece equipos radiológicos, el método visual y el método de exploración son los más acertados para un diagnóstico, previo a una profilaxis para la evaluación odontológica. Tomando en cuenta los cambios en la translucidez como indicativo de lesión, cambios en la opacidad, cambio de color y consideró la presencia de cavidades. El criterio para el diagnóstico de caries con explorador fueron la detección de fondo blando y enganche del explorador. Al analizar el tipo de instrumento que se debe utilizar los exploradores punta fina sería el más utilizado y el de punta roma complementaria con el hilo dental, como métodos táctiles en la detección de caries.

Cuando nos referimos a los retos odontológicos, nos referimos específicamente a la destreza visual que se debe tener para una buena evaluación, Un punto de gran importancia para asegurar la obtención de la mayor información posible, es el realizar el examen clínico visual sobre dientes limpios, completamente secos y con buena iluminación. Existen investigaciones que señalan que el método visual por sí solo no tiene eficacia en la detección de caries Por otra parte, hay estudios que indican que existe una buena relación

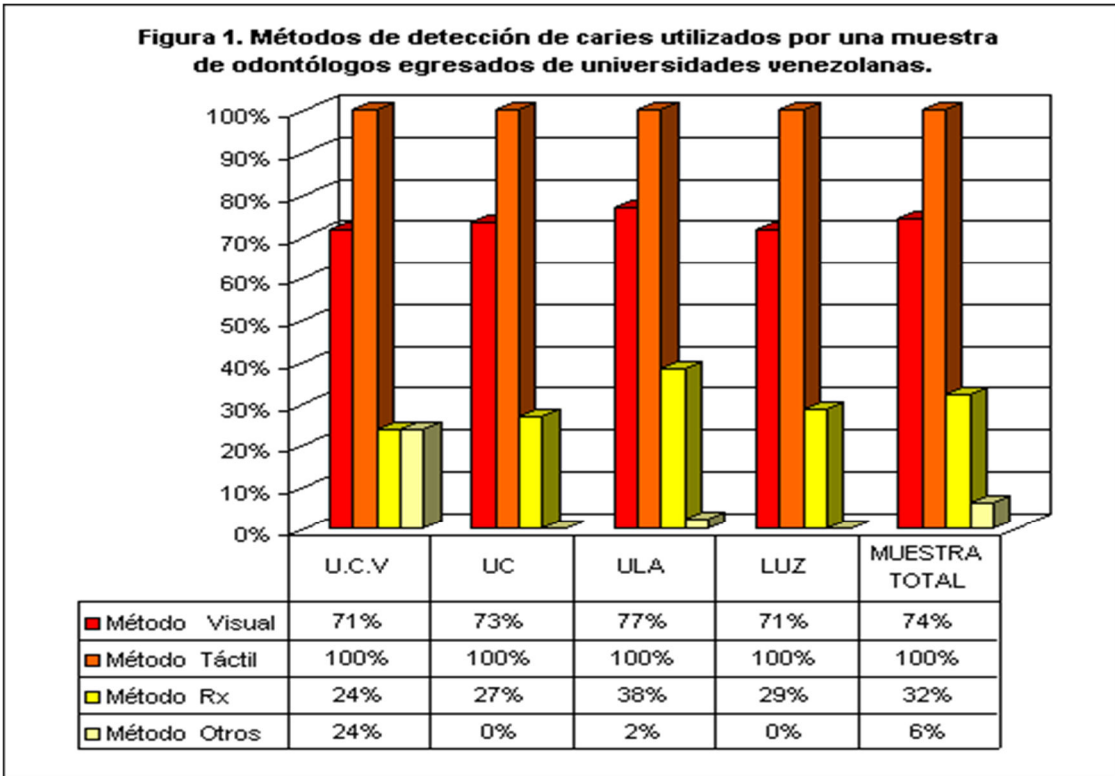
entre los signos macroscópicos obtenidos con el examen visual y la profundidad de la lesión con validación histológica.

Con respecto a lo anterior, Ekstrand y Col ^{plantearon} un sistema de criterios para la clasificación de la caries capaz de evaluar la profundidad y progresión de la lesión mediante un detallado examen visual y radiológico. Se ha demostrado que dicho sistema presenta rangos similares de exactitud que los métodos de conductividad eléctrica, de transiluminación con fibra óptica y de fluorescencia con láser. Considerando estos métodos en un entorno viable y específicos.

Según estudios realizados en otros países los métodos odontológicos más usados De los 97 odontólogos encuestados la mayoría eran egresados en la década de los 90 (77%), de estos, 47 egresaron de la Universidad de los Andes (ULA), 21 de la Universidad Central de Venezuela (UCV), 15 de la Universidad de Carabobo (UC) y 14 de la Universidad del Zulia (LUZ).

CARIES MÉTODOS DIAGNÓSTICOS





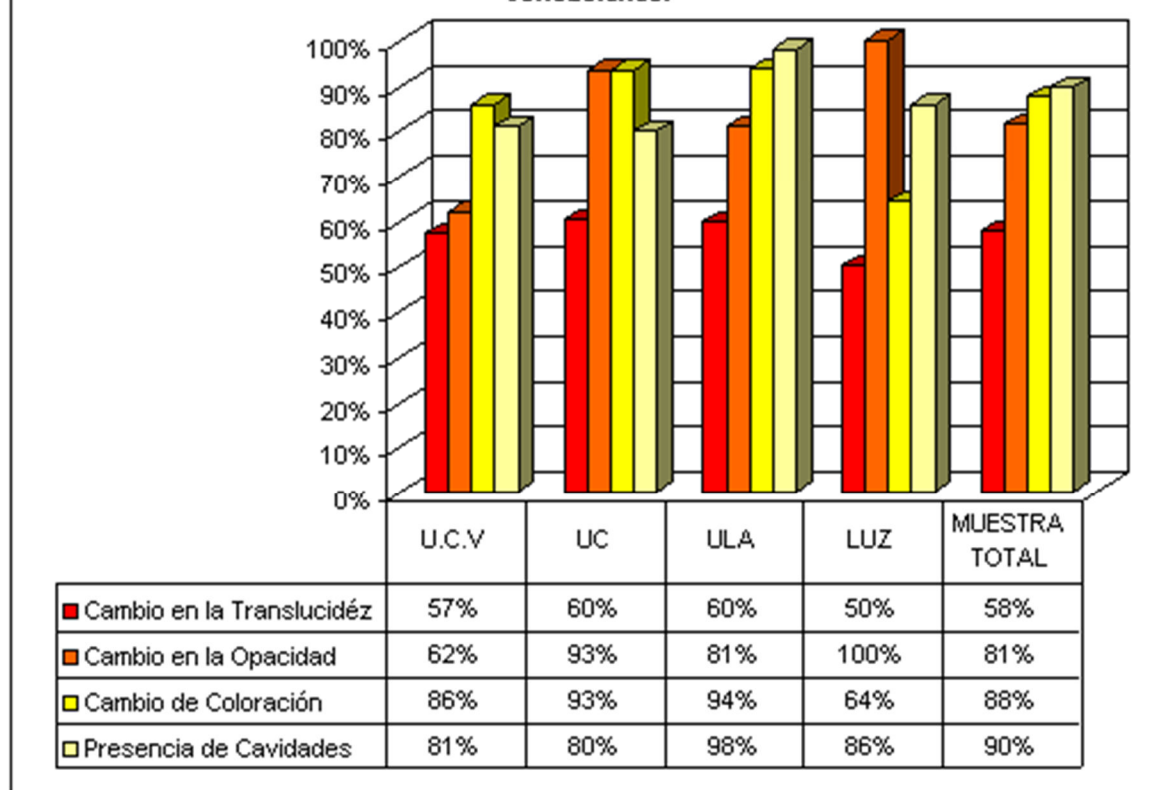
Considerando que los métodos utilizados con mayor frecuencia se muestran en la figura.

Como puede observarse el método de mayor uso en la detección de caries dental fue el de exploración táctil (100%), seguido por el método visual con un promedio del 74% y en menor porcentaje se registró el método radiográfico (32%). De los encuestados un 24% usaron adicionalmente otros métodos como: la transiluminación (2%), pastilla detectora (1%), luz (1%), interrogatorio (frío/calor) (1%) y el químico (1%). No se evaluó acerca del modo y los criterios empleados para el uso de estos últimos métodos, sin embargo, el método de transiluminación fue realizado con la lámpara de foto curado de resinas compuestas y con el criterio de sombra oscura como indicativo de la lesión. La profilaxis previa a la evaluación fue utilizada por el 37% de la muestra.

En la figura 2 se presentan los criterios que siguen los odontólogos para realizar evaluación a través del método visual, en la que se observó que un 88% consideró el cambio de color como indicativo de lesión, 81% consideró los cambios en la opacidad, 58% los cambios en la translucidez y finalmente el 90% la formación de cavidades.



Figura 2. Criterios en el examen visual para la detección de caries utilizados por una muestra de odontólogos egresados de universidades venezolanas.



En cuanto al instrumento empleado para detectar la lesión de caries utilizando el explorador, el 62% de los encuestados usó el explorador punta fina como método táctil, el 38% el explorador de punta roma y el 79% empleó el hilo dental (figura 3). Los criterios empleados para el diagnóstico de caries dental con el uso del explorador en el total de la muestra fueron los siguientes: limpieza de superficies (29%), detección de rugosidades (25%), detección de fondo blando (76%), enganche del explorador (69%) y detección de cavidades (78%), (figura 4).



Figura 3. Instrumentos empleados en el examen clínico para la detección de caries utilizados por una muestra de odontólogos egresados de universidades venezolanas.

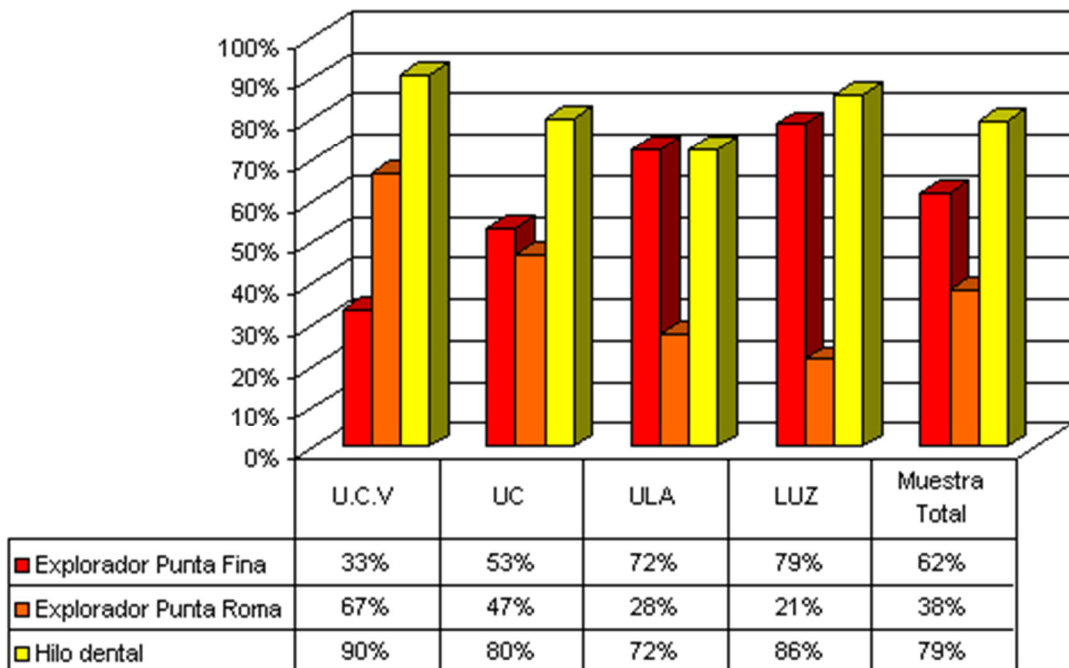
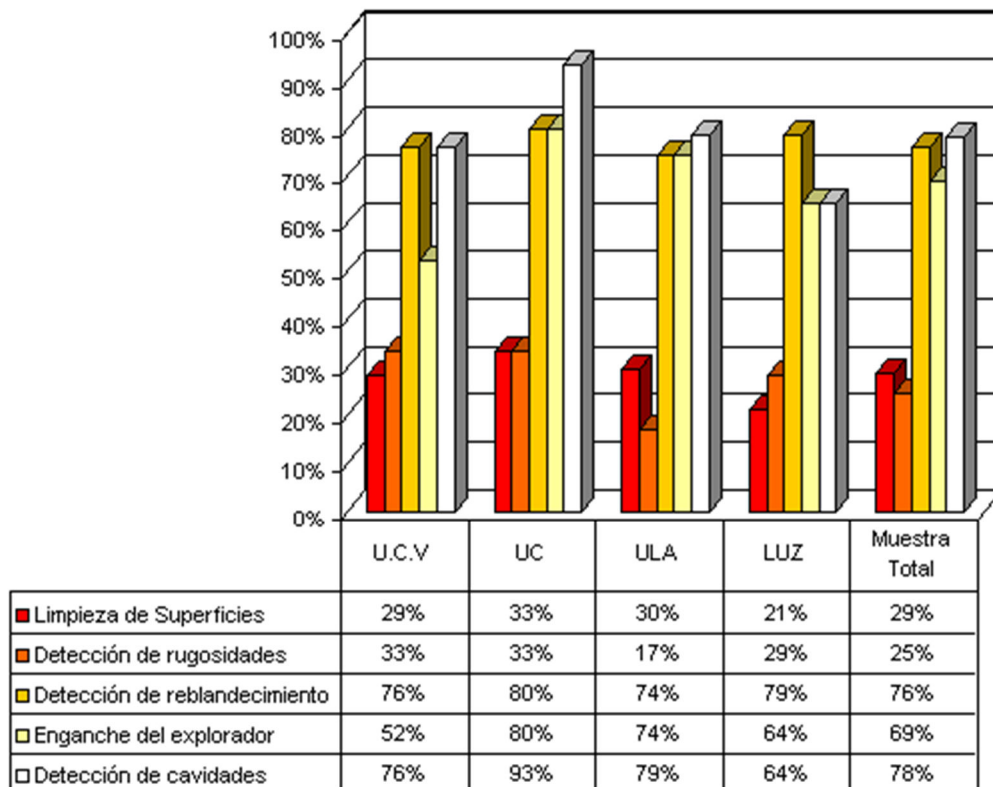
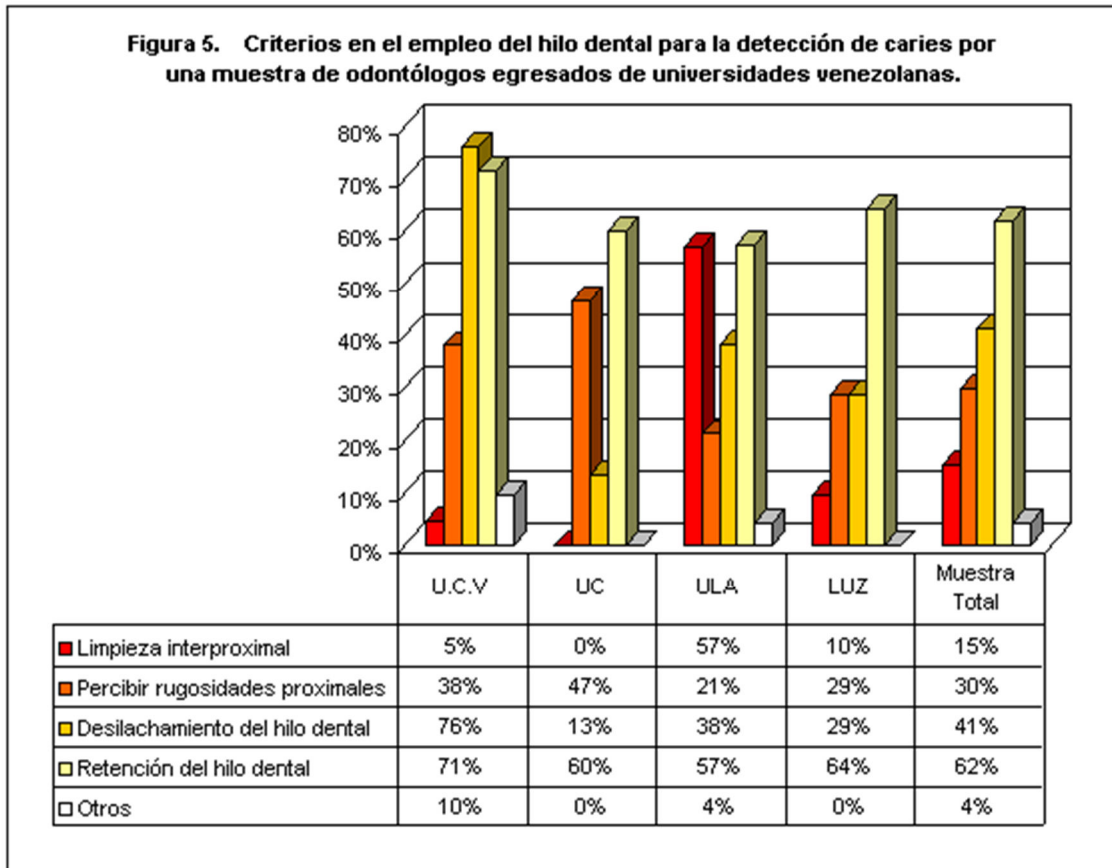


Figura 4. Criterios en el empleo del explorador para la detección de caries por una muestra de odontólogos egresados de universidades venezolanas.



Así mismo, los criterios utilizados por los odontólogos encuestados para la detección de lesiones con el hilo dental, tal y como podemos observar en la figura 5, fueron: limpieza interproximal (15%), percepción de rugosidades proximales (30%), deshilachamiento del hilo dental (41%), retención del hilo dental (62%) y otros criterios (4%).



Concluimos que no se encontró diferencias significativas en el patrón observado en la muestra total.

En cuanto al uso de la profilaxis previa al examen clínico, la muestra egresada de LUZ mostró un mayor porcentaje (64%) al compararlo con los profesionales egresados de las demás universidades. La muestra de egresados de la UCV usó el explorador punta roma (67%), mientras que el explorador afilado presentó mayor uso por parte de los egresados de LUZ (79%) y la ULA (72%). Los odontólogos que menos usaron el criterio de enganche del explorador fueron los egresados de la UCV (52%) y los que más usaron este criterio fueron los provenientes de la UC (80%). Por último, la limpieza interproximal la realizó en mayor porcentaje los odontólogos de la ULA (57%) y el criterio de deshilacha

miento del hilo fue usado con mayor frecuencia por los odontólogos egresados de la UCV (76%).

Los criterios utilizados para realizar el diagnóstico en la investigación reportaron que utilizar el método táctil empleando en la rural será el explorador como principal instrumento para la detección de la caries dental y en un segundo lugar se encontró que el método visual debe ser el más utilizado.

De forma similar Kenneth J. Anusavice indica que estos métodos son ampliamente usados por los odontólogos clínicos norteamericanos, sin embargo, el explorador es considerado como complementario al examen visual y no al contrario como se evidencio en nuestro estudio.

1.5 DIAGNÓSTICO

Es muy importante para un buen diagnóstico estos tres pasos;

Historia clínica: conocer los antecedentes médicos y familiares del paciente, advertir si presenta molestias bucales o no.

Inspección de la boca del paciente: realizar la observación de cada lugar de la cavidad bucal del paciente. Establecer si presenta caries o no, el estado de las encías, evaluar si presentan inflamación. Palpar cada zona y cada tejido oral con el fin de confirmar el estado en que se encuentra cada uno.

Radiografías orales: Completar el diagnóstico con radiografías orales para garantizar un resultado seguro de que lo necesita realizarse el paciente. En el caso de zonas rurales donde se carece de este mecanismo de diagnóstico, es remitir a otra localidad que tengan los equipos de radiografías.

Todos este proceso es importante, para el paciente, como para el odontólogo, observar el alcance del tratamiento, específicamente si se encuentran en una zona donde los recursos son mínimos, la primera fase seria la profilaxis, para la detección de caries sin embargo, la repercusión de caries dental en las localidades rurales se acrecienta en el Ecuador, por la falta de eficientes políticas públicas para la salud, la crisis social y económica, son detonantes que aumentas los problemas, en la salud dental en la sociedad a nivel general .

Por tal razón con el fin de investigar el estado de salud oral de la zona rural, nos hemos planteado el siguiente: ¿Cuáles son los retos de la odontología en las zonas rurales?, como respuesta a nuestra pregunta está el diagnóstico y el mejoramiento de la salud bucal.

La metodología usada permitió alcanzar los objetivos planteados, de los cuales a través de un análisis realizada a las historias clínicas odontológicas aplicada a los pacientes de la zona rural, las causas de la gran cantidad de caries se deben a la falta de concientización por el cuidado odontológico. por tal motivo no se puede controlar a esta enfermedad, que es la principal causante de la pérdida de las piezas dentarias.

Realizado el levantamiento del perfil epidemiológico, para ello se utilizó la historia Clínica odontológica que se maneja en el Área de Salud, ha permitido determinar los siguientes índices, de CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados en dientes definitivos), CEOD (dientes cariados, extracción indicada y obturados en dientes temporarios) e IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado).

Para obtener este índice se examinó las piezas dentarias permanentes determinando cuantos dientes cariados, perdidos y obturados hay, se sumó los tres datos y se dividió para el número de niños y adultos examinados por meses de atención odontológica.

La fórmula realizada es la siguiente:

$CPOD = \text{cariados} + \text{perdidos} + \text{obturados} \div \text{por niños y adultos diagnosticados}$

Todos los resultados se analizaron con los siguientes rangos:

- . - 0,0 – 1,1 bajo riesgo cariados + perdidos + obturados
- . - 2,7 – 4,4 moderado riesgo cariados + perdidos + obturados
- . - 4,5 o más alto riesgo cariados + perdidos + obturado

	INDICE CPOD
1,2 - 2,6	BAJO
2,7- 4,4	MODERADO
4,5 - 6,5	ALTO / 6-6 MUY ALTO

El Índice CEOD: los lineamientos de este índice se examinó los dientes temporarios presentan caries, piezas para extracción indicada y dientes obturados, se sumó los tres datos y se decidió a dividir para el número de niños y adultos examinados. Cuantificando en porcentajes máximo 30% de la muestra, es decir por cada 1000 equivale al rango 10% y este a su vez se cuantifica hasta 6,5 los riesgos odontológicos.

CEOD= caridos + extracciones indicadas + obturados ÷ por niños y adultos examinados.

Todos los resultados se analizaron con los siguientes rangos:

- . -0,0 – 2,0 bajo riesgo caridos + extracciones indicadas + obturados
- . - 2,1 – 4,0 moderado riesgo caridos + extracciones indicadas + obturados
- . - 4,1 - 5.0 más alto riesgo caridos + extracciones indicadas + obturados

	INDICE CEOD
0,0 - 1,1	MUY BAJO
1,1- 2,6	BAJO
2,6 - 4,0	MODERADO
4.1 - 6.05	ALTO
6,6 o mas	MUY ALTO

INTERPRETACION:

El CEOD total de la población atendida desde el 2021 valorado en alto riesgo, siendo igual tanto en las mujeres como en los hombres.

La población infantil consta de niños de primero y segundo tienen un CEOD de 4.0 y en cuanto a los hombres tienen de categoría alta, sin embargo, hay un mayor índice de CEOD en mujeres adulta con una cuantificación 6.6 en el año (2001). La presencia de caries en los dientes deciduos (índice CEOD) siempre va a ser mayor en los niños y niñas ya que presentan dentición temporal.

INDICE DE HIGIENE BUCAL	
3,1 - 6	MAL INDICE DE HIGIENE BUCAL
1,3 - 3,0	REGULAR INDICE DE HIGIENE BUCAL
0,0 - 1,2	BUEN INDICE DE HIGIENE BUCAL

Índice de higiene oral simplificado: Se utiliza seis superficies dentarias que representan todos los segmentos posteriores y anteriores de la boca. Con este se midió el nivel de higiene bucodental que presentan los niños y los adultos del centro de salud rural, definiendo al índice como el conteo piezas dentarias establecidas en la Historia Clínica que se maneja en el Área de Salud las cuales se valoró la superficie del diente cubierta por placa bacteriana y cálculo.

El IHOS se lo obtuvo de la sumatoria del índice de restos o placa bacteriana simplificado (IR-S) y el índice de cálculo simplificado (IC-S), dividido para 2.

$$\text{HOS} = \text{IRS} + \text{ICS} / 2$$

Todos los resultados se analizaron con los siguientes rangos:

- .- 0.0 – 1.2 buen índice de higiene buco dental, índice placa bacteriana, índice de cálculo.
- .- 1.3 – 3.0 regular índice de higiene buco dental, índice placa bacteriana, índice de cálculo.
- .- 3.1- 6 mal índice de higiene buco dental, índice placa bacteriana, índice de cálculo.

INTERPRETACION:

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en las niñas es de 6 valorado como mal índice de higiene bucodental siendo mayor en los niños de quinto año de educación básica con un total de 6. Mientras que en los adultos es de 3,1 considerado como mal índice de higiene bucodental.

Las encuestas: se realizaron la encuesta previamente elaborada a los niños y adultos del centro de salud, la que consistió en preguntas frecuentes y explícitas a los hábitos de higiene oral y alimentación. Para calcular el tamaño de la muestra de las encuestas de los niños y adultos del centro de salud se realizó la siguiente fórmula:

Población: 3000 pacientes incluidos niños y adultos.

Muestra: se calculó el tamaño de la muestra de los niños y adultos con siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Simbología:

n= tamaño de la muestra

N= población

e= error máximo admisible

Trabajando con un error del 10% se tiene:

$$n = 3000 / (1 + 3000(0,1)^2)$$

$$n = 3000 / (1 + 3000(0,01))$$

$$n = 3000 / (1 + 30)$$

$$n = 330$$

Propuesta de intervención

Plan de tratamiento que se realizó para mejorar la salud oral de los niños y adultos consistió:

Diagnóstico bucal.

Profilaxis.

Obturaciones en piezas dentarias.

Extracción de piezas temporales o permanentes si se requieren.

Colocación de sellantes.

Profilaxis y aplicación tópica de flúor.

Educación para la salud personal: alimentación adecuada, higiene dental y visita al odontólogo.

Sistematización de datos

A los datos obtenidos en la investigación se los tabuló y se los presentará mediante tablas y barras con su respectiva interpretación, con las que se podrá observar resultados claros y fiables.

Para la tabulación se utilizó programas de informática (Excel). Finalmente se dará a conocer las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Fundamento científico

Las fuentes de investigación que se emplearon en el desarrollo del presente trabajo son de tipo bibliográfico, principalmente se utilizó libros y revistas actuales. También se concurrió a la información del Internet.

INTERPRETACIÓN:

De 3000 niños y adultos atendidos, el mayor número de ellos corresponde a los hombres con un total de 1000, niños 1500, de los cuales el mayor número son niños de escuelas primarias. Un menor número se presenta la población de mujeres con una muestra de 500 siendo el grupo mayor jóvenes que cursan el último año de bachillerato.

Diagnósticos, profilaxis y aplicación de flúor se realizó a todos niños y adultos del centro de salud. En cuanto a operatorias se hizo 1000, se colocó 2000 sellantes y se extrajo 500 piezas dentarias (exodoncias de dientes temporales y permanentes). El orden de intervención se dio de acuerdo al plan de tratamiento expuesto en la metodología

De todos los niños y adultos del centro de salud examinados el 1% cepillan sus dientes dos veces al día. Aunque los padres de familia afirman que existe el cepillado dental habitual, no se refleja en la cavidad bucal debido a las malas condiciones de la misma. Esto nos lleva a pensar que la higiene no es la adecuada.

Los 3000 pacientes encuestados, el 94% manifestaron no haber aprendido la forma correcta como cepillar sus dientes. Este porcentaje es negativo, pero cabe destacar la necesidad de realizar campañas para la educación de la higiene bucal, ya que la dedicación de los pacientes no es la idónea, es por eso que a la higiene oral no se la toma como un

hábito saludable, ni como una obligación, esto parece no tener interés en los niños y adultos del centro de salud, para dicha actividad, todos los niños (100%) y adultos en su mayoría necesitan para su higiene dental utilizar pasta y cepillo dental. Con los porcentajes obtenidos se puede deducir que la práctica de higiene es muy limitada.

El uso de seda dental es indispensable para eliminar la placa bacteriana que se acumula entre los dientes, en donde el cepillo dental no ingresa, en lo referente a la investigación se constató que la mayoría de niños y adultos del centro de salud no usan este utensilio, lo mismo sucede con el enjuague bucal, producto que, en la zona rural, ni si quiera existen y no conocen sus usos.

Si consideramos analizar la visita al odontólogo cada 6 meses (2 veces al año), es lo más favorable para tener un buen estado de salud bucodental, lamentablemente en las zonas rurales esto sería un lujo, solo el 0,01 % lo hacen, manifestándose en el diagnóstico de cada uno de los niños y adultos del centro de salud.

Este problema se puede asociar a la falta de educación, dinero, tiempo por parte de los padres, temor del niño o niña a la atención odontológica.

El 99% de los pacientes son llevados a la consulta odontológica por atención de urgencias de salud bucal, las profilaxis dentales son recomendadas a cada paciente, mientras que el resto lo hacen cuando presentan alguna molestia (dolor) o cuando se ha establecido alguna patología bucodental.

El 67% de los pacientes manifestaron que ingieren pocos alimentos cariogénicos (carbohidratos y dulces), pero una verdad mundial es que la mayoría de pacientes si los consumen, golosinas debido a su bajo costo y fácil adquisición en el mercado. Este tipo de dieta no solo afecta a la cavidad bucal sino también al resto del organismo (desnutrición).

El 80 % de pacientes encuestados manifestaron no haber recibido charlas de higiene oral, el 20% si recibieron charlas impartidas por el personal del Ministerio de Salud Pública (MSP), pero también se sabe que no se las da de manera constante, por tal motivo se pierde el interés de los pacientes por la salud oral, esto crea un ambiente negativo, y hace imposible poder erradicar las principales patologías bucodentales, ya que todo empieza por la educación

Se mide los riesgos a través de los índices CEOD, CPOD e IHOS, son muy importantes para resumir el nivel de salud oral. Los datos proporcionados en este marco estadístico, son claros y fiables, ha permitido aplicarlos a las fórmulas que constan en la metodología, las mismas que nos sirvieron para poder obtener estos índices.

En la metodología también están expuestos parámetros para poder conocer el nivel de riesgo. Tanto en hombres como en mujeres y niños, se pudo constatar que existe un CEOD de alto riesgo, el CPOD de riesgo moderado y un IHOS deficiente, por tal razón cuando la enfermedad ya se presente en la boca el único tratamiento será la intervención odontológica. Haciendo énfasis en la caries dental, crea una necesidad entre los profesionales y autoridades sanitarias, por ser la patología más prevalente en la sociedad, especialmente entre los niños y adultos de las zonas rurales.

Las cifras a nivel mundial según geo salud, concluye “que la caries ha disminuido principalmente en países desarrollados como Estados Unidos y la mayor parte de Europa, debido a que cuentan con suficientes recursos económicos, y aplican programas de salud oral efectivos logrando obtener bajos índices de caries, en un 71,9%, cifra comparada con la que se presenta en nuestro país con un 85%, debería preocupar a las autoridades de salud a cargo”¹⁵. “Según la OMS la caries afecta entre el 60% y el 90% a la población escolar y a la gran mayoría de los adultos siendo frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos. Asimismo, la mayoría de los niños/as del mundo presenta signos de gingivitis, y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales. Igualmente, entre el 5% y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de dientes.” geosalud.com

Estudio de Salud Bucal en escolares menores 15 años en el Ecuador, Quito, 2000 realizado por RUIZ Oswaldo y Colaboradores “en los escolares de 6, 7, 8, 12 y 15 años de edad de las zonas urbana y rural, cuyos resultados indican que la caries dental y la enfermedad periodontal constituyen un problema de salud pública así lo demuestran los indicadores,” en el cual:

- Aproximadamente el 95% de los escolares presentan caries dental

- El 98% presentan un elevado índice de placa bacteriana
- El 23.2% tienen cálculo dental
- El 38.7% padece de gingivitis
- Y el 9.3% le sangran sus encías

La atención odontológica en las zonas rurales es de muy difícil acceso, ya que los profesionales carecen de los equipos e implementos necesario para una atención de calidad al paciente, ya que no solo la empatía, destreza y conocimiento son las herramientas necesarias para un buen desenvolvimiento del profesional odontológico esto va de la mano de los materiales vario tratamientos que detallaremos a continuación.

Los diagnostico frecuentes serían los siguiente:

- Diagnóstico bucal.
- Profilaxis.
- Obturaciones en piezas dentarias.
- Extracción de piezas temporales o permanentes si se requiere.
- Colocación de sellantes.
- Profilaxis y aplicación tópica de flúor.
- Educación para la salud personal: alimentación adecuada, higiene dental y visita al odontólogo.

Retos Odontológicos ante Procedimientos Dentales en Zonas Rurales del Ecuador

CAPITULO II

2.1 MATERIAL Y MÉTODOS

Los materiales dentales pueden ser definido como aquella materia utilizada en el área de odontológica. Por lo cual resulta fundamental que para poder comprender a los materiales dentales; tener los conocimientos básicos para poder seleccionar el material adecuado acorde para la situación con la que nos enfrentemos, y poder predecir, hasta cierto punto, su comportamiento en boca, para todos estos factores el pilar fundamental consiste en comprender la estructura de la materia, su composición y los diversos enlaces que se producen en su composición, los cuales determinaran sus propiedades y por ende su comportamiento en boca.

Para definir la estructura de la materia, primero estableceremos varios conceptos básicos, de esta manera construir una base sólida en nuestro conocimiento sobre los materiales dentales. En primer lugar, se debe entender el concepto de Materia: la cual podemos simplificar como todo aquello que tiene masa y ocupa un lugar en el espacio.

Siguiendo este concepto debemos considerar que la materia como tal, puede encontrarse en el espacio en distintos estados. Cuando la relación entre partículas es estable, es decir que cada una de las partículas se mantiene en una posición definida respecto a las que la rodean, decimos que la materia se encuentra en estado sólido.

Cuando existe más energía entre estas partículas, lo cual genera que la ubicación entre ellas no sea definida se denomina estado líquido. Por último, si las partículas no tienen relación aparente entre ellas no se agrupan ni se unen, sino que se rechazan por la gran energía que hay entre ellas, decimos que las mismas se encuentran en estado gaseoso. Es bien sabido que el estado en el cual la materia se encuentre está condicionado por diversos parámetros como es la temperatura y la presión. Podemos entonces deducir que podemos aplicar energía (ej. Calor) para modificar el estado en el que se encuentra la materia. También

podemos agregar que la energía necesaria para modificar el estado de la materia dependerá ampliamente de la fuerza de unión entre sus partículas, esto claramente afectará directamente las propiedades y por ende el comportamiento del material. Cuando entendemos que nuestro trabajo como odontólogos se basara en el uso de materiales aplicados sobre diversos tejidos vivos, surge la necesidad de incorporar un nuevo concepto. Se conoce como Biomaterial a aquellos materiales que utilizados sobre tejidos vivos no generan ningún tipo de injuria. Es decir, dicho material es biocompatible. Siguiendo la línea de razonamiento, surge el tercer concepto previo. Para comprender el comportamiento de la materia resulta fundamental conocer su composición, y como sabemos la materia se encuentra compuesta por Átomos.

En los últimos años ha ganado campo un concepto similar, pero con ciertas variaciones, un material bioactivo se define como aquel material que, en contacto con tejidos vivos, no produce ningún daño.

Los **biomateriales** como lo hemos dichos se integran perfectamente en un sistema biológico. en **Odontología** se utilizan **biomateriales** dentales restauradores como:

Amalgamas

Composites

Aleaciones **para** prótesis

Porcelana dental

Cementos dentales

Materiales de impresión, entre otros.

En las zonas rurales es un privilegio que los centros de salud tengan esta capacidad de adquisición, para complementar el tratamiento al paciente de odontología. Como concepto generalizado si se encuentra la silla y escasos equipos, sin embargo, por carecer de mantenimiento, no están en óptimas condiciones. para su utilización.

Lo óptimo para un consultorio de odontología se detalla:

El equipo especializado, aparatología de pequeño y gran tamaño



La **unidad dental** o sillón dental



Equipos básicos para los tratamientos odontológicos

Compresor

Unidad dental

Escupidera
Autoclave
Aero pulidor
Pieza de mano de alta velocidad o turbina
Micromotor
Lámpara de unidad dental
Aparato de rayos X
Neumático
Localizador de ápices
Lámpara LED
Equipo de profilaxis de ultrasonido
Negatoscopios pio
Cuba de ultrasonidos
Motor de aspiración

El material instrumental

El material instrumental es imprescindible en la práctica odontológica diaria. Sin embargo, en las zonas rurales el material instrumental básico para realizar la atención odontológica es:

Espejo de exploración dental: **Lo primordial es que permita una visión adecuada** para que se pueda hacer correctamente el diagnóstico.

Sonda: Forma parte del **material odontológico ya** que precisa diagnosticar enfermedades periodontales.

Pinzas: También es un material de odontología importante. Pinzas hemostáticas, pinzas de diques, de disección, para tubos o cortantes son solo algunas de ellas.

Instrumental de cirugía: Es indispensable para las operaciones de cirugía bucodental contar con el material dental necesario:



2.2 INSTRUMENTAL PARA EXTRACCIÓN DENTAL

SINDESMÓTOMOS. El sindesmótomo es el primer instrumental para extracción dental que se debe usar.

BOTADORES O ELEVADORES. Los botadores o elevadores son los instrumentos que debemos usar para hacer la primera fase de la extracción dental: LA LUXACIÓN.

FORCEPS.

Articuladores: Necesarios para el trabajo básico de una clínica dental.



Es fundamental disponer de todo el material de odontología preciso, para poder realizar una atención adecuada y eficaz. es lo ideal. Por ello **a la hora de determinar el material necesario para realizar los tratamientos odontológicos los básicos debería ser los siguientes:**

Composite

Silicona de adición

Guantes desechables

Guantes quirúrgicos

Servilletas

Radiografías digitales

Sellantes de fosas y fisuras

Agujas y anestésicos

Productos de desinfección

Papel de articular

Mascarillas

Baberos

Gafas

Gasas

Eyectores y cánula

Materiales de escritorio:

Papel, lapicero azul, fichas personales, fichas periodontales y fichas radiológicas.

Se aplicaron métodos, instrumentos y procedimientos de acuerdo a lo siguiente:

Revisión de los datos obtenido.

Elaboración de la base de datos a través de la plantilla.

Tabulación.

Presentación gráfica.

Para poder realizar una adecuada interpretación de los resultados de la investigación en función a las variables, objetivos propuestos y la hipótesis, se realizaron las comparaciones de los resultados obtenidos para el grupo de estudio y el grupo control, referente a las enfermedades dentales de niños y adultos del centro de salud.

Se establecieron tablas de frecuencia y gráficos para conocer el comportamiento de las variables estudiadas.

Se utilizaron medidas de tendencia central para analizar las variables de forma independiente.

Para comparar los resultados entre pacientes con buena higiene dental y aquellos con enfermedades dentales, encuestamos hábitos alimenticios y hábitos de higiene dental, incluimos la prueba T de Student por contar con variables cuantitativas.

¿Cuáles son los retos odontológicos en zonas rurales, donde carecen de materiales y un ambiente adecuado para el tratamiento de enfermedades dentales?

¿Como atender al paciente?, cuando los impedimentos dentro del marco social son la comunicación. Falta de interés por una mejor salud bucal, mala alimentación y carencia de materiales y equipos indispensables para el tratamiento odontológico.

Los retos son varios ya que hemos analizado la importancia de una cultura de vacunación, el marco étnico y la necesidad de consultorio adecuado para realizar los tratamientos.

2.3 PROFILAXIS Y APLICACIÓN DE FLÚOR

- Profilaxis

El procedimiento de la profilaxis dental, también conocida como "limpieza", es el procedimiento odontológico de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental.

Generalmente tenemos la creencia de que haciéndonos una profilaxis dental de vez en cuando es más que suficiente. Esto es completamente falso, lo ideal es hacer dicho procedimiento cada 6 (seis) meses, pero no confundamos, la profilaxis dental tiene únicamente un carácter preventivo y puede beneficiarnos de muchas maneras, pero no será suficiente para combatir y erradicar la caries dental y otras afecciones previamente establecidas.

- Flúor

La aplicación del elemento químico llamado flúor, es incorporado al esmalte dental, incrementa notoriamente la resistencia de este tejido a los ácidos, y, por tanto, resulta muy útil para la prevención de la caries. Puede administrarse mediante la fluoración del agua de consumo o aplicarse de manera directa o tópica en la consulta del odontólogo.

La práctica de hacer gárgaras con líquidos fluorados puede hacerse en casa, y es un procedimiento sencillo y eficaz en la prevención de las caries. El uso de pastas dentífricas fluoradas constituye una medida preventiva siempre útil para evitar el desarrollo de caries.





2.4 SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

Las capacidades de los selladores de fisuras tienen por objeto rellenar los puntos y fisuras del esmalte, impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los sustratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias.

Indicaciones:

Las indicaciones de los selladores de fisuras a nivel individual son:

Dientes con morfología susceptible a la caries (surcos profundos).

Molares y premolares recién erupcionados y sanos.

En pacientes que pueden ser controlados regularmente.

En hipoplasias o fracturas del esmalte.

Contraindicaciones:

En dientes con caries detectable.

En paciente con numerosas caries entre los dientes.

En aquellos pacientes libres de caries en dentición temporal, no debería indicarse el sellado sistemático de los molares permanentes, aunque sí deberán ser revisados a intervalos regulares.

Para realizar un plan de tratamiento, debemos tener en cuenta una serie de consideraciones importantes:

- Siempre debe localizarse y tratarse la molestia principal.
- Debe eliminarse la enfermedad existente y prevenir un nueva enfermedad.
- Debe considerarse el efecto de un tratamiento anterior.
- Siempre debemos tener en cuenta los antecedentes sociales del paciente.

El plan de tratamiento debe realizarse por escrito, de modo que en todo momento esté al alcance del odontólogo y del personal auxiliar.



2.5 MATERIALES USADOS EN OPERATORIA DENTAL

Generalmente los materiales para restauraciones más usados actualmente por los odontólogos son las resinas (composites). Los ionómeros de restauración son muy aceptados para restauraciones en dientes temporales, en cambio a las amalgamas dentales se las ha dejado de utilizar debido a su alto grado de toxicidad, pero cabe destacar que estas son la que presentan mayor tiempo de longevidad (resistencia).



Por consiguiente, la elección de los **materiales** dentales para su uso clínico está basado en:

- 1) biocompatibilidad
- 2) propiedades fisicoquímicas
- 3) manipulación
- 4) estética
- 5) economía.

Los objetivos siempre serán prevenir enfermedades en las estructuras de la cavidad bucal. - Reemplazar la estructura dental dañada o perdida con materiales que restauren la función y



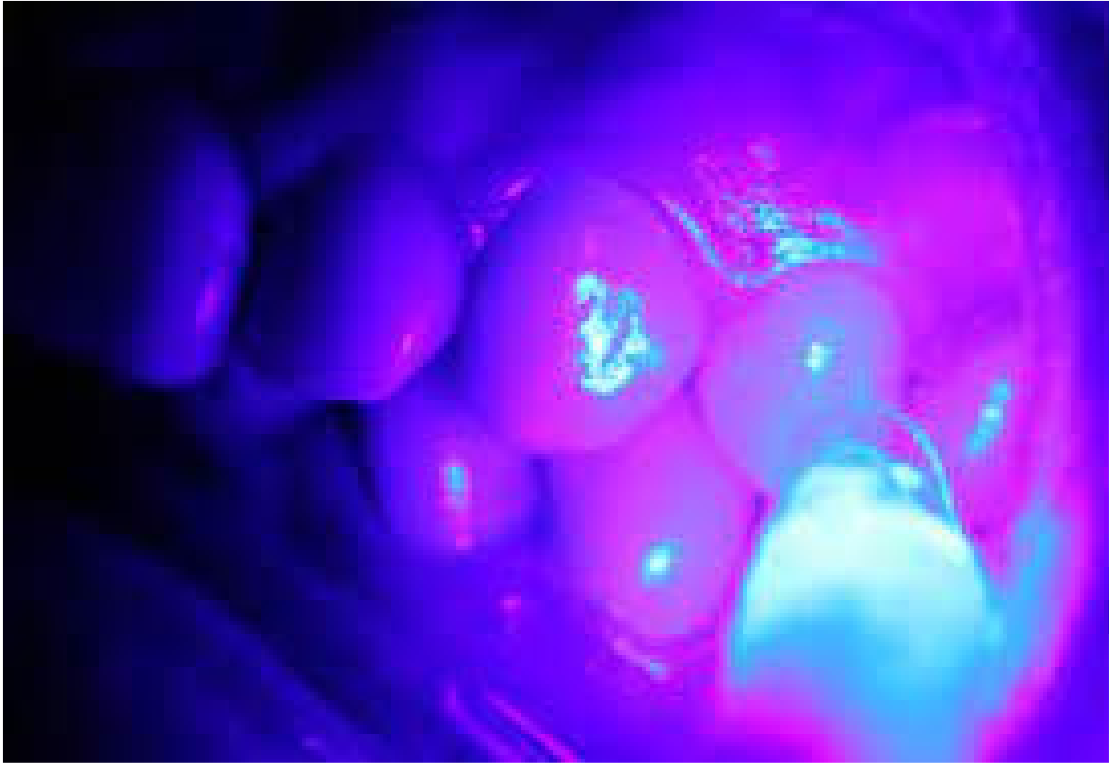
la estética. (R. G. Craig). A pesar de ello en las zonas rurales poco se puede hacer ya que se debe trabajar con lo que tiene el centro de salud que generalmente es la resina.

2.6 RESINAS COMPUESTAS (COMPOSITES)

Estos materiales que se usa para obturar cavidades, formados por una matriz orgánica y partículas de relleno.

La matriz está formada por monómeros, si aplicamos una energía sobre ellos, se desencadena su unión, es la llamada reacción de polimerización, se ha formado un polímero que es el cuerpo de la obturación. El inicio de la polimerización puede ser mediante sustancias químicas (auto polimerización), o mediante la aplicación de luz halógena (fotopolimerización) Las partículas de relleno son las responsables de la dureza y de la resistencia del material obturador, y a pesar de que cada vez tenemos materiales más duros, ninguno supera la dureza de la amalgama de plata.

La gran ventaja de los composites es la estética, el paciente a veces, no detecta la pieza que le ha sido obturada.



De acuerdo a los criterios para selección de materiales con base a examen clínico es la mejor recomendación. En ese entorno visual se procede a verificar que es lo mejor para el tratamiento, si se tratase de:

- Descalcificaciones
- Mancha blanca Hipoplasia
- Alteraciones de forma.
- Alteraciones de color Observación de fracturas y fisuras.
- Topografía Oclusal.

Deben ser evaluados biomecánicamente de acuerdo a los objetivos específicos de cada componente, en este campo existen opciones muy adecuada para cada pieza y cada singularidad que requiera ser tratada, lo ideal sería:



POSTES PREFABRICADOS

RESISTENCIA	RESISTENCIA A LA CORROSIÓN	RETENCIÓN	DISTRIBUCIÓN DE FUERZAS	SEGURIDAD	CONSERVACIÓN DE TEJIDO DENTARIO
1. Cromo Cobalto	1. Titanio	1. Paralelo activado	1. Paralelo pasivo	1. Cónico pasivo	1. Cónico pasivo
2. Acero inoxidable	2. Platino	2. Cónico activado	2. Cónico pasivo	2. Paralelo pasivo	2. Paralelo pasivo
3. Titanio	3. Cromo cobalto	3. Paralelo pasivo	3. Paralelo activado	3. Paralelo activado	3. Cónico activado
4. Platino	4. Acero inoxidable	4. Cónico pasivo	4. Cónico activado	4. Cónico activado	4. Paralelo activado
5. Bronce	5. Bronce				

MATERIALES PARA EL MUÑÓN

FACILIDAD DE USO	TIEMPO DE ENDURECIMIENTO	DUREZA	ESTABILIDAD DIMENSIONAL	MICROFILTRACIÓN	MECANISMO DE UNIÓN
1. Resina compuesta	1. Resina compuesta	1. Amalgama	1. Amalgama	1. Amalgama	1. Resina compuesta
2. Amalgama	2. Ionómero de vidrio	2. Resina	2. Ionómero de vidrio	2. Ionómero de vidrio	2. Ionómero de vidrio

		compuesta			
3. Ionómero de vidrio	3. Amalgama	3. Ionómero de vidrio	3. Resina compuesta	3. Resina compuesta	3. Amalgama

CEMENTOS DE FIJACIÓN DEL POSTE

DUREZA	ESPESOR DE LA PELÍCULA	SOLUBILIDAD	MECANISMOS DE UNIÓN	FACILIDAD DE MANIPULACIÓN	MICROFILTRACIÓN
1. con base de resina	1. Fosfato de zinc	1. con base de resina	1. con base de resina	1. Fosfato de zinc	1. Con base de resina
2. fosfato de zinc	2. Poli carboxilato	2. Ionómero de vidrio	2. Ionómero de vidrio	2. Ionómero de vidrio	2. Ionómero de vidrio
3. Ionómero de vidrio	3. Ionómero de vidrio	3. Fosfato de zinc	3. Poli carboxilato	3. Poli carboxilato	3. Fosfato de zinc
4. Poli carboxilato	4. con base de resina	4. Poli carboxilato	4. Fosfato de zinc	4. Con base de resina	4. Poli carboxilato

cita la fuente: <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas>



2.7 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Los tratamientos odontológicos extrahospitalarios se ven limitados debido a la dificultad de acceso a equipos de trabajo necesarios como son los rayos x), además no se puede realizar tratamientos a largo plazo, ya que el seguimiento es difícil y no hay recursos económicos y humanos suficientes en las zonas rurales. Es por eso que los principales tratamientos odontológicos de tipo extrahospitalario se limitan en: operatoria dental y extracciones (cirugía bucal). Por tal motivo es fundamental los tratamientos preventivos, además son menos traumáticos para los niños y adultos de las zonas rurales.

2.8 PROCEDIMIENTOS DENTALES COMUNES QUE SE HA REALIZADO EN LA ZONA RURAL.

Son varios los tipos de procedimientos que se pueden realizar dentro de un consultorio, sin embargo, en la zona rural, se realizaron entre los más comunes mencionamos los siguientes.

Extracciones

Es posible que sea necesario extraer un diente gravemente dañado.



La Operatoria Dental utiliza materiales de restauración para reparar los dientes que se han visto comprometidos debido a **caries**.

Selladores

Los selladores dentales, generalmente aplicados a la superficie de los dientes, actúan como una barrera contra las bacterias que causan caries.

En la mayoría de los casos, se aplican en los dientes posteriores, por ejemplo, en los **premolares** y **molares** recién erupcionados.

2.9 CEPILLADO DENTAL Y MÉTODOS AUXILIARES

El cepillado dental es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental relacionada tanto con la caries dental como

con las enfermedades periodontales (gingivitis y piorrea). Aparte del cepillado dental existen también otros métodos que ayudan a eliminar la placa bacteriana tales como:

La seda dental: es un método que sirve para eliminar la placa de las caras proximales de los dientes, y que, junto a la encía, conforman los espacios Inter dentarios. Son de seda natural, pero en la actualidad existen de fibras sintéticas, se introduce en el espacio Inter dentario y se hacen movimientos de arriba abajo frotando toda la cara dentaria.

Cepillo de dientes

El uso del cepillo dental tiene como objetivo limpiar la placa dental y otras acumulaciones de las superficies de los dientes. Se recomienda utilizar cepillos de cerdas sintéticas y con un grado de dureza medio o blando, hay una gran diversidad de cepillos y debemos utilizar siempre el que más se adapte a nuestras necesidades.

Técnica de cepillado

Existen muchas técnicas, pero cabe destacar que más que la técnica lo importante es la minuciosidad con la que se realiza el cepillado. Es importante en todas las técnicas seguir un orden que deberá ser siempre el mismo para no olvidar ninguna superficie dentaria. La técnica de cepillado correcto debe durar entre 2-3 minutos.



2.10 PROCEDIMIENTOS

CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LAS ZONAS RURALES

Como concepto general el rol del odontólogo en la prevención, educación y cuidados para la rehabilitación del sistema estomatognático es de notable importancia para la salud del individuo. Sin embargo, en las zonas rurales no existe una adecuada difusión sobre el rol del odontólogo, por lo tanto, es de esperar que existan preconceptos erróneos en los niños y adultos acerca de este profesional y sus funciones lo cual a la vez genera una barrera que no permite que los mismos se beneficien de los conocimientos del odontólogo para mantener un buen estado de salud integral.

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA (campañas de salud bucal)

En las zonas rurales las estrategias para que la odontología preventiva, cumpla la función de enseñar y dar a conocer el impacto de la salud bucal sus implicaciones microbiológicas e inmunológicas en la prevención de enfermedades es muy importante.

Estudiará la posibilidad de aplicar fluoruros. Además, considerar la fluorización del agua en zonas rurales es imposible, al carecer de agua potable, aunque se ha observado un descenso en la incidencia de caries dental cuando el agua Poble ha sido fluorizada.

Como podría lograrse en zonas del campo cual el líquido vital que usan frecuentemente viene del río.

El flúor en dosis profilácticas es inocuo, la pasta dentífrica suele contener alrededor de 1400 ppm (partes por millón) de flúor. Los dentífricos infantiles contienen menos cantidad de este elemento para minimizar los riesgos si es ingerido.

El control de la ingesta de determinados alimentos es otro aspecto a tener en cuenta.

Es importante lo siguiente:

1. Existen sustancias que poseen un alto potencial cariogénico. Entre ellas están la sacarosa y la glucosa, estos azúcares están presentes en la mayoría de productos comestibles, que en zonas rurales han sido detectados en productos que lo comercializan como golosinas.
2. Productos pegajosos, como chicles con azúcar o caramelos azucarados, favorecen más el riesgo de caries. En la promoción de la salud se motiva el papel activo del paciente, que deberá preocuparse por mantener una higiene bucodental óptima.

Dentro del tratamiento no invasivo están los sellados de fosas y fisuras, que están especialmente indicados en personas con dificultades para el mantenimiento de conductas favorecedoras de salud oral, como el cepillado con regularidad.

Fases de planificación terapéutica

La planificación terapéutica conlleva una organización de los procedimientos y, consecuentemente, la elaboración ordenada de una secuencia de éstos, que, aunque pueden sufrir variaciones individuales, siguen las siguientes fases:

- Primera fase: determinar la situación bucal.
- Segunda fase: fase de la profilaxis.
- Tercera fase: tratamiento restaurador.
- Cuarta fase: mantenimiento de salud bucal

Primera fase: determinar la situación bucal

Se corresponde con la primera consulta, se determina la situación bucal del niño, para esto el odontólogo realizará una historia clínica lo más completa posible en tres aspectos: social, médico y dental. En el caso del niño que acude por urgencias en la primera visita, la anamnesis debe ser corta y relacionada con el problema concreto. El tratamiento de urgencia que se realice en esta fase debe estar encaminado a evitar el dolor y posibles daños añadidos.

Segunda fase: fase de profilaxis

El tratamiento educativo y preventivo debe establecer y reconocer los factores de riesgo de caries, así como escoger la mejor estrategia para eliminarlos y controlarlos. La primera fuente de atención son los padres, que deberán ser concienciados de las necesidades odontológicas de sus hijos, entender y aprender cómo controlarlas, así como aplicar las medidas preventivas que deberán usar en casa.

La fase de profilaxis comprende:

- Evaluar la técnica de cepillado dental. Instrucciones sobre higiene bucal.
- Limpieza dental profesional.
- Aplicación tópica de flúor.
- Selladores de fisuras.
- Proporcionar el impreso de registro de dieta.

Tercera fase: tratamiento restaurador

A esta fase se realiza en dos niveles distintos: tratamiento restaurador primario o de contención y tratamiento restaurador específico.

Tratamiento restaurador primario o de contención: este tipo de tratamiento está indicado en niños pequeños que presentan lesiones extensas de caries. Comprende las obturaciones en masa de cavidades de forma provisional, realizando una remoción parcial del tejido cariado y la obturación de las cavidades con cemento de óxido de cinc y eugenol y/o cementos de ionómero, así como la aplicación de agentes cariostáticos basados en fluoruro de diamino

de plata.

Tratamiento restaurador específico: el tratamiento en el paciente infantil se realiza por cuadrantes, aprovechando así la misma anestesia y el mismo aislamiento. Siempre que se puede, se elige un cuadrante del maxilar superior, sobre todo en los molares, debido a que la infiltración de la anestesia es menos dolorosa. La complejidad de las restauraciones debe ser de manera progresiva.

La última cita debe ser sencilla (p. ej., fluorización), ya que al niño le quedará un recuerdo favorable de su visita al dentista.

EXODONCIA (CIRUGÍA MENOR)

Las extracciones dentales se realizan con el paciente sentado y anestesiado y el odontólogo de pie o como el profesional se sienta más cómodo. En odontopediatría se realizan sobre todo extracciones de piezas deciduas por lo que no suelen ser necesarios más que los fórceps y los botadores. La extracción simple, cerrada o técnica de fórceps requiere sólo sindesmótomos, fórceps y botadores o elevadores, la extracción quirúrgica, complicada o abierta, precisa, además de este instrumental, aquel necesario para la práctica quirúrgica en boca y comprende las fases de incisión, despegamiento, odontosección y sutura.

ANESTESIA

Indicaciones de los anestésicos locales

- Exodoncia.
- Restauraciones con compromiso pulpar.

Normas para realizar la técnica

- Esterilizar la zona a puncionar (colutorios, antisépticos...).
- Empleo de anestesia tópica.
- Entrada de líquido lentamente.

- Calentar previamente el anestésico.
- Uso de cartuchos y agujas desechables.
- Colocar el bisel dirigido hacia el hueso.
- Al inyectar en fondo de vestíbulo levantar el labio (disminuye la sensación dolorosa).
- No ejercer presión.
- Realizar aspiración.
- No dejar solo al paciente después de administrado el anestésico.

Cuarta fase: mantenimiento de la salud bucal

La planificación y periodicidad dependerá del riesgo a sufrir de caries. En estas citas periódicas deben realizarse los siguientes procedimientos:

- Refuerzo en la educación de las medidas de profilaxis.
- Control de dieta.
- Aplicación tópica de flúor.
- Exploración clínica para detectar la posible aparición de nuevas patologías

ANALISIS

Entre los primeros objetivos de la odontología en la zona rural, era conocer a la comunidad, conocer la problemática de salud bucal, identificar alcances para los tratamientos odontológicos para la comunidad, materiales y equipos con los que cuenta y empatizar con el paciente.

Sin embargo, las preguntas específicas sobre el medio rural son, si se realizaban todos los tratamientos en el grupo de pacientes, la respuesta es negativa, en el medio rural hay grupos pequeños, aislados y alejados de escasos recursos sanitarios, el odontólogo es un profesional anónimo que no es considerado para las comunidades como prioritario sus servicios.

En las zonas rurales el índice de vulnerabilidad familiar es alto, por lo que para este grupo la atención odontológica no es importante, se ha propuesto un programa de prevención y tratamiento de salud bucal a través de dos pilares.

El programa comprende dos pilares:

1. Favorecer beneficiarios: el Índice de Vulnerabilidad de la Familia construido a partir de bases de datos secundarias, permite identificar, antes de realizar el primer contacto, aquellos hogares con peores condiciones de vida y focalizar las acciones prioritariamente sobre ellos, considerando niños y mujeres embarazadas como primer lugar. De esta forma, el programa está “obligado” a llegar a los rincones más remotos donde vive una familia prioritaria según, que requiere urgente atención odontológica, pero que la imposibilita el lugar, la economía y el desconocimiento.

2. Indagación: una vez que las familias son identificadas, los agentes comunitarios de salud, junto con los equipos de asistencia social, se movilizan y visitan a las familias en mayor vulnerabilidad y pactan un plan de acción familiar, con metas específicas en salud. Así, por ejemplo, personas con una condición crónica de salud pasan a recibir visitas más frecuentes por parte de los agentes de salud.

Las familias que ya no son olvidadas

Una vez que las familias son incorporadas en este programa, debe permitir que un equipo multidisciplinario sea responsable de visitarlas periódicamente y proveerles servicios de salud, incluidos los de tratamiento odontológico, asistencia social y educación. El equipo debería reunirse en forma quincenal y actualiza el cumplimiento de las acciones acordadas. Para facilitar el alcance de metas,

La estrategia del programa permitirá incorporar a los servicios de salud a familias que hasta entonces eran “invisibles” o tenían dificultades para agendar y cumplir con una consulta de odontológica u/o tratamientos odontológicos.

En un programa piloto de las familias que cumplieron acciones pactadas de salud odontológicas y asistencia social, 71% mejoraron su índice de vulnerabilidad familiar. El plan piloto ha permitido, además, aumentar los servicios de consulta especializados en el área de odontología, como controles a las embarazadas y consultas a las personas de tercera edad en centros de salud de comunidades indígenas, algo antes casi imposible para las familias rurales alejadas de los grandes centros urbanos.

Aunque queda mucho trabajo por hacer, este tipo de iniciativas demuestran que es posible cambiar la realidad de miles de familias, en las comunidades de la costa del Ecuador.

Estas estrategias se han implementado para llevar servicios de salud odontológicas a regiones aisladas en el Amazonas son sin duda focalizados para la programación de los servicios de salud basado en la medición de la vulnerabilidad es muy efectivo para la protección social de la población, es fundamental el empoderamiento comunitario para la autogestión de la salud y el desarrollo, por medio de la educación formal y la educación para la salud, principalmente en los componentes materno infantiles y ahora en la prevención y en el autocuidado de las enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes, la hipertensión y la enfermedad renal crónica en las diferentes etapas de la vida desde la niñez hasta la tercera edad, que en las enfermedades dentales muchas de ellas, sus causas, radican de las enfermedades crónicas.

Se debe mejorar el balance de los modelos médico y odontólogos asistenciales con los modelos comunitarios con agentes comunitarios de salud, que sean oriundos líderes de sus comunidades, que trabajen en red, incentivando al estudio y la profesionalización de las personas de la comunidad en el área de la salud como en otras áreas, que deseen ofrecer su disposición para la promoción de la salud y bienestar a través de la capacitación y educación ciudadana, para mejorar la calidad de vida de las personas con:

Educación para el envejecimiento saludable desde que el niño está en el vientre materno, para que sus cuidados dentales sean desde el inicio hasta su vejes.

Educación para fijar hábitos de vida saludables, creando programa de alimentación sana y

saludable.

Educación para la convivencia pacífica y agradable – Educación en inteligencia emocional, para que los hábitos de salud bucal sea parte de la vida diaria.

Sin embargo es importante empoderar a las personas para la autogestión en todo, pero no deben desarrollar tareas que le corresponde realizar al gobierno.

Los gobiernos son los que tienen la obligación de dar servicios básicos y servicios de salud, conocimientos y facilidades para mantenerse sano, trabajo y recreación, fomentar y controlar que la producción alimentaria sea saludable libre de herbicidas, insecticidas, hormonas y medicamentos, proveer recursos para el entretenimiento y deporte saludable.

Los países de América Latina enfrentan a grandes retos para garantizar la salud de sus ciudadanos.









Un Obstáculo para los profesionales de la salud, es la falta de medidas de seguridad y zonas adecuadas para para que los profesionales descansen y garanticen un mejor desarrollo y cuidados para los servidores de la salud.

Con la generalización de la práctica de tomar censos cada 10 años, se vio la necesidad de definir localidades rurales en términos geográficos. Sin embargo, los límites que se han sugerido y que varían para cada país, no son satisfactorios desde un punto de vista científico. No existe consenso general para definir en forma clara y explícita el área rural.

Para formular una definición aceptable habría que considerar los criterios utilizados en las diversas definiciones, entre ellos los demográficos, sociales y administrativos. El término rural es un indicador de residencia, mientras que el de agrario lo es de ocupación. El hecho de que la población rural sea predominantemente agraria, ha contribuido a que a veces se consideren estos términos como equivalentes. La comunidad rural se identifica muy comúnmente por la relación de sus habitantes con el trabajo de la tierra como medio de sustento. Lo han expresado numerosos autores, no es fácil encerrar en una definición a no forma de vida social, que se ha manifestado con tanta diversidad en las distintas épocas y en los diversos países como es la comunidad rural. Numerosos estudios por parte de geógrafos, legisladores, juristas, historiadores y sociólogos, entre otros, han sugerido definiciones, cada una haciendo resaltar un aspecto de particular interés para el investigador y la disciplina científica que profesa, para los efectos de este trabajo se

entienden por “sistemas” los diversos medios de organización y administración de servicios, que permiten cumplir con los propósitos de fomentar, proteger y reparar la salud, también se extiende al hospedaje o lugar donde los servidores de la salud deben vivir mientras cumplen su función en el área de salud.

La expresión “infraestructura de salud” ha sido definida como : “el término infraestructura de salud rural se emplea para designar las unidades orgánicas de categoría inferior, para el servidor de salud como para la comunidad, capaces de proporcionar determinados servicios básicos de salud que satisfagan las necesidades sanitarias más urgentes de la población rural y las del personal que dedicada mente debe participar de estas acciones, dentro de los límites impuestos por los recursos locales disponibles” .

Las dificultades de transporte o comunicaciones por falta de carreteras adecuadas, las que a veces están totalmente interrumpidas en épocas lluviosas, agravan la situación de vida de estas poblaciones, y en muchas oportunidades producen un aislamiento total.

Sumando a estas dificultades las pandemias de colera, malaria y en estos tres últimos años la del COVID, se continúa mirando el retraso del sector agrario y sociales de los campesinos y comunidades indígenas, sigue constituyendo el escollo básico del proceso de crecimiento en América Latina y representando la principal causa de las tensiones sociales y políticas y de una gran variedad de problemas económicos en la región. Nos educamos como servidores salud en el área de odontología, mas no nos han educado para liderar en el campo de la ruralidad, desde un simple techo para a guarecer de la lluvia tiene impacto para los profesionales que incursionamos en la rural, un lugar adecuado para descansar , siendo los que promocionamos el buen cuidado de la salud, hábitos de higiene, en la rural hemos visto la carencia de simples instrumentos para el aseo, para realizar las necesidades básica del ser humano, una vez más retos para la convivencia y para mantenernos a salvo para ser profesionales útiles para la comunidad como lograrlo. Si bien es cierto que la proporción de población rural está disminuyendo en América, no hay duda que su número seguirá aumentando y será en los próximos 20 años de una magnitud siempre superior a los 100 millones de personas, estas razones más importantes dadas por diversos autores para explicar la migración de la población del campo a las ciudades son: la industrialización, realizada por lo general en áreas urbanas o en sus cercanías; la mejor remuneración en el

empleo en las ciudades; la atracción de la vida urbana; la mecanización y el aumento de la eficiencia en la agricultura, que disminuye la necesidad de brazos; y la constante demanda por parte de la población rural de estándares de vida más elevados, entre los que se cuentan: mejor vivienda, más entretenimientos, mejores posibilidades de educación y mejores servicios de salud.

Desafortunadamente en la mayoría de los países las zonas rurales se vuelven más inhóspitas, más pequeñas y más alejadas, ya que muchas comunidades evitan la integración con la sociedad, temen desaparecer debido a los avances urbanos y no existe un esquema general de regionalización, que proteja a las comunidades indígenas, permitiendo la preservación cultural y cuidado de la salud para la comunidad, la una doble avenida tanto de servicios como de técnicos, que vayan desde los centros más poblados a las zonas rurales, hasta las zonas más aisladas y viceversa aún no existe como prioridad de los gobiernos.

Las diversas formas de visitas que los médicos, enfermeras y odontólogos hacen a las zonas rurales, sean ellas en unidades móviles sin una infraestructura permanente, se han realizado con el mayor cuidado, llevando cuidados preventivos.

Este tipo de consultas en las que el odontólogo no tiene gran interés ya que se perpetúa la situación existente, atendándose generalmente los mismos casos, como ha ocurrido, todo termina en una extracción, imposibilitado de hacer un tratamiento para el cuidado de cada pieza dental no es satisfactorio. Es ahí donde aparece la incógnita de la responsabilidad social, esta no viene sola es una relación triangular, donde el gobierno abastece de las necesidades, el paciente que se concientiza con la salud y el odontólogo que aplica sus conocimientos. Reflexiones que permanecen en el diario vivir de la ruralidad.

Se crea una conclusión negativa, que no hay necesidad de un conocimiento científico de tipo social, como sí de un conocimiento básico para la formación del recurso humano odontológico, que permita una sensibilización hacia todo lo relacionado con las necesidades de las diferentes poblaciones,

El sociólogo Payares González resalta la conveniencia de incorporar la enseñanza de las ciencias sociales sociología, antropología, filosofía o economía y en la práctica odontológica. Este conocimiento le permitirá al profesional de la odontología un mejor aprovechamiento de sus prácticas sociales en las que debe integrar todos los conceptos relacionados con la salud pública pues es esta indispensable para construcción de la sociedad.

Capacidad para trabajar en diferentes escenarios, esto permite que aun los lugares donde se deba habitar el profesional de la salud, aunque no sean los más propicios, permitan que se involucren en la comunidad, sin riesgo de perder la vida o la salud, para el fortalecimiento o mejora de su salud de la comunidad, a partir de conceptos como participación, liderazgo y empoderamiento del papel del odontólogo como agente en prevención de la enfermedad, a través de la educación, como eje principal, y la aplicación de otras medidas de control en el ámbito comunitario.

Se puede mencionar las capacidades emocionales del Odontología en la rural:

- La capacidad de motivarnos a nosotros mismos
- La capacidad de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones
- La capacidad de controlar los impulsos
- La capacidad de diferir las gratificaciones
- La capacidad de regular nuestros propios estados de ánimo
- La capacidad de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales
- La capacidad de empatizar y confiar en los demás.

En este camino desconocido, solo queda reconciliar la idea de los retos te hacen descubrir cosas sobre ti mismo que ni siquiera conocías. Estos son lo que hacen al mecanismo flexible, es lo que te hace ir más allá de la norma sin intimidación, desafiando a nuestra voluntad y determinación esto ha sido el camino en la rural.

Retos Odontológicos ante Procedimientos Dentales en Zonas Rurales del Ecuador

CAPITULO III

3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° I

MEDIA DE LOS TRES EXAMENES DE DIAGNÓSTICO DE ACUERDO A LOS ÍNDICES UTILIZADOS

Media de los tres exámenes realizados para la detección de caries según el índice de Klein y Pálmer en la Comunidad de Naranjal de Canandé:

OBSERVACION VISUAL	MAGNIFICACION 3,25	TRANSILIMINACION CON FIBRA OPTICA
Y1= 3000	Y2= 0	Y= 0

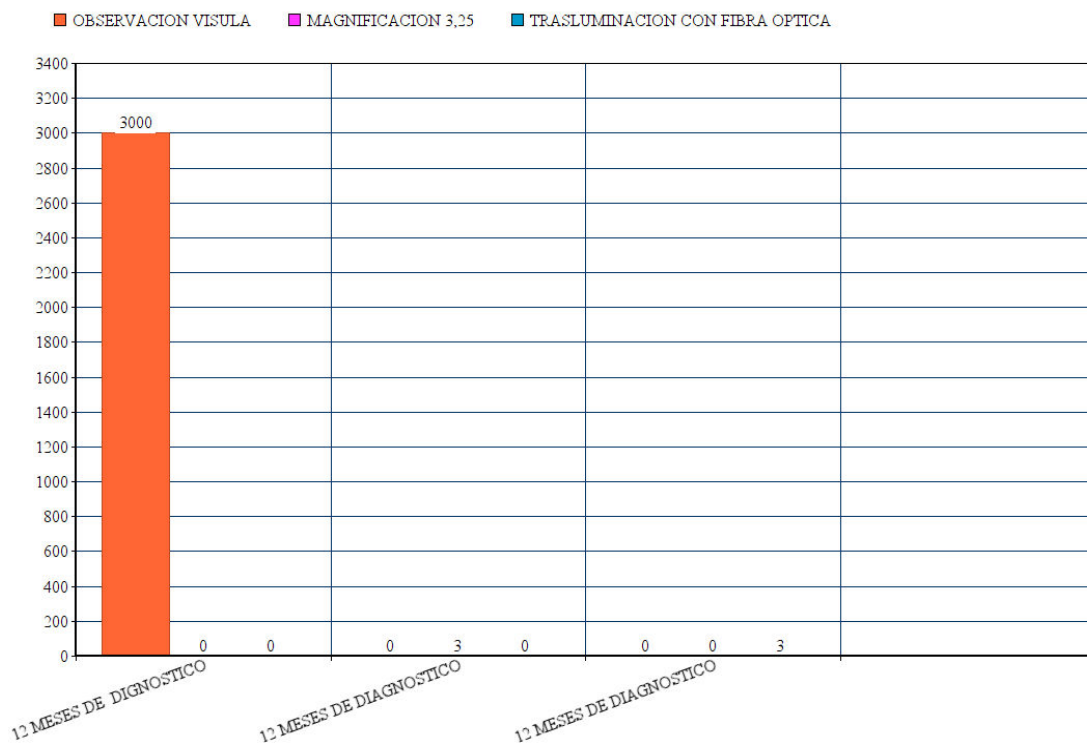
Media del número de superficies con lesiones iniciales de caries según el método de diagnóstico utilizado de acuerdo al índice de Klein y Pálmer modificado por la OMS, se considera que en las zonas rurales el método de detección de caries es la observación visual con la técnica del explorador.

OBSERVACION VISUAL	MAGNIFICACION 3,25	TRANSLUMINACION CON FIBRA OPTICA
Y1= 1500	Y2= 0	Y= 0

Media del número de superficies sin caries según el método de diagnóstico

Utilizado Fuente: Datos tomados del análisis realizado a los exámenes hechos a Los niños y adultos del centro de salud Naranjal de Canandé.

Análisis realizado a los exámenes hechos a los niños y adultos del centro de salud Naranjal de Canandé.



Y = 3,000 para el examen clínico con observación visual simple

Y = 0 para el examen con el método de magnificación 3,25X

Y = 0 para el examen con el método de la transiluminación con fibra óptica.

TABLA N° II

NÚMERO DE SUPERFICIES CARIADAS SEGÚN EL MÉTODO DE DIAGNÓSTICO (CPOD)

FUENTES DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	GRADO DE LIBERTAD	CUADRADOS MEDIO	F
METODO CLINICO DE DIAGNOSTICO	416,9	2	208,45	11,73
ERROR	2079,7	117	17,17	
TOTAL	2496,6	119		

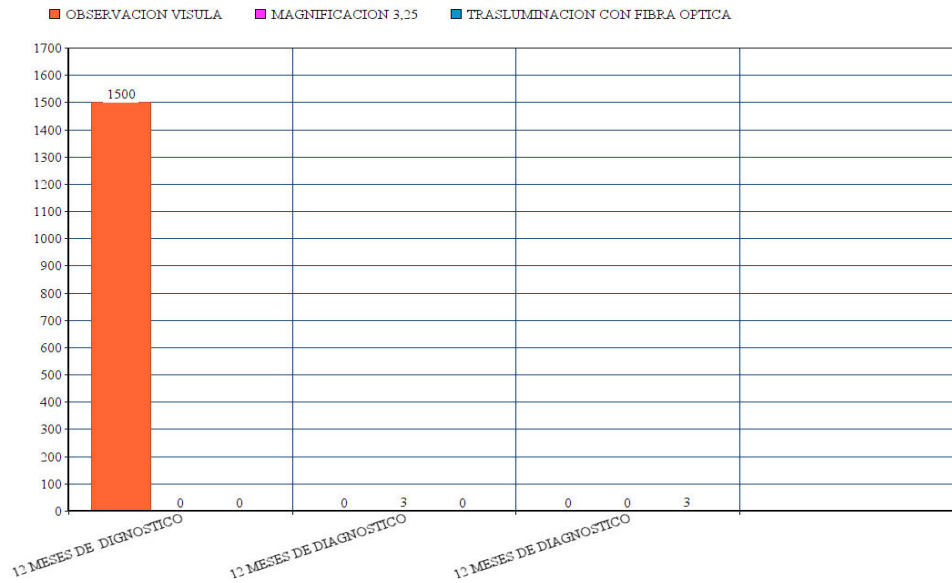
El valor de "F" calculados es mayor de $F_{2.117;5\%}=3,07$ y $F_{2.117;1\%}=4,79$

Diferencia Significativa Mínima.

Como se observa en la tabla N° I gráfico N°2 las medias de cada uno de los tres métodos de diagnóstico utilizados para la detección de caries aplicando el índice de Klein y Pálmer modificado por la Organización Mundial de la Salud.

Análisis realizado a los exámenes hechos a Los niños y adultos del centro de salud Naranjal de Canandé

	INDICE CPOD
1,2 - 2,6	BAJO
2,7- 4,4	MODERADO
4,5 - 6,5	ALTO / 6-6 MUY ALTO



Para precisar donde radican las diferencias utilizamos la prueba DSM (Diferencia Significativa Mínima) cuyos valores al 5% y 1% fueron respectivamente 1,20 y 1,59. Al contrastar las diferencias, son significativas al 5% y al 1%.

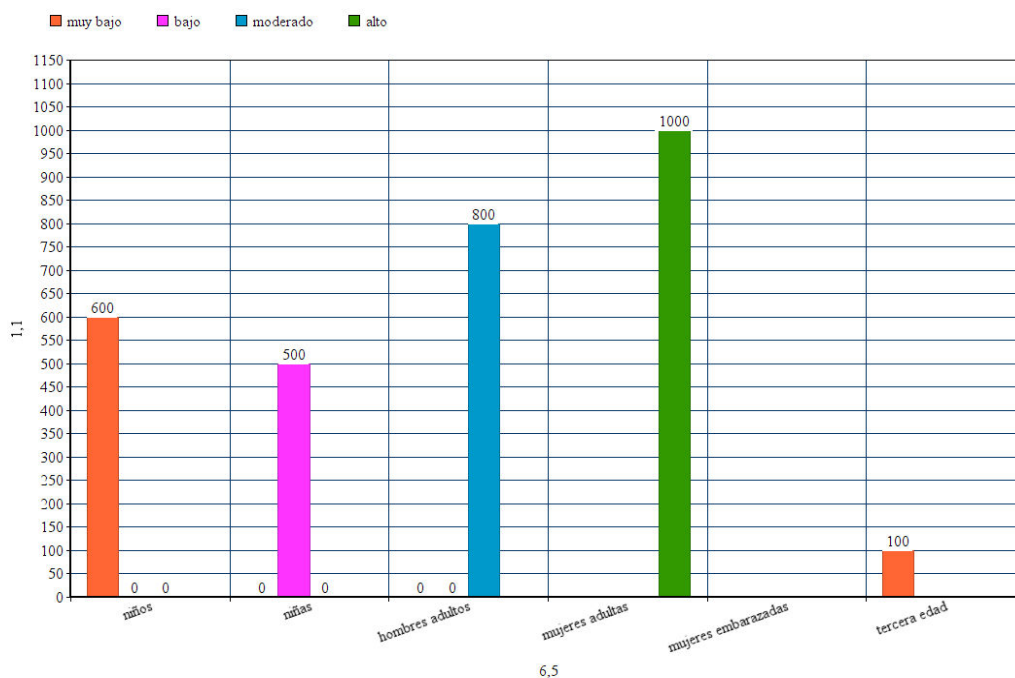
Todo esto nos lleva a concluir que el método de detección de lesiones de caries más efectivo para el diagnóstico de la lesión cariosa en sus estados iniciales es el de la magnificación 3,25X, seguida de la transluminación con fibra óptica.

INTERPRETACION:

El CPOD en las mujeres es de 1,2; mientras que en los hombres de 2,6 considerado como bajo riesgo (caries). En la presente tabla se puede confirmar que el índice CPOD va aumentando de forma creciente siendo la población más afectada los niños y adultos del centro de salud con 4,4 en las mujeres considerado de moderado riesgo, y en los hombres de 6,5 valorado como de alto riesgo.

INDICE CEOD	
0,0 - 1,1	MUY BAJO
1,1- 2,6	BAJO
2,6 - 4,0	MODERADO
4.1 - 6.05	ALTO
6,6 o mas	MUY ALTO

INDICE CEOD



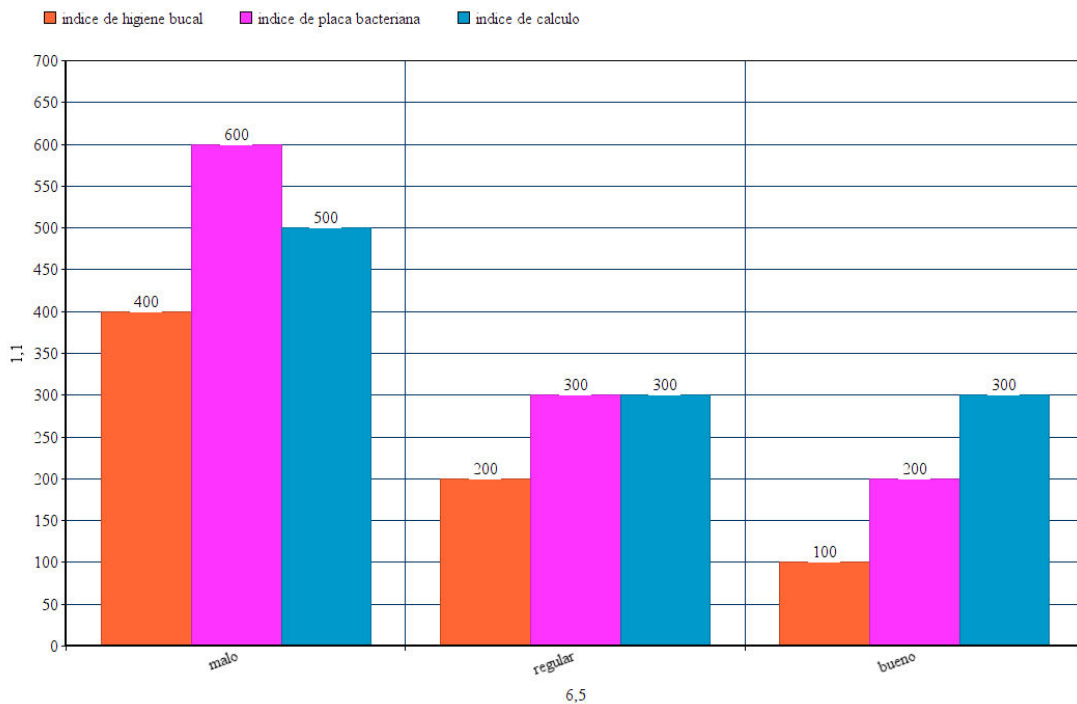
INTERPRETACION:

El CEOD total de la población atendida desde el 2021 valorado en alto riesgo, siendo igual tanto en las mujeres como en los hombres.

La población infantil consta de niños de primero y segundo tienen un CEOD de 4.0 y en cuanto a los hombres hay un mayor índice de CEOD de 6.6 es de mujeres adultas en el año (2001). La presencia de caries en los dientes deciduos (índice CEOD) siempre va a ser mayor en los niños y niñas ya que presentan dentición temporal.

INDICE DE HIGIENE BUCAL	
3,1 - 6	MAL INDICE DE HIGIENE BUCAL
1,3 - 3,0	REGULAR INDICE DE HIGIENE BUCAL
0,0 - 1,2	BUEN INDICE DE HIGIENE BUCAL

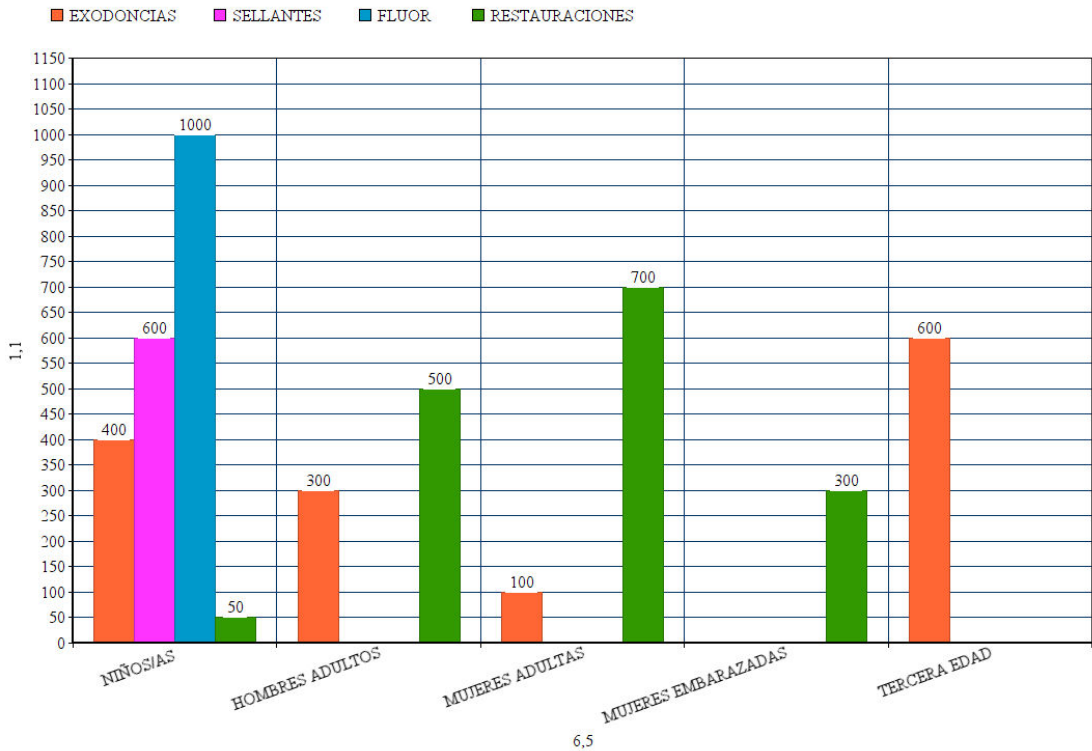
INDICE DE HIGIENE BUCAL



INTERPRETACION:

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en las niñas es malo valorado en un porcentaje de 6, como mal índice de higiene bucodental siendo mayor en los niños de quinto año de educación básica con un total de 6. Mientras que en el adulto es de 3,1 considerado regular índice de higiene bucodental, se encontró un porcentaje bueno de índice de higiene bucal en personal adultas que no pertenecían a la Comunidad de Naranjal de Canandé.

MUESTRA DE POBLACION DIAGNOSTICA Y TRATADA EN NARANJAL DE CANANDE

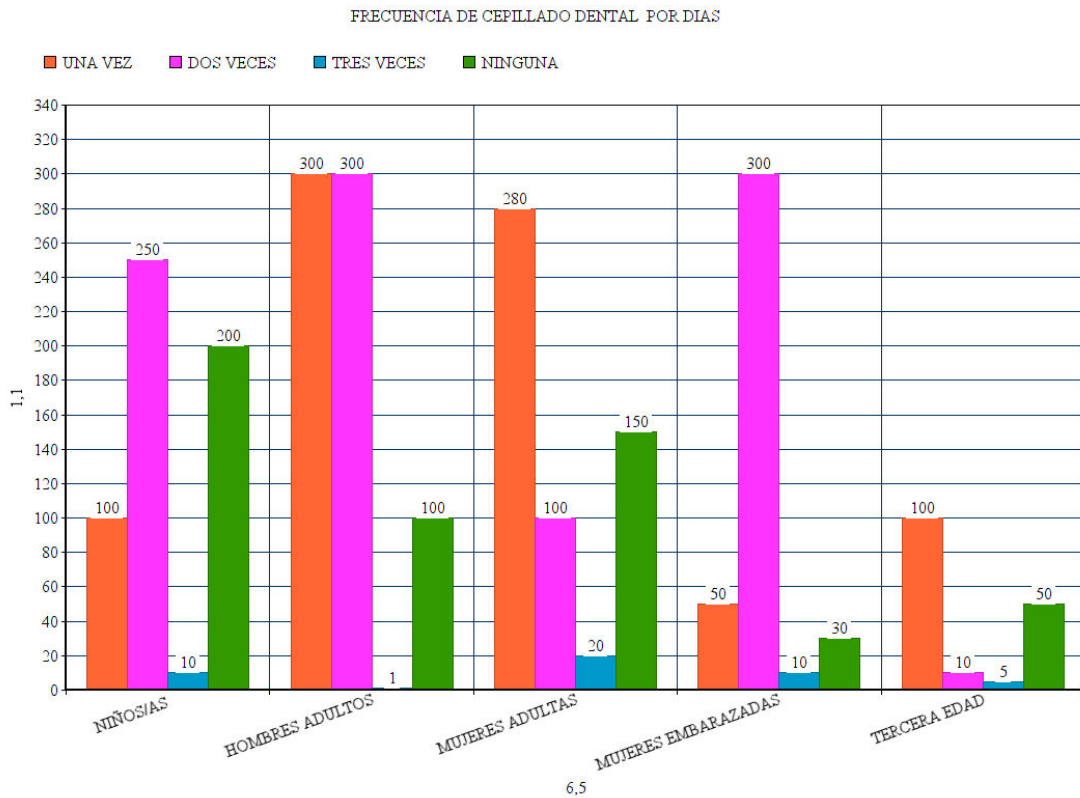


INTERPRETACIÓN:

Diagnósticos, profilaxis y aplicación de flúor, exodoncia, sellantes, se realizó los procedimientos En cuanto a operatorias se hizo 2000, se colocó sellantes y se extrajo piezas dentarias (exodoncias de dientes temporales y permanentes). El orden de intervención se dio de acuerdo al plan de tratamiento expuesto en la metodología.

CEPILLADO DENTAL POR DÍA EN LOS NIÑOS/AS Y ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE NARANJAL DE CANANDE

FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL	
UNA VEZ	560 PERSONAS SE CEPILLAN UNA VEZ AL DIA
DOS VECES	700 PERSONASL SE CEPILLAS DOS VECES AL DIA
NINGUNA	165 PERSONAS JAMAS SE CEPILLAN

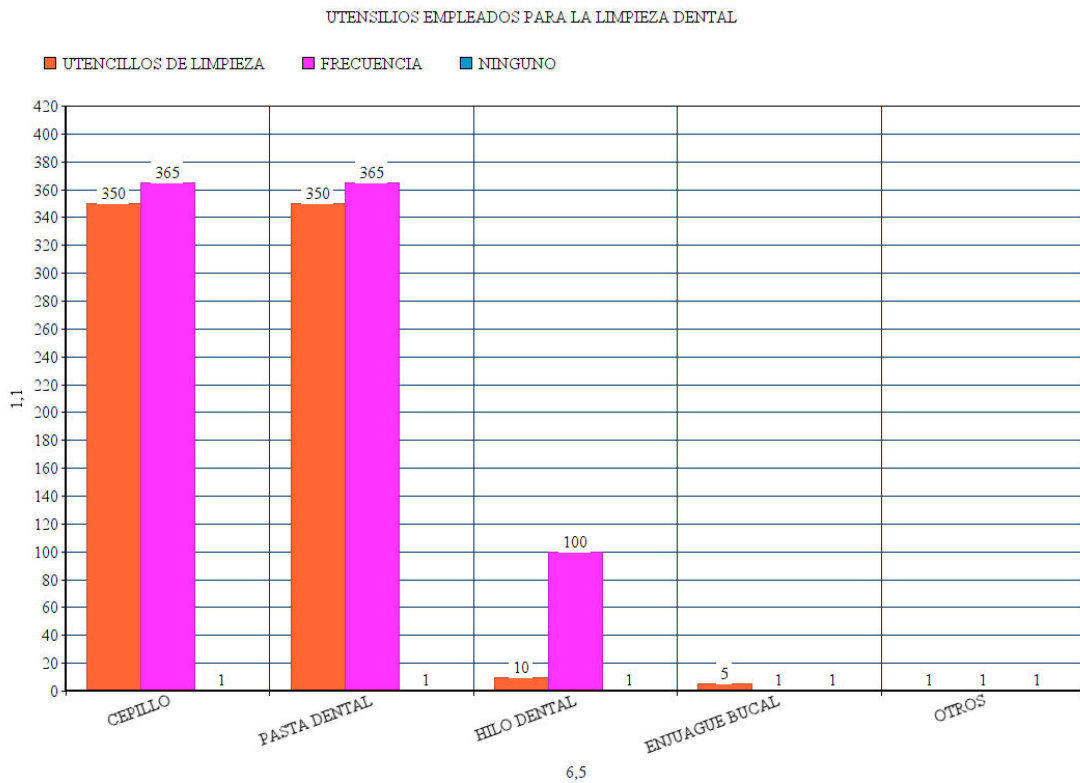


INTERPRETACIÓN:

De todos los niños/as y adultos examinados el 55% cepillan sus dientes dos veces al día. Aunque afirman que existe el cepillado dental habitual, no se refleja en la cavidad bucal debido a las malas condiciones de la misma. Esto nos lleva a pensar que la higiene no es la adecuada.

UTENSILIOS EMPLEADOS PARA LA LIMPIEZA DENTAL DE LA COMUNIDAD NARANJAL DE CANANDE

UTENSILIOS DE LIMPIEZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CEPILLO	365	10%
PASTA DENTAL	365	10%
HILO DENTAL	100	3%
ENJUAGUE BUCAL	50	1%

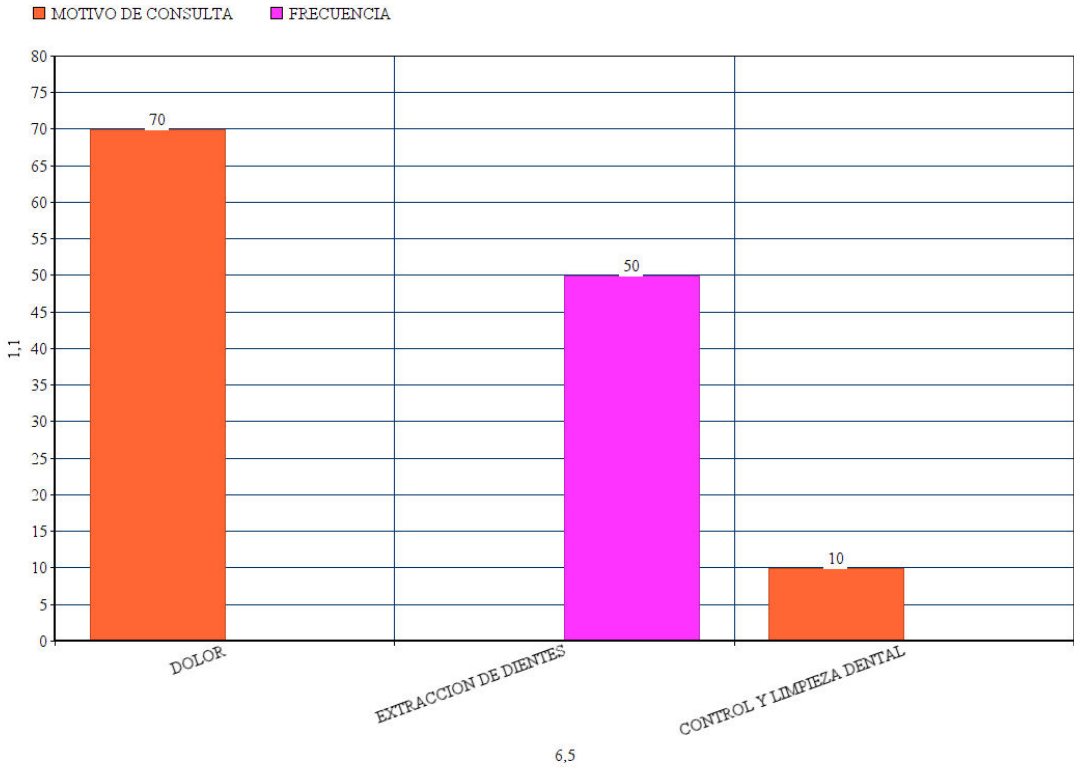


INTERPRETACIÓN:

Todos los niños y adultos (100%) para su higiene dental utilizan pasta y cepillo dental. Con los porcentajes obtenidos se puede deducir que la práctica de higiene es muy limitada. El uso de seda dental es indispensable para eliminar la placa bacteriana que se acumula entre los dientes, en donde el cepillo dental no ingresa, en lo referente a la investigación se constató que la mayoría de niños/as y adultos no usan este utensilio, lo mismo sucede con el enjuague bucal que en la mayoría de los casos ni si quiera sabían que existía.

MOTIVO DE VISITA AL ODONTÓLOGO POR PARTE DE La comunidad de Naranjal de Canandé

MOTIVO DE VISITA AL ODONTÓLOGO



MOTIVOS DE LA CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR	70	8%
EXTRACCION	50	5%
CONTROL Y LIMPIEZA	10	2%
OTROS	5	1%

INTERPRETACIÓN:

El 10% de los pacientes son llevados a la consulta odontológica por control y profilaxis dental, mientras que el resto lo hacen cuando presentan alguna molestia (dolor) o cuando

se ha establecido alguna patología bucodental.



3.2 ENCUESTA DE ODONTOLOGIA PARA MUESTRA Y DIAGNÓSTICO

Sírvase contestar las siguientes preguntas:

- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo?
 - ♣ 1 vez ()
 - ♣ 2 veces ()
 - ♣ 3 veces ()
 - ♣ Ninguna ()
- ¿Le ha enseñado a su hijo a cepillarse bien los dientes?
 - ♣ Si ()
 - ♣ No ()
- Su niño ¿Qué utiliza para limpiar sus dientes?
 - ♣ Cepillo ()
 - ♣ Pasta dental ()
 - ♣ Hilo dental ()
 - ♣ Enjuague bucal ()
 - ♣ Otros ()
- ¿Cuántas veces al año lleva a su hijo al odontólogo?
 - ♣ 1 vez ()
 - ♣ 2 veces ()
 - ♣ Ninguna ()
- ¿Por qué lleva a su hijo al odontólogo?
 - ♣ Dolor ()
 - ♣ Extracción de dientes ()
 - ♣ Control y limpieza dental ()
 - ♣ Otros motivos ()
- ¿Qué cantidad de golosinas come su niño por día?
 - ♣ Bastante ()
 - ♣ Poco ()
 - ♣ Nada ()
- ¿Ud. ha recibido charlas sobre higiene oral?
 - ♣ Si ()
 - ♣ No ()
- ¿En la escuela enseñan a su niño sobre la importancia de la higiene oral?
 - ♣ Si ()
 - ♣ No ()
 - ♣ Rara vez ()

Gracias por su colaboración



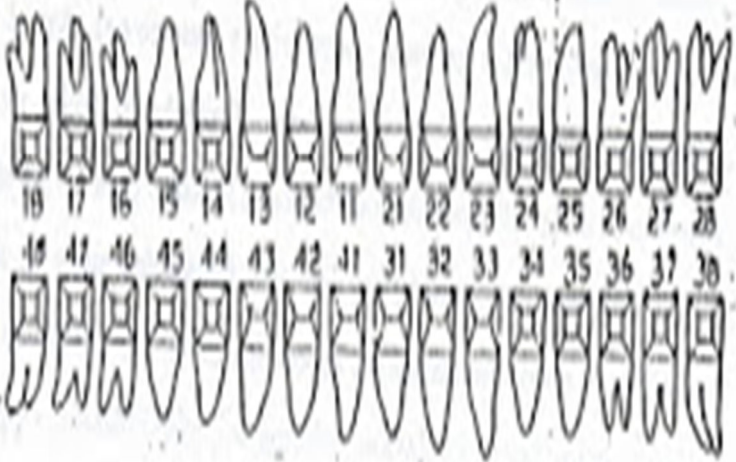
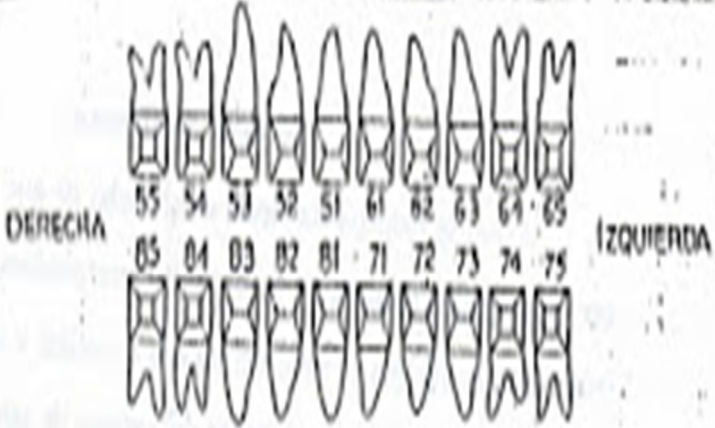


FICHA ODONTOLÓGICA

APELLIDO Y NOMBRES: _____ MUTUAL- AF. No.: _____
 DOMICILIO: _____ T.5: partic.: _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ comerc.: _____
 DOCUMENTO: _____ OCUPACION: _____ FECHA DE CONSULTA: _____
 SEXO: _____

Dr.: _____
 Trat. Inicial: _____
 Trat. Terminado: _____
 Forma de pago: _____

FECHA	ENTREGA	SALDO



OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE						
FECHA		<input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año	Hora de atención:		FCL N°	
DATOS GENERALES						
Apellidos		Nombres		Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:
<input type="text"/>		<input type="text"/>		P. Nac:		<input type="text"/>
Lugar de nacimiento		Procedencia		<input type="text"/>		
G. de instrucción		Estado Civil		Ocupación		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Acompañante o cuidador:		Edad:	Identificación (DNI):	Religión:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ANTECEDENTES						
Personales		si	no	ing		
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Inf. Transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
VIH-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infarto cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dislipidemia (Colesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Inf. Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Descripción de enfermedades y otras: <input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Reacción alérgica a medicamentos		no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Medicamento de uso frecuente		no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	(Dosis, tiempo de uso u otra indicación)
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
LISTA DE PROBLEMAS						
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS			INACTIVO	OBSERVACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
N°	PROBLEMAS AGUDOS			FECHA	FECHA	FECHA
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL						
		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN BUCAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	TEMAS EDUCATIVOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Retos Odontológicos ante Procedimientos Dentales en Zonas Rurales del Ecuador

CAPITULO IV

4.1 DISCUSIÓN DE LOS RETOS ODONTOLÓGICOS EN LAS ZONAS RURALES

La población en estudio que ha presentado un reto para diagnósticos y tratamiento, tanto en mujeres como en hombres se presenta con un 5,4 detallando tenemos que las mujeres presentan un índice CEOD de 8,2 igualmente los hombres un índice 8,5. Comparamos estos datos con la “investigación realizada en la Comunidad de Naranjal de Canandé concretamos un valor índice general de 9,78 en la que se observa una diferencia considerable en este índice.

La diferencia entre el CPOD general de mujeres y hombres es mínima, siendo 2,2 para las niñas y 2,4 para los adultos. Detallando por grupos diagnosticados y tratados tenemos un índice CPOD de 4,7 para las mujeres y con 5,3 para los hombres adultos.

Se ha determinado que hay mayor presencia de caries en los niños en la Comunidad de Naranjal de Canandé.

El IHOS general de las mujeres es 3,6 y de los hombres es 3,7. De manera detallada tenemos que las mujeres tienen un IHOS de 3,9 y los hombres adultos un índice de IHOS de 4. Esto comparado con el “estudio realizado sobre la Caracterización de la Dieta y la Salud Oral de la comunidad, se encontró un IHOS de 3,9. Esto significa que en los sitios rurales existe una mala higiene bucodental por diversos factores.

Para el mejoramiento de la cavidad bucal se empezó por realizar un plan de tratamiento de acuerdo a la problemática actual que afecta a la salud oral. Considerando la falta de equipos y materiales, espacio adecuado para el diagnóstico y tratamientos.

Se inició haciendo el diagnóstico bucal a los 3000 pacientes de la comunidad Naranjal de los Chachis, se continuo con la profilaxis previa a la realización de los diagnósticos y tratamientos como operatorias, sellantes, y Exodoncias.

Se culminó con profilaxis y aplicación de flúor a todos los niños y niñas de la Comunidad de Naranjal de los Chachis recuperando la salud oral de los niños/as y aumentando su bienestar.

Analizando el Plan de Tratamiento con los del “Ministerio de Salud Pública”, se puede confirmar que existe mucha semejanza en la estructura.

El 55% de los pacientes manifestaron que se cepillan los dientes dos veces al día; en el “estudio realizado en la Comunidad de Naranjal de Canandé, región costa ecuatoriana.

El 62,3% de las personas encuestadas afirman que se cepillan sus dientes 3 veces al día”¹⁰. El 94% de los pacientes comprende la importancia del cepillado como prevención de enfermedades de los dientes.

Un 79%. El 100% de los encuestados aseveran que usan en su hogar pasta y cepillo dental, pero muy pocos utilizan otros utensilios de higiene (hilo dental y enjuague bucal); los mismos resultados la Comunidad de Naranjal de Canandé (pasta y cepillo dental=100%).

Estos datos obtenidos son comparados con los elevados índices de salud oral (CPOD e IHOS), nos demuestran que existe una mala técnica de cepillado.

El 51% de los pacientes van al odontólogo cada 6 meses. De los cuales la mitad (50%) lo hacen para la revisión (Dx) y profilaxis, tenemos que el 60% de los pacientes van al odontólogo por dolor dentario.

La ingesta de alimentos cariogénicos (carbohidratos y dulces) por parte de los niños y adultos es común, pero en la encuesta el 67% de los pacientes comentaron que consumen pocas golosinas, tenemos que 64% de los pacientes encuestados indican que consume de manera moderada los dulces (golosinas).

El 65% de los pacientes manifiestan que han recibido charlas o conferencias sobre salud oral. Además, el 50% de los pacientes manifestaron que han recibido charlas sobre higiene en la escuela, de manera regular. En el “estudio realizado en el sector de la comunidad, se manifiesta que el 45% de personas encuestadas ha recibido esas charlas,

Sin embargo en el proceso de diagnóstico, los retos que enfrentamos como odontólogos fue ajustarnos a los índices de la Organización Mundial de la Salud donde se pudo observar, de acuerdo al análisis estadístico, que la observación visual con magnificación obtuvo mayores valores de media (gráfico 2), siendo estos significativos al 1% y al 5%; estos resultados coinciden con los estudios realizados por Forgie⁹, en 1999, el cual, para detectar lesiones iniciales de caries, comparó la magnificación 3,25X con otras técnicas de diagnóstico, concluyendo que este método es altamente recomendado para el diagnóstico de caries dental a nivel clínico en caras oclusales, vestibulares, palatinas y linguales.

Sin embargo, en los estudios realizados recopilamos a Lussi¹⁴ en 1993 que realizó un estudio comparativo de diferentes métodos de diagnóstico de caries, donde se concluyó que la inspección visual con magnificación 2X conjuntamente con la radiografía coronal convencional fueron los métodos de mayor sensibilidad para detectar caries incipientes.

Es importante hacer notar que a pesar que los métodos utilizados en este estudio no fueron los mismos que los usados en nuestra investigación, la magnificación fue el método que obtuvo mayor sensibilidad.

Un reto significativo fue el no haber podido utilizar el método de transiluminación con fibra óptica, puesto que en una consulta de diagnóstico en zonas urbanas se obtuvieron valores de media superiores a los de la observación visual simple, los cuales resultaron también significativos al 1% y al 5%.

Considerando que el método de la transiluminación con fibra óptica permite la detección significativa de lesiones iniciales de caries al compararla con la inspección visual ya que es más precisa, que la observación visual para la detección de lesiones iniciales de caries, no obstante es importante destacar que este estudio fue realizado in vitro.

Según estudios realizados, similar al nuestro, donde compara los métodos de

magnificación, transiluminación e inspección visual y concluyeron que existen menores variaciones en el diagnóstico cuando se utilizaron la magnificación 3,25X y la transiluminación con fibra óptica que cuando se utilizó la inspección visual táctil.

Como podemos observar, los resultados apuntan a la necesidad de utilizar medios auxiliares para el diagnóstico de lesiones iniciales de caries, tales como la observación visual con magnificación 3,25X en primer lugar y el uso de la transiluminación con fibra óptica (TIFO) en segundo lugar de acuerdo con nuestra investigación.

Es muy importante entender que es muy difícil diagnosticar la lesión inicial de caries por simple observación visual y que es necesario valernos de métodos que faciliten una mejor detección.

CONCLUSIONES

El diagnóstico clínico se lo realizó en base a los requerimientos de la investigación, para esto se utilizó la Historia Clínica del Área de Salud sumadas a las encuestas las mismas que ha podido cumplir los objetivo, de la investigación retos odontológicos en la rural. En ésta consta todos los datos necesarios como: datos personales, la anamnesis, la odontograma, Índices de salud oral y el plan de tratamiento. Este último se lo planteo de acuerdo a la problemática actual que pasa nuestra provincia, a lo obtenido en el diagnóstico y también a nuestros conocimientos académicos.

La intervención odontológica en sí, fue la más idónea, utilizando el método visual, se procede a la realización de profilaxis, para luego continuar con operatorias, sellantes de fosas y fisuras y exodoncias, si el paciente las necesitaba.

Se realizó la profilaxis y aplicación de flúor a todos los niños y niñas de la Comunidad de Naranjal de Canandé.

Los índices CEOD, CPOD e IHOS, son muy importantes para determinar el nivel de salud oral. Los datos proporcionados en esta, que fueron claros y fiables, nos permitió aplicarlos a las fórmulas que constan en la metodología, las mismas que nos sirvieron para poder

obtener estos índices. En la metodología también están expuestos parámetros para poder conocer el nivel de riesgo. Tanto en hombres como en mujeres se pudo constatar que existe un CEOD de alto riesgo, el CPOD de riesgo moderado y un IHOS deficiente profilaxis inicial.

Según la encuesta aplicada a los niños/as y adultos de la Comunidad de Naranjal de Canandé, fue minuciosamente realizada, esta nos aportó con los datos necesarios para conocer los hábitos de higiene bucal y alimenticios de los habitantes de la comunidad.

Con lo que respecta a la higiene se constató que se hace lo básico, el cepillado dental, poco se usan otros utensilios como la seda dental y el enjuague bucal. Pero hay que destacar que la técnica del cepillado no es la correcta, por eso se encontró gran cantidad de placa bacteriana, caries y cálculo dental en menor proporción.

No existe una técnica de aseo bucal y las visitas al odontólogo no son regulares. En cuanto a los hábitos alimenticios los habitantes de la comunidad respondieron que niños y adultos consumen dulces y otras golosinas de forma moderada, hay el consumo de gran cantidad de estas.

Las charlas sobre la importancia de la higiene bucal y hábitos alimenticios se las realizó con éxito, fueron claras y dinámicas, con el fin de que los habitantes de la comunidad, discernan de la importancia del uso del cepillo y la pasta dental, realizando la práctica del mismo tres veces al día. Cuidar la higiene bucal es igual o más importante que cuidar la alimentación.

RECOMENDACIONES

Estamos convencidos que al momento de realizar estudios para detectar enfermedades buco dentales en una población, no podemos dejar a un lado los nuevos índices de detectar lesiones iniciales como el de la Organización Mundial de la Salud, así como la utilización de los nuevos medios auxiliares de diagnóstico que nos acercan más a una odontología preventiva.

Podemos sugerir que el uso de la combinación de la observación visual con la magnificación 3,25X y la transiluminación con fibra óptica permitiría un diagnóstico más acertado de la lesión inicial, lo cual podría ser objeto de estudio en futuras investigaciones.

El uso de la observación visual con magnificación 3,25X fue el método que permitió detectar mayor número de superficies con lesiones iniciales de caries, en segundo lugar, el método de transiluminación con fibra óptica (TIFO) y por último la inspección visual.

Los medios auxiliares de diagnóstico son importantes en el examen clínico para la detección de lesiones iniciales de caries, debido a la dificultad que representa para el operador el diagnóstico por observación visual simple de este tipo de lesiones.

Se debe considerar la ejecución de proyectos encaminados a brindar apoyo a la población que habitan en las zonas rurales. Así como también a las autoridades de la salud que actualicen los programas de atención, que aumenten la cobertura poblacional y proporcionen los medios y equipos necesarios en el área de odontología para hacerlo.

Los profesionales de odontología deben mantener la motivación con charlas a los niños/as, padres de familia y a la población en general sobre la importancia de mantener una buena salud oral, ya que la cavidad bucal es una de las partes más importantes del cuerpo, que permite funciones como la masticación, deglución, fonación y estética.

El paciente debe tomar conciencia de la importancia de tener buenos hábitos sobre higiene y alimentación.

La relación: médico – paciente es primordial, por lo que los profesionales de la salud deben estar capacitados para dar un **trato adecuado al paciente**, para esto se debe tomar en cuenta lo cultural, un “factor muy diverso en nuestras comunidades”.

También es necesario que tenga en cuenta que estas épocas de pandemia COVIT, han exigido, si bien en cada consulta odontológica siempre se respetan y cumplen las normas, medidas y protocolos de protección, bioseguridad e higiene disponibles e instaurados por Organización Mundial de la Salud.

En el contexto de la Pandemia por la Covid-19 no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del coronavirus en el ámbito odontológico.

Sin olvidar que todo ser vivo que tenga alguna parte de su cuerpo enferma, no se desarrollará por completo tanto corporal como intelectualmente.

En odontólogo rural debe gestionar periódicamente programas de atención de salud para su comunidad.

De esta manera se conseguirá mejorar las condiciones de vida de estos, y buen estado de salud. Es bueno recordar que todos podemos formar parte activa de algo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez Velázquez CA. Las comunidades indígenas como usuarios de la información. Investigación bibliotecológica [Internet]. 2007 [citado 13 Feb 2019];21(43): [aprox. 22 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-358X2007000200009&lng=es&tlng=e
2. Gómez Rosel G, Quiroga AJ, Melis IG. Factores relacionados con en el incumplimiento de esquema de vacunación en niños con 18 meses de edad que pertenecen al Barrio «Juan XXIII» de Corrientes durante el periodo 2011. Rev. Fac Med UNNE [Internet]. 2014 [citado 14 Feb 2019];26(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/6088439/factores-relacionados-con-en-el-incumplimiento-de-esquema-de>
3. Murray JJ. Comments on results reported al the Second International Conference Changes in Caries Prevalence. Int Dent J 1994; 44:457-58.
4. Rivera LM, Acevedo AM, Núñez A. Estudio basal de prevalencia de caries y fluorosis dental en niños escolarizados. Venezuela. Informe final MSDS/OPS. 1998.
5. Kaste LM, Selwitz RH, Oldakowski RJ, Brunelle JA, Winn DM, Brown LJ. Caries in the primary and permanent dentition of children and adolescents 1-17 years of age: United States, 1988-1991. J Dent Res 1996; 75(S):631-641.
6. Winn DM, Brunelle JA, Brown LJ, Kaste LM, Selwitz RJ, Oldakowski R. Coronal and root caries in the dentition of adults in the United States, 1988-1991. J Dent Res 1996; 75(S):642-651.

7. Analoui M, Stookey G, Zandoná A. Early Detection of Occlusal Caries: Strategies and Limitations. En Stookey G, editor. Proceedings of the First Annual Indiana Conference: Early detection of dental caries; 1996 May 15-18. Indiana. School of Dentistry, Indiana University; 1996. p.265-280.
8. BARRANCOS MOONEY, J, Operatoria Dental, 3ra edición, Editorial Médica.
9. BOJ Juan, Odontopediatría, Editorial MASSON, España 2004.
10. BUSTOS Nilda, Cuidado de la dentición temporaria. Revista InfoMédica, Artículos médicos, Abril 2000.
11. CHAMBA Leonardo, Normas de redacción de Referencias Bibliográficas, 1ra edición, Editorial CIDAL, Loja 2008.
12. ESCOBAR Fernando, Odontología Pediátrica. Editorial Amolca, Caracas 2004.
13. FRIEDENTHAL Marcelo, Diccionario de Odontología, Argentina 2003.
14. GAY ESCODA, Cirugía Bucal. Principios de Exodoncia Básica.
15. GENCO J. Roberth, Compendio de Periodoncia, 2º edición, Editorial Ecoe, 1998.
16. MATERIALES DENTALES. FUNDAMENTOS PARA SU ESTUDIO. MACCHI. (CAP. 2)
17. MATERIALES EN ODONTOLOGÍA. VEGA DEL BARRIO (CAP. 7, 8 y 9)
18. MATERIALES DENTALES. 4ª EDICIÓN. MACCHI
19. CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES. 11ª EDICIÓN. PHILLIPS (CAP. 3 Y 4)
20. Guía propuesta por Salud Dental Para Todos para el Programa Nacional de Garantía de Calidad para la Atención Médica. (2007).
21. -mx.geocities.com
22. HERAZO ACUÑA Benjamín, Higiene Bucodental y Cepillos Dentales, 4º edición, Editorial Ecoe, 1990.
23. MOUNT G.J, Conservación y Restauración de la Estructura Dental, Editorial Harcourt Brace, Los Ángeles.
- 36 <http://www.gbsystems.com>
24. Chiva "Rural Communities, Problems, Methods and Types of Research". Reports and Papers in the Social Sciences No. 10, 1958, UNESCO.
25. Smillie, Wilson G. Preventive Medicine and Public Health, Nueva York: The McMillan Co., 1949.