



Universidad Técnica
Particular de Loja

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La universidad Católica de Loja

DIPLOMADO EN DESARROLLO LOCAL Y GERENCIA DE SALUD

“Prevalencia de gingivitis en escolares del Colegio Nacional Conocoto año 2010.”

Tesis de Grado

Autor:

Acuña Sosa, Nubia Jeanette

Director:

Izquierdo Mosquera, César Homero M.B.A.

CENTRO UNIVERSITARIO: QUITO

2013



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2018

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

IZQUIERDO MOSQUERA, CESAR HOMERO M.B.A
DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICA

Que el presente trabajo de investigación realizado por la estudiante: Acuña Sosa, Nubia Jeanette ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación para fines legales pertinentes.

Quito, 8 de Enero 2013.

f).....

IZQUIERDO MOSQUERA, CESAR HOMERO M.B.A.
CI: 1704443215

DIRECTOR

AUTORIA

Yo, Acuña Sosa, Nubia Jeanette como autor del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en la misma.

f).....

Acuña Sosa, Nubia Jeanette

AUTORIA DEL PROYECTO

CI: 170812372-2.

CESION DE DERECHOS

Yo, Acuña Sosa, Nubia Jeanette declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Acuña Sosa, Nubia Jeanette
AUTORIA DEL PROYECTO
CI: 170812372-2

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a las personas que han colaborado de una u otra manera en la elaboración de este trabajo, a mi familia, especialmente a mi esposo a mis compañeros de aula y de trabajo, a mis maestros por sus orientaciones. Agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad que me brindaron para el mejoramiento y capacitación profesional, por su apoyo en la adquisición de nuevos conocimientos. Gracias a la ayuda del Dr. Cesar Izquierdo, director del proyecto que me supo apoyar en la culminación de este trabajo. Gracias a Dios, dador de bendiciones cada día y minuto de mi existencia gracias a la vida que me ha dado esta oportunidad.

Acuña Sosa, Nubia Jeanette.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposo el Dr. Francisco Bassante que me ha apoyado en todas y cada una de las actividades que rodean mi vida con esfuerzo, valor y lucha, y en especial con amor. Quien día con día me enseña el significado de la vida y la perseverancia a través de la sonrisa, y el esfuerzo diario y a todos aquellos que son los que me animan a continuar en el camino de la educación; mis hijos, y mis padres en especial a la memoria de mi padre(+).

CERTIFICACION

La suscrita Rectora del Colegio Fiscal Conocoto, Ing. Teresa Costales en debida y legal forma.

CERTIFICA:

Que: la Doctora Nubia Jeanette Acuña Sosa, odontóloga de esta institución, cumple con el tratamiento de prevención odontológica, en lo que se refiere a educación bucal y la implementación del tratamiento de profilaxis, fluorización y colocación de sellantes. Además, que para dicho efecto, ha realizado las correspondientes reuniones con los alumnos, padres de familia y personal que labora en la institución; y todo lo concerniente al cumplimiento de su trabajo de investigación realizado en esta institución.

Conocoto, 8 de Enero 2013.

Ing. Teresa Costales
Rectora del Colegio Fiscal Conocoto

INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	PAG
Carátula.....	i
Certificación.....	II
Autoría.....	III
Cesión de derecho.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Certificación de la ejecución del proyecto.....	VII
Índice de contenidos.....	VIII
Resumen.....	XIII
Introducción.....	1
Problematización.....	3
Justificación.....	5
Objetivos.....	6
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
CAPITULO I.....	8
1.1.-Marco Teórico.....	8

CAPITULO I

1.1.-MARCO INSTITUCIONAL.....	9
1.2.-COLEGIO NACIONAL CONOCOTO.....	9
1.3.- HISTORICIDAD DEL SERVICIO.....	10
1.3.1.-ANTECEDENTES.-.....	10
1.3.2.-HISTORIA.....	11
1.3.3.- MISION.....	11
1.3.4.- VISION.....	11
1.3.5.- CLIMA ORGANIZACIONAL.....	12
1.3.6.- CONTEXTO SOCIAL Y ECONOMICO.....	12
1.4.- PARROQUIA CONOCOTO.....	13
1.4.1.-RESEÑA HISTORICA.....	13
1.5.- FUNDACION DE SAN PEDRO DE CONOCOTO.....	14
1.6.-CONOCOTO Y LA INDEPENDENCIA.....	14
1.7.-LA PRIMERA JUNTA PARROQUIAL.....	15
1.8.-TENENCIA DE LA TIERRA.....	15
1.9.- CRECIMIENTO URBANO.....	15
1.9.1.- POBLACION DE CONOCOTO.....	16
1.10.-SALUD.....	18
1.11.- EDUCACION.....	20
1.12.- INFLUENCIA CULTURAL.....	22
1.13.- INSTITUCIONES EDUCATIVAS.....	22

1.14. COLEGIOS.....	22
1.15.- GENERALIDADES GINGIVITIS.....	24
1.15.1.- DEFINICION DE GINGIVITIS.....	25
1.15.2.- CAUSAS INCIDENCIAS DE RIESGO.....	26
1.15.3.-AGRANDAMIENTO GINGIVAL ASOCIADO A CAMBIOS HORMONAL.....	28
1.15.3.1.-PUBERTAD.....	28
1.15.3.2.-EN EL EMBARAZO.....	29
1.15.3.3.-AGRANDAMIENTOGINGIVAL ASOCIADO A MEDICAMENTOS....	29
1.15.3.4.-AGRANDAMIENTO GINGIVAL ASOCIADO A HABITOS.....	31
1.15.4.-TIPOS DE GINGIVITIS.....	32
1.15.4.1.. GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA.....	32
1.15.4.2.-GINGIVITIS NECROSANTE.....	33
1.15.4.3.-GINGIVITIS A CUERPO EXTRAÑO.....	35
1.15.5.-PROCESO DE LA ENFERMEDAD.....	36
1.15.6.-LA ENCIA: TEJIDO GINGIVAL.....	42
1.15.7.-PREVENCION.....	46
1.15.8.- EL ESTUDIO DESCRIPTIVO NO TIENE HIPÓTESIS	47

1.16.-OPERACIONALIZACION DE VARIABLES CON SUS RESPECTIVOS INDICADORES.....	48
---	----

CAPITULO II

2.1.-DISEÑO METODOLOGICO.....	52
2.1.1.-COMPONENTES DEL DISEÑO METODOLOGICO.....	53
2.1.2.-DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO.....	53
2.1.3.-AREA DE ESTUDIO.....	53
2.1.4.-UNIVERSO Y MUESTRA.....	53
2.1.5.-CONCEPTOS CATEGORIAS Y VARIABLES.....	54
2.1.6.-MATERIALES Y METODOS.....	55
2.1.7.-PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR INFORMACION.....	55
2.1.8.-PLAN DE TABULACION.....	56
2.1.9.- PLAN DE ANALISIS.....	56
CAPITULO III.....	58
3.- RESULTADOS.....	59
3.1.- RESULTADOS OBTENIDOS 8VO A.....	59

3.2.- RESULTADOS OBTENIDOS 9NO A.....	61
3.3.- RESULTADOS OBTENIDOS 8VO B.....	63
3.4.- RESULTADOS OBTENIDOS 9NO B.....	66
3.5.- RESULTADOS OBTENIDOS 8VO C.....	68
3.6.- RESULTADOS OBTENIDOS 9NO C.....	71
3.7.- RESULTADOS OBTENIDOS 8VO D.....	73
3.8.- RESULTADOS OBTENIDOS 9NO D.....	76
3.9.- RESULTADOS OBTENIDOS 8VO E.....	78
3.10.- RESULTADOS OBTENIDOS 9NO E.....	81
3.11.-DISCUSIÓN: ANLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	83
CAPITULO IV	
4.1.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	92
4.1.1.-Conclusiones.....	93
4.1.2.-Recomendaciones	94
5.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95
6.-APÉNDICES.....	98
6.1.- INFORME DEL TALLER.....	99
6.2.- PROPUESTA.....	104
6.3.- METODOS PREVENTIVOS.....	109

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto determinar cómo llega un alumno de 8vo de básica al Colegio Nacional Conocoto, con la elaboración de su ficha odontológica, en el departamento de odontología de la institución, se determina la prevalencia de gingivitis y causas en estos estudiantes año 2010, para mejorar su salud bucal, mediante una entrevista y observación.

En vista de que carecen de conocimientos sobre higiene bucal e incluso existen los que jamás han visitado a un odontólogo; por lo que sus conocimientos y actitudes frente a su salud oral son muy deficientes, teniéndose como repercusión una inflamación de las encías o gingivitis.

El estudio se lo realiza mediante la comparación de las fichas odontológicas, determinándose que al 8vo de básica llegan 207 alumnos que poseen gingivitis, de un total de 242 que corresponde a la población expuesta. Durante el año lectivo 2008-2009, de los 207 casos (85 %) se han reducido a 167 casos (antiguos 159 y nuevos 8), que equivale al 69% en el año lectivo 2009-2010.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

A las instituciones educativas se les ha dotado de un departamento médico-odontológico, el cual busca mejorar la salud de sus usuarios, sobre todo desde el punto de vista preventivo. En tal virtud, la sección odontológica del Colegio Nacional Conocoto, siempre vigilante de la salud bucal del alumnado, ha hecho hincapié en el problema periodontal que este presenta, el cual, de acuerdo a la matriz de priorización de problemas, es el más relevante.

Si tomamos en cuenta que la gingivitis es una enfermedad infecto contagiosa, como lo atestiguan y describen autores y obras como el doctor Stephen Stone y el doctor Paul J. Kalis en su Periodontología, o El doctor Fausto Dueñas en su tratado sobre Periodoncia en la práctica general de la odontología, debemos tener especial consideración en el estudio y seguimiento de dicha enfermedad, en el alumnado, sobre todo teniendo en cuenta los porcentajes tan altos de prevalencia que se dan entre los sujetos de estudio.

Por esto se ha tomado en cuenta este tema que es: "Prevalencia de Gingivitis en escolares del Colegio Nacional Conocoto año 2010". Y cuyo objetivo principal por lo tanto es determinar la prevalencia de gingivitis y causas en dichos estudiantes para mejorar su salud bucal, mediante entrevista y observación.

PROBLEMATIZACIÓN

PROBLEMATIZACIÓN

Debido al desconocimiento o poco interés que le damos a nuestra cavidad bucal se presenta la gingivitis o enfermedad periodontal cuyo síntoma más frecuente es la inflamación hinchazón y el verse siempre rojas y sangrantes cuya causa principal es la acumulación de placa bacteriana que a su vez permanece en boca por la falta de higiene bucal, escasas frecuencias de cepillado dental y por ende las visitas odontológicas .surge entonces el enunciado del problema: Para mejorar la salud bucal se propone realizar tratamientos como la profilaxis que retira el cálculo y placa formada.

¿La falta de higiene bucal y la aplicación de tratamientos específicos como la profilaxis” **NO**”son los más adecuados, lo que provoca la gingivitis, en los escolares del Colegio Conocoto año 2010?

JUSTIFICACIÓN

La poca información en los estudiantes del Colegio Nacional Conocoto sobre temas de salud oral, ya que algunos de ellos pocas veces o nunca se les ha llevado a una visita con el odontólogo, me inquietó la posibilidad de realizar una investigación en los estudiantes del Colegio Conocoto que permita determinar la prevalencia de gingivitis en este grupo escolar.

Identificando conocimientos actitudes y prácticas sobre salud bucal, así como la magnitud y gravedad de dicha inflamación realizado con un método directo analítico observacional y de acuerdo a la clasificación de Loe y Silness.

Me permito proponer medidas preventivas así como profilaxis fluorización y colocación de sellantes dando atención preventiva para mejorar los grados de salud periodontal en este grupo de población estudiantil.

Si una inflamación de encías no es tratada a tiempo se puede transformar en un edema y sangrado mayor con pérdida de soporte óseo que es la periodontitis.

Dentro de las causas más importantes que producen este problema de salud bucal tenemos: falta de higiene bucal, poca frecuencia de cepillado dental y pocas o nulas las visitas odontológicas.

El miedo al odontólogo, la falta de recursos como el material odontológico hacen que este problema de salud sea cada vez más grave.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

-Determinar la prevalencia y causas de gingivitis en los estudiantes del Colegio Nacional Conocoto año 2010, para mejorar su salud bucal, mediante entrevista y observación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar la presencia de gingivitis mediante examen buco-dental.

- 2.-Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes frente a la salud oral.

- 3.-Plantear propuestas de solución para corregir el problema.

CAPITULO I

MARCOTEORICO

CAPITULO I

1.1.-MARCO INSTITUCIONAL

La educación secundaria es el nivel superior de la educación básica, o bien, la parte inferior de la educación media; para cursar este nivel, es necesario cursar seis años de estudio, a este asisten los educandos de edades que oscilan entre los doce y los dieciocho años.

Se trabaja por áreas de estudio o por asignaturas, mismas que son atendidas por distintos maestros. El presente trabajo, intenta el análisis de la situación por la que atraviesa la salud oral, (específicamente de las encías o gingivitis) en la educación secundaria de los estudiantes del Colegio Nacional Conocoto. A continuación se describe la creación del Colegio Nacional Conocoto

1.2.- COLEGIO NACIONAL CONOCOTO

GRAFICO No. 1

UBICACIÓN DEL COLEGIO NACIONAL CONOCOTO



Fuente: GoogleEarth, 2010Elaboración: Autor Nubia Acuña.

1.3.- HISTORICIDAD DEL SERVICIO

1.3.1.- ANTECEDENTES

En 1971 el Ministerio de Educación y Cultura implanta la jornada única en todas las escuelas y colegios del país favoreciendo así la idea de la creación del Colegio vespertino en el local de la “ESCUELA AMABLE ARAUZ”.

Estudiantes de la Facultad de Filosofía de la Universidad Central organizan cursos de nivelación para el ingreso al 1er curso; realizan esta actividad como una contribución voluntaria para todo el Valle de los Chillos.

En este momento histórico se organiza también la Comisión Pro Creación del Colegio y se entrevistan con el Sub-secretario de Educación Pública Dr. Ángel Polibio Chávez quien expresa que: “El Gobierno Nacional está interesado en la creación de varios colegios en la Provincia de Pichincha.

El lunes 13 de Octubre de 1973 el presidente de la República, General Guillermo Rodríguez Lara y su hermano Gerardo Rodríguez Director Nacional de Educación Secundaria y la valiosa participación del Tnte. Edmundo Donoso Presidente del Comité de Padres de Familia de la Escuela Amable Arauz y la participación activa de la población, concretan la creación del Colegio Nacional Conocoto



El acto inaugural contó con la asistencia de autoridades del Ministerio de Educación, y numeroso público, encargándose el rectorado al Lcdo. Juan Amaguano. Ese mismo día se matricularon 120 alumnos y a los seis meses de funcionamiento, se nombro al primer rector Titular, Lcdo. Víctor Masson. En 1.987, el Colegio, se trasladó a su propio edificio, situado en el sector de la Moya. Y para entonces ya contaba con 400 alumnos

1.3.2- HISTORIA

En la actualidad el Colegio tiene una población de 1.171 estudiantes; 576 pertenecen al sexo masculino y 595 pertenecen al sexo femenino; .Cuenta con 47 docentes y una planta administrativa de 12 personas. Tiene las siguientes especialidades: Ciencias Sociales, Químico-Biólogo, Físico-Matemático, Técnicos en Comercio y Administración en Contabilidad e Informática.

1.3.3.- MISION

El Colegio Nacional Conocoto aplicando estrategias y métodos activos acorde a las necesidades de la época tiene como misión formar bachilleres en ciencias en las especialidades de Físico- Matemático, Químico- Biólogo, Ciencias Sociales y Técnicos en Comercio y Administración en Contabilidad e Informática en procura de la integración con los Padres de Familia, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida en la comunidad educativa y la sociedad en general. Potenciar sus posibilidades para ingresar a las instituciones a nivel superior.

1.3.4. VISION

Bachilleres en ciencias y técnicos con una formación integral de calidad y liderazgo en el sector. Con iniciativa y creatividad que se incorporen con ética y reflexión al mundo laboral, acceder a los centros de educación superior. Igualmente trabajaremos en la creación del Instituto Superior, para la formación de profesionales críticos, con iniciativa y creatividad que contribuyan al desarrollo del país.

1.3.5- CLIMA ORGANIZACIONAL

Actualmente el clima organizacional es muy bueno, ya que las autoridades brindan apoyo a todos los proyectos que se emprenden en el colegio. Para toda actividad que se realiza en beneficios de los estudiantes y por el prestigio del Plantel, todos colaboramos trabajando en equipo. Desde la Rectora hasta el personal de servicio.

Hay buena comunicación entre autoridades y personal Docente y administrativo; También hay buen liderazgo de Autoridades y Consejo Directivo; El Departamento de Bienestar Estudiantil (DOBE), consta de 2 orientadoras, 1 visitadora social, 1 odontóloga, y 2 médicos.

Las estrategias y actividades se realizarán con la colaboración de toda la comunidad educativa, involucrando y socializando a docentes, padres de familia y a los estudiantes.

1.3.6.- CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO

El nivel social y económico de la mayoría de los hogares de los estudiantes del Colegio Nacional Conocoto, son de medianos a bajos ingresos económicos.

Pocos padres de familia han emigrado, y sus hijos viven con abuelitos, tíos u otros familiares. Los hogares son algunos disfuncionales, algunos padres han vuelto a formar nuevas familias, a veces los hijos no aceptan estas situaciones y se reflejan en depresiones, bajos rendimientos en sus estudios.

El proyecto a realizarse de la prevalencia de gingivitis en los adolescentes del Colegio Nacional Conocoto y Propuesta Alternativa, va a generar expectativa en la comunidad educativa, porque se va a involucrar a todos para este fin.

Después del análisis de la información se tendrán los resultados y se buscará las soluciones. Una de las fortalezas del colegio es que ha sido declarado

como “GARANTE Y PROMOTOR DE DERECHOS”, por parte del Ministerio de Salud, Educación y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

El área de salud 24 de Conocoto, está formando líderes, y entre las actividades se tratara el tema del alcoholismo. Se realizara Escuela para Padres, para darles orientaciones sobre este tema. Se lograra trabajar para obtener hombres de bien para el País.

1.4.- PARROQUIA CONOCOTO

1.4.1- RESEÑA HISTORICA



Luego de la conquista; los españoles rebautizaron la mayoría de los pueblos que tenían nombres indígenas con nombres de santas y santos de la Iglesia Católica. En Conocoto, este cambio no se dio, al contrario se le agregó el nombre de San Pedro, por ser éste santo el más importante de la religión católica.

Los Historiadores no están convencidos del significado del vocablo indígena; algunas teorías del nombre de Conocoto son:

Conocoto:	Puerta del Valle de las guabas
Conocoto:	Puerta del Cielo
Conocoto:	Puerta del Valle de Los Chillos

1.5.- FUNDACIÓN DE SAN PEDRO DE CONOCOTO

A los 26 años de fundado Quito, es decir en 1560, el Gobernador Lic. Lupe García, el Obispo Bachiller Don García Días Arias y los religiosos Franciscanos, acuerdan, elevar a los caseríos adoctrinados a la categoría de anejos fue el caso de Conocoto y otros lugares como Panzaleo (Machachi), Chillogallo, Puéllaro, Cotocollao, Pomasqui, Calacalì, , Iñaquito, Perucho, Guayllabamba, Zábiza, Alangasí, Machángara (Chimbacalle).

Conocoto fue elevada a la categoría de Parroquia Eclesiástica en Julio de 1725, siendo su primer párroco el Dr. Fernando de Escobar y Mendoza con el nombre de "SAN PEDRO DE CONOCOTO". Con estos datos se deduce que el Patrono de Conocoto, es San Pedro, desde Julio de 1725.

No fue fundado por Acuerdo ni Decreto de los Gobiernos y Adoctrinadores, como lo hicieron para fundar los Anejos, sino por orden del Obispo, vista la necesidad de abrir registros de nacimientos, bautismos, matrimonios, defunciones, etc.; ya que en 165 años de enseñar la religión con las doctrinas, el indio entendía el castellano, y era necesario seguir el adoctrinamiento, practicar las confesiones y construir la casa parroquial y el templo.

1.6.- CONOCOTO Y LA INDEPENDENCIA

Ya en los albores de la Independencia, entre el 17 y 18 de mayo de 1822, se produce en Conocoto un enfrentamiento entre las tropas de Sucre y las realistas, comandadas por dos oficiales de estado Mayor de Aymerich.

El encuentro sangriento termina con la retirada de los hombres del rey; este acontecimiento hace que gente oriunda de Conocoto preste su contingente para la Batalla final del 24 de Mayo de 1822.

Cuando el General Sucre con sus tropas pasa por el Valle de los Chillos el 23 de Mayo de 1822 rumbo a Chillogallo, el Padre Becerra, Párroco interino de la Parroquia los atiende con suficiente alimentación y engrosa las tropas de Sucre

con 30 voluntarios; en su mayor parte de los Conocotences, mueren 6 en la batalla que se libra en las faldas del Pichincha al día siguiente.

1.7.- LA PRIMERA JUNTA PARROQUIAL

El 25 de diciembre de 1827 es nombrado y conformado el Primer Ayuntamiento de Quito, la Primera Junta Parroquial de Conocoto, con los siguientes nombramientos: señor Anselmo Pérez, Primer Alguacil; señor José Betancourt, Segundo Alguacil; señor Antonio Betancourt, Procurador Síndico; y el señor Antonio Lovato, Comisario.

De acuerdo a la Ley de División Territorial del 20 de mayo de 1861, al establecer las parroquias de la Provincia de Pichincha, entre otras se la nombra a Conocoto, Sangolquí, Amaguaña, Tambillo.

1.8.- TENENCIA DE LA TIERRA

En el contexto de la consagración de la “hacienda” como la principal propiedad en la colonia, en Conocoto se ubican las siguientes haciendas: Santo Domingo, San Agustín, La Armenia, Siria, Cornejo Bajo, San Francisco, San Nicolás, El Deán, San José, San Germán, Ontaneda, Miravalle , Pishingalli.

Al igual que en el resto del país, parte de sus tierras (no las mejores), son objeto de aplicación de la Reforma Agraria, las porciones mayores y de mejores condiciones quedan en poder de los dueños, las mismas que más tarde fueron convertidas en urbanizaciones, ciudadelas, cooperativas y hasta fincas vacacionales.

1.9. CRECIMIENTO URBANO

Su cercanía a Quito (urbano) unida en primera instancia por la carretera conocida como camino antiguo, y más tarde con la apertura de la Autopista General Rumiñahui (Agosto 1976), se convierte Conocoto en una zona privilegiada para vivir. El crecimiento urbano de Quito encuentra una zona propicia para su desplazamiento, creando con ello también problemas.

1.9.1.-POBLACION DE CONOCOTO:

El Rio San Pedro y la Loma de Puengasí son los límites naturales con Guangopolo Alangasí, Rumiñahui y la ciudad de Quito respectivamente.

Población es el conjunto de individuos que responden a una definición determinada. En demografía, se define como conjunto de individuos constituidos de forma estable, ligados por vínculos de reproducción e identificados por características territoriales, políticas, jurídicas étnicas o religiosas. Una población se refiere a unidades básicas (individuos) y elementos compuestos (pareja, familia, comunidad). Sus características esenciales son: el sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento y de residencia.

Según datos del SIISE (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador) en su versión del año 2008 del cual se pudo obtener información del (VI) censo de población y (V) vivienda del año 2001, la parroquia de Conocoto cuenta con aproximadamente 53.137 habitantes, de los cuales 25.567 son varones y 27.510 son mujeres tal como lo muestra el siguiente cuadro, así:

CUADRO No.1
POBLACION DE CONOCOTO

Sector / Indicador	Medida	Parroquia Conocoto
POBLACIÓN - DINÁMICA DEMOGRÁFICA		
Población (habitantes)	Número	53137
Población - hombres	Número	25627
Población - mujeres	Número	27510
Población - menores a 1 año	Número	818
Población - 1 a 9 años	Número	9417
Población - 10 a 14 años	Número	5623
Población - 15 a 29 años	Número	14981
Población - 30 a 49 años	Número	14251
Población - 50 a 64 años	Número	5026
Población - de 65 y más años	Número	3021
Población afroecuatoriana	Número	1124
Población indígena	Número	1138
Población mestiza	Número	45381
Población Blanca	Número	5422
Índice de feminidad	%(mujeres c/100 ...	107.4
Proporción de mujeres	%(población total)	51.8

Fuente: SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR - SIICE,
(2009)

Elaboración: Autora Nubia Acuña

1.10.- SALUD.

En este apartado se analiza la salud de la población de la parroquia, con el fin de determinar las consecuencias de la acción social integrada sobre los niveles de salud de la población y describir la situación de salud y nutrición de determinados grupos de la población, en particular aquellos que sufren las mayores privaciones.

Para ello se analizarán las interrelaciones existentes entre los diferentes indicadores de salud y nutrición y aquellas sobre otras condiciones de vida.

En la parroquia de Conocoto el servicio de salud es ofertado por el Ministerio, el Seguro Social General, Seguro Social Campesino, algunas ONG y del sector privado. Lamentablemente no cubre la demanda de la población ya que no disponen del equipamiento necesario para enfrentar los riesgos que implican las diversas actividades productivas que se desarrollan en el sector.

CUADRO No. 2

SALUD – RECURSO Y SERVICIOS DE LAPARROQUIA CONOCOTO

SALUD- RECURSOS Y SERVICIOS		
Centros de salud	Número	0
Subcentros de salud	Número	1
Dispensarios médicos	Número	5
Otros establecimientos	Número	0
Establecimientos con internación - públicos	Número	1
Establecimientos con internación - privados	Número	0

Fuente: SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR - SIICE, (2009)

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

Se observa que no existe Centro de Salud público y apenas 1 subcentro de salud, y 5 Dispensarios médicos.

CUADRO No. 3

SALUD DE LA NIÑEZ DE LAPARROQUIA CONOCOTO

SALUD DE LA NIÑEZ		
Tasa de mortalidad infantil (método directo)	Tasa por 1.000 n...	17.7
Tasa de mortalidad neonatal	Tasa por 1.000 n...	12.4

Fuente: SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR - SIICE, (2009)

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el cuadro anterior la tasa de mortalidad de la Parroquia de Conocoto es del 17.7% con respecto a 1.000 niños, y la tasa neonatal es del 12.4% con respecto a 1.000 niños.

CUADRO No. 4

NUTRICION DE LA NIÑEZ DELA PARROQUIA CONOCOTO

NUTRICION		
Proyecciones de desnutrición crónica - niños de 1 a 5 años	%(De 1 a 5 años)	20.4

Fuente: SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR - SIICE, (2009)

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el cuadro anterior se muestra una tasa baja de nutrición en niños cuya edad oscila entre 1 a 5 años de edad.

1.11.- EDUCACION

Se refiere a la influencia ordenada y voluntaria ejercida sobre una persona para formarle o desarrollarle; de ahí que la acción ejercida por una generación adulta sobre una joven para transmitir y conservar su existencia colectiva.

Es un ingrediente fundamental en la vida del hombre y la sociedad y apareció en la faz de la tierra desde que apareció la vida humana. Es la que da vida a la cultura, la que permite que el espíritu del hombre la asimile y la haga florecer, abriéndole múltiples caminos para su perfeccionamiento.

La dinámica demográfica, responde al problema generado por los habitantes del cantón Quito hacia grandes ciudades o hacia el exterior y por la presencia de una población fluctuante que acude a las otras ciudades para mano de obra.

La distribución de la población en el cantón es heterogénea, marcada por una considerable diferencia entre la ciudad del Distrito Metropolitano de Quito y las parroquias, según información levantada en el año 2010.

En el Ecuador, el analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir, que es como viene contabilizándose tradicionalmente el analfabetismo en términos estadísticos a nivel mundial tal como lo muestra el siguiente Cuadro, así:

CUADRO No.5

EDUCACION DE LA POBLACION LA PARROQUIA CONOCOTO

Sector / Indicador	Medida	Parroquia Conocoto
EDUCACIÓN - POBLACIÓN		
Analfabetismo	%(15 años y más)	4.0
Analfabetismo - hombres	%(15 años y más)	2.7
Analfabetismo - mujeres	%(15 años y más)	5.2
Analfabetismo funcional	%(15 años y más)	10.8
Analfabetismo funcional - hombres	%(15 años y más)	8.7
Analfabetismo funcional - mujeres	%(15 años y más)	12.7
Escolaridad	Años de estudio	10.0
Escolaridad - hombres	Años de estudio	10.6
Escolaridad - mujeres	Años de estudio	9.5
Primaria completa	%(12 años y más)	84.8
Primaria completa - hombres	%(12 años y más)	87.3
Primaria completa - mujeres	%(12 años y más)	82.7
Secundaria completa	%(18 años y más)	41.3
Secundaria completa - hombres	%(18 años y más)	45.1
Secundaria completa - mujeres	%(18 años y más)	37.7
Instrucción superior	%(24 años y más)	34.2
Instrucción superior - hombres	%(24 años y más)	39.2
Instrucción superior - mujeres	%(24 años y más)	29.7

Fuente: SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR - SIICE, (2009)

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

Se observa una tasa de analfabetismo del 4% y una instrucción secundaria del 41.3% con respecto a la población en general.

1.12.- INFLUENCIA CULTURAL

Culturalmente la influencia de los hábitos y prácticas festivas de quienes decidían vivir en Conocoto, fueron cambiando y adaptándose a las nuevas condiciones. Sin embargo, quedaron identificados como componentes identitarios las Fiestas de Corpus Cristo o de San Pedro, circunscrito al ámbito religioso, con las mismas características de lo ocurrido en el país; esto es, la persistencia de ciertos simbolismos y referentes culturales como las yumbadas, los mucus, pingulleros, actos como la toma de la plaza, etc.

1.13.- INSTITUCIONALES EDUCATIVAS

En Conocoto existen en la actualidad un gran número de instituciones educativas: pre - escolares, primarias, secundarias, superiores y diversas academias de especialización. Contáctese con cada una de ellas para mayor información y detalle.

1.14.- COLEGIOS

La educación comprende procesos formales e informales, muchos de los cuales no son susceptibles de medición. Para captar las diferencias en el nivel de educación en el país, los indicadores convencionales presentan también limitaciones.

La comparación de grupos poblacionales (regiones, cantones, áreas) requiere de un indicador sintético que represente el conjunto de procesos cuyo resultado es el nivel de instrucción de las personas y que se refiera a la totalidad de la población.

A continuación se describe los colegios de la Parroquia de Conocoto, así:

CUADRO No.6

COLEGIOS DE LA PARROQUIA CONOCOTO

<p>Colégio Particular "Santo Domingo de Guzmán" <i>Bachillerato: Físico–Matemático/ Químico–Biológico/ Ciencias</i> <i>Urb. La Armenia / Conocoto - Telf.: 2349 996 / 2349 018</i></p>
<p>Colegio Nacional "Conocoto" <i>Bachillerato: Físico–Matemático / Químico–Biológico /</i> <i>Informática/Contabilidad/Sociales.</i> <i>Mejía 99 - Sector La Moya / Telf.: 2343 612 / 2348 806</i></p>
<p>Corporación Internacional Educativa "CIE Los Chillos" <i>Bachillerato: Físico–Matemático / Químico–Biológico /</i> <i>Ciencias</i> <i>Montalvo 1169 y Sucre - Conocoto / Telf.: 2344 085 / 2344</i> <i>703</i></p>
<p>Colegio Escuela Jacques Cousteau" <i>Bachillerato: Físico–Matemático / Químico–Biológico /</i> <i>Ciencias</i> <i>Sector La Siria - Conocoto / Telf.: 2342 813</i></p>
<p>Colegio Técnico Particular "José Peralta" <i>Educación a Distancia - Ciclo Sierra - Ciclo Costa /</i> <i>Bachilleratos: Técnico Informática – Contabilidad - Ciencias</i> <i>Sociales.</i> <i>Rocafuerte y Montufar (Altos Bco. Pichincha) / 2340552 /</i> <i>2291313</i></p>

Fuente: Colegio Nacional Conocoto

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

La educación es un proceso acumulativo a lo largo de la vida de los individuos; en este sentido, varía según la etapa de la vida y las circunstancias sociales, económicas y culturales que caracterizan tales etapas.

1.15.-GENERALIDADES DE LA GINGIVITIS

La gingivitis es una enfermedad bacteriana que tiene como síntomas principales la inflamación de las encías y su Gingivitisangrado.

La causa de este ataque de bacterias es muy probablemente una mala limpieza de los dientes que propicia que los restos de alimentos nutran a las bacterias que se multiplican más rápidamente y ocasionan la gingivitis.

No es necesario pasar semanas o meses sin una correcta higiene dental para padecer gingivitis sino que en un plazo de tres días sin la correcta limpieza se puede padecer esta enfermedad.

Lo más temible es que esta enfermedad se transforme en crónica porque en este caso el sangrado de las encías puede ser muy frecuente y la movilidad de los dientes puede conducir a la pérdida de algunas de las piezas dentales.

Para evitar la aparición de la gingivitis la recomendación es la misma que se daba para evitar la aparición de la caries: una correcta higiene bucal cepillándose los dientes detrás de cada comida importante y utilizar la seda dental para que la limpieza sea completa y más a fondo.

La dieta también puede ser negativa si consumimos muchos azúcares ya que estos favorecen la proliferación y ataque de las bacterias.

Si de manera espontánea nota que sus encías sangran y que los dientes se le mueven con demasiada facilidad no deje pasar mucho tiempo sin recurrir a su médico para que le mande el correcto tratamiento contra la gingivitis. Algunas pastas dentales que incorporan bicarbonato y esencias de plantas como la echinacea pueden ser útiles en la higiene diaria.

1.15.1.- DEFINICIÓN DE GINGIVITIS

La gingivitis es una inflamación patológica de las encías, producida por una enfermedad bacteriana que, incluso, puede provocar sangrado. Su origen está dado por los restos alimenticios que quedan entre los dientes y que no son removidos con una correcta higiene bucal.

GRAFICO No.2 GINGIVITIS



Fuente: Raspall, G(2006). Cirugía Oral e Implantología. Madrid Editorial Médica Panamericana.

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

La encía es una fibromucosa que se forma por un tejido conectivo denso y que está cubierta de epitelio escamoso queratinizado. Esta fibromucosa rodea los dientes y cubre los procesos alveolares.

La gingivitis también puede ser ocasionada por el crecimiento de las muelas de juicio, que genera una concavidad entre la encía y la muela. Ese espacio es aprovechado por la bacteria para alojarse.

Cuando esta enfermedad se vuelve crónica, puede causar el sangrado espontáneo, la pérdida del hueso alveolar que sostiene a las piezas dentarias, la movilidad de los dientes y el desarrollo de bolsas periodontales.

Entre los distintos tipos de gingivitis, la más peligrosa es la GUNA (Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda). En esta variante, conocida también como boca de trinchera dado que fue muy común entre los soldados de la Primera Guerra Mundial, la gingivitis causa hemorragias espontáneas severas, aliento con fuerte mal olor y un tejido gingival necrosado.

La higiene bucal es la mejor manera de prevenir el desarrollo de gingivitis. Esta higiene debe incluir el cepillado de dientes (al menos dos veces al día o después de cada comida) y la utilización de hilo dental. En caso que la gingivitis ya haya parecido, se requiere de un tratamiento odontológico para eliminar el sarro y revertir la inflamación que produce molestias, sangrado, ardor y dolor.

1.15.2.- CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal que involucra inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes, incluyendo las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar).

La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente. La placa es la principal causa de caries dental y, si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro o cálculo irritan e inflaman las encías.

Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se tornen sensibles.

Una lesión a las encías por cualquier causa, incluyendo el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte, puede causar gingivitis.

Los siguientes factores aumentan el riesgo de desarrollar gingivitis:

- Enfermedad general
- Mala higiene dental
- Embarazo (los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías)
- Diabetes no controlada

Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (como correctores dentales, prótesis, puentes y coronas) pueden irritar las encías e incrementar los riesgos de gingivitis.

Los medicamentos como la fenitoína, las pastillas anticonceptivas y la ingestión de metales pesados, como el plomo y el bismuto, también están asociados con el desarrollo de la gingivitis

Muchas personas experimentan la gingivitis en grados variables. Ésta se desarrolla generalmente durante la pubertad o durante las primeras etapas de la edad adulta, debido a los cambios hormonales, y puede persistir o reaparecer con frecuencia, dependiendo de la salud de los dientes y las encías de la persona.

Síntomas

- Sangrado de las encías (sangre en el cepillo de dientes incluso con un cepillado suave)
- Apariencia roja brillante o roja púrpura de las encías
- Encías que son sensibles al tacto, pero por lo demás indoloras
- Úlceras bucales
- Encías inflamadas
- Encías de aspecto brillante

Signos y exámenes

El odontólogo examinará la boca y los dientes y observará si las encías están blandas, inflamadas o de color rojo púrpura. Se pueden observar depósitos de placa y sarro en la base de los dientes. Las encías generalmente son indoloras o levemente sensibles.

Aunque generalmente no se necesitan exámenes adicionales, se pueden tomar radiografías de los dientes y hacer mediciones del hueso dental para determinar si la inflamación se ha diseminado a las estructuras de soporte de los dientes.

1.15.3- AGRANDAMIENTO GINGIVAL ASOCIADO A CAMBIOS HORMONALES:

1.15.3.1- Pubertad:

Pacientes en general que se encuentran en la etapa circumpuberal o en la adolescencia quienes presentan marcado agrandamiento de la encía el cual se evidencia con cambios de forma sinuosos, pueden ser pediculados, lobulados que sangran con facilidad. La encía se nota roja brillante o mate, blanda, flácida, en algunos casos móviles. El recuento de placa es muy alto (en general es más del 80%), puede estar acompañado de mal posición dentaria lo cual favorece su acumulación. Al sondaje existen Bolsas Falsas o Seudobolsas.

1.15.3.2.-En el embarazo:

Paciente en período de gestación quien usualmente presenta gingivitis crónica y, especialmente durante el tercero, sexto y octavo meses de gestación puede presentar una exacerbación marcada de su gingivitis acentuándose más en aquellos sitios donde hay mala posición dental, caries, obturaciones desbordantes o empaquetamiento alimenticio, favoreciéndose la presentación de un agrandamiento gingival tumoriforme pediculado, de base amplia, liso, brillante que puede ser lobulado. La paciente puede presentar hemorragia generalizada al sondaje y alto recuento de placa.

Manejo: Terapia básica, re evaluación y posibles procedimientos quirúrgicos remo relativos periodontales que le devuelvan la arquitectura y morfología perdida como consecuencia del agrandamiento. En la gingivitis del embarazo es deseable realizar toda la terapia básica integral durante la gestación y esperar hasta después del tercer mes del posparto para re-evaluar y proceder o no a la fase quirúrgica.

1.15.3.3.- Agrandamiento gingival asociado a medicamentos:

Es un efecto adverso sobre agregado a una gingivitis pre-existente, producido principalmente por la acción local de, en términos generales, tres tipos de medicamentos:

La Fenitoína, un anticonvulsivante; la Ciclosporina A, un inmunosupresor y los bloqueadores de los canales de calcio, tales como las dihidropiridinas (nifedipina, nitrendipina y felodipina), diltiazem y verapamilo, aunque se han descrito asociados a otro tipo de anticonvulsivantes y medicamentos.

Se desconoce por qué medicamentos con diferentes efectos farmacológicos inducen cambios gingivales similares. Al parecer se asocia con la respuesta de los receptores de macrófagos que modifican señales que favorecen la multiplicación de fibras y células que generan el agrandamiento.

La capacidad del huésped genéticamente determinada para comportarse metabólicamente ante la ingesta de medicamentos administrados por tiempos prolongados, la respuesta de los tejidos gingivales al uso de esos medicamentos y las condiciones gingivales preexistentes pueden variar entre diferentes individuos.

Los sitios de predilección para el crecimiento son más comúnmente las zonas anteriores que las posteriores y usualmente sobre la superficie vestibular. Además, el crecimiento gingival macroscópico parece aparecer una vez se exceden ciertos niveles sanguíneos de fenitoína, nifedipina o Ciclosporina A. Tiene predilección por las edades jóvenes y el sexo masculino, en una relación de 5:1 con el sexo femenino en pacientes tratados con nifedipina. La incidencia de crecimiento gingival varía del 10 al 50% con la fenitoína, 8 a 70% para la Ciclosporina A y 0.5 a 83% para la nifedipina.

La duración del tratamiento con el fármaco para que ocurra el crecimiento gingival es de 2 a 3 meses en humanos. Autores han dicho que la acumulación de placa es esencial para que se inicie el sobre crecimiento gingival pues ello implica la presencia de un proceso inflamatorio que favorece así mismo la mayor excreción del mismo. Por otra parte se considera que la placa funciona como un factor que aumenta la severidad del sobre crecimiento, por lo que se recomienda un excelente manejo de la higiene oral.

Manejo: Idealmente el paciente que va a recibir terapia anticonvulsiva te debe ser evaluado por un odontólogo o un periodoncista en el momento en que empieza a ser tratado por el médico.

Debe ingresar en un programa de re-educación y monitoreo que permita un control al máximo de los factores de acumulación y retención de placa así como la realización de una terapia básica que permita una ambientación dental y periodontal adecuadas, de tal manera que en el momento en que se llegue a los niveles séricos máximos, localmente el factor inflamatorio esté totalmente controlado. Si el paciente debe recibir el medicamento de por vida, se establecerá un programa específico de control, rellenado y remoción profesional de placa para evitar al máximo los factores de agrandamiento.

1.15.3.4.- Agrandamiento gingival asociado a hábitos

Paciente sistémicamente al parecer sano quien localmente puede presentar con mayor frecuencia respiración bucal asociada a patologías de las vías respiratorias altas incluyendo procesos hiperactivos o alérgicos.

Puede presentar mordida abierta anterior, descamación de los labios, ventanas nasales atróficas y delgadas, falta de sellado labial. El recuento de placa es especialmente alto en las zonas anteriores donde se produce la mayor zona de deshidratación inducida por la respiración oral.

La posición del labio en posición de relajamiento determinará las zonas de la encía mayormente afectadas las cuales igualmente sufren un proceso de deshidratación y resecamiento que permiten que la encía se vea mate, lisa, blanda en algunas zonas y más fibrosa o firme en otras y asociado a la presencia de placa bacteriana.

Estos agrandamientos pueden presentarse más fácilmente en vestibular superior, palatino superior y vestibular inferior, según la forma y posición de los labios. La lengua protráctil puede favorecer la pérdida de niveles de inserción tal en zonas donde previamente existen nichos de acumulo de placa y por ende inflamación marcada por la dificultad de remoción de la misma.

Manejo: Terapia básica acompañada de sistemas de hidratación o protección de la deshidratación tisular como el uso de protectores o pantallas, que en conjunto con el otorrinolaringólogo se puedan colocar para mejorar el hábito, pincelamiento de las áreas afectadas por la deshidratación con vaselina, manteca de cacao y similares especialmente durante la noche acompañados de un programa de Monitoreo, autocontrol y Mantenimiento. Terminada la terapia básica debe hacerse la reevaluación respectiva estableciendo necesidades de corrección o remodelado quirúrgico.

1.15.4.- TIPOS DE GINGIVITIS

1.15.4.1- GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA

Paciente de cualquier edad o sexo, sistémicamente o no comprometido que presenta al examen clínico periodonto cambios de color hacia el rojo de la encía ya sea papilar, marginal o adherida. Cambios de consistencia hacia más blanda en las zonas afectadas. Sangrado al sondaje.

Profundidad de surco normal (1 o 2 MM. en zonas vestibulares o linguales y 3 en zonas proximales) Alto recuento de placa (más del 20%) Radiográficamente hay continuidad de la lámina dura, altura a \pm 2mm. De la línea amelo cementaría con una forma que depende del tipo de contacto interproximal.

Manejo básico sugerido:

Terapia básica y reevaluación mínimo a las seis semanas. Si los signos de inflamación desaparecen indicados a través de la ausencia de hemorragia al sondaje, si el paciente maneja niveles de placa entre el 10 y 15% y el color y aspecto son normales, el paciente puede ingresar en la etapa de MANTENIMIENTO.

1.15.4.2.- GINGIVITIS NECROSANTE

Forma de inflamación gingival caracterizada por la presencia de necrosis de tejidos blandos en su mayoría aunque ya se sabe que puede llegar al hueso. Existen cuatro formas: aguda, subaguda, crónica y recurrente.

Aguda:

Sobre agregada a una gingivitis pre existente asociada a placa. De aparición súbita, es dolorosa. El paciente puede referir una sensación de presión entre los dientes, aliento o sabor metálico, susceptibilidad de la encía al sangrado. Puede presentar fiebre, malestar general y adenopatías regionales. Al examen clínico se puede apreciar halitosis, tejido necrótico en zonas de papilas acompañado de un área eritematosa subyacente. Las papilas aparecen recortadas en la punta, en la base o en su totalidad. En algunos casos puede haber una clara delimitación entre las áreas afectadas y las libres de inflamación en lo que se ha denominado como eritema lineal. La presencia de placa en un recuento simple puede ser del 100%. Se ha asociado a presencia de estrés severo (estados socio afectivos del paciente o estados carenciales no compensados).

La fase subaguda se caracteriza porque la sintomatología no es tan marcada como en la aguda pero persisten manifestaciones como la necrosis, el dolor y el malestar. Al examen clínico las manifestaciones son similares a la aguda. En la etapa crónica vemos un paciente que refiere que desde hace más de cuatro semanas presenta inflamación, necrosis, aliento metálico, pero no refiere fiebre, malestar general u otras molestias que indiquen la presencia de un proceso intolerable por parte del paciente. La etapa recurrente se caracteriza por episodios de remisión y exacerbación periódicos.

Manejo:

En la fase aguda: Manejo de la urgencia: Remoción de la mayor parte de factores que estén agravando el problema: restos de alimentos, tejidos

necróticos: se debe lavar con solución salina a presión previa colocación de anestésico tópico y un

Antiséptico. Esta remoción idealmente debe hacerse con un aparato de ultrasonido (cavitron) ojalá con una solución antiséptica. Deben suministrarse analgésicos. Si el paciente presenta manifestaciones de compromiso sistémico debe prescribirse antibiótico tipo penicilina, en caso de pacientes alérgicos a la penicilina la opción alterna es el metronidazol o la eritromicina. Debe acompañarse del uso de agentes anti placa para favorecer la recuperación tisular

En la fase SUBAGUDA, manejar la sintomatología con analgésicos e iniciar terapia básica.

En la fase CRONICA iniciar terapia básica acompañada de agentes inhibidores de placa como la Clorhexidina, re evaluar y evaluar las necesidades quirúrgicas posteriores, las cuales pueden estar orientadas a la devolución de la arquitectura perdida como consecuencia del proceso necrótico.

Gingivitis VIH: En los pacientes diagnosticados seropositivamente como pacientes VIH se han descrito cuatro estadios relacionados con este tipo de gingivitis:

1. Necrosis de la punta papila interdental
2. Necrosis de la punta de la papila que llega hasta el margen produciendo una "desaparición total de la papila
3. Necrosis de papila, margen y encía insertada.
4. Necrosis de encía, margen y encía insertada con exposición de hueso.

Todas estas alteraciones relacionadas con éstos estadios tienen como base la deficiente higiene oral y la pre existencia de un estado inflamatorio crónico en las encías, el cual junto con la inmunosupresión asociada a su patología de base, tiene este comportamiento.

Se sugiere evaluar cuidadosamente cualquier paciente que presente este tipo de patología y descartar el compromiso sistémico cuando el aun no está detectado, especialmente en casos en los cuales la aparición de la necrosis es súbita y extensa.

Actualmente esta patología tiene características relacionadas directamente con el estado de deterioro inmunológico razón por la cual se usa como un predictor de ese mismo deterioro inmunológico.

Manejo: Terapia básica acompañada de uso de agentes anti placa, analgésicos y antisépticos. Estos pacientes muy especialmente deben ser monitoreados.

1.15.4.3.- GINGIVITIS A CUERPO EXTRAÑO

Paciente sistémicamente sano y quien periodontalmente puede estar en las mismas condiciones quien puede presentar inflamación localizada posterior a una terapia de mantenimiento o un pulido coronal por parte un profesional. La respuesta inflamatoria básicamente es debida a la impulsión de material de pulido dentro del tejido favoreciendo la respuesta inflamatoria.

Manejo: Retirar el cálculo y placa que está produciendo la inflamación y prescribir analgésicos si es el caso.

15.5.- PROCESO DE LA ENFERMEDAD

La forma menos severa de la enfermedad periodontal. Provoca que las encías se pongan rojas, inflamadas y que sangren fácilmente. Normalmente hay poca, o ninguna, incomodidad en esta etapa. La gingivitis es reversible si es tratada profesionalmente y con un buen cuidado oral en casa.

Periodontitis leve: Si la gingivitis no es tratada, puede progresar hacia una periodontitis. En esta etapa leve, la enfermedad periodontal empieza a destruir el hueso y el tejido que sostienen a los dientes.

Periodontitis moderada a avanzada: esta se desarrolla si las primeras etapas de la enfermedad pasan desatendidas. Es la forma más avanzada de la enfermedad en donde ocurre una extensa pérdida de hueso y tejido.

Periodontitis agresiva: ocurre en adolescentes y personas jóvenes y se caracteriza por la rápida pérdida del hueso alrededor de los dientes permanentes. De manera irónica, los jóvenes con esta enfermedad forman muy poca placa dental o sarro.

La periodontitis agresiva es considerada, por lo general, una enfermedad de adultos jóvenes, aunque puede iniciarse cerca de la pubertad. Las bolsas se pueden formar alrededor de los dientes afectados, llenándose de infección. Si no es tratada oportunamente, la infección puede conducir a la pérdida de hueso, lo que hace que los dientes se aflojen.

Factores de riesgo



Fuente: Raspall, G.(2006) Cirugía Oral e Implantología. Madrid Editorial Médica Panamericana.,
Elaboración: Autora Nubia Acuña.

La enfermedad periodontal también está relacionada con y puede ser agravada por factores tales como la edad, el hábito de fumar, la hipertensión y un alto nivel de colesterol en la sangre, e incluso alterar el desarrollo normal del embarazo y el control de enfermedades como la diabetes y las enfermedades del corazón.

La diabetes

Puede desencadenar o agravar la enfermedad periodontal debido a los cambios que ocurren en los vasos sanguíneos y a los altos niveles de glucosa en la sangre, que pueden impedir un adecuado flujo de los nutrientes y de la remoción de los desechos de los tejidos, desencadenando una gran debilidad en las encías y los huesos, y haciéndolos más susceptibles a la infección.

A su vez la enfermedad periodontal tiene incidencia en la diabetes.

Enfermedad del corazón

La enfermedad de las arterias coronarias en la cual las paredes se vuelven más gruesas por la acumulación de grasas, generalmente se caracteriza por la formación de coágulos que obstruyen el flujo sanguíneo, privando al corazón de los nutrientes y el oxígeno necesarios para un funcionamiento adecuado.

Actualmente los científicos creen que las bacterias encontradas en la cavidad oral en la enfermedad periodontal, entran al torrente sanguíneo, se adhieren a las arterias y puede contribuir a la formación de estos coágulos; por eso la enfermedad periodontal representa un riesgo de complicación para las personas con alteraciones cardiovasculares.

Enfermedad de las trincheras

La enfermedad de las trincheras (infección de Vincent, gingivitis ulcerosa necrosante aguda) es una infección dolorosa, no contagiosa, de las encías que causa dolor, fiebre y cansancio.

El término enfermedad de las trincheras proviene de la Primera Guerra Mundial, cuando muchos soldados en las trincheras contraían la infección. La escasa higiene bucal suele contribuir al desarrollo de la infección, lo mismo que el estrés físico o emocional, una dieta escasa o debido a que se duerme poco.

La infección se presenta muy a menudo en personas con gingivitis simple, enfrentada a un problema que les produce tensión nerviosa como, por ejemplo, los exámenes de estudios o el cambio de trabajo.

Este proceso es más frecuente en los fumadores que en los no fumadores.

Síntomas

Por lo general, la enfermedad de las trincheras comienza repentinamente con dolor en las encías, una sensación de malestar y cansancio general. También provoca halitosis (mal aliento). Los extremos de las encías entre los dientes se erosionan y se cubren de una capa gris de tejido muerto. Las encías sangran con facilidad y duelen al comer y tragar. A menudo, los ganglios linfáticos del cuello debajo de la mandíbula se inflaman y aparece algo de fiebre.

Tratamiento

El tratamiento comienza con una limpieza suave y minuciosa, durante la cual se extrae de la zona todo el tejido gingival muerto y el sarro. Dado que la limpieza puede resultar dolorosa, el odontólogo puede aplicar un anestésico local. Durante los primeros días después de la profilaxis se recomienda que el paciente haga los enjuagues bucales con una solución de peróxido de hidrógeno (3 por ciento de peróxido de hidrógeno mezclado con agua al 50 por ciento) varias veces al día, en vez de cepillarse los dientes.

El paciente debe visitar al odontólogo todos los días, o bien en días alternos durante dos semanas. La limpieza regular por parte de un profesional se mantiene mientras dure la curación. Si las encías no vuelven a su forma y posición normales, el odontólogo las rehace quirúrgicamente para prevenir una recidiva o una periodontitis. Se puede prescribir un antibiótico cuando la enfermedad es grave o cuando el paciente no puede acudir al odontólogo.

Periodontitis: de la placa a la pérdida del diente



Las encías sanas y el hueso sostienen el diente en su sitio.

La formación de placa irrita las encías y éstas se inflaman, y con el tiempo se separan del diente creando una oquedad que se llena con más placa.

Las oquedades se vuelven más profundas y la placa, al endurecerse, se transforma en sarro, acumulándose más placa sobre éste.

La placa se desplaza hacia la raíz del diente y puede destruir el hueso que sostiene el diente. Sin este soporte el diente se afloja y cae

Periodontitis

La periodontitis (piorrea) aparece cuando la gingivitis se propaga a las estructuras que sostienen el diente.

La periodontitis es una de las causas principales del desprendimiento de los dientes en los adultos y es la principal en las personas de mayor edad.

Causa

La mayoría de los casos de periodontitis son la consecuencia de una acumulación prolongada de placa bacteriana y sarro entre los dientes y las encías, favoreciendo así la formación de oquedades profundas entre la raíz del diente y el hueso subyacente.

Estas oquedades acumulan placa bacteriana en un ambiente sin oxígeno, que estimula el crecimiento de bacterias. Si el proceso continúa, el maxilar adyacente a la oquedad finalmente se va destruyendo hasta que el diente se afloja.

El grado del desarrollo de la periodontitis difiere considerablemente incluso entre individuos con cantidades similares de sarro. Probablemente porque, según las personas, la placa bacteriana contiene diversos tipos y cantidades de

bacterias y porque cada persona reacciona de modo distinto frente a las bacterias. La periodontitis puede producir brotes de actividad destructiva que duran meses, seguidos por períodos en que la enfermedad aparentemente no causa mayores daños.

Muchas enfermedades pueden predisponer a que se contraiga la periodontitis, entre ellas la diabetes mellitus, el síndrome de Down, la enfermedad de Crohn, una deficiencia de glóbulos blancos y el SIDA. La periodontitis progresa rápidamente en los afectados de SIDA.

Síntomas y diagnóstico

Los síntomas iniciales de la periodontitis son la hemorragia, la inflamación de las encías y el mal aliento (halitosis). Los odontólogos miden la profundidad de las oquedades en las encías con una sonda delgada y las radiografías muestran la cantidad de hueso perdido. A mayor pérdida de hueso, más se afloja el diente y cambia de posición.

Es común que los dientes delanteros se proyecten hacia afuera. Habitualmente la periodontitis no causa dolor hasta que los dientes se aflojan lo suficiente para moverse al masticar o hasta que se forma un absceso (acumulación de pus).

Tratamiento

A diferencia de la gingivitis, que habitualmente desaparece con un buen cuidado bucodental, la periodontitis requiere un tratamiento profesional. El paciente que practica una buena higiene bucal puede limpiar solamente 2 mm por debajo de la línea gingival.

El odontólogo puede limpiar las oquedades hasta 5 mm de profundidad, usando un raspador y un cepillo de raíces que retira a fondo el sarro y la superficie enferma de la raíz. Para las oquedades de 6 mm o más se requiere con frecuencia un tratamiento quirúrgico. También es posible quitar la porción desprendida de las encías, de modo que el resto se pueda adherir nuevamente y de forma firme a los dientes, permitiendo así la limpieza de la placa bacteriana en casa.

El odontólogo puede prescribir antibióticos, especialmente en el caso de abscesos. En las oquedades profundas se pueden colocar unos filamentos impregnados de antibiótico, para que una concentración alta del fármaco pueda alcanzar el área enferma. Los abscesos periodontales causan un brote de destrucción ósea, pero el tratamiento inmediato con cirugía y antibióticos puede contribuir a la regeneración de gran parte del hueso dañado. Mientras la boca permanezca inflamada después de la operación, un enjuague bucal de clorexidina, durante un minuto dos veces al día, puede reemplazar temporalmente al cepillo de dientes y la seda dental.

1.15.6.- LA ENCÍA: TEJIDO GINGIVAL

El tejido gingival puede verse afectado por la enfermedad periodontal. Para comprender la etiología, inicio, evolución y tratamiento de la enfermedad periodontal es necesario conocer las características de los tejidos donde se asienta. La encía es una estructura conectiva rodeada de tejido epitelial que abraza al diente y que limita apicalmente con la línea mucogingival, excepto a nivel palatino, donde se continúa con la mucosa masticatoria palatina.

El epitelio de la encía se denomina epitelio gingival en su parte externa, se continúa con el epitelio sulcular en su parte interna y acaba con el epitelio de inserción que se une al esmalte de la corona dentaria. Por lo tanto, el epitelio que cubre la encía no presenta soluciones de continuidad, aunque tiene diferentes características histológicas.

Características y composición

El tejido conectivo de la encía está formado por fibras y células que envuelven la parte coronal del hueso alveolar, la línea amelo cementaria y la parte más apical del esmalte. El colágeno es el principal componente de la encía, aunque existen también estructuras vasculares, nerviosas, fibroblastos y una matriz intercelular formada por glicoproteínas y proteoglicanos.

El epitelio gingival recubre externamente el tejido conectivo de la encía. Está queratinizado, es de color rosa pálido y presenta, especialmente a nivel de los incisivos, un punteado con aspecto de piel de naranja que indica la presencia de potentes fibras conectivas que unen la encía al periostio. Cuando la encía se inflama, este punteado puede desaparecer o hacerse menos aparente.

En otras ocasiones pueden observarse zonas oscuras, característica racial por cúmulo de melanina en la mayor parte de las ocasiones. Apicalmente, la encía limita con la mucosa oral formando la línea mucogingival. La distancia fisiológica corono apical de la encía queratinizada puede ser muy variable en una misma boca. Estas dimensiones pueden incrementarse, como resultado de una inflamación o hiperplasia, y reducirse por periodontitis o por un cepillado dental incorrecto.

Es difícil definir lo que significa una encía escasa, pero diversos estudios señalan que con menos de 2 mm de encía queratinizada no es fácil mantener una adecuada higiene oral, lo que propicia la presencia de inflamación gingival. El borde coronal de la encía se denomina margen gingival libre.

Suele ser de contornos redondeados y se extiende ligeramente hacia la corona y paralelo a la línea amelocementaria. El contorno del margen gingival está

genéticamente marcado, por lo que pretender un contorno gingival definido quirúrgicamente puede ser imposible, ya que la encía, tras finalizar la cicatrización, adoptará la forma que le corresponde de acuerdo a su localización. El margen gingival se adapta, igualmente, a los espacios interdentes cubiertos por la encía hasta el punto o área de contacto.

La encía queratinizada se continúa con el epitelio del surco o sulcular. Limita coronalmente con el margen gingival libre y apicalmente con el inicio del epitelio de inserción. No está queratinizado, ni unido al diente, y mide aproximadamente 0,5 mm. Entre la superficie del diente y el epitelio del surco se forma un espacio virtual denominado surco gingival.

El epitelio de inserción o de unión se encuentra apical con respecto al epitelio sulcular, donde el epitelio de la encía se une al esmalte formando una banda que termina a la altura de la línea amelocementaria y mide aproximadamente 1 mm. Constituye el mecanismo biológico a través del cual se une la encía al diente en su aspecto más coronal. Este epitelio tiene una importancia crítica en cirugía periodontal.

Es permeable, por lo que permite tanto la salida hacia el surco gingival y la cavidad oral de productos metabólicos y de defensa del huésped, como la entrada de productos nocivos bacterianos y hasta de las propias bacterias que pueden invadir el tejido gingival. Asimismo, permite que la sonda periodontal penetre de manera fácil, que sea invadido por una fresa o por el margen subgingival de una corona.

Cuando sobrepasen más de medio milímetro del surco gingival no adherido a la superficie dental se producirá una desaparición del espacio biológico formado por el epitelio de inserción y las fibras dentogingivales entre su límite coronal y la cresta ósea. Este epitelio tiene una gran tendencia a deslizarse apicalmente a lo largo de la superficie radicular abandonando su posición inicial. Es justamente esta característica la que va a definir las enfermedades periodontales destructivas: la migración apical del epitelio de inserción.

El extremo apical del epitelio de inserción está separado de la cresta ósea alveolar por redes de fibras conectivas que separan la encía de los restantes

componentes del periodonto. Estas fibras dividen al periodonto en dos compartimentos:

El compartimento superior formado por el epitelio gingival, el epitelio del surco, el epitelio de inserción y el tejido conectivo gingival, que protege a los tejidos periodontales profundos y se encuentra en la primera línea de las agresiones. Llegado el caso, activa las defensas ante la presencia de una concentración bacteriana incompatible con la salud del periodonto. La reacción defensiva del compartimento superior se manifiesta en forma de inflamación y se denomina gingivitis.

El compartimento inferior está formado por el hueso alveolar, el cemento y el ligamento periodontal. Resulta destruido si la agresión de la concentración bacteriana desborda los límites de defensa de los componentes del compartimento superior. Este cuadro se denomina periodontitis. Consecuentemente, el epitelio de inserción abandona su ubicación original y se sitúa en la zona radicular, que se mantiene libre por las fibras conectivas destruidas.

Enfermedades que afectan al tejido gingival:

La enfermedad periodontal.- Cuando el cambio cualitativo y cuantitativo de la concentración bacteriana se produce en poco tiempo, es progresivo y afecta significativamente a los componentes del compartimento superior, se produce una gingivitis.

El tejido conectivo de la encía se destruye progresivamente y su lugar es ocupado por un infiltrado inflamatorio formado por leucocitos polimorfonucleares y células plasmáticas. El epitelio de inserción sufre cambios morfológicos importantes pero se mantiene unido a la superficie del esmalte. Las fibras supracrestales están parcialmente destruidas pero el límite apical se conserva íntegro.

Una vez establecida la gingivitis puede mantenerse como tal durante días, meses o años. Si se trata adecuadamente, la sintomatología desaparece y se

restablecen perfectamente las condiciones que existían antes de la enfermedad sin dejar secuelas.

Si no se trata y se eliminan las bacterias, la gingivitis no se cura espontáneamente. En algunos pacientes se transforma en periodontitis cuando el infiltrado inflamatorio gingival desborda la barrera defensiva formada por las fibras supracrestales.

Este fenómeno se produce por diferentes razones: un aumento de la virulencia bacteriana, alteraciones en las defensas del huésped o disrupción mecánica, intragénica o no, a nivel de la unión dentogingival.

1.15.7.- PREVENCIÓN

La buena higiene oral es la mejor prevención contra la gingivitis porque remueve la placa que ocasiona este trastorno. Los dientes se deben cepillar por lo menos dos veces al día y se deben limpiar suavemente con seda dental, mínimo una vez al día. Las personas propensas a la gingivitis deben cepillarse los dientes y limpiarlos con seda dental después de cada comida y antes de acostarse. Se debe consultar con el odontólogo o con el higienista oral para que brinden las instrucciones sobre las técnicas apropiadas para el cepillado y uso de la seda dental.

El odontólogo puede recomendar instrumentos o herramientas especiales de higiene oral para que las utilicen las personas particularmente propensas al desarrollo de depósitos de placa. Su uso complementa, pero no reemplaza al cepillado minucioso y uso de la seda dental. Los aparatos y herramientas pueden abarcar mondadientes y cepillos de dientes especiales, irrigación con agua u otros dispositivos.

El higienista oral o el odontólogo pueden igualmente recomendar cremas dentales o enjuagues bucales anti sarro y anti placa.

La limpieza o profilaxis dental profesional hecha con cierta regularidad es importante para remover la placa que se puede formar, incluso con un cuidadoso cepillado y uso de seda dental. Muchos odontólogos aconsejan hacerse una limpieza dental profesional por lo menos cada seis meses.

1.15.8.- El estudio descriptivo no tiene hipótesis. (21)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.16.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS. ESPECIFICOS	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR (DEFINICION OPERACIONAL)	CATEGORIA	FUENTES DE VERIFICACION
1.- Objetivo No.1	Gingivitis	Inflamación de las encías, enrojecimiento e hinchazón y sangrado de las encías causado por mala higiene acumulación de placa e irritantes locales y bacterias	-No tiene Gingivitis -Tiene Gingivitis	-número de niños con gingivitis(207/número de niños examinados(242) -No gingivitis o sana las encías presentan contextura y tejidos normales. -Gingivitis leve las encías presentan un grado de inflamación leve presencia de placa poco rojizas. -Gingivitis severa las encías se presentan rojas sangrantes con bastante placa y cálculo.	8vo B. 9no B. 9,0% 25.4% 35.9% 52% 49.58% 18.75%	Fichas odontológicas del 8vo básica año lectivo 2008-2009 Fichas odontológicas 9no básica año lectivo 2009-2010
	Edad	Tiempo de vida cumplido desde el nacimiento	Grupos etarios -12 a 13 años - resto de alumnos	-alumnos que se encuentran entre los 12 y 13 años. -alumnos que están en otras edades y por eso se les ha denominado el resto.	80% 20%	Fichas odontológicas del 8vo básica año lectivo 2008-2009 Fichas odontológicas 9no básica año lectivo 2009-2010
	Sexo	Característica que determina diferencia de género hombre y mujer	-hombre -mujer	-hombre en 8vo b. Y 9no b -mujeres en 8vo b. Y 9no	52.8% 55.35% 47.16% 44.6%	Fichas odontológicas del 8vo básica año lectivo 2008-2009 Fichas odontológicas 9no básica año lectivo 2009-2010

2.-Objetivo No, 2.	Conocimientos sobre salud oral	Refleja la realidad cognoscitiva que tiene el estudiante sobre salud oral	-No tiene conocimientos -tiene conocimientos	-Desconoce totalmente -no desconoce	85% 15% 15% 85%	Encuesta, por medio de las fichas odontológicas Del 8vo de básica año lectivo 2008-2009 y del 9no de básica año lectivo 2009-2010.
	Actitudes frente a la salud oral	Motivaciones o estados que generan una posición de agrado o desagrado ante una situación de salud oral	-Actitudes positivas -Actitudes negativas	Tiene una buena higiene bucal Tiene una higiene regular Tiene una higiene mala	18,32% 89% 43,9% 8,3% 37,69%2,6%	Encuesta observación, por medio de las fichas odontológicas Del 8vo de básica año lectivo 2008-2009 y del 9no de básica año lectivo 2009-2010.
	Prácticas de salud oral	Son las acciones que involucran al estudiante y su entorno en beneficio de la salud oral	-Tiene prácticas beneficiosas de salud oral -No tiene prácticas beneficiosas de salud oral	-asiste regularmente al odontólogo -utiliza tres veces al día el cepillo dental -no asiste al odontólogo -utiliza muy poco el cepillo dental	2,5% 95% 5% 97,5% 92,5% 0% 80% 0%	Encuesta observación, por medio de las fichas odontológicas Del 8vo de básica año lectivo 2008-2009 y del 9no de básica año lectivo 2009-2010.
3.-Objetivo No.3	Propuestas de solución.	Limpieza de dientes y encías por parte del odontólogo sea manualmente o por medio de cavitron Enseñar técnicas de cepillado dental uso del hilo dental uso de sustancias reveladoras de placa.	-Profilaxis realizadas no realizadas Nivel de conocimiento captado en la charla educativa	-todos los alumnos asistentes -alumnos que están retirados. Antes de enseñar -después de enseñar	97.6% 2.4% 85% desconoce 15% desconoce	Fichas odontológicas del 8vo básica año lectivo 2008-2009 Fichas odontológicas 9no básica año lectivo 2009-2010 Partes diarios, informes trimestrales y anuales.

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1.-DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo comprende la descripción de la estrategia expresada a través del nivel, enfoque y diseño de la investigación.

Primero, el nivel es de tipo descriptivo ya que son aquellos que están dirigidos a determinar “cómo es “o “cómo está “ la situación de las variables que se estudian en una población; la presencia o la ausencia de algo; la frecuencia con que ocurre un fenómeno(prevalencia) y quienes, dónde y cuándo se presenta un determinado fenómeno(22).

Lo primero que se realizó fue el examen buco-dental a los alumnos de 8vo de básica año 2008-2009 mediante la entrevista es cómo voy a conseguir la observación directa en la que se hace un diagnóstico con la llenada de las fichas odontológicas. En el diagnóstico clínico odontológico se determina el estado de salud de las encías de cada uno de los estudiantes y se ha hecho la clasificación de la gingivitis de acuerdo al índice gingival de Loe y Silness. Con este índice se hace dicha clasificación tomando en cuenta lo siguiente: sanos o no gingivitis, los que presentan gingivitis leve y los que presentan gingivitis severa explicado en la operacionalización de las variables.

La población estudiantil es de 1171 estudiantes que corresponden a todo el colegio Conocoto. De allí se toma la muestra que corresponde al octavo de básica en el que tenemos 207 casos de gingivitis de un total de 242 estudiantes, año lectivo 2008-2009, se escoge a este tipo de estudiantes ya que corresponden al grupo de riesgo y como alumnos recién llegados desconocen actitudes y prácticas de salud oral, después de un año de tratamiento se observan a los mismos estudiantes en el 9no de básica en el que tenemos 167 casos de gingivitis de los cuales 159 son antiguos y 8 nuevos en el año lectivo 2009-2010. Hasta aquí la investigación es descriptiva, transversal y analítica ya que estudia las variables simultáneamente en relación con la forma en que se dan los fenómenos y es retrospectiva ya que registra datos que ocurrieron con anterioridad.(22).

El enfoque es: cualitativo y cuantitativo, ya que a las cualidades se les ha dado un valor o categoría, por lo tanto estas no pueden ir separadas ya que las dos van de la mano, como es el caso de la gingivitis.

El diseño de este tipo de investigación que es, no experimental tiene un menor control sobre las variables así como también no es posible la manipulación de las mismas. Existe una mayor cercanía de las variables con la realidad y una selección de grupos más reales o naturales (31). Si la investigación es no experimental tenemos a los diseños transversales y dentro de estos a los descriptivos explicados anteriormente.

2.1.- COMPONENTES DEL DISEÑO METODOLÓGICO

En cumplimiento de las recomendaciones se explican los pasos metodológicos:

2.1.2.-Diseño o tipo de estudio:

Es de carácter descriptiva-transversal. Analítica y retrospectiva.

2.1.3.-Area de estudio: Se realiza en Ecuador, ciudad de Quito, área rural en la parroquia de Conocoto, Barrio la Moya que se encuentra en el sur oriente en el Colegio Nacional Conocoto que forma parte del Ministerio de Educación, que dentro de su política del nuevo modelo de atención brinda calidad y calidez de manera gratuita, especialmente a los grupos de riesgo que son los jóvenes de 12 a 13 años escolares; dando prioridad a la atención primaria de salud.

2.1.4.- Universo: Son todos los alumnos del Colegio Nacional Conocoto que son 1171.

-Muestra: Son los alumnos del 8vo y 9no año de básica. Ya que se considera el grupo de mayor riesgo del Colegio Fiscal Conocoto. Porque son alumnos recién llegados y no conocen sobre actitudes y prácticas de salud bucal.

La investigación ha sido realizada en el Colegio Nacional Conocoto en el año lectivo 2008-2009 total de alumnos 242(8vos de básica) y en el año lectivo 2009-2010 total de alumnos 224(en los 9nos de básica).

2.1.5.- Conceptos categorías y variables:

Relación: salud oral.- procedimientos que se realizan en el aparato estomatognatico, para mantener en perfecto estado la salud de la boca, y de sus estructuras afines.

Revistas, folletos videos sobre educación oral.

Enfermedad Periodontal.- Alteración de los tejidos de sostén de los dientes.

Oclusión.-Forma o manera de contacto entre dientes con la boca cerrada.

Gingivitis.- Inflamación de las encías

Cepillado.- Acción de pasar un cepillo dental dentro de la boca con el objeto de limpiarla de restos alimenticios

Caries dental.- enfermedad infecto-contagiosa que causa desmineralización y descomposición de los tejidos dentales

Placa bacteriana.- Se forma de los residuos de los alimentos y las bacterias que existen en la boca.

Dientes.- Cada una de las piezas duras, implantadas en los huesos maxilares, que pueden partir, triturar, sujetar, alimentos.

Partes del diente.- Esmalte, parte dura y blanca que recubre los dientes.

Dentina.- Esta debajo del esmalte; Cemento.- Sustancia dura que recubre la raíz,

Pulpa.- parte blanda y sensitiva.

Las categorías y variables se explica en el cuadro de operacionalización de variables.

2.1.6.- MATERIALES Y METODOS:

El método es observacional directo y analítico y mediante la entrevista es cómo voy a conseguir la observación en el que se hace un diagnóstico en la llenada de las fichas odontológicas. En él se determina el estado de salud de las encías de cada uno de los alumnos en estudio.

2.1.7.- PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Determinar la entrevista en la que se puede determinar mediante examen buco dental si tiene o no gingivitis y de acuerdo a su clasificación.
- Identificar los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal
- Estructurar la población por grupos de sexo prevalencia, lo cual en este caso va dirigido a los Jóvenes del Colegio nacional Conocoto con lo que determinamos la situación de salud en cuanto a las variables gingivitis de los estudiantes.
- Y la prevalencia de las variables gingivitis.

MATERIALES PARA DETERMINAR GINGIVITIS

De igual forma se realizará el examen de las encías para determinar si los pacientes presentan gingivitis.

1.-Para esto se utilizará: espejo bucal plano, sonda periodontal, pinza para algodón, gasa, guantes mascarillas. Con su respectiva ficha odontológica.

2.-Mediante el índice gingival IG de Loe y Silness 1963 se valorará por las zonas vestibular, lingual, mesial y distal en seis dientes seleccionados

(16,12; 24 y 36, 32; 44) Los criterios utilizados son:

Grado 0 Encía normal o no gingivitis, ninguna inflamación, sin cambio de color ni hemorragia.

Grado 1 Inflamación leve, ligero cambio de color, pequeña alteración de la superficie, ninguna hemorragia.

Grado 2 Inflamación moderada, enrojecimiento, hinchazón, hemorragia al sondaje y a la presión. Grado 3 Fuerte o severa inflamación, enrojecimiento e hinchazón acusados, tendencia a las hemorragias espontáneas, eventual ulceración.

2.1.8.-PLAN DE TABULACIÓN.

De las información recopilada de la fichas epidemiológicas se realiza la base de datos se ingresa y se procesa a través del programa informático Excel. Se procede a la realización de las respectivas tablas de tabulación tomando en cuenta la edad de las pacientes y el sexo.

OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	PLAN DE TABULACION
Determinar la prevalencia de gingivitis. Analizar diferencias en prevalencia de gingivitis según el sexo.	La prevalencia de gingivitis es elevada.	Índice gingival de Loe y Silness. Considera la inflamación de las encías en tres Grados. Sexo masculino femenino.	Prevalencia de gingivitis a nivel de los colegios fiscales. Prevalencia de gingivitis según el Sexo.

2.1.9.- Plan de Análisis.

En este estudio de tipo descriptivo-transversal se analizan las variables: gingivitis porporcentajes, y la severidad se analizará por los promedios según grupo de género.

El análisis es cuantitativo, descriptivo pues mostraremos los porcentajes de gingivitis en relación al género.

CAPITULO III
RESULTADOS

3.-RESULTADOS

Para el análisis y tabulación de datos sobre la información recopilada de las fichas odontológicas del Colegio Nacional Conocoto, se realizó una base de datos, los cuales se ingresaron y se procesaron a través del programa informático Excel; constituyendo las respectivas tablas de tabulación y gráficos, en los cuales se tomo en cuenta los parámetros de género y del índice periodontal de Loe y Silness (no gingivitis o sana, gingivitis leve y gingivitis severa). Y un análisis de lo que se presentaba en cada paralelo (A, B, C, D, E,) del 8vo de básica en relación a los resultados obtenidos en 9no de básica de los mismos paralelos en el siguiente año lectivo.

Estos análisis indican que existe una mayor prevalencia de gingivitis en los hombres que en las mujeres.

La aplicación de profilaxis y educación bucal, generó una disminución de los estudiantes afectados.

Aplicando la fórmula de tasa de prevalencia de gingivitis se obtuvo una prevalencia inicial del 85% en el 8vo de básica, año lectivo 2008-2009 con relación al 9no de básica del año lectivo 2009-2010 en donde se encontró un 69%, lo que indica una disminución del 16%.

RESULTADOS OBTENIDOS

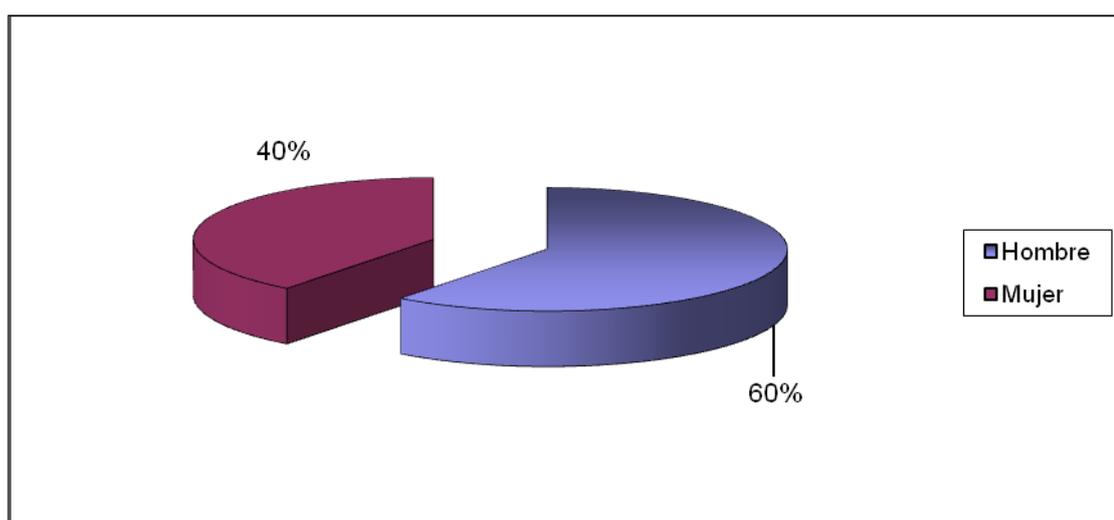
3.1.-CURSO: "A", 8vo AÑO DE EDUCACION BASICA

AÑO LECTIVO: 2008 -2009

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS

8vo.		GINGIVITIS		
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa
Hombre	29	3	15	11
Mujer	19	1	15	3
TOTAL	48	4	30	14

GRAFICO No.3
DISTRIBUCION POR GÉNERO

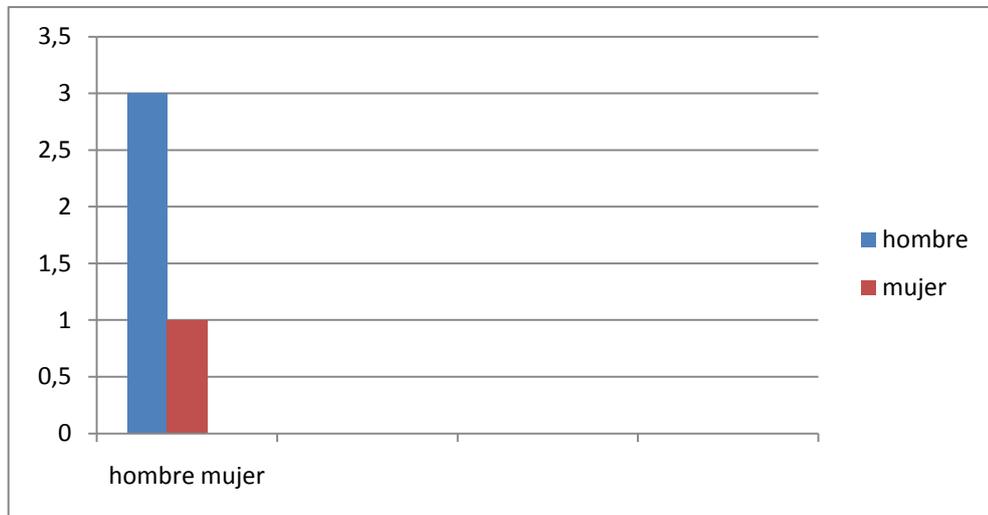


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

El 60% de los estudiantes de 8vo. Año de educación básica, paralelo "A", son varones, mientras que el 40% pertenece al sexo femenino.

GRAFICO No.4
NO GINGIVITIS

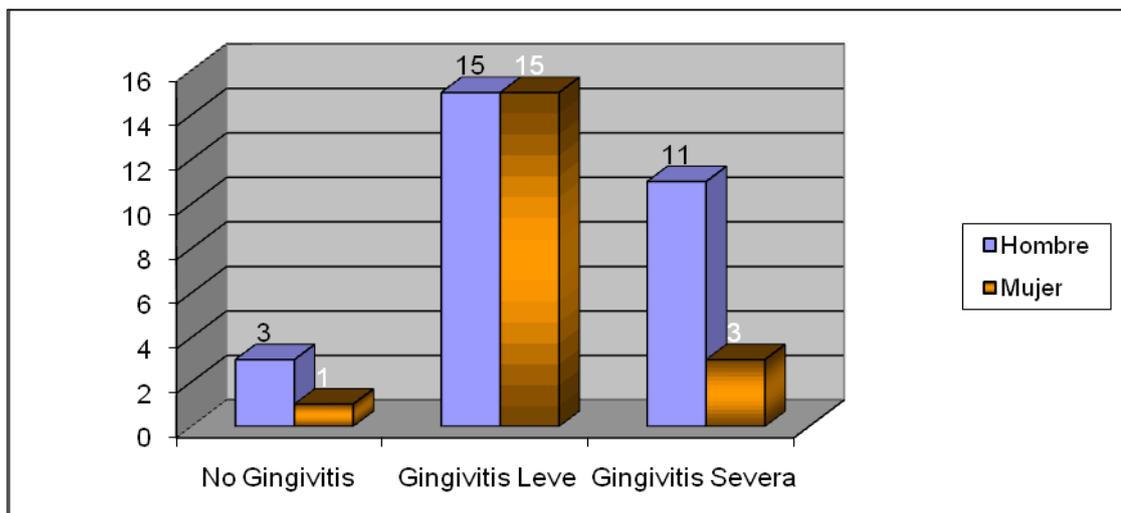


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el gráfico anterior, se observa que en cuanto a la relación de no Gingivitis, existen 3 varones frente a las mujeres que son en número de 1. Lo que determina que existe más cuidado en los varones que en las mujeres.

GRAFICO No.5
GINGIVITIS



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

Pero si se compara en términos “Gingivitis Leve”, se observa que los varones tienen igual número que las mujeres, es decir son de quince, de esta condición.

En términos de “Gingivitis Severa” los varones presentan mayor afección, llegando a incluir a 11 de ellos, las mujeres presentan menor número, obteniendo un valor numérico de apenas 3 estudiantes.

**3.2.-CURSO: “A”, 9vo AÑO DE EDUCACION BASICA
AÑO LECTIVO: 2009 - 2010**

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS EN 9NO AÑO.

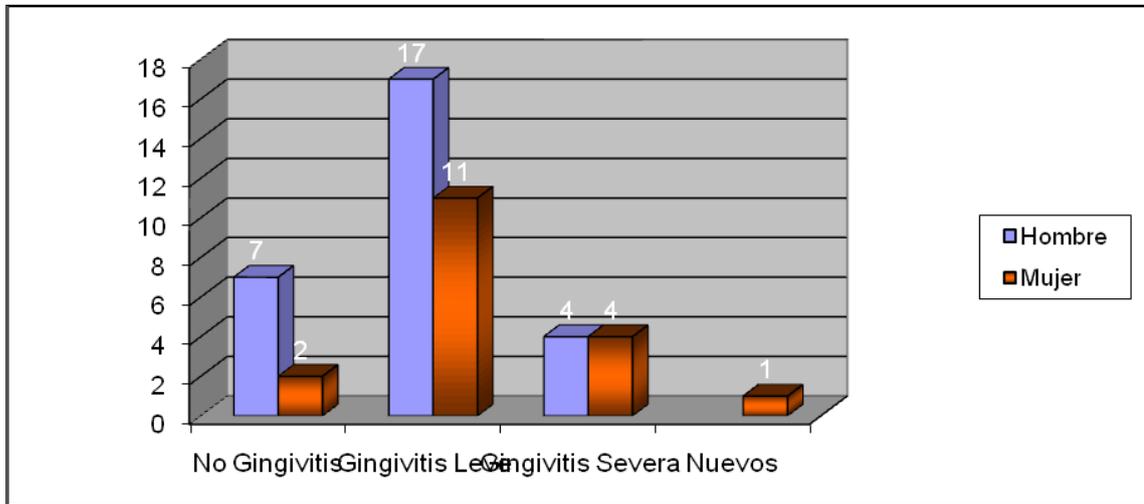
9no.	Retirados	GINGIVITIS			Nuevos
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa	
Hombre	28	2	7	17	4
Mujer	18		2	11	4
TOTAL	46	2	9	28	8

Cabe indicar que ha existido variación entre los estudiantes del 8vo año de educación básica paralelo “A” del año lectivo 2008 – 2009 con respecto al 9no año lectivo 2009 – 2010 del mismo paralelo.

Por ejemplo existieron 2 alumnos retirados, aumento la “No Gingivitis” de 4 estudiantes a 9 estudiantes en el año 2010. Una alumna sana en octavo y que presenta la enfermedad en 9no por lo que es considerada como caso nuevo.

En términos de “Gingivitis Leve” de 30 estudiantes disminuyo a 28 y especialmente en términos de “Gingivitis Severa” se observa una disminución de 14 estudiantes a 8 estudiantes. Especialmente por las recomendaciones impartidas en el departamento odontológico del Colegio Nacional” Conocoto”, tal como lo muestra el siguiente grafico, así:

GRAFICO No.6
GINGIVITIS



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

RESULTADOS OBTENIDOS

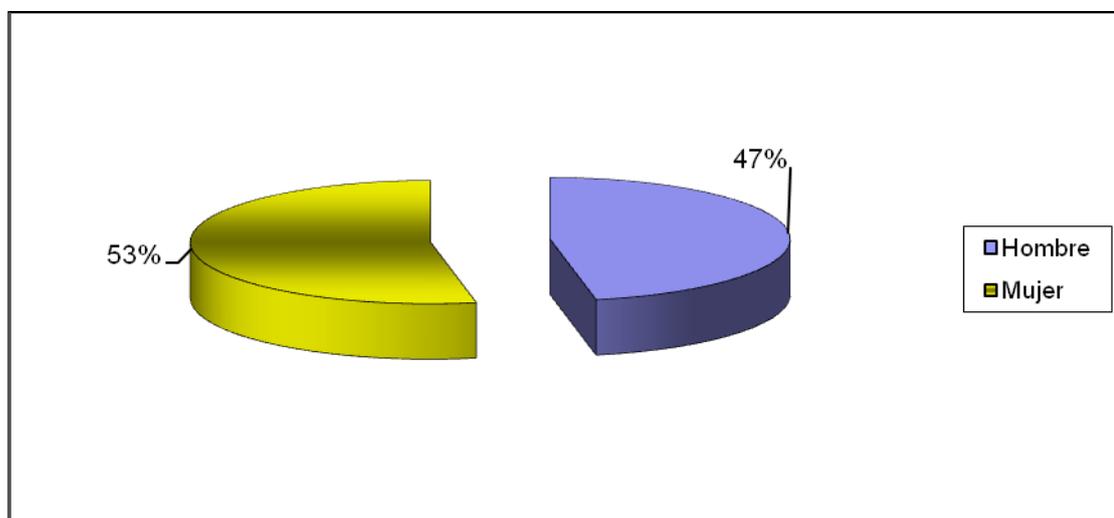
3.3.-CURSO: "B", 8vo AÑO DE EDUCACION BASICA

Año LECTIVO: 2008 -2009

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS

8vo.		GINGIVITIS		
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa
Hombre	23	3	8	12
Mujer	26	3	13	10
TOTAL	49	6	21	22

GRAFICO No.7
DISTRIBUCION POR GÉNERO

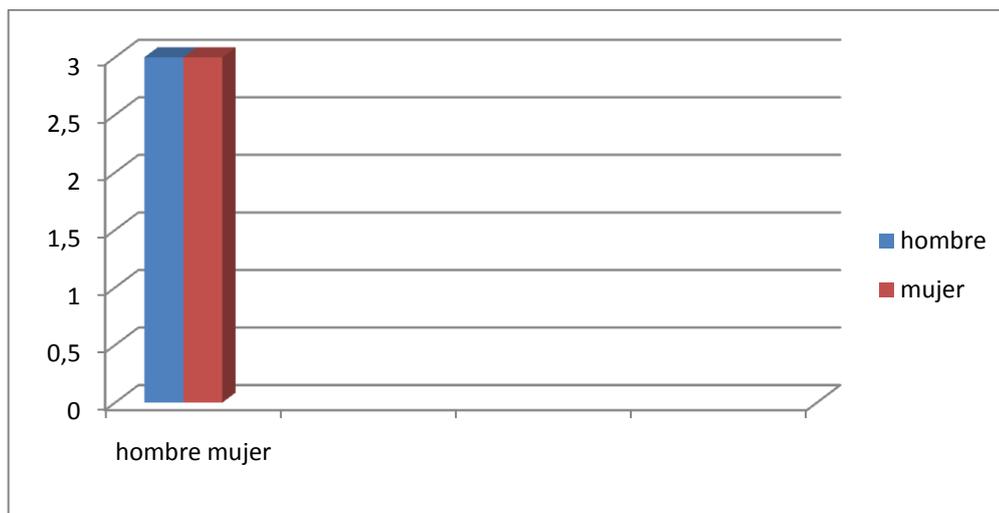


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

El 47% de los estudiantes de 8vo. Año de educación básica, paralelo "B", son varones, mientras que el 53% pertenece al sexo femenino.

GRAFICO No.8



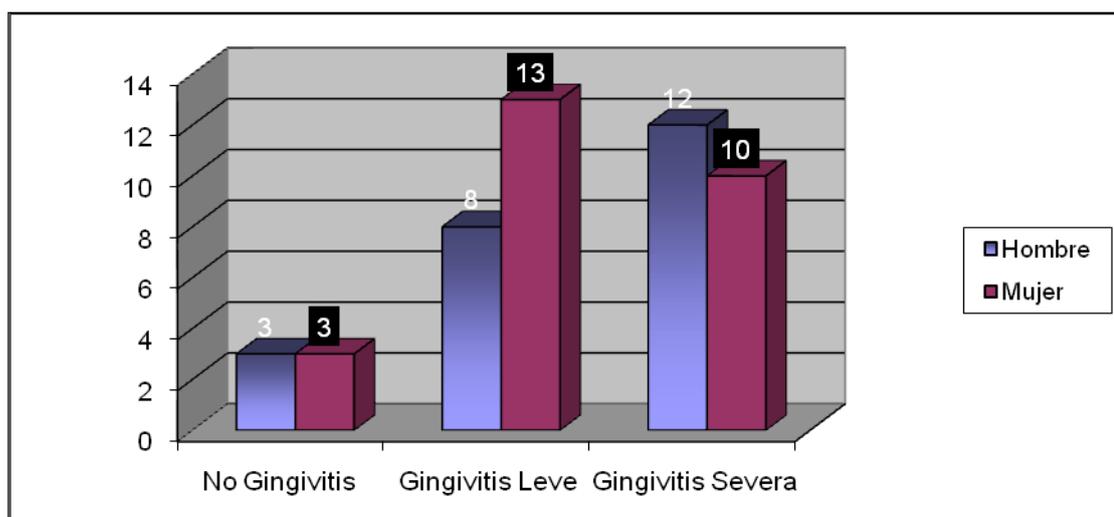
Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el gráfico anterior, se observa que en lo que respecta a la Gingivitis de los estudiantes se observa que existen 3 varones que tienen “No Gingivitis” o sanos, en relación a las mujeres que son en número también de 3. En igualdad de número.

GRAFICO No.9

GINGIVITIS



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

Pero si se compara la gingivitis en términos de “Gingivitis Leve”, se observa que son los varones en número de 8 estudiantes; Mientras que las mujeres tienen un valor numérico de 13. Teniendo más porcentaje el género femenino.

En términos de “Gingivitis Severa” los varones presentan mayor afección, llegando a incluir a 12 de ellos, las mujeres presentan menos incidencia, obteniendo un valor numérico de 10 estudiantes.

**3.4.-CURSO: “B”, 9vo AÑO DE EDUCACION BASICA
AÑO LECTIVO: 2009 - 2010**

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS EN 9NO AÑO

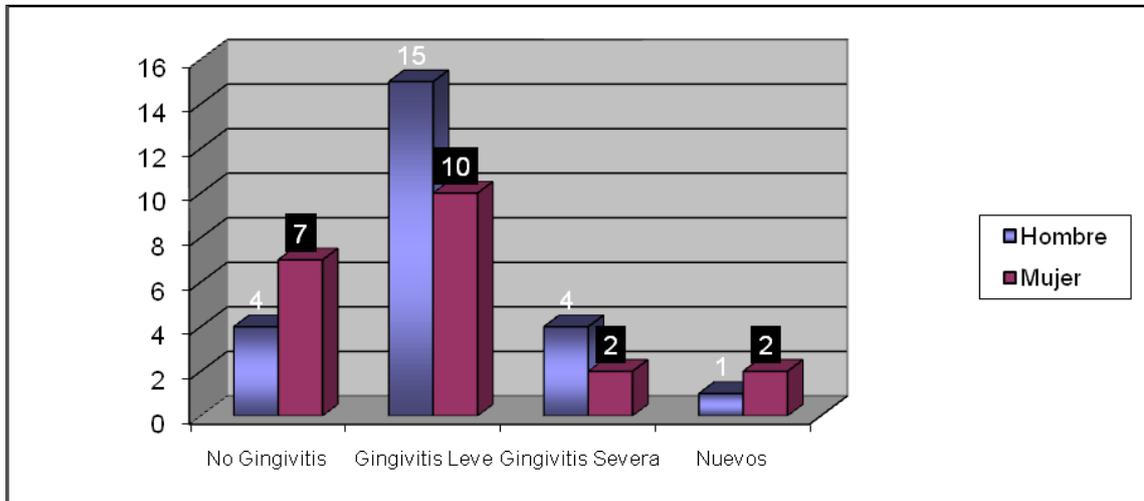
9no.	retirados	GINGIVITIS			Nuevos
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa	
Hombre	24 4	4	15	4	1
Mujer	21	7	10	2	2
TOTAL	45 4	11	25	6	3

Cabe indicar que ha existido variación entre los estudiantes del 8vo año de educación básica paralelo “B” del año lectivo 2008 – 2009 con respecto al 9no básica año lectivo 2009 – 2010 del mismo paralelo.

Por ejemplo existieron 4 alumnos retirados, aumento la “No Gingivitis” de 6 estudiantes a 11 estudiantes en el año 2010. Nuevos casos de enfermedad en numero 3.

En términos de “Gingivitis Leve” de 21 alumnos en 8vo no disminuyo y tenemos 25 alumnos en 9no. Especialmente en términos de “Gingivitis Severa” se observa una disminución de 22 estudiantes a 6 estudiantes, especialmente por las recomendaciones impartidas en el departamento odontológico del Colegio Nacional “Conocoto”, tal como lo muestra el siguiente grafico, así

GRAFICO No.10
GINGIVITIS



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

RESULTADOS OBTENIDOS

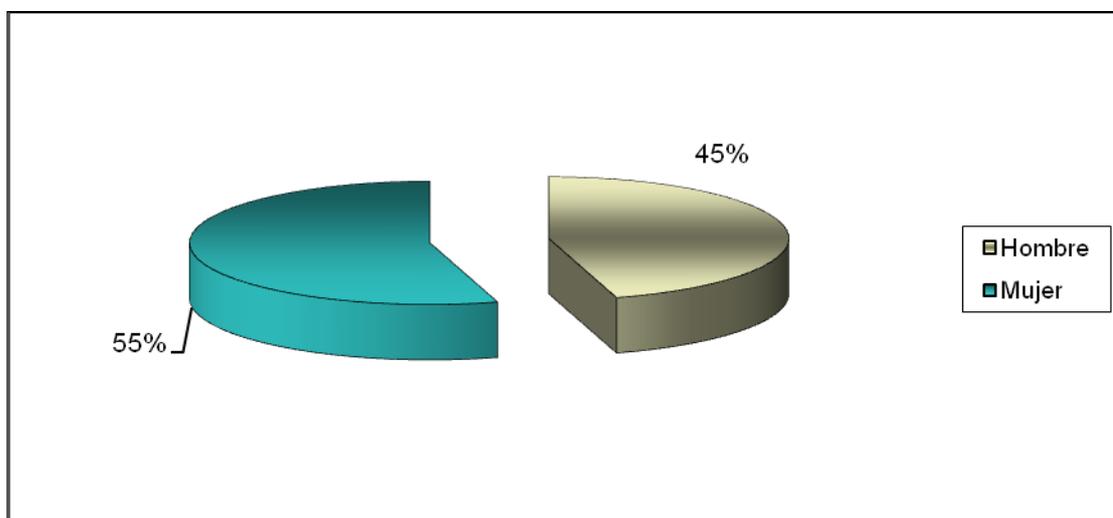
3.5.-CURSO: "C", 8vo AÑO DE EDUCACION BASICA

AÑO LECTIVO: 2008 -2009

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS

8vo.		GINGIVITIS		
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa
Hombre	20	2	4	14
Mujer	24	2	8	14
TOTAL	44	4	12	28

GRAFICO No.11
DISTRIBUCION POR GÉNERO

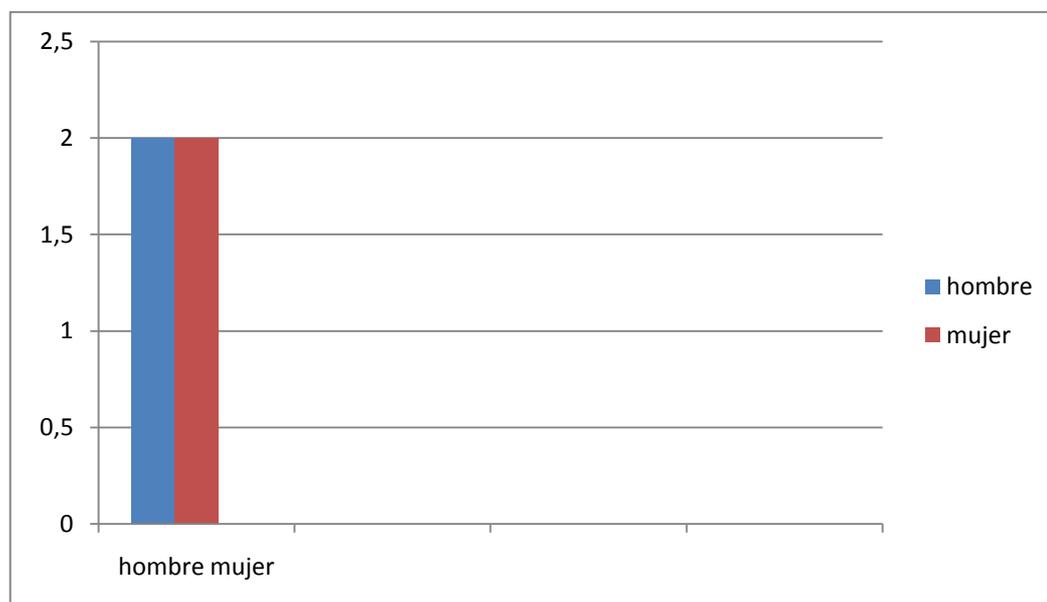


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

El 45% de los estudiantes de 8vo. Año de educación básica, paralelo "C", son varones, mientras que el 55% pertenece al sexo femenino.

GRAFICO No.12



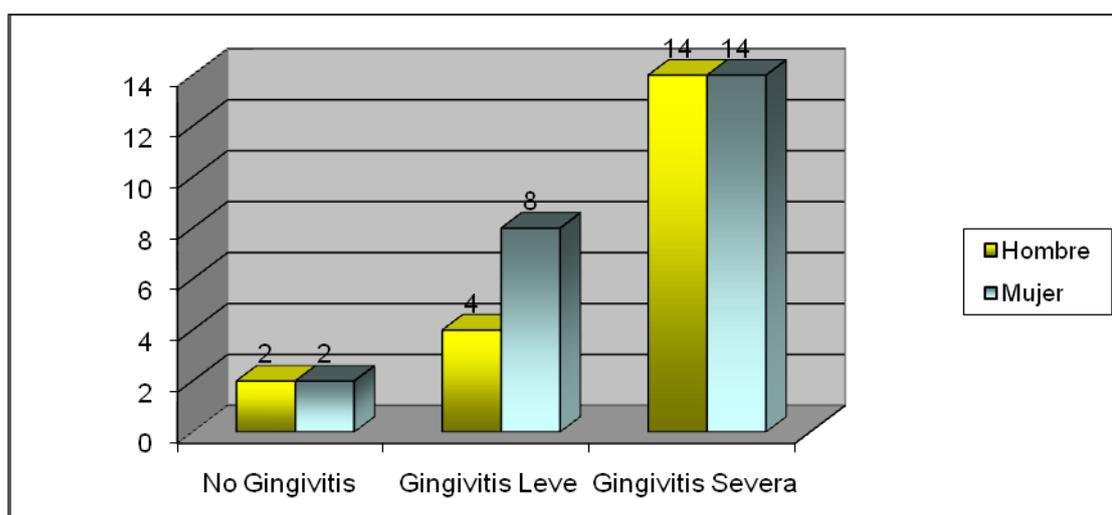
Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el gráfico anterior, se observa que en lo que respecta a la gingivitis de los estudiantes se observa que existen 2 varones que tienen “No Gingivitis”, en relación a las mujeres que son también en número de 2. Existe igualdad de género. Esto es en el 8vo básica año lectivo 2008-2009.

GRAFICO No.13

GINGIVITIS



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

Pero si se compara en términos “Gingivitis Leve”, se observa que son los varones en numero de 4 estudiantes; Mientras que las mujeres tienen un valor numérico de 8. Habiendo por lo tanto más mujeres en esta condición.

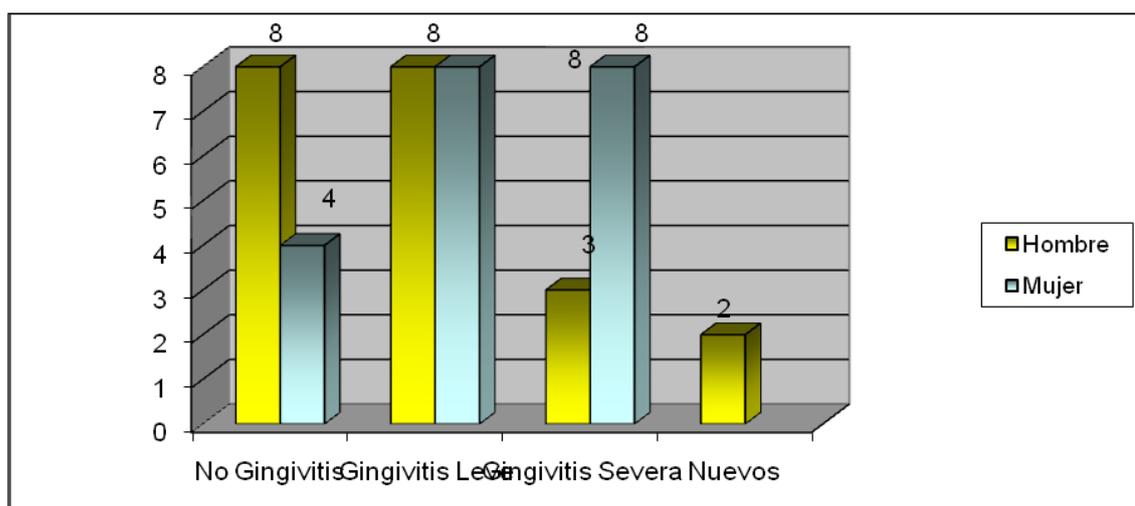
En términos de “Gingivitis Severa” tanto varones como mujeres presentan igual afección, llegando a incluir a 14 de ellos, obteniendo un valor numérico las mujeres de 14 estudiantes también.

**3.6.-CURSO: “C”, 9no AÑO DE EDUCACION BASICA
AÑO LECTIVO: 2009 - 2010**

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS

9no.	retirados	GINGIVITIS			Nuevos
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa	
Hombre	21 7	8	8	3	2
Mujer	20	4	8	8	
TOTAL	41 7	12	16	11	2

**GRAFICO No.14
GINGIVITIS**



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

Cabe indicar que ha existido variación entre los estudiantes del 8vo año de educación básica paralelo “C” del año lectivo 2008 – 2009 con respecto al 9no básica año lectivo 2009 – 2010 del mismo paralelo.

Por ejemplo existieron 7 alumnos retirados, aumento la “No Gingivitis” o sanos de 4 estudiantes en el 8vo a 12 estudiantes en el 9 no año 2009-2010. Casos nuevos de enfermedad en número de 2, en este año lectivo.

En términos de "Gingivitis Leve" de 12 estudiantes en el 8vo tenemos 16 en el 9no no se disminuyo en este caso. En términos de "Gingivitis Severa" se observa una disminución de 28 estudiantes en el 8vo a 11 estudiante en el 9no, en este caso si es mucho más notoria la diferencia, especialmente por las recomendaciones impartidas en el departamento odontológico del Colegio Nacional "Conocoto", tal como lo muestra el gráfico anterior.

RESULTADOS OBTENIDOS

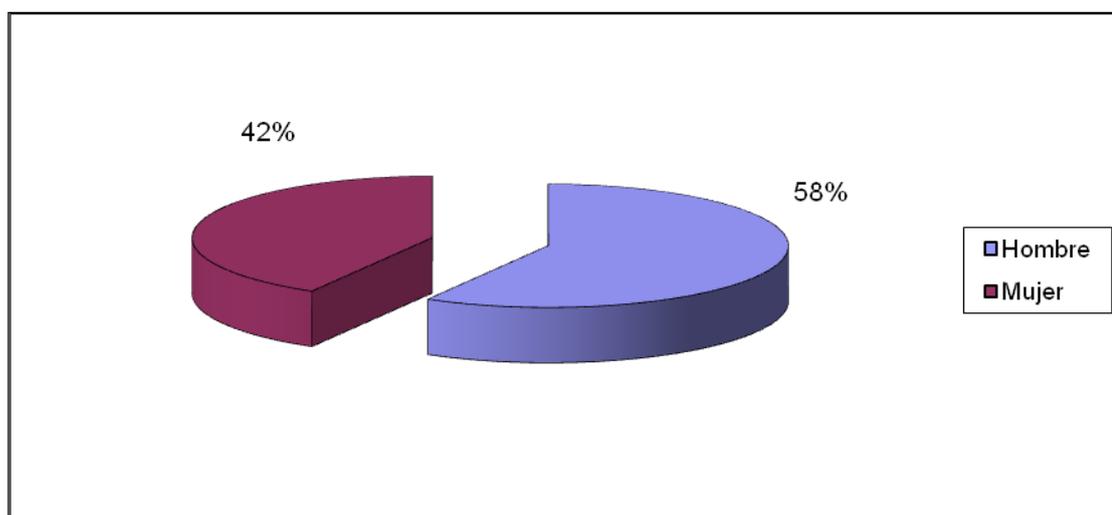
3.7.-CURSO: "D", 8vo AÑO DE EDUCACION BASICA

AÑO LECTIVO: 2008 -2009

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS

8vo.		GINGIVITIS		
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa
Hombre	28	4	8	16
Mujer	20	2	8	10
TOTAL	48	6	16	26

GRAFICO No.15
DISTRIBUCION POR GÉNERO

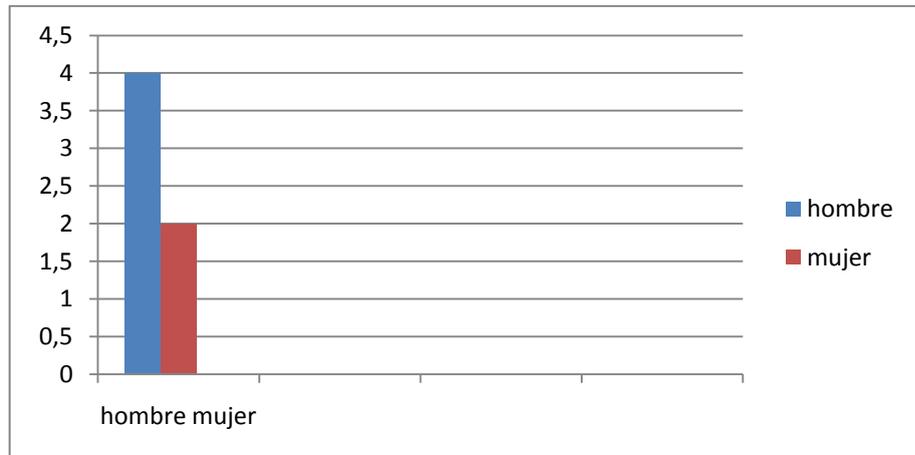


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

El 58% de los estudiantes de 8vo. Año de educación básica, paralelo "D", son varones, mientras que el 42% pertenece al sexo femenino.

GRAFICO No. 16



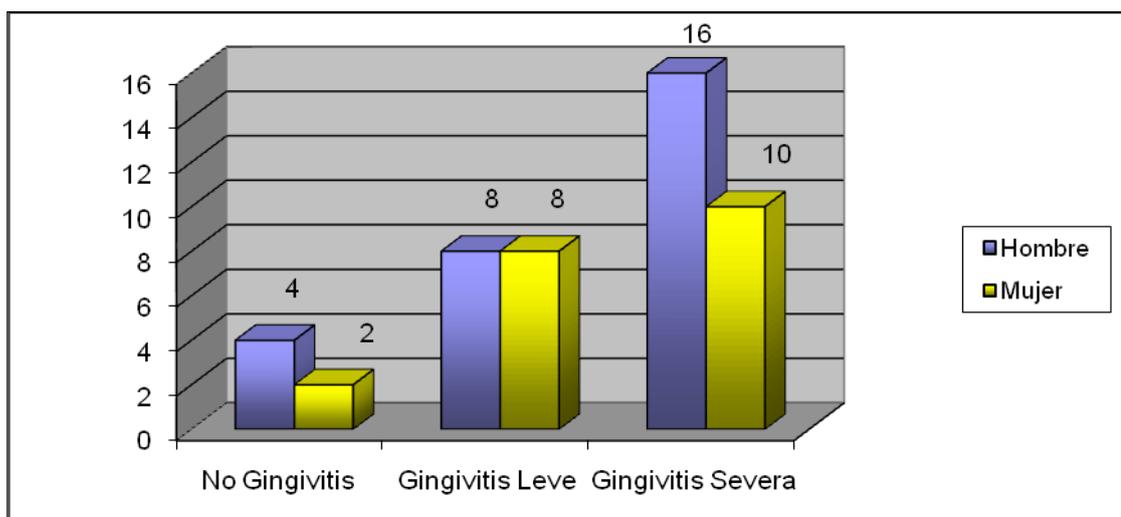
Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el gráfico anterior, se observa que en lo que respecta a la gingivitis de los estudiantes se observa que existen 4 varones que tienen “No Gingivitis” o sanos en relación a las mujeres que son en número de 2. Existiendo por lo tanto un poco más de cuidado en hombres que en mujeres.

GRAFICO No.17

GINGIVITIS



Fuente: Investigación propia Elaboración: autora Nubia Acuña.

Pero si se compara en términos de “Gingivitis Leve”, se observa que son los varones en número de 8 estudiantes; Mientras que las mujeres tienen el mismo valor numérico de 8. Se encuentran en igualdad en su valor.

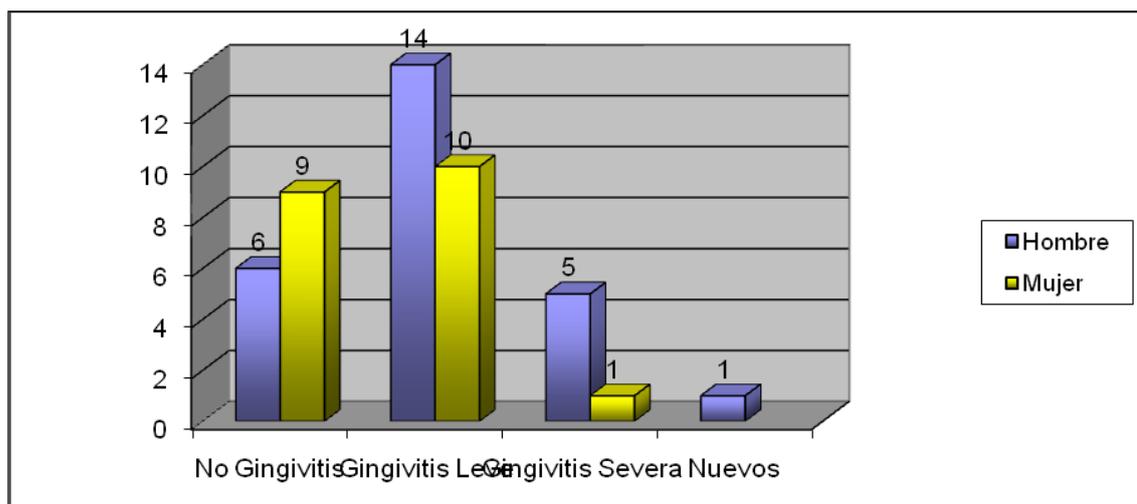
En términos de “Gingivitis Severa” los varones presentan mayor afección, llegando a incluir a 16 de ellos, las mujeres presentan menos incidencia, obteniendo un valor numérico de 10 estudiantes.

**3.8.-CURSO: “D”, 9no AÑO DE EDUCACION BASICA
AÑO LECTIVO: 2009 - 2010**

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS EN 9NO AÑO

9no.	retirados	GINGIVITIS			Nuevos	
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa		
Hombre	26	0	6	14	5	1
Mujer	20	2	9	10	1	
TOTAL	46	2	15	24	6	1

**GRAFICO No.18
GINGIVITIS**



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

Cabe indicar que ha existido variación entre los estudiantes del 8vo año de educación básica paralelo “D” del año lectivo 2008 – 2009 con respecto al año lectivo 2009 – 2010 del mismo paralelo.

Por ejemplo existieron 2 alumnos retirados, aumento la “No Gingivitis” de 6 estudiantes en el 8vo a 15 estudiantes en el 9no en el año 2009-2010. Casos nuevos solo en número de uno.

En términos de "Gingivitis Leve" de 16 estudiantes en el 8vo no disminuyo más bien aumento a 24 casos en el 9no y en la "Gingivitis Severa" se observa una disminución de 26 estudiantes en el 8vo a 6 estudiantes en el 9no especialmente por las recomendaciones impartidas en el departamento odontológico del Colegio Nacional "Conocoto", tal como lo muestra el gráfico anterior.

RESULTADOS OBTENIDOS

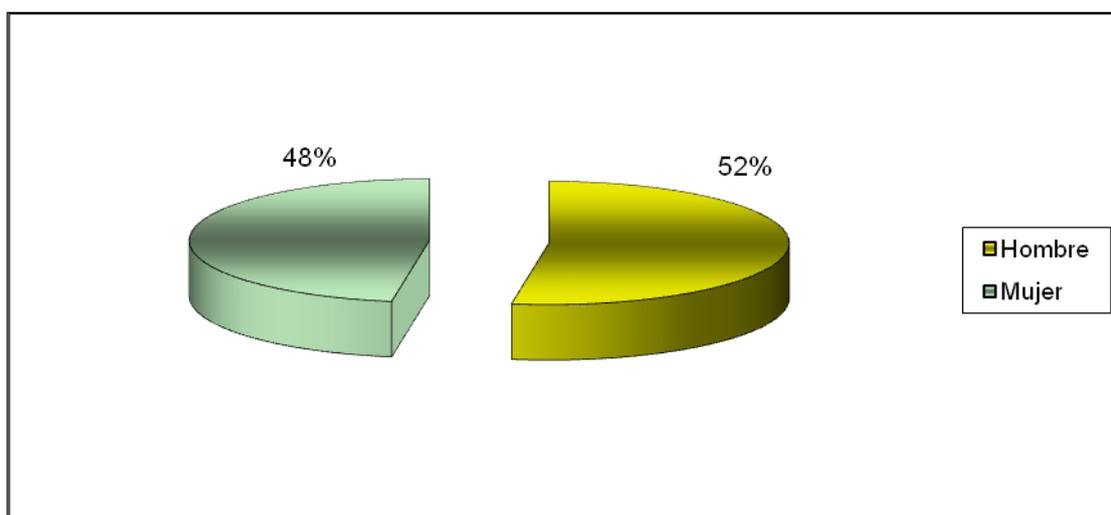
3.9.-CURSO: "E", 8vo AÑO DE EDUCACION BASICA

AÑO LECTIVO: 2008 -2009

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS

8vo.		GINGIVITIS		
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa
Hombre	21	2	4	15
Mujer	19	0	4	15
TOTAL	40	2	8	30

GRAFICO No.19
DISTRIBUCION POR GÉNERO

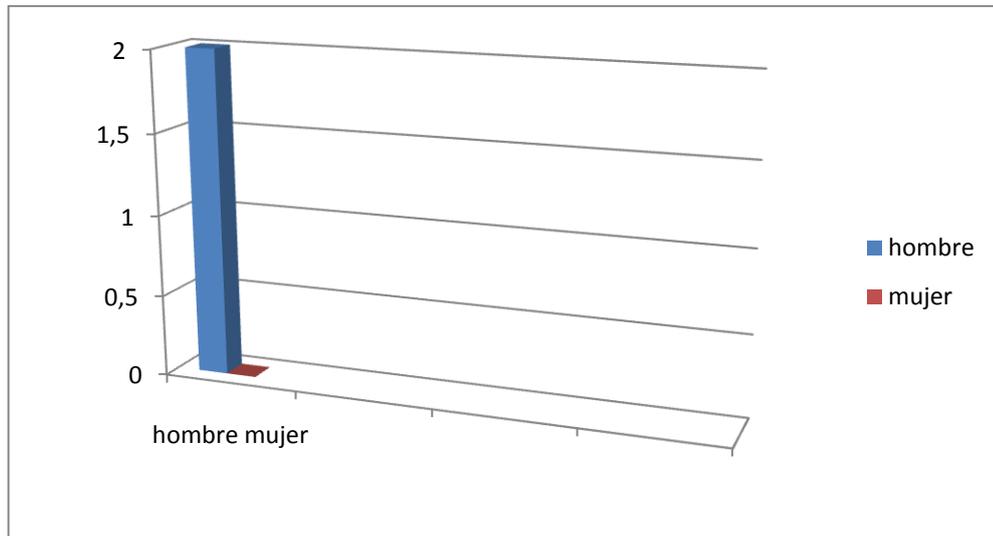


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña

El 52% de los estudiantes de 8vo. Año de educación básica, paralelo "E", son varones, mientras que el 48% pertenece al sexo femenino.

GRAFICO No.20

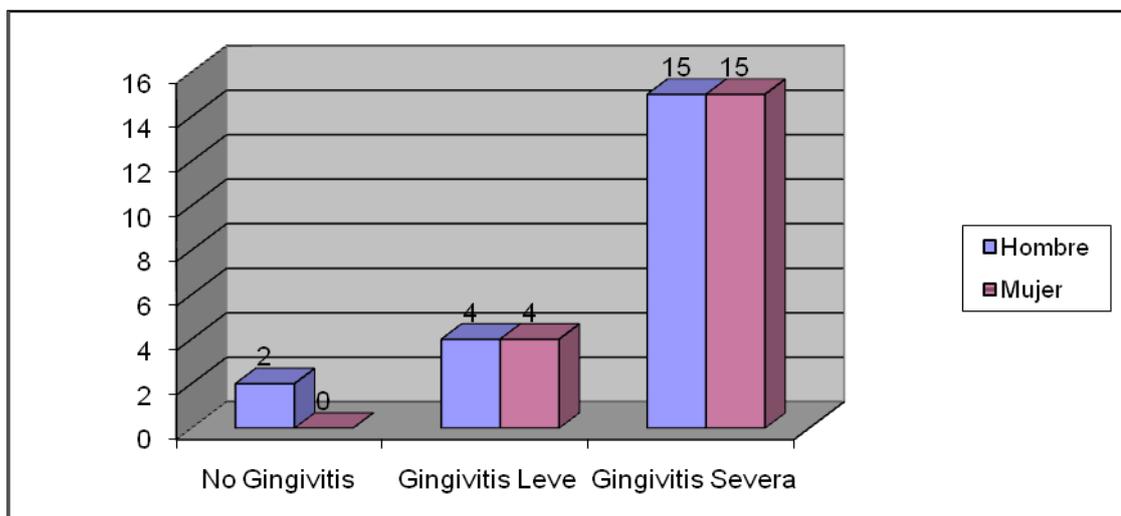


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el gráfico anterior, se observa que en lo que respecta a la gingivitis de los estudiantes se observa que existen 2 varones que tienen “No Gingivitis”, en relación a las mujeres no existe ningún caso de sanas. Habiendo más casos sanos en hombres que en mujeres.

GRAFICO No.21
GINGIVITIS



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

Pero si se compara en términos de “Gingivitis Leve”, se observa igual valor numérico en varones y en mujeres esto es en número de 4 respectivamente. Habiendo igualdad numérica en ambos géneros.

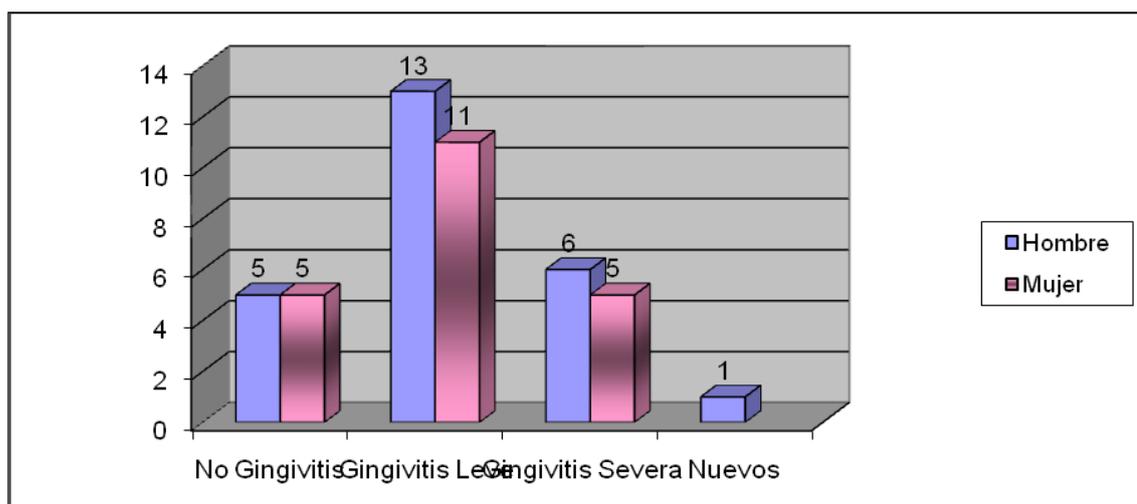
En términos de “Gingivitis Severa” los varones llegan a incluir a 15 de ellos, mientras que en el caso de las mujeres también tenemos el mismo número que es de 15.

**3.10.-CURSO: “E”, 9no AÑO DE EDUCACION BASICA
AÑO LECTIVO: 2009 - 2010**

TABLA DE TABULACION. PREVALENCIA DE GINGIVITIS EN 9NO AÑO.

9no.	retirados	GINGIVITIS			Nuevos
		No Gingivitis	Gingivitis Leve	Gingivitis Severa	
Hombre	25 1	5	13	6	1
Mujer	21 1	5	11	5	
TOTAL	46 2	10	24	11	1

**GRAFICO No.22
GINGIVITIS**



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

Cabe indicar que ha existido variación entre los estudiantes del 8vo año de educación básica paralelo “E” del año lectivo 2008 – 2009 con respecto al año lectivo 2009 – 2010 del mismo paralelo.

Por ejemplo existieron 2 alumnos retirados, aumento la “No Gingivitis” de 2 estudiantes en el 8vo a 10 estudiantes en el 9no en el año 2009-2010. Existe un solo caso nuevo de enfermedad.

En términos de "Gingivitis Leve" de 8 estudiantes no disminuyo más bien aumento a 24. En el caso de la "Gingivitis Severa" se observa una disminución de 30 estudiantes que teníamos en el 8vo a 11 estudiantes, en el 9no especialmente por las recomendaciones impartidas en el departamento odontológico del Colegio Nacional "Conocoto", tal como lo muestra el siguiente grafico anterior.

Una vez analizado los resultados, se debe tomar en cuenta la prevención dentro de lo que se encuentra la profilaxis y la educación oral, como parte fundamental para tratar de solucionar estos problemas de patología bucal, los mismos que se analizan en el Anexo No. 2 "Propuesta".

3.11.-DISCUSION: ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Dado el alto índice de gingivitis que he observado a lo largo de mi carrera profesional, dentro y fuera del establecimiento (Colegio Nacional Conocoto), siempre he considerado este problema como una inquietud irresuelta. Es por esto que decidí plantearme como objetivo principal, la cuestión de si es posible determinar la prevalencia de gingivitis en el medio escolar proponer con un programa adecuado, en el que confluyan tanto la educación como la profilaxis oral. Por esta razón, tomando como punto de partida a la población estudiantil del 8vo de básica, compuesto por alumnos que recién ingresan a la institución, muchos de los cuales nunca han ido ni conocen al odontólogo y que por lo mismo constituyen un grupo de riesgo, se decidió aplicar el plan anual de atención odontológica, con el objeto de cosechar resultados satisfactorios en los mismos estudiantes, cuando lleguen al 9no año de educación básica. Afortunadamente para esto se contó con la valiosa ayuda y colaboración de las autoridades del colegio, en cuanto a materiales e insumos indispensables, en contraposición con la actitud renuente de los alumnos que mantienen el temor tradicional al odontólogo, a pesar de que los tratamientos como profilaxis, fluorización y colocación de sellantes, son incruentos y casi no producen molestias y dolor, lo cual se da a conocer oportunamente a los alumnos antes de iniciar el tratamiento.

Los resultados obtenidos durante el trabajo realizado en el 8vo de básica, primero y en el 9no de básica después, confirman mi propuesta de que combinar profilaxis y educación, constituyen un mecanismo efectivo para erradicar la patología de la gingivitis en la población estudiantil, así:

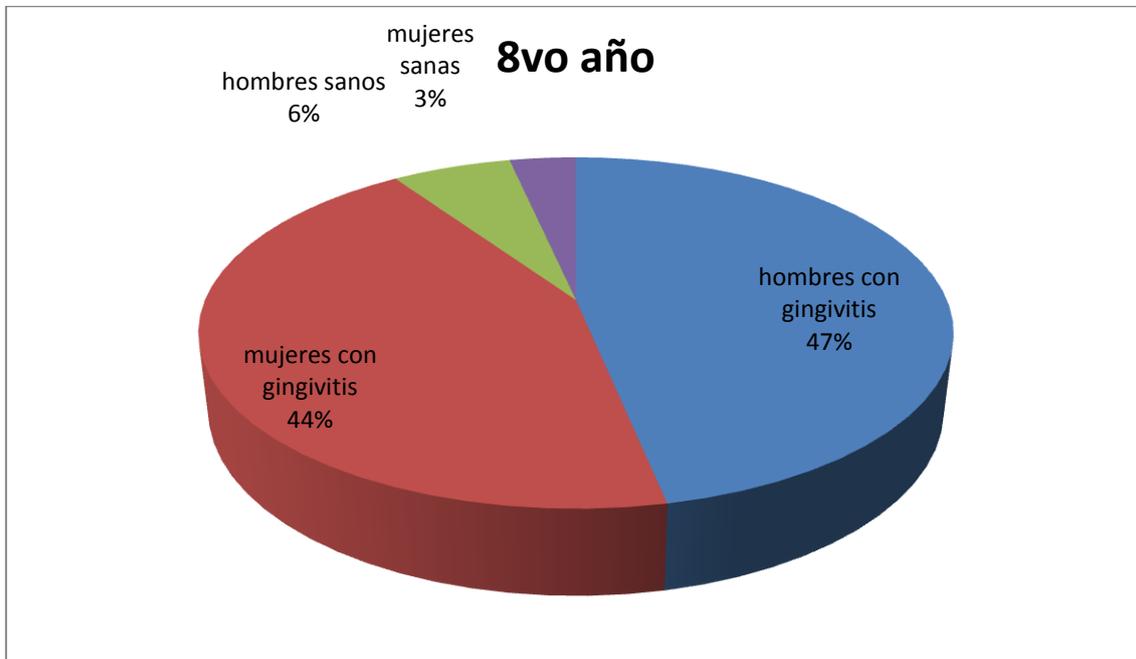
Mientras en el 8vo de básica se encontró un condensado de: 87 alumnos con gingivitis leve, en el 9no se encontraron 117.

En cuanto a gingivitis severa, en el 8vo existieron 120 alumnos y en el noveno 42.

Los pacientes sanos en el 8vo de básica son 22, mientras que en el 9no son 57.

Analizando estos resultados en lo que respecta a los índices de gingivitis leve, lo que ocurre es que los pacientes afectados de gingivitis severa en el 8vo año, pasaron a experimentar gingivitis leve en el 9no año, como parte de un proceso de franca recuperación.

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL 8VO DE BASICA CON ENTRECruzAMIENTO DE VARIABLES: SEXO Y GINGIVITIS



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

De acuerdo a este gráfico se puede determinar que en relación al género, en el grupo infectado existen mayor cantidad de hombres con gingivitis, así como en el grupo sano el mayor porcentaje corresponde al género masculino. En el 8vo de básica.

Resultados obtenidos en el 9no año de básica

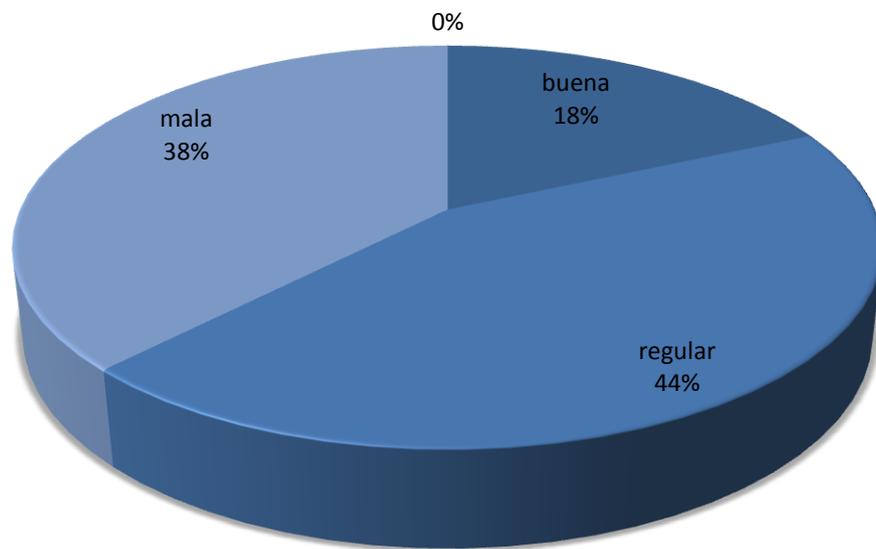


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el 9no de básica se observa en el grupo infectado un mayor porcentaje de hombres, así como en el grupo sano. Observándose un ligero incremento de casos nuevos entre los dos géneros.

ACTITUDES FRENTE A LA SALUD ORAL 8vo

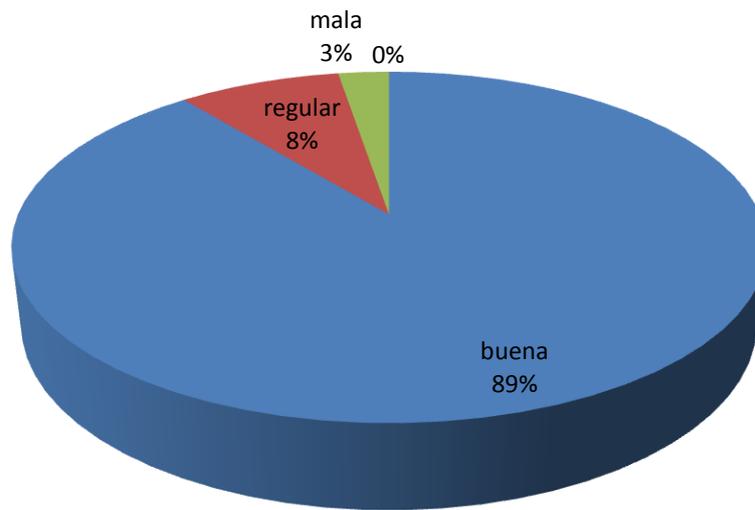


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el 8vo año de básica en relación a la actitud frente a la salud oral se observa que la mayoría del grupo de estudio presenta una actitud mala y regular.

ACTITUD FRENTE A LA SALUD ORAL 9no

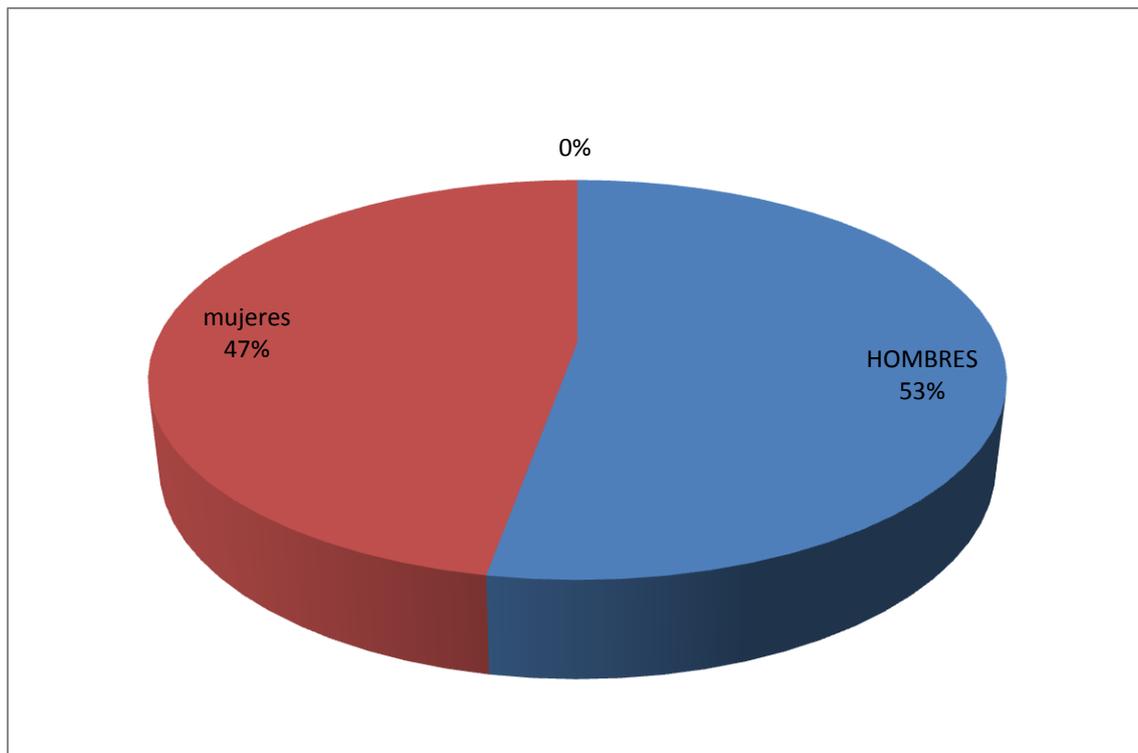


Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

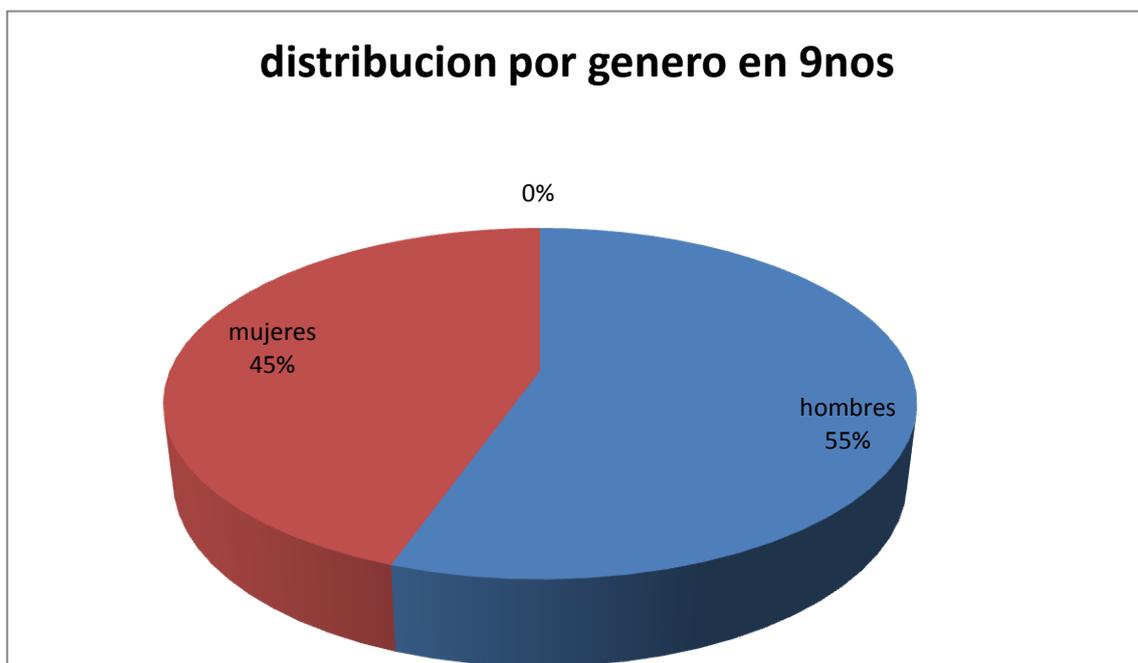
Los resultados obtenidos en el 9no, con una actitud frente a la salud oral buena de 89% en relación a la actitud del 8vo, con 18,32%, arrojan una notable mejoría, correspondiente a un 70.68%.

DISTRIBUCION POR GÉNERO EN 8VOS



En el 8vo de básica son 47% mujeres y 53% varones.

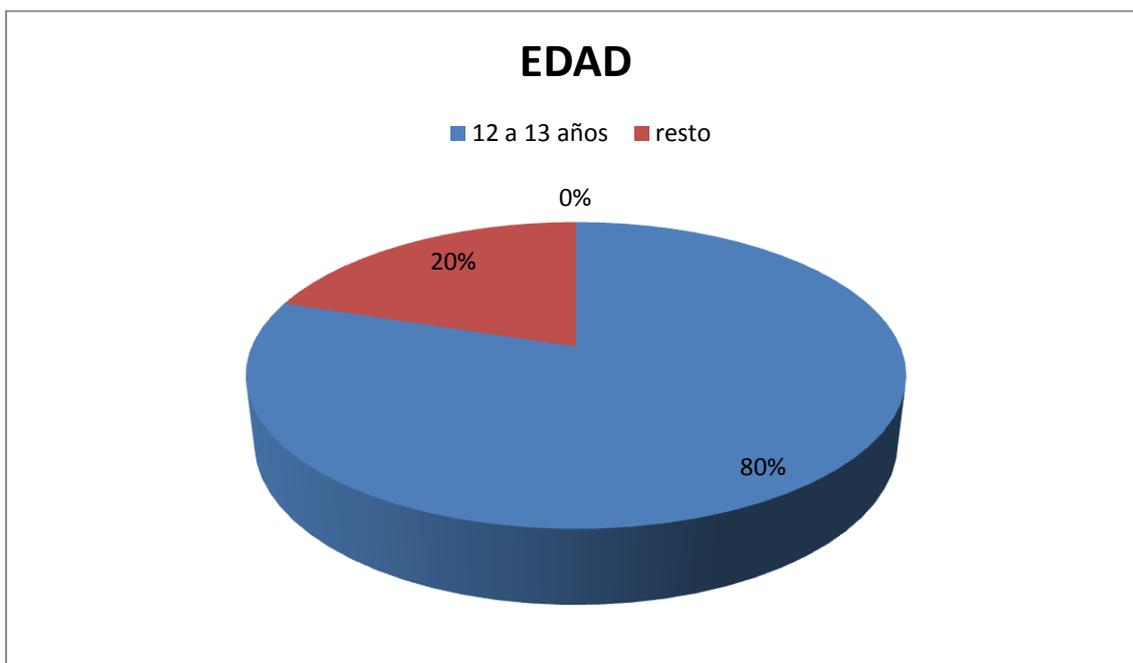
distribucion por genero en 9nos



Fuente: Investigación propia

Elaboración: Autora Nubia Acuña.

En el 9no de básica son 45% mujeres y 55% varones.

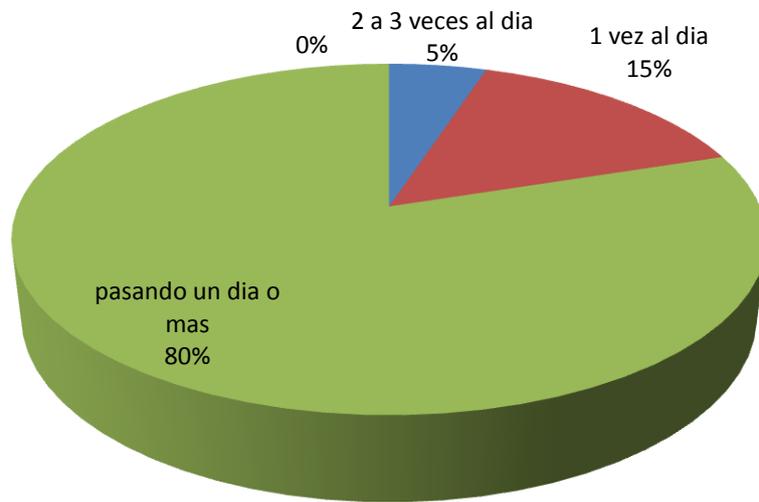


Fuente: Investigación propia

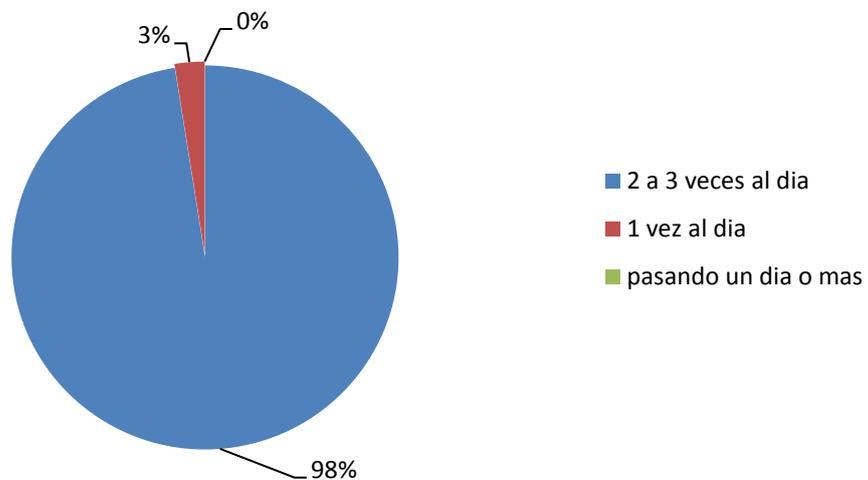
Elaboración: Autora Nubia Acuña.

El mayor grupo de estudio, correspondiente al 80% del universo en 8vo y 9no año, fluctúa entre los 12 y 13 años. El resto, correspondiente al 20 %, son personas que pasan de esta edad.

PRACTICAS DE SALUD ORAL EN 8vo b



PRACTICAS DE SALUD ORAL 9no B

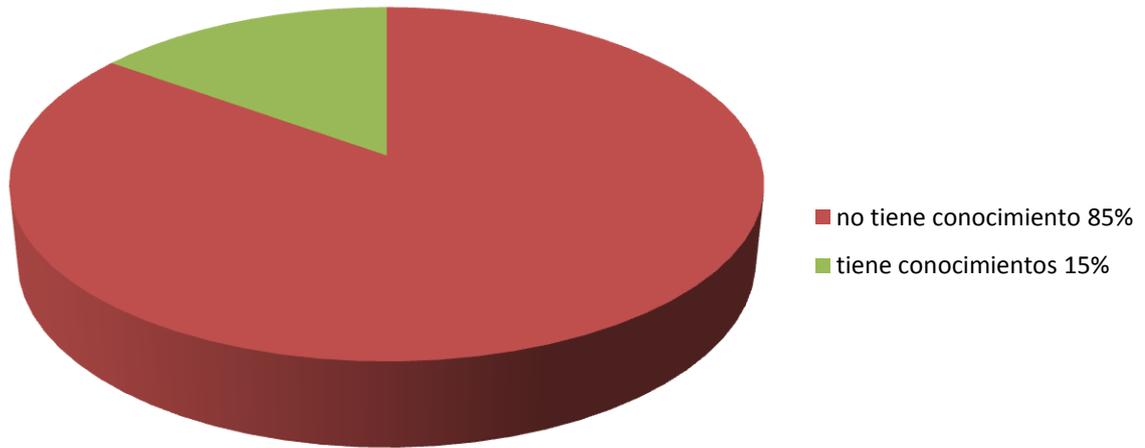


Fuente: Fichas odontológicas

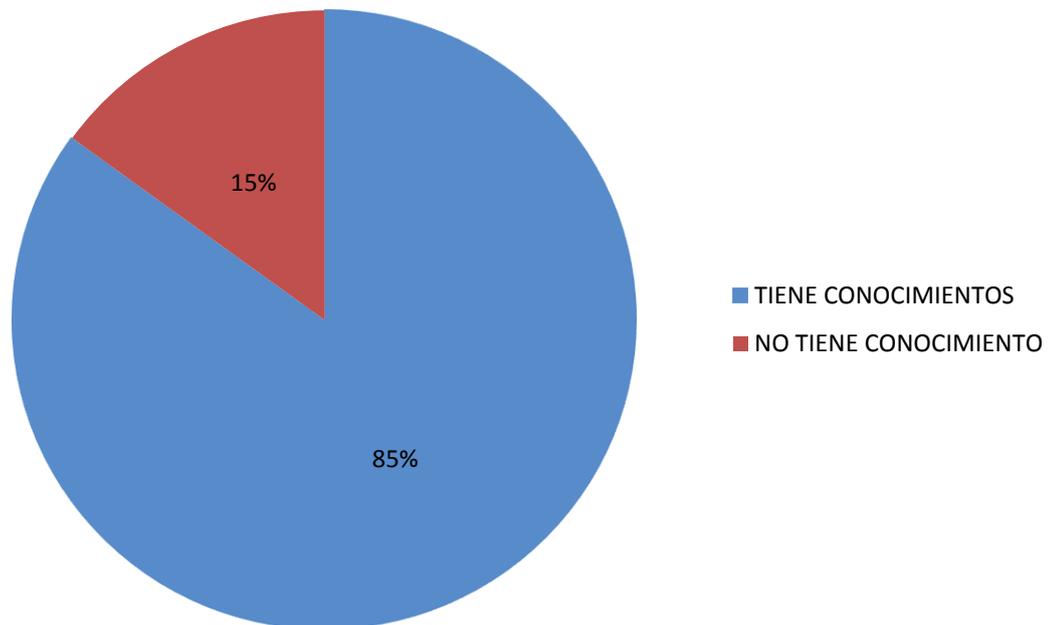
Autor: Nubia Acuña

En las prácticas de salud oral se observa un cambio en el conocimiento y actitudes de los estudiantes ya que en 8vo casi no realizaban mucho este hábito de Aseo bucal y en 9no sube el porcentaje de 2 a 3 veces por día casi en su totalidad.

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL 8vo.



CONOCIMIENTOS DE SALUD ORAL 9no. B



Fuente: Fichas odontológicas

Autor: Nubia Acuña

En relación al conocimiento frente a la salud oral se observa en el gráfico un cambio muy significativo ya que de lo que se tenía en 8vo como la mayoría no tiene conocimientos frente al 9no en el que ya con las conferencias y talleres han ampliado sus conocimientos.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1.-Conclusiones y recomendaciones

4.1.1.-CONCLUSIONES

- Una vez identificadas los conocimientos y actitudes que los estudiantes tienen frente a su salud bucal concientizar aun más sobre la higiene bucal, su frecuencia de cepillado y las visitas periódicas al odontólogo. Que son sus principales causas.
- La gingivitis es una inflamación patológica de las encías, producida por una enfermedad bacteriana que, incluso, puede provocar sangrado. Su origen está dado por los restos alimenticios que quedan entre los dientes y que no son removidos con una correcta higiene bucal.
- Cuando esta enfermedad se vuelve crónica, puede causar el sangrado espontáneo, la pérdida del hueso alveolar que sostiene a las piezas dentarias, la movilidad de los dientes y el desarrollo de bolsas periodontales. Para que no ocurra esto es necesario los chequeos periódicos y sobre todo medidas preventivas.(profilaxis).
- La formación de placa irrita las encías y éstas se inflaman, y con el tiempo se separan del diente creando una oquedad que se llena con más placa. La placa que permanece en boca ya no se puede retirar regularmente con el cepillado dental se tiene que acudir al profesional.
- La limpieza o profilaxis dental profesional hecha con cierta regularidad es importante para remover la placa que se puede formar, incluso con un cuidadoso cepillado y uso de seda dental. Muchos odontólogos aconsejan hacerse una limpieza dental profesional por lo menos cada seis meses.
- En relación a la higiene bucal al mejorarla va a repercutir directamente sobre el estado de salud de las encías, y si con educación oral aplicada correctamente se va a observar un cambio muy significativo en su salud oral.

4.1.2.-RECOMENDACIONES

- Hacer de la higiene bucal como único procedimiento de clínica de limpieza en casa para retirar los restos de comida, placa bacteriana en la cavidad bucal.
- No se puede reemplazar temporalmente al cepillo de dientes y la seda dental., completar con todos los implementos de aseo cepillo, hilo dental y enjuague bucal
- Una vez establecida la gingivitis puede mantenerse como tal durante días, meses o años. Si se trata adecuadamente, la sintomatología desaparece y se restablecen perfectamente las condiciones que existían antes de la enfermedad sin dejar secuelas.
- El odontólogo puede recomendar instrumentos o herramientas especiales de higiene oral para que las utilicen las personas particularmente propensas al desarrollo de depósitos de placa. Su uso complementa, pero no reemplaza al cepillado minucioso y uso de la seda dental. Los aparatos y herramientas pueden abarcar: cepillos de dientes especiales, irrigación con agua, sustancias reveladoras de placa bacteriana u otros dispositivos.
- El Diagnóstico Participativo de salud debe crear el diálogo con grupos en los cursos estudiantiles para identificar y analizar sus problemas y necesidades; sus prácticas y conocimientos; sus sentimientos y sus actitudes como también sus percepciones sobre los temas de desarrollo que se investigan.
- Aun cuando el miedo es el principal problema en ir al odontólogo se lo tiene que vencer ya que no se podría detectar problemas a tiempo ni se podría hacer uso de las medidas preventivas para protegerse de problemas más graves.

5.-REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

1. Almerich, J. A. (2005) .Fundamentos y conceptos de la actuación preventiva del flúor. Odontología Preventiva y Comunitaria métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson.
2. Arena, M. E. (2000).Principios y Procesos de Gestión Educativa. Lima: San Marcos.
3. Carranza, F. Newman, M. (2008). Periodontología Clínica. Madrid: Interamericana; pp. 234-249
4. Carrión, F. (2008). La Descentralización desde el Gobierno Intermedio. Quito: Flacso; pp10
5. Cuenca, Sala, E. Manau, Navarro, C. "Y" Serra, Majem, L. (2007). Odontología Preventiva y Comunitaria. Barcelona: Masson pp. 138-153.
6. Dental New. (2009). Informativo dirigido a Odontólogos. Argentina,Strafford Miller
7. Dueñas, F. (2004). La Periodoncia en la práctica general de la Odontología. Quito: Universitaria.
8. Glickinan, I. Carranza, F. A. (2008). Periodontología Clínica. México: Interamericana; pp. 47
9. Green, J.C."Y" Vermillon, J. R. (2007). The Simplified oral hygiene index. New York: Interamericana.
10. Katz, M. (2009). Odontología Preventiva en Acción. Buenos Aires: Panamericana, pp 127-128.

11. Kruger, G. G. (2001). Tratado de Cirugía Bucal. México: Interamericana pp. 270-290.
12. Lindhe, J. (2001). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Madrid: Panamericana. pp. 191-211
13. Narváez, D. (2011) .Mimeógrafo trabajo practico U.T.P.L. Postgrado de Salud y desarrollo Local. Quito.
14. Paredes, M. C."Y" Romero, A. (2001). La Educación como estrategia para el mejoramiento de la salud bucal en niños escolares. Quito.
15. Preconc, L. (2009). Curso 3 Odontología Integral II. Módulo 2 Problemas periodontales y criterios quirúrgicos. Buenos Aires: Paltex, pp. 11-17.
16. Ramfjord, S.(2006). Periodoncia y Periodontología. Buenos Aires: Panamericana
17. Raspall, G. (2006). Cirugía Oral e Implantología. Madrid: Panamericana.
18. Revista de la Asociación Dental Mexicana. (2007). Utilización de antibióticos en las infecciones odontogenicas en la mujer embarazada, México D.F. pp. 20-24
19. Shafer, W."Y" Hine, M. Levy, D. (2004). Tratado de Patología Oral, México: Interamericana.
20. Stone, Kalis, P. (2008). Periodontología. México: Panamericana, pp 99-105.
21. Romero, S.A. (2009). Investigación en Salud .Loja, UTPL pp127
22. Pineda, E.B. Alvarado, E. L. (2008). Metodología de la investigación. Washington, O.P.S. pp.80-83

Páginas web:

23.-Canales Opazo T. (2012,20 de Junio) Formato APA Quinta Edición. Recuperado de

http://werken.ubiobio.cl/html/docs/Apa_Edicion5.pdf

24.- Centro Nacional de Información sobre la Salud de la mujer (2011,10 de Febrero) Una Sonrisa Sana. Recuperado de

http://www.idph.state.il.us/about/womenshealth/prevguide2003_sp.pdf

25.-Colgate Salud Dental (2011, 5 de Marzo) Fundamentos de Higiene bucal. Recuperado de

<http://www.colgate.com/app/Colgate/USES/OralCare/OralHealthCenter/OralHygieneBasics/GoodOralHygiene.cvsp?Name=WhatisGoodOralHygiene?>

26.-Gobierno Parroquial de Conocoto (2011, 5 de Marzo) su cultura celebraciones y festividades. Recuperado de

<http://conocoto.gob.ec/index.php/cultura/celebraciones-y-festividades>

27.-Ministerio Coordinador de desarrollo Social (2011, 5 de Mayo).Indicadores Sociales.

http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/2011/05/Perfil-para-montubios_01_publico_ajuste.pdf

28--Ministerio de Salud Pública (2011,15 de Septiembre). Normativo de Atención Integral de la salud de adolescentes. Recuperado de

<http://www.msp.gob.ec/index.php/programas/41-adolescentes-/77-informacion>

29.-Portal Odontólogos (2012,13 de Mayo) limpieza bucal Recuperado de <http://www.odontologos.com.co/downloads/Presentacion.pdf>

30.-Tamayo, Tamayo, M. (2012,24 de Junio). Aprender a investigar revisión del enfoque y nivel de la investigación. Recuperado de

<file:///C:/DOCUME~1/PERSONAL/CONFIG~1/Temp/metodos-y-herramientas-para-la-i.pdf>

31.- www.prometeo.unicauca.edu.co/manzamb/metodologiadeinvestigación

Diseños experimental y no experimental recuperado de (2012, 11 de noviembre)

6.-APÉNDICES

6.1- APÉNDICE N.1

INFORME DEL TALLER

Diagnostico Situacional.- Momentos del Diagnóstico Situacional Participativo.

INTRODUCCION.

El Colegio Nacional Conocoto se inaugura un 13 de Octubre de 1973 en la Escuela Amable Arauz de la parroquia que lleva su nombre. Debido a la gran demanda de población estudiantil y sin ningún colegio de tipo fiscal por lo que el pueblo de Conocoto decide realizar el trámite de solicitud en el Ministerio de Educación. Luego se traslada en 1987 al nuevo edificio propio situado en el sector de la Moya. En la actualidad tiene una población estudiantil de 1171 estudiantes de los cuales 576 pertenecen al sexo masculino y 595 pertenecen al sexo femenino. El personal docente es de 47 y el administrativo de 12. Cuenta con las siguientes especialidades: F-M, Q-B, contabilidad, sociales e informática.

Luego de exponer en breves rasgos la historicidad del servicio, se realiza un taller en los que se convoca a los padres de familia, personal docente, administrativo y alumnos para realizar el debido acercamiento a la comunidad. Debiendo en este taller involucrar a las autoridades educativas como el rector, vicerrector y en general a toda la comunidad educativa para la colaboración de las actividades preventivas y de educación del departamento de odontología.

En dicho taller se va a identificar los problemas de salud bucal para lo cual se realiza una lluvia de ideas encontrándose gingivitis, delincuencia, falta de adoquinado, obras inconclusas de alcantarillado, acumulación de basura mejorar las relaciones con la comunidad y las actividades EBAS etc.; y como se entregó previamente tarjetas se colocaran los problemas de mayor prioridad.

Quedando como problema más importante, teniendo en cuenta el factor odontológico: la gingivitis, cuyo objetivo prioritario, será disminuir la gingivitis en el Colegio Nacional Conocoto en el grupo estudiantil que corresponde al 9no año de básica del año lectivo 2009-2010.

Metodología

Se analizan las posibles soluciones para disminuir la prevalencia de gingivitis: que como explique anteriormente se refieren a la implementación de medidas educativas y preventivas.

Las educativas se refieren a enseñar técnicas de cepillado dental (angulación de 45 grados y la de barrido).

Uso del hilo dental y la utilización de pastillas reveladoras de placa bacteriana.

Con demostración práctica en macromodelo dental con cepillo.

Las medidas preventivas se refieren a: profilaxis como la más importante aunque también se encuentran la fluorización y colocación de sellantes. La información del taller y del aporte comunitario queda registrado en las fichas ya que para la observación y el levantamiento de datos se realizara en forma individual para llenar la ficha odontológica mediante la entrevista con observación directa para el diagnóstico clínico-odontológico. En el que se determina si el alumno tiene o no presencia de gingivitis.

ANÁLISIS Y REFLEXIÓN DE RESULTADOS.

-Se valorara los resultados a través de las fichas odontológicas a través de los parámetros o índices de gingivitis de Loe y Silness. Y se realizara un procesamiento análisis e interpretación con difusión de resultados que se tiene que hacer a través de una socialización de los resultados a la comunidad.

-Plan de tabulación luego de aplicada las técnicas (entrevista y observación), se procede a encasillar los datos en tablas previas su análisis. La presentación y difusión de los resultados se presentaran utilizando tablas y gráficos.

-La elaboración de la propuesta se desarrollara en forma participativa, involucrando a todos los miembros que se encuentran inmersos en esta investigación-acción a fin de comprometerlos para mejorar en este ámbito el accionar del Departamento de Odontología.

Con estos antecedentes, se realiza la selección y priorización de los problemas el cual se encuentra detallada en la siguiente matriz de priorización de problemas, cuya prioridad es la prevalencia de gingivitis en la población estudiantil del 8vo año de básica del Colegio Nacional Conocoto.

Al realizar el respectivo diagnóstico de los alumnos con la llenada de la ficha odontológica se ha determinado que en el 8vo de básica existe una prevalencia inicial de 207 casos sobre la población expuesta y que equivale al 85%.

MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS

PROBLEMA A INVESTIGAR	CONVENIENCIA O PERTENENCIA	POSIBILIDAD DE APLICACIÓN (VIABILIDAD)	PROYECCIÓN SOCIAL	INTERÉS POLÍTICO	INTERÉS PERSONAL	URGENCIA DE DATOS	CONSENTIMIENTO ÉTICO	TOTAL
Aumento de la cantidad de perros callejeros	2	1	3	1	1	2	2	12
Inseguridad en el Colegio Conocoto	3	2	3	3	2	3	3	19
Falta de adoquinado	2	1	2	2	2	2	2	13
Acumulación de basura	2	2	2	2	2	2	2	14
Obra inconclusa del alcantarillado	3	2	3	3	3	3	3	20
Mejora de la captación de sintomáticos respiratorios	2	2	2	3	3	3	3	18
Mejora de la participación de la comunidad en las actividades EBAS	2	2	3	3	2	2	2	16
Disminuir la prevalencia de gingivitis en el Colegio Conocoto en el 8vo Básica	3	3	3	3	3	3	3	21

El estado de salud de la población estudiantil en el Colegio Conocoto en lo que se refiere al área de Odontología presenta el siguiente perfil epidemiológico año lectivo 2008-2009.

PATOLOGIA	FRECUENCIA	%
Gingivitis	207	85
Caries	150	61,98
Aftas	120	49,5
Herpes labial	100	41,3
Abrasión dental	50	20,6
Fluorosis dental	10	4,1
xerostomía	1	0,41

Fuente: Fichas odontológicas del Colegio Nacional Conocoto.

CONCLUSIONES

-Luego de un consenso entre todos los participantes se priorizo el problema de la prevalencia de gingivitis por haber obtenido mayor puntaje en relación a los otros.

-Otra conclusión es que se podrá demostrar que si es posible disminuir la prevalencia de gingivitis con las medidas implementadas como son: educación y profilaxis.

LA HIPOTESIS DE TRABAJO ES:

La prevalencia de gingivitis en el 8 vo básica del Colegio Conocoto es alta y es susceptible de ser disminuida mediante la aplicación de dos tipos de planes: Profilaxis y educación.

N de casos antiguos y nuevos en determinado tiempo (un año)

Tasa de prevalencia=----- X 1000

N de población expuesta

Ej.: Tasa de prevalencia de gingivitis en el caso del Colegio Conocoto=.....207/242=0,85 X1000 equivalente al 85 % de la población expuesta.

Tasa de prevalencia inicial: 207 Casos.

CONCLUSION: La prevalencia de gingivitis en el colegio Conocoto fue del 85% en el octavo de básica, año lectivo 2008-2009, respecto a la población expuesta. La aplicación durante el año lectivo 2009-2010 de dos planes: profilaxis y educación, permitió disminuirla en un 69% respecto a la tasa de prevalencia inicial, esto es a 167 casos en el noveno de básica, año lectivo 2009-2010 (antiguos 159 y nuevos 8).

RECOMENDACIONES

-Realizar con más frecuencia dichos talleres de investigación acción para determinar problemas de salud que afectan a la comunidad.

-Con el diagnóstico Participativo de salud se involucra a la comunidad en solucionar problemas a través de reuniones diálogos entre grupos de alumnos, padres de familia personal docente, y en este caso el profesional de la salud que es la odontóloga.

-Los problemas priorizados deben ser conocidos por la comunidad. Para esto deben desarrollarse y mantenerse los mecanismos de participación social que es considerado como el quinto poder del estado.

-De las resoluciones a las que se han llegado a través de dicho taller como también en reuniones comunitarias, jornadas de trabajo, actividades educativas, etc. es obligación del profesional de la salud informar o socializar de los resultados. De esta manera, con seguridad, la resolución de los problemas será también gestión conjunta y el servicio podrá romper la impermeabilidad que ha caracterizado al sistema de atención en nuestro país.

-Implementar medidas preventivas como son: Profilaxis y educación bucal para la solución de problemas bucales como en este caso es la gingivitis.

6.2-APÉNDICE N.2

PROPUESTA

Una vez que ya ha determinado las causas principales de la gingivitis se deben dar soluciones a esta enfermedad, por lo tanto se va a referir en este anexo a las dos conductas a seguir para este tipo de patología bucal.

Considerando que: el poco sentido de responsabilidad, la falta de conocimiento y la poca o ninguna importancia que la población estudiantil, del Colegio Nacional Conocoto, da a los problemas de salud bucal, son causas de las diferentes patologías que se producen, se concluye que la gingivitis o enfermedad periodontal se halla determinada por diferentes niveles socioeconómicos, los mismos que condicionan distintas posibilidades de educación, nutrición, de salud y hábitos de higiene oral.

En tales circunstancias, partiendo de un esbozo sencillo, pero efectivo, como es el plan anual de salud oral ,implementado por el departamento odontológico del Colegio, en donde constan las técnicas básicas de la practica odontológica, como son: diagnostico y seguimiento de los alumnos, educación y prevención, sobre todo, operatoria dental, cirugías, entre otras; se ha podido establecer un esquema de salud bucal, interactivo entre el profesional de la salud y los alumnos; en el que se involucren, además, las autoridades, personal docente y administrativo, así como los padres de familia y la comunidad, con el objeto de bajar significativamente la prevalencia de gingivitis en los alumnos.

Este plan, que comienza con los alumnos que ingresan a octavo de educación básica, catalogado como grupo de riesgo, debido a que, como recién llegados, tienen poco o ningún nivel de conocimiento, y hay los que incluso nunca han visitado a un odontólogo, tiene por objeto concientizar y disminuir la prevalencia de la enfermedad periodontal, haciendo énfasis en la educación: técnicas de cepillado dental, con demostraciones prácticas en macromodelos, uso del hilo dental, con

muestras facilitadas por el Colegio, así como pastas dentales, afiches para colorear donados por la fabrica Blenastor que se encuentra ubicada en el sector de la Armenia y el uso de pastillas reveladoras de placa (propuesta 1). Prevención: Profilaxis, fluorizaciones y colocación de sellantes (propuesta 2). Desde ahora en adelante se va a denominar así: propuesta 1 y propuesta 2.

Tanto los periodoncistas como los odontólogos de práctica general; estos últimos en particular, deben tomar el liderazgo en la aplicación de las medidas preventivas que sirvan para evitar esta enfermedad.

La falta de educación en salud oral tiene su relación directa con los hábitos de higiene, los mismos que si influyen de manera significativa en la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal.

Es muy importante este tipo de investigaciones para conocer su prevalencia, gravedad y necesidad comunitaria de tratamiento de la Enfermedad Periodontal por lo que es primordial fomentar actividades de prevención y poder intervenir a tiempo especialmente en las personas en riesgo y evitar las complicaciones de dicha enfermedad como la irreparable mortalidad dental.

PROPUESTA I

Una vez que ya se han estructurado todos los paralelos y se tiene las listas, se conoce cuantos cursos se tiene, que dirigentes e inspectores le corresponde a cada uno de ellos.

Es entonces cuando se coordina tanto con los inspectores de curso como con los dirigentes los días y horas que se va a designar para la educación de salud oral en los paralelos, especialmente de 8vo año de básica, que como ya se indicó e anteriormente es considerado como el grupo de mayor riesgo.

La educación se impartirá por cursos: 8vos: A, B, C, Y D A los que se les dará una charla en la hora de asociación de clases en la que se les indicara aspectos básicos

como son: técnicas de cepillado dental (angulación de 45° y de barrido, uso del hilo dental, uso de pastillas reveladoras de placa bacteriana con demostración práctica en el macro modelo y cada vez que necesite refuerzo.

En la primera parte de la charla se le explica que es la placa bacteriana, como se forman los cálculos dentarios, como tienen que ser las mejores condiciones de los cepillos dentales.

Luego, se procede a explicar con la ayuda del macromodelo las técnicas de cepillado dental dentro de las más importantes como son la de anulación de 45°- y la de barrido. Si existe alguna inquietud, la misma se puede resolver y proseguir.

Luego, se explica las características del hilo dental, sus presentaciones, se pasan muestras por todas las primeras filas para que conozcan el hilo dental, como elemento muy importante para el aseo.

Cuando todos ya lo han observado se prosigue con la utilización del mismo en el que se demuestra prácticamente de igual manera, ya sea en los alumnos o en el macromodelo.

En la siguiente parte de la charla, se explicara al alumno como se utiliza las pastillas reveladoras de placa su accionar se demuestra prácticamente en varios alumnos.

La forma como los alumnos lo realizan es importante ya que le tienen que diluir hasta que se termine en la boca y luego observar la parte más intensa de la coloración esa corresponde a la placa y calculo que hay que remover, como se les reparte muestras como cepillos y pastas inmediatamente tienen que ser utilizadas para retirar dicha coloración que dicho de paso se podrá evaluar como realizan su técnica de cepillado y poder evaluar lo aprendido.

Cuando ya se ha terminado con esto al final se entrega a cada uno de ellos una muestra de hilo, un cepillo dental y una pastilla reveladora de placa todo esto se hace en presencia del inspector de curso como del dirigente para constatar muchas

veces la descarga del material y también para que estas personas se involucren en estas actividades que son muy importantes para la salud oral, que dicho de paso el odontólogo no tiene la posibilidad de poner una nota o bajar puntos en una materia , porque no la tiene, pero con este respaldo de la inspección y del dirigente ellos si podrán hacer que al alumno que no cumple se le podrá rebajar puntos en conducta o en las materias que ellos dictan.

Se les pide a los estudiantes que si algo desea reforzar con más detalle y detenimiento se acerque al consultorio odontológico de la institución en donde se le podrá resolver cualquier duda o comentario particular.

PROPUESTA II

Antes de que los alumnos acudan a realizarse medidas preventivas en el consultorio odontológico del plantel, se les explica muy detenidamente todo en cuanto a este tratamiento ya que siempre existe temor y mucha expectativa en los tratamientos odontológicos, empezando por la profilaxis que es y en qué consiste.

Se le explica que se remueve la placa y el cálculo en forma manual con tartrectomo o curetas y luego se le pasa una pasta profiláctica haciendo uso de un cepillo profiláctico y del micromotor. Se podría realizar más rápidamente con el cavitron pero lamentablemente el Colegio no dispone de este equipo.

También se tiene la colocación de sellantes en los que se van secando las superficies oclusales, luego se coloca el acido en las mismas dejando solo el tiempo que se indica para este efecto y luego se prosigue a lavar con abundante agua para que no queden residuos, paso seguido se coloca el sellante y se polimeriza con la luz halógena.

En forma similar se realiza el proceso de fluorización, en donde se coloca flúor en gel en una cubeta adecuada para este uso, luego de la profilaxis, por un tiempo de más o menos un minuto, posteriormente, el alumno no podrá enjuagarse ni comer nada por una hora.

Estas medidas de acción clínica preventivas como son: la profilaxis, colocación de sellantes y la fluorización que para que puedan llevarse a cabo los estudiantes deben acudir al departamento dental.

El alumno lo hará de acuerdo a la lista y en forma secuencial con apoyo de la inspección en un número de 4 diarios. Hasta que se termine con todos los cursos de 8vo durante el año lectivo. Esta actividad se la realizara indistintamente todos los días salvo acontecimientos de fuerza mayor en los que el alumno no podrá asistir.

Ahora lo más importante es analizar como llego el alumno al 8vo de básica y como se encuentra después de un año lectivo completo en el que se implementaron estas propuestas (1 y 2) es decir que resultados se tuvo en el 9no año de básica y si dichas medidas tanto de educación como de prevención surtieron efecto y han dado buenos resultados. Y si estas propuestas se podrían modificar, añadiendo más horas a la educación de salud oral de los alumnos en un futuro próximo.

6.3-APÉNDICE N.3.

METODOS PREVENTIVOS

MÉTODO DE TRABAJO PARA REALIZAR LA PROFILAXIS.

Se utilizará el siguiente material: espejo bucal plano, pinza para algodón, cureta periodontal CPI universal, pieza de mano de baja velocidad, cepillos profilácticos, pasta para profilaxis, gasas, mascarillas guantes.

- Primeramente se procederá a la eliminación mecánica de la placa con los cepillos profilácticos, por las superficies dentales vestibular, lingual y oclusal, en la región interproximal se utilizó hilo dental para complementar la limpieza.
- Una vez eliminada la placa bacteriana con el tartrectomo se procederá a eliminar el cálculo dental muy minuciosamente.
- Para la eliminación final de los cálculos en las regiones de difícil acceso se utilizará las curetas universales clásicas.
- Finalmente se alisará los dientes con una copa de goma y pasta de pulido.

TÉCNICA DE CEPILLADO (BASS)

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos, el cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en el maxilar superior y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños

movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área.

Si al cabo de esos, movimiento el cepillo de desliza en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales de los dientes se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerda; indica presión excesiva de la vibración o movimientos desmesurados el mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los molares y premolares pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores en las caras oclusales se cepillan, haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos antero posteriores.