

**DENTAL CHALLENGES BEFORE DENTAL PROCEDURES IN RURAL
AREAS OF ECUADOR.**

**RETOS ODONTOLÓGICOS ANTE PROCEDIMIENTOS DENTALES EN
ZONAS RURALES DEL ECUADOR.**

AUTOR:

Quintanilla Bastidas, Isaías Antonio

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ODONTÓLOGO RURAL
Quinindé - Ecuador

Correo: isaias.quintanilla@udla.edu.ec

ORCID DEL AUTOR: <https://orcid.org/0000-0003-1145-0966>

Fechas de:

Recepción: 6-FEB-2022 Aceptación: 8-MAR-2022 Publicación: 15-MAR-2022

ORCID DE LA REVISTA: <https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>

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

RESUMEN

El presente trabajo está relacionado con los Procedimientos Dentales en Zonas Rurales, para ello aplicamos la metodología investigativa de observación y participación directa. Con este trabajo se espera contribuir a la ampliación de procedimientos dentales que se pueden aplicar en ambientes desfavorables para el profesional odontólogo, así como la sociabilización y vinculación en zonas rurales como es el caso de la “Comunidad de Naranjal de los Chachis” y así resaltar el compromiso y responsabilidad profesional en este entorno.

El diagnóstico clínico se lo realizó en base a los requerimientos de la investigación, para esto se utilizó la Historia Clínica del Área de Salud sumadas a las encuestas las mismas que ha podido cumplir los objetivo, de la investigación retos odontológicos en la rural.

En ésta consta todos los datos necesarios como: datos personales, la anamnesis, la odontograma, Índices de salud oral y el plan de tratamiento. Este último se lo planteo de acuerdo a la problemática actual que pasa nuestra provincia, a lo obtenido en el diagnóstico y también a nuestros conocimientos académicos.

Palabras claves. Diagnóstico, profilaxis, operatorio, sellantes, exodoncias y caries.

ABSTRACT

The present work is related to Dental Procedures in Rural Areas, for this we apply the research methodology of observation and direct participation.

With this work it is expected to contribute to the expansion of dental procedures that can be applied in unfavorable environments for the dental professional, as well as socialization and bonding in rural areas such as the "Community of Naranjal de los Chachis" and thus highlight commitment and professional responsibility in this environment.

The clinical diagnosis was made based on the requirements of the investigation, for this the Clinical History of the Health Area was used, added to the same surveys that have been able to meet the objectives of the investigation of dental challenges in rural areas.

It contains all the necessary data such as: personal data, anamnesis, odontogram, oral health indices and treatment plan. I propose the latter according to the current problems that our province is going through, to what is obtained in the diagnosis and also to our academic knowledge.

Keywords. Diagnosis, prophylaxis, surgery, sealants, extractions and caries.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

En la ciudad tenemos todas las herramientas para que el trabajo odontológico sea excelente, pero que pasa cuando el entorno al que se va, no cuenta con lo que necesita para solucionar el problema del paciente, es ahí cuando todo tiene un valor agregado, como el agua, la luz, elementos de la cotidianidad que todos los seres humanos necesitan. Se escucha decir que “Un pueblo que no conoce su historia, corre el riesgo de repetirla”, siempre se suele decir “mañana será mejor que ayer” o “estamos en el siglo XXI “y muchas más frases motivadoras. que por un momento provoca el olvido de la realidad de muchos pueblos y zonas rurales, no solo del Ecuador, sino que también de todo el mundo.

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

Se debela el velo de la incógnita cuando frente al mapa del país, se divisa nombres reconocibles, zonas escondidas, climas que parecerían amigables, pero que sin embargo

los graduados de ciencia de la salud están dispuesto a modo de BOY SCAUT a incursionar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La comunidad Chachi vive a las orillas de su río Cayapas, en pequeños grupos familiares, y su principal medio de transportación es la piragua que los conduce y los integra con otras poblaciones y comunidades ribereñas. No han podido formar una gran comunidad étnica; viven en grupos familiares y no son sedentarios, actualmente se estima su población en apenas cinco mil personas.

El estudio etnográfico de la comunidad es parte del proceso para la preparación rural del servidor de la salud, haciendo visibles las huellas de identidad social de la comunidad, como estrategia para crear un modelo propio que destaque la vinculación con la

comunidad, el reconocimiento geográfico de la zona, la historia, la manera social y política en la que se desarrollan. de forma generalizada son los puntos de relevancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

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

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

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

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

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

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

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

Amalgamas

Composites

Aleaciones para prótesis

Porcelana dental

Cementos dentales

Materiales de impresión, entre otros.

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

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

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

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

POSTES PREFABRICADOS

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

MATERIALES PARA EL MUÑÓN

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

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

CEMENTOS DE FIJACIÓN DEL POSTE

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

Cita la fuente: <http://www.iztacala.unam.mx/rivas>

RESULTADOS

TABLA N° I
 MEDIA DE LOS TRES EXAMENES DE DIAGNÓSTICO DE ACUERDO A LOS
 ÍNDICES UTILIZADOS

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

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

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

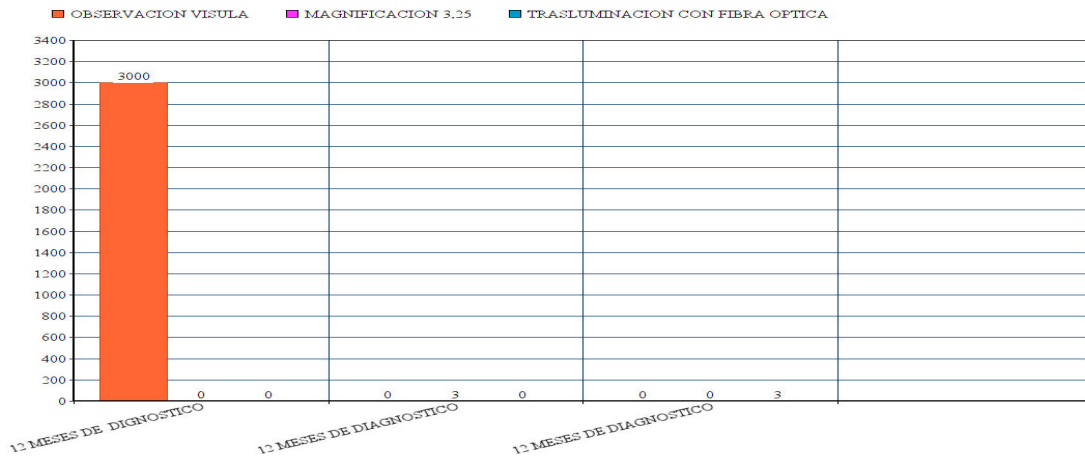
OBSERVACION VISUAL	MAGNIFICACION 3,25	TRANSLUMINACION CON FIBRA OPTICA
Y1= 1500	Y2= 0	Y= 0

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

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



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



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

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

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

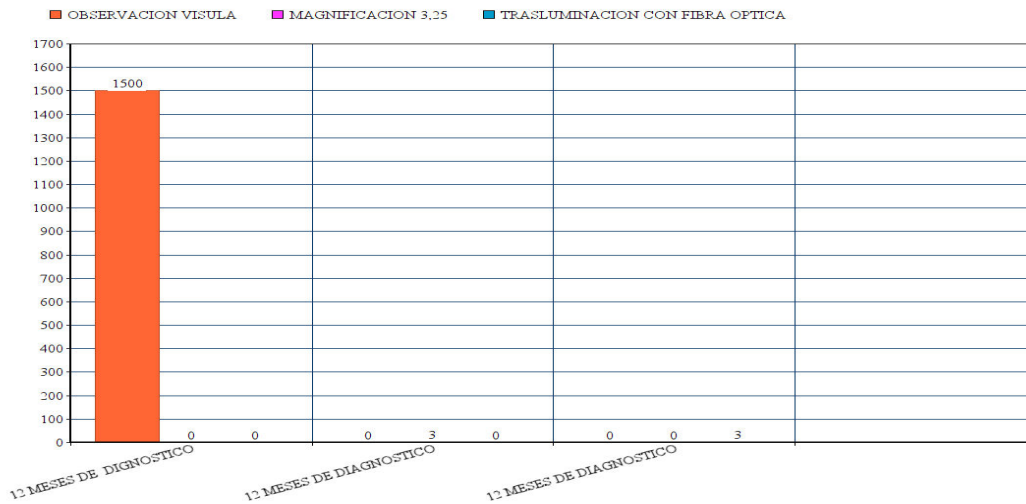
TABLA N° II
NÚMERO DE SUPERFICIES CARIADAS SEGÚN EL MÉTODO DE DIAGNÓSTICO (CPOD)

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

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

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

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



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

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

Todo esto nos lleva a concluir que el método de detección de lesiones de caries más

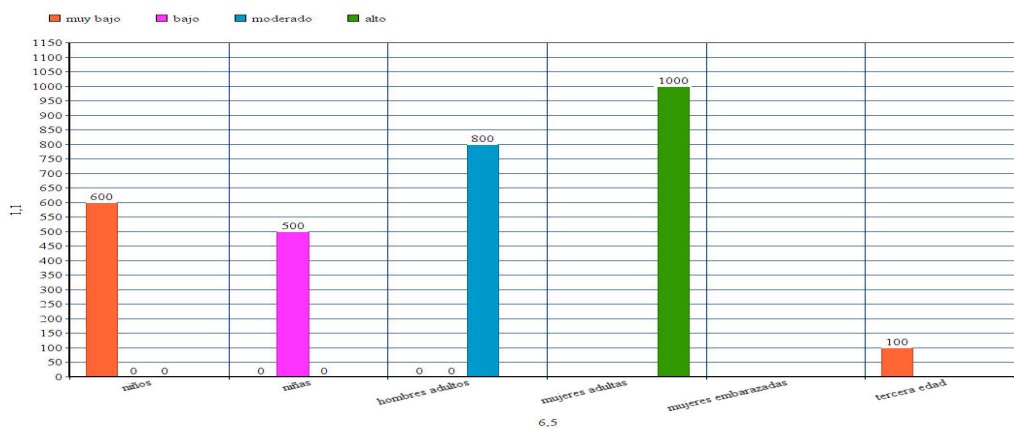
efectivo para el diagnóstico de la lesión cariosa en sus estados iniciales es el de la magnificación 3,25X, seguida de la transiluminación con fibra óptica.

INTERPRETACION:

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

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

INDICE CEOD



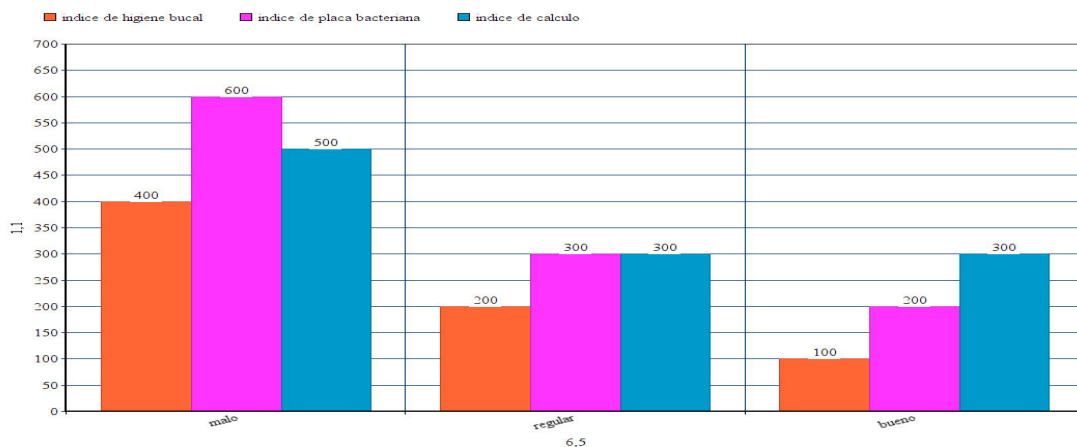
INTERPRETACION:

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

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

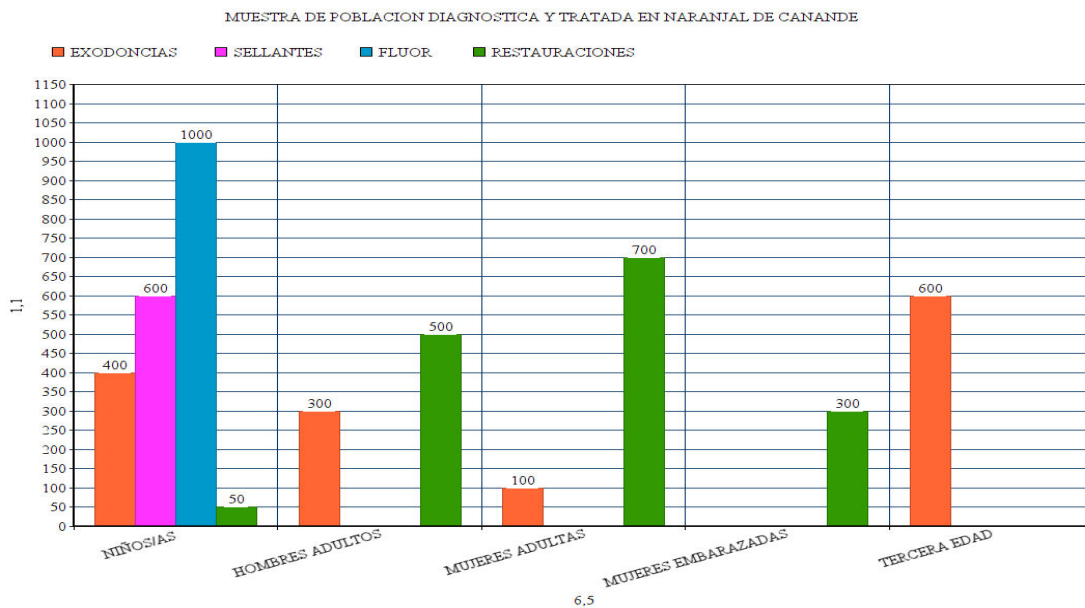
INDICE DE HIGIENE BUCAL	
3,1 - 6	MAL INDICE DE HIGIENE BUCAL
1,3 - 3,0	REGULAR INDICE DE HIGIENE BUCAL
0,0 - 1,2	BUEN INDICE DE HIGIENE BUCAL

INDICE DE HIGIENE BUCAL



INTERPRETACION:

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

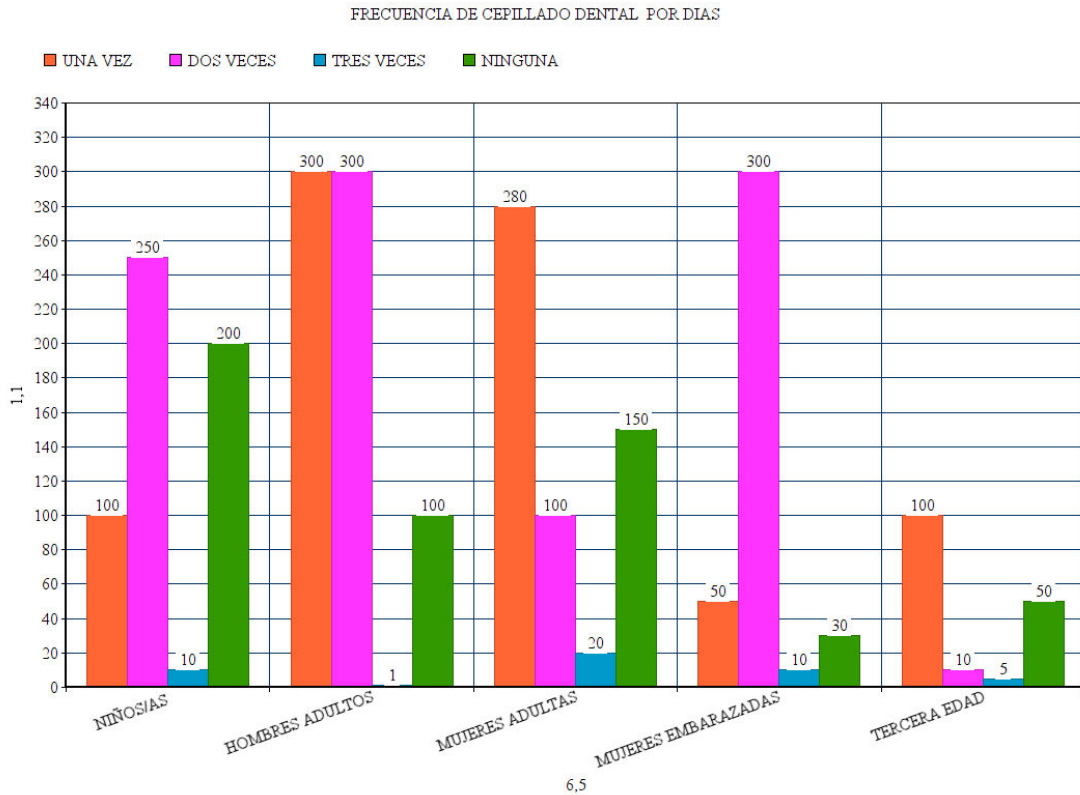


INTERPRETACIÓN:

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

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

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

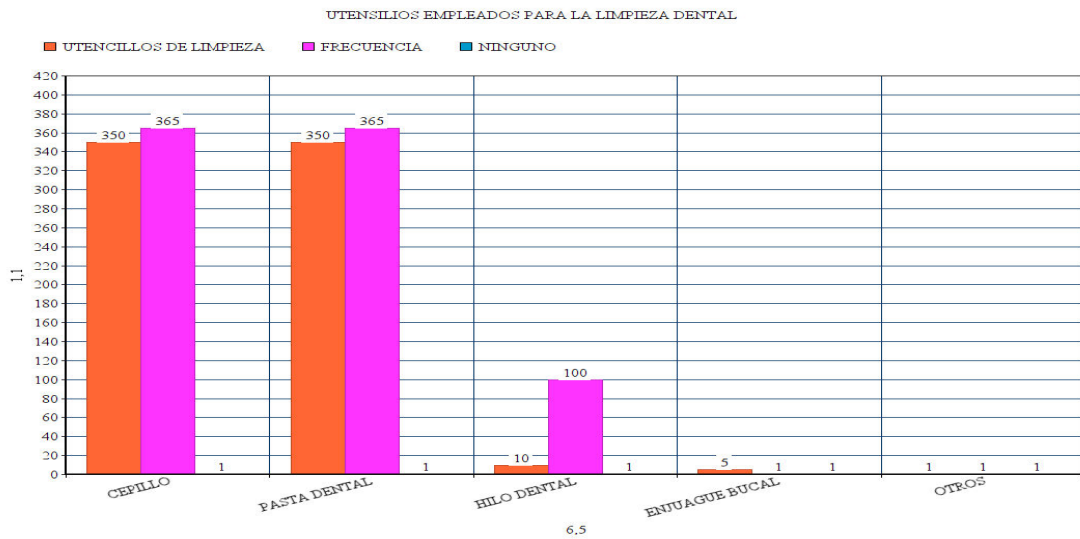


INTERPRETACIÓN:

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

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

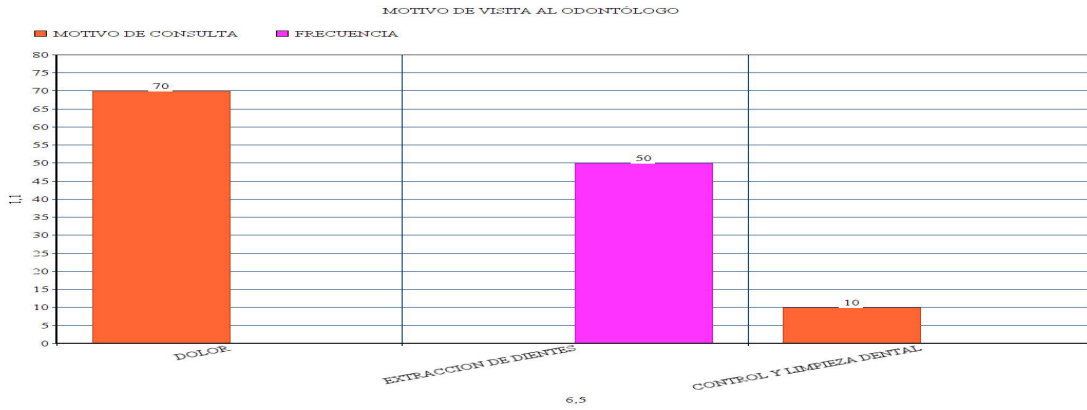
UTENSILIOS DE LIMPIEZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CEPILLO	365	10%
PASTA DENTAL	365	10%
HILO DENTAL	100	3%
ENJUAGUE BUCAL	50	1%



INTERPRETACIÓN:

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

MOTIVO DE VISITA AL ODONTÓLOGO POR PARTE DE LA COMUNIDAD DE NARANJAL DE CANANDÉ.



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

INTERPRETACIÓN:

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

DISCUSIÓN

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

concretamos un valor índice general de 9,78 en la que se observa una diferencia considerable en este índice.

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

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

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

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

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

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

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

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

El 62,3% de las personas encuestadas afirman que se cepillan sus dientes 3 veces

al día”10. El 94% de los pacientes comprende la importancia del cepillado como prevención de enfermedades de los dientes.

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

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

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

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

El 65% de los pacientes manifiestan que han recibido charlas o conferencias sobre salud oral. Además, el 50% de los pacientes manifestaron que han recibido charlas sobre higiene en la escuela, de manera regular. En el “estudio realizado en el sector de la comunidad, se manifiesta que el 45% de personas encuestadas ha recibido esas charlas, sin embargo en el proceso de diagnóstico, los retos que enfrentamos como odontólogos fue ajustarnos a los índice de la Organización Mundial de la Salud donde se pudo observar, de acuerdo al análisis estadístico, que la observación visual con magnificación obtuvo mayores valores de media (gráfico 2), siendo estos significativos al 1% y al 5%; estos resultados coinciden con los estudios realizados por Forgie⁹, en 1999, el cual, para detectar lesiones iniciales de caries, comparó la magnificación 3,25X con otras técnicas de diagnóstico, concluyendo que este método es altamente recomendado para el diagnóstico de caries dental a nivel clínico en caras oclusales, vestibulares, palatinas y linguales. Sin embargo, en los estudios realizados recapitulamos a Lussi¹⁴ en 1993 que realizó un estudio comparativo de diferentes métodos de diagnóstico de caries, donde se concluyó que la inspección visual con magnificación 2X conjuntamente con la radiografía

coronal convencional fueron los métodos de mayor sensibilidad para detectar caries incipientes.

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

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

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

Según estudios realizados, similar al nuestro, donde compara los métodos de magnificación, transiluminación e inspección visual y concluyeron que existen menores variaciones en el diagnóstico cuando se utilizaron la magnificación 3,25X y la transiluminación con fibra óptica que cuando se utilizó la inspección visual táctil.

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

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

CONCLUSIONES

El diagnóstico clínico se lo realizó en base a los requerimientos de la investigación, para esto se utilizó la Historia Clínica del Área de Salud sumadas a las encuestas las mismas que ha podido cumplir los objetivo, de la investigación retos odontológicos en la rural.

En ésta consta todos los datos necesarios como: datos personales, la anamnesis, la odontograma, Índices de salud oral y el plan de tratamiento. Este último se lo planteo de acuerdo a la problemática actual que pasa nuestra provincia, a lo obtenido en el diagnóstico y también a nuestros conocimientos académicos.

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

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

Los índices CEOD, CPOD e IHOS, son muy importantes para determinar el nivel de salud oral. Los datos proporcionados en esta, que fueron claros y fiables, nos permitió aplicarlos a las fórmulas que constan en la metodología, las mismas que nos sirvieron para poder obtener estos índices. En la metodología también están expuestos parámetros para poder conocer el nivel de riesgo. Tanto en hombres como en mujeres se pudo constatar que existe un CEOD de alto riesgo, el CPOD de riesgo moderado y un IHOS deficiente profilaxis inicial.

Según la encuesta aplicada a los niños/as y adultos de la Comunidad de Naranjal de Canandé, fue minuciosamente realizada, esta nos aportó con los datos necesarios

para conocer los hábitos de higiene bucal y alimenticios de los habitantes de la comunidad.

Con lo que respecta a la higiene se constató que se hace lo básico, el cepillado dental, poco se usan otros utensilios como la seda dental y el enjuague bucal. Pero hay que

destacar que la técnica del cepillado no es la correcta, por eso se encontró gran cantidad de placa bacteriana, caries y cálculo dental en menor proporción.

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

6. Winn DM, Brunelle JA, Brown LJ, Kaste LM, Selwitz RJ, Oldakowski R. Coronal and root caries in the dentition of adults in the United States, 1988-1991. *J Dent Res* 1996; 75(S):642-651.
7. Analoui M, Stookey G, Zandoná A. Early Detection of Occlusal Caries: Strategies and Limitations. En Stookey G, editor. *Proceedings of the First Annual Indiana Conference: Early detection of dental caries; 1996 May 15-18. Indiana. School of Dentistry, Indiana University; 1996. p.265-280.*
8. BARRANCOS MOONEY, J, *Operatoria Dental, 3ra edición, Editorial Médica.*
9. BOJ Juan, *Odontopediatría, Editorial MASSON, España 2004.*
10. BUSTOS Nilda, *Cuidado de la dentición temporaria. Revista InfoMédica, Artículos médicos, Abril 2000.*
11. CHAMBA Leonardo, *Normas de redacción de Referencias Bibliográficas, 1ra edición, Editorial CIDAL, Loja 2008.*
12. ESCOBAR Fernando, *Odontología Pediátrica. Editorial Amolca, Caracas 2004.*
13. FRIEDENTHAL Marcelo, *Diccionario de Odontología, Argentina 2003.*
14. GAY ESCODA, *Cirugía Bucal. Principios de Exodoncia Básica.*
15. GENCO J. Roberth, *Compendio de Periodoncia, 2º edición, Editorial Ecoe, 1998.*
16. *ATERIALES DENTALES. FUNDAMENTOS PARA SU ESTUDIO. MACCHI. (CAP. 2)*
17. *MATERIALES EN ODONTOLOGÍA. VEGA DEL BARRIO (CAP. 7, 8 y 9)*
18. *MATERIALES DENTALES. 4ª EDICIÓN. MACCHI*
19. *CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES. 11ª EDICIÓN. PHILLIPS (CAP. 3 Y 4).*
20. *Guía propuesta por Salud Dental Para Todos para el Programa Nacional de Garantía de Calidad para la Atención Médica. (2007).*
21. mx.geocities.com
22. HERAZO ACUÑA Benjamín, *Higiene Bucodental y Cepillos Dentales, 4º edición, Editorial Ecoe, 1990.*
23. MOUNT G.J, *Conservación y Restauración de la Estructura Dental, Editorial Harcourt Brace, Los Ángeles.*