

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

**Factores socio-económicos que incidieron en pérdida de piezas dentales  
de habitantes del Barrio Santa Martha.**

**Facultad de Odontología**

**Autor:**

Ever Leonardo Barberán Zambrano

**Tutora:**

Dra. Alcira Alvarado Solórzano, Mg.

**Manta-Manabí-Ecuador**

**2017**

# DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **Ever Leonardo Barberán Zambrano**

## DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “**Factores socio-económicos que incidieron en pérdida de piezas dentales de habitantes de barrio Santa Martha.**” previa a la obtención del Título **de Odontólogo**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

## EL AUTOR

---

**Ever Leonardo Barberán Zambrano**

## **CERTIFICACIÓN**

Por medio de la presente certifico que el presente trabajo de investigación realizado por Ever Leonardo Barberán Zambrano, es inédito y se ajusta a los requerimientos del sumario aprobado por el ilustre consejo académico de la Facultad de odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

---

Dra. Alcira Alvarado, Mg  
DIRECTORA

# APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de odontología

## Tribunal Examinador

Los Honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueban el informe de investigación sobre el tema “**Factores socio-económicos que incidieron en pérdida de piezas dentales de habitantes del Barrio Santa Martha.**”

Presidente del Tribunal

\_\_\_\_\_

Miembro del Tribunal

\_\_\_\_\_

Miembro del Tribunal

\_\_\_\_\_

Manta, \_\_\_\_\_ del 2017

## DEDICATORIA

**A mis padres**, por haberme inculcado desde pequeño los diferentes valores para ser un hombre de bien, haberme dado la oportunidad de estudiar, apoyarme en mis decisiones y permitirme ser la persona que soy hoy en día.

**A Ever Barberán**, mi padre, ya que sin su ayuda no habría podido culminar este trabajo de investigación, su guía ha sido fundamental en la realización del mismo.

**Mis hermanas**, Evelin y Ximena, con quienes siempre puedo contar, por haberme demostrado todo su cariño, y darme ánimos en los momentos difíciles.

Ever Leonardo Barberán Zambrano

## RECONOCIMIENTOS

Agradecimiento especial a Dios, por la vida, la salud, la fuerza de voluntad y darme el mejor regalo, mi familia.

A mis padres, que con su apoyo incondicional me han ayudado a salir adelante en todo, motivándome en este camino, dándome fuerzas, ánimos, cuando en ocasiones las mías se agotaban, son el pilar fundamental en mi vida.

A mis hermanas, que se han mostrado pendientes e interesadas en mis estudios, brindándome su ayuda, apoyo, y estando presentes en cada ocasión.

Mis primos, Jorge Ramos y Michelle Regalado, han contribuido con sus conocimientos a lo largo de mi carrera, su apoyo ha sido de mucha utilidad.

A mis amigos, por toda la ayuda brindada, su colaboración, motivación, desde el inicio hasta la finalización de los estudios, se convirtieron en parte de mi familia.

A todas las personas que me han brindado su apoyo, que estuvieron para mí cuando más lo necesite, que han hecho lo posible por ayudarme.

A todos y cada una de las personas, mi eterna gratitud.

Ever Leonardo Barberán Zambrano

# INDICE GENERAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA	ii
CERTIFICACIÓN	iii
	iii
DIRECTORA DE TESIS	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iv
DEDICATORIA	v
RECONOCIMIENTOS	vi
INDICE GENERAL	vii
INDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
1. Introducción	1
1.1. Problema a investigar	2
1.2. Importancia del estudio	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos	4
1.4.1. General	4
1.4.2. Específicos:	4
2. Marco Teórico	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Bases teóricas	6
2.2.1. Importancia de la salud oral	6
2.2.2. Causas de la pérdida dental	7
2.2.3. Factores sociales	9
2.2.4. Factores económicos	11
2.2.5. Caries	12
2.2.5.1. Tipos de caries	14
2.2.5.2. Reacciones de defensa contra la caries	17
2.2.6. Enfermedad periodontal	18
2.2.7. Gingivitis	18
2.2.8. Periodontitis	19
2.2.8.1. Periodontitis Crónica	19
2.2.8.2. Periodontitis Agresiva	20
2.2.8.3. Periodontitis agresiva localizada	20
2.2.8.4. Periodontitis agresiva generalizada	21
2.2.9. Traumatismos dentales	22
2.2.9.1. Lesiones de los tejidos duros del diente y la pulpa	22
2.2.9.2. Lesiones de los tejidos periodontales	23

2.2.9.3.	Lesiones de la encía o de la mucosa oral _____	24
2.2.10.	Lesiones pulpares _____	26
2.2.11.	Consecuencia de la pérdida de dientes _____	32
2.2.11.1.	Alteraciones faciales por falta de dientes _____	32
2.2.11.2.	Alteraciones intra orales de la pérdida de dientes _____	33
2.2.11.3.	Otras alteraciones _____	33
<b>3.</b>	<b>Marco Metodológico _____</b>	<b>35</b>
3.1.	Diseño metodológico _____	35
3.2.	Población y muestra _____	35
3.3.	Métodos empíricos _____	36
3.4.	Técnicas _____	36
3.5.	Procedimiento _____	37
3.6.	Tareas científicas _____	37
3.7.	Variables _____	38
<b>4.</b>	<b>Resultados y Hallazgos _____</b>	<b>39</b>
<b>5.</b>	<b>Discusión _____</b>	<b>47</b>
5.1.	Factores socio-económicos _____	47
5.2.	Visita periódica al odontólogo _____	48
5.3.	Pérdidas de los dientes _____	48
5.4.	Logro de objetivos _____	49
	<b>Conclusiones _____</b>	<b>51</b>
	<b>Recomendaciones _____</b>	<b>52</b>
	<b>Bibliografía _____</b>	<b>53</b>
	<b>Anexos _____</b>	<b>55</b>
	Anexo A Encuesta _____	55
	Anexo B Fotografías del trabajo de campo _____	57
	Anexo C Croquis del Barrio Santa Martha _____	58

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Operacionalización de las variables.....	38
Tabla 2.	Extracción dental.....	39
Tabla 3.	Razones para la extracción.....	39



Tabla 4. Acude al Odontólogo.....	40
Tabla 5. Respuesta del odontólogo frente a la propuesta de extracción.....	41
Tabla 6. Insistencia en sacarse su diente .....	41
Tabla 7. Consultorios a los que acudió .....	42
Tabla 8. Aplicación de tratamientos caseros.....	43
Tabla 9. Voluntad para someterse a un tratamiento odontológico .....	43
Tabla 10. Capacidad para someterse a un tratamiento odontológico .....	44
Tabla 11. Prótesis .....	44
Tabla 12. Periodicidad en la visita al odontólogo y los beneficios.....	45
Tabla 13. Visita a tiempo.....	45
Tabla 14. Higiene bucal .....	46

## RESUMEN

El presente estudio realizado en el barrio Santa Martha del cantón El Carmen, provincia de Manabí, se lo hizo en 6 partes. En la introducción encontramos un vistazo de cómo es la situación que viven sus pobladores, el nivel socio-económico que tienen, y como incide el estilo de vida con el cuidado de la salud bucodental.

En el marco teórico se recogieron elementos relacionados con los factores sociales, económicos, y los más comunes que llevan a la pérdida de piezas dentales, así como las consecuencias que trae el perder piezas dentales.

El capítulo 4 muestra los resultados obtenidos de las encuestas y las entrevistas aplicadas.

En la discusión de los resultados se analizan los diferentes aspectos encontrados, la falta de una correcta higiene, que la situación socio-económica es un factor agravante del estado de la salud bucodental.

**Palabras claves:** Factores socio-económicos, pérdida, piezas dentales

## ABSTRACT

The present study was carried out in “Santa Martha” neighborhood, from El Carmen, Manabi province, in 6 parts. In the introduction we can find a glance of how is the situation that its inhabitants live, the socio-economic level they have, and how the lifestyle affects oral health care.

In the theoretical framework, we collected elements related to the social, economic and the most common factors leading to the loss of dental pieces, as well as the consequences of losing dental pieces.

Chapter 4 shows the results obtained from the surveys and the interviews applied.

In the discussion of the results the different aspects are analyzed, the lack of a correct hygiene, that the socio-economic situation is an aggravating factor of the oral health state.

**Key words:** Socioeconomic factors, loss, dental pieces

# 1. Introducción

Los niveles de pobreza a nivel mundial determinan el grado de concurrencia a los servicios de salud, las poblaciones que están en las zonas marginales tienen poco acceso a estos servicios, debido a una falta de recursos suficientes, lo que es un limitante. En nuestro país esta situación también se evidencia de esta manera, existen muchas poblaciones que cuentan con altos índices de pobreza, limitando la posibilidad de poder buscar atención en salud.

En el barrio Santa Martha del cantón El Carmen, provincia de Manabí, la situación es parecida, las personas son de escasos recursos económicos, en su mayoría cuentan con trabajos eventuales, como jornaleros, amas de casas, cuidadores, etc., lo que permite percibir ingresos reducidos; y, en muchos casos determinará el grado de atención y cuidado que le presten a la salud bucodental, así como la general.

En nuestro medio, las personas comienzan a perder las piezas dentales a muy temprana edad, debido a factores socio-económicos y demográficos, que son muy importantes en la patogenia de pérdida dental.

Estos factores determinarán el tratamiento de acuerdo a las posibilidades económicas; la acción que tomará el odontólogo y el resultado final será el producto de la decisión del paciente, porque muchas veces no podrá acceder a tratamientos conservadores que son costosos, y ante la desesperación de dolor intenso prefieren elegir la exodoncia, sin tener en cuenta que esa pérdida alterará las diferentes funciones como la masticación, fonética y deglución.

Con el tiempo esto genera hábitos atípicos, que tendrán consecuencias de afectaciones en otras estructuras como de la estética facial, causando en muchas ocasiones problemas psicológicos.

Es nuestra obligación dar a conocer la real dimensión del problema, caracterizándolo y dándole a conocer al paciente que será mejor la prevención y el tratamiento a tiempo.

### **1.1. Problema a investigar**

El problema del proyecto de investigación, se lo concibió así: el aspecto socioeconómico ha dado lugar a que los habitantes del barrio Santa Martha, no tengan hábitos adecuados de cuidado de su dentadura, tales como el correcto cepillado y asistir periódicamente a la consulta con el odontólogo.

La investigación se orientó hacia la búsqueda de respuesta a las preguntas que se presentan a continuación:

- ¿Cuáles son las causas para el apareamiento de la caries?
- ¿Es la caries la principal causa de pérdida de las piezas dentales?
- ¿Las personas acuden a la consulta con el odontólogo, regularmente, para el cuidado de sus dientes?
- ¿El odontólogo orienta adecuadamente al paciente, cuando este acude a la consulta con la propuesta de que le extraiga un diente?

### **1.2. Importancia del estudio**

Se fundamenta en los siguientes aspectos:

- **Afectación:** Las caries dentales son un problema de salud que pueden afectar a la sociedad en su conjunto, sobre todo a la población más pobre, debido a la falta de adecuados hábitos de higiene bucal, agravada por las limitaciones económicas, que inhiben la visita periódica y oportuna a la consulta con el odontólogo.
- **Responsabilidad social:** La ULEAM, a través de la Facultad de Odontología, procura contribuir al buen vivir de la sociedad, dirigiendo la

investigación de sus docentes y estudiantes a la identificación de problemas y la consecuente búsqueda de soluciones que permitan superarlos.

- **Impacto social:** la caries produce dos afectaciones a las personas, una en la salud, ya que en la cavidad formada por la caries se acumulan residuos de alimentos, que al pudrirse, pueden generar halitosis y dolor; y, afectan a la imagen personal, sobre todo si se ubican en las piezas anteriores, ya que son fácilmente visibles.

Este proyecto busca no solo definir los factores sociales o económicos que han llevado a las personas a extraerse los dientes, sino también procura concienciar a las personas sobre la importancia de mantener todos los dientes en la boca, ya que la pérdida de uno, sobre todo del sector anterior, además de la deficiencia, genera incomodidad en la persona.

- **Impacto educativo:** En el aspecto educativo, es necesario crear conciencia de la importancia de conservar íntegra la dentadura, tanto para la buena salud de las personas, cuanto por la imagen que esta proyecta ante los demás.

Es tan importante este tema que Miguel de Cervantes, por boca de Don Quijote de la Mancha expresó: “Porque te hago saber, Sancho, que la boca sin muelas es como molino sin piedra, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante”. (tunuevasonrisa.com, 2016)

### 1.3. Justificación

- **Justificación metodológica:** se utilizó la investigación de campo, apoyada en información que proviene de entrevistas y encuestas.
- **Justificación teórica:** se busca explicar las causas que originan la caries y su negativo impacto en la salud bucal y en la pobre imagen que generan las

personas que han perdido sus dientes, además de la consabida falta que hace cada pieza perdida.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. General**

Determinar los factores socio-económicos asociados a distintos estados dentarios de los habitantes del barrio Santa Martha, del cantón El Carmen - Manabí.

### **1.4.2. Específicos:**

- Presentar un panorama de los factores socio-económicos de los habitantes del Barrio Santa Martha, mediante la aplicación de encuestas.
- Determinar de los factores que incidieron en la pérdida de los dientes
- Medir la actuación del odontólogo ante los problemas dentales con base en la información de las personas encuestadas.

## **2. Marco Teórico**

### **2.1. Antecedentes**

Luna et al (2000), en su investigación, cuyo objetivo fue explorar las causas de la pérdida dental a partir de aspectos relacionados con el desarrollo de la comunidad, costumbres, hábitos, educación y experiencias de atención a través de la vivencia que tuvieron adultos mayores, permite describir diferentes factores socioculturales relacionados con la pérdida dental, dentro del marco del desarrollo histórico de la odontología.

El método utilizado fue de entrevistas informales, no estructuradas e individuales. Las entrevistas se analizaron siguiendo el procedimiento de codificación abierta, determinación de categorías con muestreo teórico y codificación axial.

Se concluye que no hay preocupación por la enfermedad bucal, sino por la presencia de dolor dental. Entre muchos intentos por curarlo y prevenirlo, ha existido desde épocas remotas un tratamiento definitivo: la extracción dental. Se encontró, cómo la urgente necesidad de curarlo en un medio carente de recursos, conducía a la pérdida dental (Luna, y otros, 2000)

Gómez & Montero (2011), en su investigación cuyo objetivo fue: Determinar las principales razones y reportar los patrones de extracción de piezas dentales en la población bajo estudio. Los materiales y métodos, se incluyó a todos los pacientes que asistieron al servicio de exodoncia que presta la Facultad de Odontología, de la Universidad de Costa Rica entre los años 2007 y 2009, de quienes se obtuvo el expediente clínico con la información completa.

Conclusión: los esfuerzos destinados a reducir las tasas de extracciones dentales por enfermedad, tienen que enfocarse a educar a la población costarricense sobre la caries y enfermedad periodontal y futuros estudios deben



monitorear el efecto de dichas intervenciones en el tiempo (Gomez & Montero, 2011)

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Importancia de la salud oral**

La salud oral, ha sido levemente apreciada como una parte de la salud integral de las personas, este es un problema preocupante, debido a que la boca constituye una parte fundamental en los aspectos socio-culturales como la conversación, la alimentación y la relación con los individuos.

Una buena salud oral conlleva una adecuada higiene oral, libre de caries, infecciones bucales, pérdida de piezas dentales, ausencia de dolor orofacial, enfermedades periodontales y estar exento de trastornos que limitan la capacidad normal del individuo al momento de masticar, sonreír, hablar que son situaciones que interfieren en el bienestar psicosocial de las personas (OMS, 2012).

Para el mantenimiento del estado óptimo oral el individuo debe estar acompañado del equipo de salud oral, que consiste en el personal especialista, profesional y auxiliar de salud oral, los cuales deben estar enfocados en la ejecución terapéutica y preventiva no invasiva, como por ejemplo en la educación oral, control de placa dental a nivel de personal en casa y profesional, es decir en el consultorio dental (Casto y otros, 2008).

Para una buena salud oral, algo esencial es el cepillado, este es considerado primordial para prevenir patologías; se considera como una prevención primaria y también secundaria, puesto que no solo se enfoca en el control de la placa bacteriana, sino en los tejidos que componen la cavidad oral, protegiéndolos de patologías como gingivitis, la enfermedad periodontal, etc.

La técnica de cepillado dental adecuada para la eliminación mecánica de placa bacteriana es la de Bass modificada, que ayuda en el control sub y supra gingival, con la ayuda de la ceda dental, que ayudarán en la protección de tejidos dentales y gingivales (Castro y otros, 2008).

A nivel de control profesional clínico - dental, se puede tener una buena prevención con diferentes técnicas, tales como: el empleo de flúor en bajas concentraciones, es decir aplicaciones tópicas controladas, el uso de cremas, enjuagues; y, colocación de agentes selladores, indicados, en piezas cuya morfología dental, actúen como coadyuvantes en la acumulación de placa dental y agente etiológico de formación de caries (Castro y otros, 2008).

Otros factores que afectan a la salud oral son el tabaquismo, mala alimentación, consumo nocivo de alcohol y determinantes sociales que crean un ambiente propicio para que las enfermedades bucodentales aparezcan, produciendo la ausencia de las estructuras dentales, lo que conlleva al uso de las prótesis como un medio de sustitución de las piezas faltantes.

El 30% de personas comprendidas en edades de 65 y 74 años no poseen dientes naturales y han experimentado la pérdida de estas (OMS, 2012).

También podemos ver que en las personas de edad avanzada, la pérdida dental es más prevalente y esto, sumado a patologías como: diabetes, cardiopatías, hipertensión, enfermedades que afectan su motricidad, como parkinson, etc.; se consideran factores negativos, que no contribuyen a una adecuada salud oral, considerada de vital importancia, que no debe ser descuidada (Enami, 2013).

### **2.2.2. Causas de la pérdida dental**

Dentro de las causas para la pérdida de los dientes, como se anota más adelante la caries y la enfermedad periodontal, como factores principales, pero, además tenemos otros tales como: traumatismos, fracturas dentales, tratamientos endodónticos mal realizados que ocasionen problemas más severos,

tratamientos de ortodoncia; y, en casos más graves la presencia de tumoraciones relacionados con las piezas dentales o que las estén afectando.

La OMS, con base en sus estudios, ha determinado que alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales (2012).

De las causas ya mencionadas, la más común en la pérdida de piezas dentales es la caries, pues es una enfermedad muy común entre la población. El 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo (OMS, 2012).

El problema de la pérdida de piezas dentales comienza a temprana edad, pues en muchos casos por descuido y falta de conocimiento de los padres, los niños no mantienen una buena higiene oral y sus dientes temporales resultan bastante afectados por las caries, a tal punto que la única indicación es la extracción de dichas piezas.

Los primeros molares permanentes aparecen en la cavidad bucal a los 6 años de edad, por lo que los padres creen que se trata aún de dientes de leche, y no le toman una debida importancia a esto, y sumado a la falta de higiene, estos suelen ser las primeras piezas de la dentición permanentes afectados por las caries, a tal punto que deben ser extraídos en edades muy tempranas.

Es común encontrar casos de niños de 11, 12, 13 años que acaban de perder los primeros molares permanentes a causa de caries extensas, que ya ocasionan dolor y en algunos casos se muestran severamente inflamadas y con infecciones de origen dental.

Las extracciones prematuras en muchos de los casos traen consecuencias como el cierre del espacio por inclinación hacia mesial de las piezas posteriores, lo que a futuro puede traer problemas tales como:

- la formación de troneras gingivales de un tamaño aumentado,

- mayor acumulación de restos alimenticios a este nivel,
- dolor en las piezas contiguas por la presión ejercida por los dientes inclinados,
- contactos prematuros,
- inflamación de las encías por el empaquetamiento de alimentos, etc.,

En otros casos no se verán afectaciones significativas, puesto que los segundos molares pueden llegar a ubicarse en el lugar del primero y no ser notorio, todo depende de la edad a la que se haga la extracción del primer molar.

### **2.2.3. Factores sociales**

La manera en que se comporta la sociedad en su conjunto, influye mucho sobre el accionar de cada uno de sus integrantes, por lo general en cada sociedad se manejan costumbres y tradiciones distintas, de acuerdo al lugar de asentamiento o la influencia del medio externo sobre dicha sociedad.

Las afecciones orgánicas están conectadas con el mundo social. Nada de lo que afecta al individuo deja de tener un amplio impacto en la comunidad a la que se pertenece. Lo que sucede al individuo afecta la interrelación social con sus congéneres e impacta en la estructura económica individual, social en el ámbito nacional e internacional.

En la boca están presentes millones de microorganismos, que interactúan de una u otra manera con nuestro sistema, algunos son benéficos, otros oportunistas y causan enfermedades, por ello depende mucho de los hábitos de higiene, alimentación, y estilo de vida que cada persona lleve, para que estos puedan reproducirse llegando a causar afecciones importantes en la salud.

Los hábitos de higiene oral varían de una sociedad a otra, e inclusive dentro de una misma sociedad pueden variar de una persona a otra, dependiendo de las costumbres propias y las tradiciones familiares, por lo general, las personas que

vienen de las zonas rurales acostumbran cepillar sus dientes dos veces al día, es decir al levantarse y al acostarse, y en algunas ocasiones solo una vez al día.

Esta costumbre puede permanecer arraigada en las personas a lo largo de su vida, y ser transmitida a generaciones futuras, o por influencia del medio en donde se desenvuelve ser cambiadas y llegar a tener un mejor aseo y presentación personal.

En la página web de Hispantv, se encuentra lo siguiente: "Brenda Heaton, profesora asistente de la Escuela de Medicina Dental Henry M. Goldman de la Universidad de Boston (noreste de EE.UU.), ha concluido que el factor social puede ser determinante para la salud dental."

Las redes sociales de amigos, familiares y conocidos ejercen a menudo una influencia decisiva en la higiene oral. Esto se debe al hecho de que compartimos con nuestros familiares y amigos hábitos comunes, incluidos los relacionados con la higiene y las preferencias alimentarias (*Ibíd.*).

Al no llevar una correcta higiene bucal, ya sea por costumbres, tradiciones, etc., las enfermedades bucodentales van apareciendo, causando afecciones en los dientes como su destrucción, dolor, entre otras, que pueden llegar a generar interrupciones en las actividades cotidianas de los individuos.

El dolor es la principal molestia, esto causa en el individuo un malestar general, que en muchas ocasiones impide el correcto desenvolvimiento en sus actividades, por lo que optan por aplicarse diversos tratamientos caseros para poder llegar a aliviar su molestia, incluso la automedicación es una práctica cotidiana entre la población en general.

Las poblaciones provenientes del campo tienen sus propias tradiciones respecto al control del dolor dental, es común ante un dolor de muelas, aplicarse diversos métodos para conseguir un alivio, entre estos tenemos: aplicación de clavo de

olor, mentol, enjuagues con aguardiente, en el caso del corrimiento como es conocido entre las personas, es común aplicarse la mitad de la semilla del haba.

Estos procedimientos, en muchos casos actúan como paliativos del dolor, pero no son una solución definitiva, pero en muchas personas las utilizan por costumbre y tradición, además de una falta de conocimientos sobre una atención odontológica a tiempo, o sienten miedo y temor, y solo acuden al profesional odontólogo en los casos donde el dolor se hace persistente e insoportable.

Cuando las personas a causa del fuerte dolor acuden al odontólogo, las posibilidades de tratamiento disminuyen, y por lo general, ya sea por costumbre o tradiciones, las personas provenientes del campo optan por la extracción dental, pues en su entorno social no se conoce sobre otro tipo de tratamientos, y ya tienen fundada la idea en la cabeza que ante un dolor dental la opción es sacarse ese diente.

#### **2.2.4. Factores económicos**

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental. Dichas atenciones afectan el presupuesto individual y familiar a través de los gastos de bolsillo en atención odontológica. Por otro lado, se observa ausentismo laboral y disminución de rendimiento por enfermedades bucodentales, generando déficit en la productividad.

El insuficiente personal destinado a la salud dental enfrenta grandes dificultades para cubrir las necesidades de la población, tanto por lo altamente calificado como de los costos que representa el equipamiento de unidades de atención dental. Esta cuestión provoca que estas atenciones sean inaccesibles para amplios sectores de la población, que se agrava ante las insuficiencias alimentarias y escaso autocuidado de las personas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

En nuestro país como en los demás subdesarrollados, existe población muy pobre, que por su falta de preparación pueden obtener ingresos que apenas les permiten subsistir; el barrio Santa Martha del cantón El Carmen es un caso típico de esta situación socio-económica, ya que alrededor del 80% de la población genera ingresos solo como para una precaria alimentación y cubrir las necesidades de vestuario, y las elementales de salud.

La situación de pobreza por la que atraviesan los pobladores del sector bajo estudio, unido a su origen campesino, junto con los hábitos aprendidos en cuanto a su higiene bucal, determinó la afectación consistente en la pérdida de sus dientes.

Este factor determinó que en muchos de los casos no puedan acudir a un control odontológico a tiempo, para tratamientos preventivos y curativos, a fin de evitar los problemas de salud bucodental, por lo que en el momento que acudieron a la consulta, fueron motivados por el dolor.

La falta de conocimientos y la falta de recursos económicos, han permitido que las personas al momento de acudir al odontólogo vayan con la idea que la extracción dental es la solución al problema que presentan, y en algunas ocasiones una falta de instrucción por parte del profesional agrava esta situación.

Luego de realizarse la exodoncia, la falta de recursos económicos limita a los ciudadanos la posibilidad de acceder a tratamientos rehabilitadores, como las prótesis dentales, para suplir la ausencia de los dientes que han perdido, por lo que deben acostumbrarse a llevar una vida así, con las consecuencias que ello representa.

#### **2.2.5. Caries**

Es una enfermedad multifactorial, en la que intervienen factores internos del individuo y externos, las bacterias del medio oral, el huésped, el sustrato (restos

alimenticios), el tiempo, saliva, entre otros, además de estos factores, la dieta en muchos casos, es determinante para una mayor presencia de las caries.

Las bacterias del medio oral actúan con los restos de alimentos que quedan adheridos a las paredes de los dientes y con el tiempo más la acción de la saliva y una inadecuada higiene; forman el medio perfecto para que puedan reproducirse e ir colonizando todas las superficies.

De la interacción de las bacterias con estos restos de alimentos se producen unos ácidos que van a desmineralizar el esmalte del diente y a la larga causan la destrucción de las estructuras duras.

La destrucción de los tejidos duros no sucede en primera instancia, es un proceso que lleva tiempo, pues con el ataque continuo de las bacterias y el ácido producido por estas, logran desmineralizar el esmalte y causan una cavidad, por donde las bacterias ingresan al diente y sigue el proceso de avance de las caries.

La falta de higiene o una higiene defectuosa permite a las bacterias ir colonizando y avanzando por los tejidos del diente.

Una vez hecha la cavidad en el esmalte, estas avanzan por la dentina y pueden llegar a afectar la pulpa del diente si no son tratadas a tiempo, y en estas instancias ocasionan molestias y dolores fuertes, dependiendo el sitio hasta donde hayan llegado; incluso, llegan a ocasionar infecciones en la pulpa y la muerte de la misma, la persona puede llegar a hincharse y tener severos problemas de salud a causa del avance de la infección.

La cavidad hecha por la caries puede tener un tamaño variado, dependiendo del grado de afectación o de avance que haya tenido y de las defensas del huésped; en algunos casos, llega a ser tan grave la situación que el diente ya no puede ser restaurado por medios convencionales y requiere otro tipo de tratamientos que tienen un costo mayor; en otros, llega a quedar solo un remanente dentario, en el cual está indicada la extracción de ese resto radicular.



Para la restauración de las piezas cariadas se hace la eliminación de todo el tejido cariado, mediante el uso de instrumentales rotatorios y manuales. Una vez comprobado que no quedan restos de tejidos cariados se procede a restaurar con materiales adecuados que puedan resistir las diferentes fuerzas masticatorias y cubran las necesidades funcionales del paciente.

La caries es la enfermedad bucodental que más se presenta y afecta tanto a niños y adultos, no tiene distinción por sexo ni raza, ni etnias; puede afectar a cualquier persona a lo largo de toda su vida y a varios dientes por igual.

En los últimos años se ha implicado al *Streptococcus Mutans* como el principal microorganismo responsable de la caries dental. Existen otros microorganismos como el *Lactobacillus*, *Actinomyces* y otros tipos de *Streptococcus* que también participan, pero su rol es de menor importancia.

En los niños que usan biberón, es necesario tener en cuenta que no deben dormir con el biberón en la boca, pues el azúcar presente en la leche de fórmula, más la falta de higiene le puede ocasionar al niño la presencia de caries a temprana edad; estas son llamadas caries de biberón.

Por lo mencionado, en algunos casos, estas caries son agresivas y perjudican enormemente a los niños, pues la destrucción causada es bastante notoria y solo quedan los restos radiculares de las piezas dentales afectadas.

Existen fármacos que son capaces de alterar el pH de la saliva y la composición del biofilm de la cavidad oral, lo que ocasiona una mayor proliferación de las bacterias y por ende una mayor actividad y presencia de ácidos que desmineralizan los dientes y los hacen más susceptibles a la presencia de las caries.

#### **2.2.5.1. Tipos de caries**

##### **Caries de esmalte**

Es la forma inicial y superficial de las caries, generalmente se manifiesta como una mancha blanca sobre la superficie del esmalte, que se puede ver a simple vista, en los casos donde ya ha avanzado un poco más se puede ver como una pequeña cavidad hacia las capas más profundas del esmalte. Para su diagnóstico se realiza la inspección visual o pueden utilizarse tinciones reveladoras de caries.

Mancha blanca: es la primera manifestación de la caries de esmalte, se observa más en las caras vestibular, lingual y proximales por debajo del punto de contacto. Al resecar la superficie podremos notar que se presenta el esmalte sin brillo y opaco.

Al respecto Barrancos, dijo:

La primera manifestación de la caries de esmalte es la mancha blanca. Las superficies dentarias en las que se observa este proceso son las superficies libres y vestibular y lingual, en las caras proximales por debajo de punto de contacto, y en las paredes que limitan las fosas y fisuras. (2009, p.308)

Caries detenida: la caries presenta etapas de desmineralización y remineralización, cuando los procesos de remineralización son mayores, el proceso de la caries es reversible. Esta mancha se puede tornar marrón y la caries pierde velocidad de ataque, la superficie se endurece y se precipitan cristales de fosfato tricálcicos, que son más grandes que los de hidroxiapatita.

### **Caries de dentina**

Este tipo de caries se localiza en la capa media del diente, esto es, en la dentina; es la consecuencia de la progresión de la caries del esmalte, en esta fase ya hay una cavidad de un tamaño mayor e incluso puede llegar a haber dolor.

Se diferencian cuatro zonas de degeneración, van del límite amelodentinaria hacia la pulpa e incluyen:

- ✚ La zona superficial: descalcificación completa, descomposición total de los túbulos dentinarios y la matriz y una alta concentración de microorganismos especialmente cocos y bacilos.
- ✚ La zona de descalcificación incipiente: descomposición parcial y ausencia de túbulos, los microorganismos presentes en esta zona son, bacilos pleomorfos, diplococos y filamentosos.
- ✚ La zona transparente: con obliteración de los túbulos por la calcificación de las fibras, la forma del túbulo cambia de ovoidea a poligonal.
- ✚ La zona interna: con degeneración grasa de las fibras dentinarias con inicio de calcificación.

Existe la caries de dentina aguda y crónica, pero estas pueden diferenciarse por características que en muchos casos no son visibles claramente, por ejemplo, el cambio de coloración en la aguda es menor que en la crónica que se observa mayor, la dentina reblandecida es gruesa en la fase aguda mientras que en la fase crónica se presenta delgada, la presencia de dentina reblandecida pero no infectada es más gruesa en la aguda que en la crónica, etc.

En la caries de dentina es importante recordar que se debe eliminar todo el tejido infectado, con los diferentes instrumentos que sirven para este efecto, se debe tomar en cuenta que la eliminación del tejido cariado debe hacerse hasta que el operador escuche el famoso chillido dentinario o grito dentinario al raspar la dentina con la punta del explorador.

### **Caries de Cemento y de Raíz**

El cemento radicular es el tejido duro del diente que tiene una menor cantidad de minerales, es decir, de todos los tejidos duros del diente, el cemento es el de menor resistencia, este se encuentra cubriendo la dentina de las raíces de los dientes y en condiciones normales no se encuentra expuesto al medio bucal; en condiciones de enfermedad periodontal, se puede ver expuesto el cemento radicular y ser más susceptible al ataque de las bacterias y ocasionar caries a este nivel.

Caries de cemento activa o aguda: generalmente se presenta en aquellos pacientes que portan enfermedades que contribuyen a la recesión gingival, como la diabetes mellitus tipo I. Se pone de manifiesto como una gran cavidad que sobrepasa con rapidez el cemento y puede llegar a la dentina y la pulpa, ocasionando sintomatología dolorosa.

Caries de cemento crónica o detenida: su característica principal es que son más extendidas y poco profundas, la textura superficial es lisa y dura, de un color marrón oscuro o negro. La sintomatología dolorosa no suele presentarse en este tipo de lesiones debido al estrechamiento de la cámara pulpar y la atrofia pulpar.

#### **2.2.5.2. Reacciones de defensa contra la caries**

- **Dentina traslúcida o esclerótica.-** Es el resultado de la aposición de sales de calcio que son traídas desde la pulpa a través de los conductos dentinarios, la dentina modifica su contenido en sustancia mineral. Esto se presenta como resultado de la edad y frente a diversos estímulos.
- **Dentina neoformada.-** La dentina de defensa se forma como consecuencia de irritaciones o por maduración. Se las llama secundaria o terciaria, para diferenciarlas de la dentina que está presente en el momento de la erupción del diente, la dentina primaria.
- **Dentina secundaria.-** A lo largo de la vida del diente éste va sufriendo pequeñas irritaciones, como la masticación, los traumas, cambios térmicos, etc., los odontoblastos reaccionan ante estos estímulos formando dentina nueva, pero como la cámara pulpar ya se encuentra delimitada la nueva dentina se va depositando dentro de ésta, con lo que el espacio de la cámara pulpar se va reduciendo progresivamente con el paso de los años.
- **Dentina terciaria.-** En los casos donde se presentan ataques más intensos, violentos o prolongados, como caries que avanzan rápidamente, atrición,

erosión, preparaciones cavitarias, exposición pulpa, etc., la pulpa va a responder formando dentina de una forma más rápida, para hacerle frente a la agresión que está sufriendo, a esta dentina se la denomina dentina terciaria o reparativa.

### **2.2.6. Enfermedad periodontal**

En la boca encontramos la presencia de un sinnúmero de bacterias, que junto con los restos de alimentos forman una placa, conocida como biofilm o placa bacteriana, que se adhiere a las paredes de los dientes, y si no es eliminada de forma correcta mediante el cepillado y el uso del hilo y enjuague bucal pueden llegar endurecerse por medio de la aposición de sales de calcio, formando de esta forma el cálculo dental o tártaro.



Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años) (OMS, 2012).

### **2.2.7. Gingivitis**

La placa bacteriana y el tártaro al estar en contacto con las encías provocan su inflamación y dolor, que se presenta clínicamente como un enrojecimiento y sangrado espontáneo de las encías.

La gingivitis es una forma leve de la enfermedad periodontal, puede ser controlada mediante limpiezas profesionales realizadas en el consultorio dental y con la instrucción de buenas técnicas de higiene bucal, el uso adecuado de hilo dental y enjuague bucal.

Los factores que predisponen a sufrir de gingivitis son:

-  Higiene oral deficiente
-  Cambios hormonales por la pubertad.

- ✚ Embarazo
- ✚ Ciclo menstrual
- ✚ Anticonceptivos
- ✚ Enfermedades sistémicas, como la diabetes.
- ✚ Tabaco
- ✚ Algunos fármacos como fenitoína, bismuto, etc.
- ✚ Apiñamiento dental

En muchas ocasiones, las restauraciones con bordes desbordantes, es decir, que invaden el espacio biológico, que presentan bordes puntiagudos o restauraciones que permiten la acumulación de placa bacteriana, ocasionan la inflamación de la encía a este nivel, en estos casos, la solución está en corregir el defecto y evitar que se siga lesionando la encía, para evitar de esta manera su inflamación y acumulación de placa bacteriana.

### **2.2.8. Periodontitis**

Cuando la placa bacteriana no es eliminada de manera correcta, ésta suele internarse en el surco gingival, puede llegar a convertirse en cálculo dental y causar una mayor irritación en las encías, las bacterias presentes en la placa dental se adhieren de mejor manera a las superficies rugosas, lo que conlleva una inflamación a niveles más profundos.

La placa afecta los tejidos de soporte del diente, convirtiéndose en una **periodontitis**, que muchas veces pasa desapercibida y sin dolor, pero, en etapas posteriores puede ocasionar la pérdida de soporte y la pérdida de los dientes.

#### **2.2.8.1. Periodontitis Crónica**

Las manifestaciones clínicas de la periodontitis crónica son: inflamación gingival, acompañada de cambio de coloración y la textura de la encía, sangrado durante el sondeo, resistencia, resistencia reducida de los tejidos periodontales al

sondeo (formación de bolsa periodontal), pérdida de hueso alveolar y pérdida de inserción. Otras características suelen ser retracción gingival, exposición de las furcas y exfoliación de los dientes.

La periodontitis crónica suele ser la consecución de la gingivitis de la pubertad, es de progresión lenta, ésta se inicia y es mantenida por la presencia de placa bacteriana, en cualquiera de sus estadios esta puede presentar exacerbaciones agudas y una consiguiente pérdida de inserción.

La periodontitis crónica no afecta a todos los dientes y sitios por igual, suele presentar con mayor frecuencia en lugares específicos, sobre todo en aquellos lugares donde existe una mayor acumulación de placa bacteriana. Puede verse modificada por factores sistémicos, enfermedades como la diabetes mellitus, entre otras.

Esta periodontitis se clasifica de acuerdo a la severidad y la extensión:

- La extensión, la categoría más baja corresponde de 1 a 10 sitios afectados, la media de 11 a 20 y la más alta con más de 20 sitios afectados.
- La severidad puede verse según el nivel de pérdida de inserción clínica, es leve cuando es de 1 a 2 mm, moderada cuando es de 3 a 4 mm y se considera severa cuando la pérdida de inserción es de 5mm o más.

#### **2.2.8.2. Periodontitis Agresiva**

Un factor importante es que la enfermedad puede presentarse desde edades tempranas, lo que indica que los factores locales como agentes etiológicos han producido niveles clínicos considerables en un tiempo reducido, no obstante la edad no es un factor determinante, pues se pueden presentar casos en cualquier edad.

#### **2.2.8.3. Periodontitis agresiva localizada**

- Aparece en el periodo circumpuberal
- No existe una relación entre cantidad de placa y severidad.
- Baja prevalencia de caries.
- Rápida progresión
- Afecta a los primeros molares e incisivos, existe pérdida de inserción a nivel de estas piezas, no suele afectar a más de dos dientes que no sean primeros molares o incisivos.
- Potente respuesta de anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos.
- Tejido con escasa inflamación.
- Entre el 70-80% de los pacientes presentan defectos en la quimiotaxis, fagocitosis.

#### **2.2.8.4. Periodontitis agresiva generalizada**

- Afecta casi siempre a personas menores de 30 años, pero también puede afectar a mayores.
- La pérdida de inserción interproximal afecta al menos a tres dientes, pero no a incisivos o primeros molares.
- Gran destrucción de inserción y de hueso alveolar.
- Escasa respuesta de anticuerpos séricos contra agentes infecciosos.
- Progresión rápida, puede autolimitarse.
- Agregación familiar.
- Pacientes sistémicamente sanos.

Lindhe afirma (82005) El diagnóstico de una de estas formas de PA requiere la ausencia de enfermedades sistémicas que puedan disminuir severamente las defensas del huésped y llevar a la exfoliación dentaria prematura. En esas instancias el diagnóstico clínico correcto será: manifestación periodontal de una enfermedad sistémica p.229.

Dada la severidad de estas formas de enfermedad periodontal y su tendencia a avanzar, la detección temprana de la periodontitis, y especialmente la periodontitis agresiva debe ser fundamental para los odontólogos y personal de



salud pública. Toda la población, incluyendo niños, jóvenes y adultos deben recibir un procedimiento de detección periodontal como parte del examen odontológico de práctica.

La forma de detectar si existen problemas periodontales es con la utilización de una sonda periodontal, con ella se tiene la sensación táctil, y se mide la profundidad de la bolsa periodontal, cabe recalcar que en algunos casos puede existir una falsa bolsa periodontal, pues puede ser producto de un agrandamiento gingival, sin existencia de un patrón bacteriano, las radiografías de aleta de mordida también son utilizadas en estos casos, para determinar el grado de reabsorción ósea, pero en estadios iniciales no suelen revelar nada porque las lesiones intraóseas iniciales pueden no aparecer debido al ocultamiento que ejercen las tablas corticales intactas.

### **2.2.9. Traumatismos dentales**

Los traumatismos dentales son daños ocasionados en las piezas dentales y los tejidos blandos como consecuencia de un hecho violento, ya sea un puñetazo, un accidente automovilístico, un impacto contra un objeto duro, etc., los daños pueden ir desde una fisura en el esmalte hasta una fractura de la raíz o del proceso alveolar y la pérdida de los dientes.

A nivel mundial, entre el 16% y el 40% de los niños con entre 6 y 12 años padecen traumatismos bucodentales debidos a la falta de seguridad en los parques infantiles y escuelas, los accidentes de tránsito y los actos de violencia (OMS,2012)

Las lesiones traumáticas según Andreasen para la dentición temporaria y permanente se clasifican en cuatro grupos.

#### **2.2.9.1. Lesiones de los tejidos duros del diente y la pulpa**

- **Fractura incompleta de esmalte:** consiste en una infracción únicamente del esmalte, línea de fisura, sin pérdida de tejido dentario.
- **Fractura no complicada de corona:** existe pérdida de sustancia, afecta al esmalte y la dentina, sin exposición pulpar.
- **Fractura complicada de corona:** afecta esmalte y dentina, compromete la pulpa del diente.
- **Fractura no complicada de corona y raíz:** está afectado esmalte, dentina y cemento, sin exposición pulpar.
- **Fractura complicada de corona y raíz:** afecta a todos los tejidos duros del diente, esmalte dentina y cemento e incluye a la pulpa.
- **Fractura de raíz:** Afecta a dentina, cemento y pulpa, de acuerdo a su localización se pueden distinguir en fracturas del tercio gingival, medio o apical, y de acuerdo a la dirección de la línea de fractura pueden ser, verticales, horizontales u oblicuas.

#### 2.2.9.2. Lesiones de los tejidos periodontales

- **Concusión:** lesión de los tejidos de sostén del diente, no existe movilidad ni desplazamiento dental, pero si injuria periodontal.
- **Subluxación:** es una lesión de los tejidos de sostén del diente, existe ligera movilidad pero sin desplazamiento del mismo, hemorragia gingival y edema a nivel del ligamento.
- **Luxación intrusiva:** desplazamiento del diente hacia el interior del alveolo, presenta fracturas conminutas de la cortical alveolar.
- **Luxación extrusiva:** desplazamiento del diente en dirección axial hacia afuera del alveolo.
- **Luxación lateral:** desplazamiento del diente en dirección horizontal, puede ser mesio-distal o vestibulo-palatino.
- **Avulsión:** o exarticulación, salida completa del diente de su alveolo.
- **Fractura alveolar (hueso)**
- Fractura del proceso alveolar, donde puede o no involucrar al alveolo, los dientes involucrados se mueven junto con el proceso alveolar. Dentro de estas tenemos a las fracturas conminutas de la cavidad alveolar, fractura de

la pared alveolar vestibular o lingual, fractura del proceso alveolar con o sin complicación del alveolo y fracturas de la mandíbula o maxilar con o sin complicación del alveolo.

### **2.2.9.3. Lesiones de la encía o de la mucosa oral**

- **Laceración de la encía o de la mucosa oral:** herida superficial o profunda producida por un objeto agudo.
- **Contusión de la encía o de la mucosa oral:** golpe por un objeto romo que causa hemorragia submucosa.
- **Abrasión de la encía o la mucosa oral:** herida superficial producida por raspadura o desgarró de la mucosa que deja una superficie áspera y sangrante.

Cuando acude un paciente que ha sufrido algún tipo de traumatismo es importante mantener la calma, revisar bien el paciente y llenar correctamente la historia clínica con todos los datos relevantes, se debe preguntar al paciente la forma en la que sucedió el hecho traumático, el tiempo que ha transcurrido, el lugar, en el caso de una avulsión es necesario preguntar la forma en que fue manipulado el diente avulsionado, etc. En el examen oral deben buscarse heridas, hematomas o signos de contusión, asimetrías, dolor a la palpación, problemas funcionales, etc.

El interrogatorio es clave en este tipo de situaciones, pues nos permitirá tener una noción de los protocolos que debemos seguir y el tipo de tratamiento que se efectuará a continuación, por ejemplo si el trauma ha ocurrido hace varias horas la posibilidad de un pronóstico favorable será cada vez menor.

Es importante tener en cuenta el lugar en el que sucedió el hecho, esto nos puede revelar datos sobre si pudo haber contaminación de la herida o bien en el caso antes mencionado de una avulsión, saber si el diente estuvo en contacto con superficies contaminadas y saber los pasos a seguir previos a la reimplantación, y además la aplicación de la vacuna antitetánica; la forma en la

que se produjo, nos dará posibles indicios de la gravedad de la situación y los posibles efectos que haya podido causar a las estructuras óseas y dentarias, en el caso de niños incluso podría ayudarnos a tener noción o indicios si nos encontramos frente a casos de maltrato infantil.

Al examen clínico es necesario observar si existen signos que puedan indicar alguna dificultad o evidencia de cefaleas, vómitos, problemas de orientación, o problemas que requieran una atención médica urgente, una vez descartado estos signos se debe hacer el examen intraoral, empezando desde los labios, si existen hematomas, laceraciones o rupturas de la mucosa labial; se evalúa el estado y la posición de las piezas dentarias, con el fin de evaluar si existe movilidad, fracturas visibles, pérdida de dientes a causa del choque, intrusiones, luxaciones, etc., con el fin de evaluar la situación y tener claro la forma correcta de accionar.

En caso de fracturas dentarias es necesario constatar el tipo de fractura, si existe exposición pulpar o no, el tamaño de la exposición, su situación, se pasa el instrumento para constatar si existen perforaciones, y cuando se presenten se debe evitar tocar la pulpa con el instrumento, pues se puede agregar otro trauma a la pulpa y aparte del dolor que eso supone al paciente. Si el trauma ha sido reciente no debe hacerse percusión puesto que se estaría agregando más dolor del que ya existe, pero si se trata de traumatismos antiguos este dato nos ayudará a identificar si existe afectación pulpar y el grado que puede llegar a tener.

Es importante estudiar la oclusión, pues este dato puede ayudarnos a identificar desde ligeras extrusiones, intrusiones hasta fracturas del proceso alveolar, del maxilar o del cóndilo mandibular. Se debe evaluar el grado de movimiento que tienen y también su posición, a fin de descartar dientes intruídos o desplazados lateralmente, el grado de movilidad que tienen, recordando que los dientes permanentes jóvenes y los temporales que tienen reabsorción radicular presentan cierta movilidad fisiológica. Si al evaluar la movilidad dentaria, se mueven varios dientes es un indicativo de fractura del proceso alveolar, en

fracturas radicales también existe movilidad, y esta es mayor mientras más gingival sea la fractura, si al hacer la inspección se observan bordes irregulares en el tejido, es indicativo de fractura ósea.

Es importante establecer bien la situación, para con todos los datos recolectados poder establecer un correcto diagnóstico y de acuerdo a este, actuar de la manera más correcta y de acuerdo a cada caso específico, es importante también recordar que los dientes temporales avulsionados no deben ser reimplantados, pues al intentar hacerlo se puede ejercer presión sobre el germen del permanente y ocasionarle daños, en el caso de que existan luxaciones laterales, y la raíz del temporal este presionando al germen permanente lo indicado es la extracción del mismo para evitar un daño mayor en el diente permanente.

#### **2.2.10. Lesiones pulpares**

La pulpa es el tejido más interno de los dientes, está constituido por el paquete vasculonervioso, las infecciones que llegan a la pulpa pueden hacerlo por la corona o raíz. Las caries, las fisuras, fracturas, defectos en la estructura del diente son las causas más frecuentes de las infecciones a través de la corona, por la raíz se puede producir por caries a nivel del cuello del diente, bolsas periodontales y bacteriemias.

Existen otras causas que pueden generar daños severos en la pulpa, los traumatismos, como golpes, fracturas, fisuras, movimientos ortodónticos donde se realiza mucha fuerza, abrasiones, bruxismo, constantes preparaciones cavitarias en un mismo diente, también los cambios térmicos producen afectación pulpar, al usar piezas de mano sin una correcta refrigeración se produce un calor friccional que es capaz de afectar severamente a la pulpa y causar dolor, las grandes restauraciones metálicas que transmiten los cambios de temperatura directamente, etc.

Otras causas menos probables son producidas por las radiaciones, en pacientes que están bajo tratamientos de radioterapia puede verse daño pulpar, toxicidad de los materiales de restauración, aunque este último se ha visto reducido gracias a la gran biocompatibilidad que presentan hoy en día los diferentes materiales restauradores, pero pueden presentarse casos donde existe filtración marginal y por esta brecha ingresan bacterias que a futuro ocasionan daño pulpar.

La patología pulpar como pulpitis o necrosis produce alteración periapical, además de las acciones iatrogénicas producidas por la sobre instrumentación y la sobre obturación producidas al realizar el tratamiento de conductos radiculares.

El proceso patogénico básico que se desarrolla es una respuesta inflamatoria, la pulpa va a reaccionar originando una pulpitis, inflamación que ocurre como respuesta a mecanismos directos e inmunitarios. Los mecanismos directos son los microorganismos, que llegan a la pulpa por medio de los túbulos dentinarios expuestos, ya sea por una cavidad producida por caries o por un traumatismo con fractura dental. Sea cual sea el mecanismo la respuesta final es que se liberen mediadores químicos que inician la inflamación.

La respuesta inflamatoria de la pulpa tiene varias etapas:

### **Pulpitis reversible**

La pulpa se encuentra vital pero inflamada, puede volver a su estado normal una vez que se retire el factor irritante. Estos cambios ocurren por factores externos que pueden dar lugar a una reacción inflamatoria de la pulpa, dentro de estos cambios tenemos tallados dentarios con finalidad protésica, túbulos dentinarios expuestos, heridas pulpares producidas por iatrogenias, filtración en restauraciones, caries poco profundas.

El dolor es transitorio, de leve a moderado es provocado por estímulos térmicos, especialmente el frío, pero una vez retirado el estímulo el dolor desaparece. Pruebas de sensibilidad térmicas y eléctricas con respuesta positiva inmediata y aumentada especialmente a la prueba de frío.

Radiográficamente se observa zona periapical normal, se pueden observar zonas radiopacas coronales compatibles con restauraciones o zonas radiolúcidas compatibles con caries.

### **Pulpitis irreversible (Sintomática)**

La pulpa se encuentra inflamada, pero sin capacidad de volver a su estado normal aun cuando se haya retirado el agente externo que produzca la respuesta inflamatoria.

Generalmente son el producto de una pulpitis reversible no tratada, las bacterias alcanzan la pulpa, se asientan y establecen formas sintomáticas y asintomáticas. Se caracteriza por dolor pulsátil, de moderado a severo, aumenta con los cambios térmicos, episodios de dolor prolongado que persisten aun después de retirado el estímulo, el dolor puede aumentar con el calor y disminuir con el frío, puede presentarse episodios de dolor nocturno y puede ser localizado o referido.

Pruebas de sensibilidad térmicas y eléctricas positivas, el dolor persiste luego de retirado el estímulo, el diente puede o no ser sensible a la percusión y la mordida, puede existir caries profundas, restauraciones extensas y defectuosas, movimientos ortodónticos recientes, exposición pulpar o líneas de fisura.

Radiográficamente se puede observar una imagen radiolúcida coronal compatible con caries extensa cercana a la pulpa, imagen radiopaca compatible con restauraciones profundas, puede haber ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

### **Pulpitis irreversible asintomática**

Se desarrolla a partir de una pulpitis sintomática no tratada, que ha cedido la fase aguda o en la que los estímulos externos son de leve a moderados, pero mantenidos en tiempo. A veces se abre un drenaje hacia el exterior entre la pulpa y la lesión cariosa, permitiendo así el paso del exudado y evitando la formación de edema intrapulpar.

Dentro de la pulpitis irreversible asintomática tenemos dos formas, la pulpitis hiperplásica y la reabsorción interna.

### **Pulpitis hiperplásica**

Se caracteriza por la presencia de un pólipo pulpar, se da en dientes inmaduros con pulpas jóvenes, la característica principal es un crecimiento del tejido pulpar a través de la cavidad producida por caries, sangra fácilmente. Es indoloro, a excepción de cuando sufre un trauma debido a las fuerzas masticatorias, causando irritación y sangrado del tejido pulpar expuesto.

### **Reabsorción interna**

Estado patológico de la pulpa donde se produce una destrucción lenta o rápida que ocurre en las paredes dentinales del espacio pulpar, generalmente se puede observar un ensanchamiento ovoide en el conducto radicular, perdiéndose la anatomía normal del canal radicular. Si se observa una mancha rosada a nivel coronal es un indicativo que la reabsorción se ha producido a nivel cervical de la corona. En algunos casos la pulpa puede llegar a necrosarse sin ocasionar sintomatología dolorosa, y es detectada por un examen de rutina.

Las pruebas de sensibilidad son positivas con respuesta anormal o prolongada, se pueden apreciar caries profundas, restauraciones extensas, antecedentes de traumas, recubrimiento pulpar, movimientos ortodónticos. Radiográficamente se puede apreciar imagen radiopaca compatible con caries extensa, imagen radiolúcida compatible con restauraciones extensas, no existe cambios en los tejidos de soporte circundantes.



## **Necrosis pulpar**

Descomposición séptica o no del tejido pulpar, con destrucción de tejido vascular y linfático, y en última instancia del tejido nervioso. Drenaje insuficiente de los líquidos inflamatorios debido a la falta de circulación colateral y la rigidez de las paredes de la dentina, ocasionando un aumento de la presión intrapulpar ocasionando la necrosis progresiva de todo el tejido pulpar. Secuela de una pulpitis irreversible (sintomática o asintomática), o un traumatismo dental, es asintomática.

Pruebas de sensibilidad térmicas y eléctricas negativas. Cambio de color coronal, que se da como resultado por una alteración en la translucidez de la estructura dental o a la hemolisis de las células sanguíneas durante la descomposición pulpar, puede o no haber dolor a la percusión, el dolor se presenta cuando el problema se extiende y empieza a afectar el ligamento periodontal.

Radiográficamente se observa zona radiopaca compatible con caries cercana a la pulpa o en contacto con esta, zona radiolúcida compatible con restauración profunda, puede o no haber ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

Luego de haber llegado a la necrosis pulpar y ser asintomática, las bacterias resultantes de este proceso de degeneración de la pulpa pueden pasar el foramen apical y ocasionar problemas a los tejidos circundantes, donde pueden formarse abscesos o patología periapicales que pueden llegar a ocasionar fuertes dolores y afecciones en la salud.

## **Periodontitis Apical Sintomática**

Inflamación alrededor del ápice del diente, resultante del paso de las sustancias producidas por la enfermedad pulpar hacia el tejido periapical, se presenta con dolor espontáneo y severo, localizado persistente y continuo, el dolor puede ser

tan severo que interrumpe las actividades cotidianas, dolor a la masticación y contacto oclusal. Dolor a la percusión y palpación. Pruebas de sensibilidad térmicas y eléctricas negativas, exceptuando los casos donde la periodontitis es causada por un diente vital en hiperoclusión. No hay presencia de inflamación intra o extra oral, puede existir ligera movilidad del diente.

Radiográficamente se puede o no apreciar área radiolúcida periapical, puede o no haber ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, puede o no haber pérdida de la continuidad de la lámina dura alrededor del diente, puede o no haber tratamiento endodóntico previo.

### **Periodontitis Apical Asintomática**

No presenta sintomatología dolorosa, suele descubrirse por un examen radiográfico de rutina, la pulpa puede estar necrótica, conductos despulpados, o puede estar obturado e infectado, pruebas de sensibilidad son negativas, respuesta anormal a la percusión, puede presentar ligera movilidad. Radiográficamente se observa imagen radiolúcida compatible con lesión apical, y puede haber o no tratamiento endodóntico previo.

### **Absceso Periapical Agudo**

Se presenta con dolor intenso (agudo), dolor a la masticación, percusión, a la palpación, hay movilidad. Sensación pulsátil debido a la acumulación de material purulento, por el aumento de la presión existe la sensación de diente extruido. El paciente puede manifestar afecciones sistémicas como fiebre y linfadenopatías.

### **Celulitis facial**

Inflamación extraoral severa, la piel se ve enrojecida, caliente y dura a la palpación. La infección puede diseminarse a planos faciales profundos, llegando a causar serios problemas de salud e incluso comprometer la vida del paciente.

Inflamación intra o extraoral (fluctuante a la palpación), puede estar localizada en el área mucogingival o diseminarse a planos faciales profundos. El diente involucrado puede tener pulpa necrótica, tratamiento endodóntico previo mal realizado o infectado. Radiográficamente pueden no apreciarse cambios anatómicos, puede o no haber área radiolúcida apical o ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

### **Absceso Periapical Crónico**

Se presenta asintomático, a las pruebas de sensibilidad no existe respuesta, la característica principal es la presencia de fístula o tracto sinuoso. Asociada a fracasos en tratamientos endodónticos, fracturas verticales. Radiográficamente se aprecia imagen radiolúcida compatible con lesión apical.

### **2.2.11. Consecuencia de la pérdida de dientes**

En la actualidad es común encontrar personas adultas que hayan perdido alguna de sus piezas dentales, ya sea por caries, problemas gingivales, trauma, etc., las consecuencias que esto trae no solo es a nivel funcional, también es a nivel psicológico y social, pues el aparecer en público con ausencia de dientes para muchos resulta una experiencia vergonzosa.

El hueso alveolar necesita estimulación para mantener su forma y su densidad, esta estimulación es recibida por medio de los dientes presentes en boca, al haber ausencia de ellos se reduce la estimulación y por ende se pierde la densidad y forma del hueso, y este se va reabsorbiendo con el paso del tiempo, perdiendo la anchura y altura del hueso. Con la pérdida del hueso la encía también va disminuyendo, lo que trae como consecuencia la disminución de la distancia entre la base de la nariz y el mentón, mejor conocida como dimensión vertical.

#### **2.2.11.1. Alteraciones faciales por falta de dientes**

Las consecuencias faciales por la falta de dientes incluyen:

- Disminución de la altura vertical
- Pérdida de soporte para las estructuras peri-orales, labios hundidos, pérdida de la expresión facial.
- Pseudoprogнатismo, debido a que la mandíbula rotará en sentido anti horario sobre el eje intercondilar buscando la estabilidad que brindaban los dientes.

#### **2.2.11.2. Alteraciones intra orales de la pérdida de dientes**

- Con la reabsorción del hueso alveolar y la disminución del grosor de la encía existe una menor zona de soporte.
- Reabsorción del proceso alveolar, que en la mandíbula se da con mayor intensidad que en el maxilar, dificultando el tratamiento rehabilitador mediante el uso de prótesis dentales.

#### **2.2.11.3. Otras alteraciones**

Problemas de fonación, los dientes intervienen en el proceso normal del habla, actúan como una caja de resonancia, al faltar piezas dentales la persona empezará a hablar de manera distinta a la normal.

Problemas a la hora de la masticación, las funciones de los dientes son de cortar, desgarrar, y triturar los alimentos, al disminuir la cantidad de piezas dentales presentes en la boca la trituración de los alimentos será incompleta o deficiente, provocando problemas digestivos o una mala absorción de los nutrientes.

Al perder un diente las personas evitan comer de ese lado para no lastimarse, provocando una sobrecarga de los dientes presentes, aumentando la presión masticatoria sobre estos dientes y existiendo un mayor desgaste de los mismos.

Las encías sufren por la presión ejercida por los alimentos durante la masticación, lastimándola, y en muchos casos almacenándose en lugares retentivos que antes no existían.

Otro problema es que al tener un espacio vacío, los dientes contiguos tienden a ocuparlo, ya sea mesializándose, distalizándose, es decir se inclinaran hacia el lado edéntulo, con la finalidad de cubrir ese espacio, los dientes antagonistas al no tener contacto oclusal van a extruirse en busca de contacto, y esto a la larga genera problemas a estos dientes, acumulación de alimentos, dolor, problemas gingivales, hasta llegar al punto de requerir una extracción, y así sigue el círculo.

Cuando el número de dientes perdidos es significativo, y han pasado varios años y no ha tenido ningún tipo de rehabilitación protésica, el reborde tiende a reabsorberse, provocando una disminución de mismo, y con esto una gran dificultad al momento de querer realizar algún tipo de prótesis, este problema aumenta cuanto mayor sea el número de dientes ausentes en boca y mayor el tiempo sin utilizar prótesis dentales, es por ello que se recomienda que luego de la extracción se debe realizar la rehabilitación para suplir la ausencia de dicha pieza dental.

## 3. Marco Metodológico

### 3.1. Diseño metodológico

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio exploratorio, debido a que no se han realizado investigaciones similares en el cantón El Carmen, ni aún en la ULEAM.

El análisis realizado fue de tipo descriptivo, con base en la información recogida a través de encuestas, diseñadas para lograr los objetivos propuestos y en consideración a las variables de la investigación; consecuentemente, su enfoque es cualitativo – cuantitativo.

### 3.2. Población y muestra

La población del Barrio Santa Martha, es relativamente pequeña, está compuesta por 47 viviendas (Anexo A)

La muestra está dado por familias en cada vivienda que en un promedio son de 4 personas en total es de 188 personas

Para calcular una muestra representativa de la población de clientes internos se ha utilizado la siguiente formula estadística:

$$n = z^2 \frac{pqN}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

En dónde:

N = número de elementos del universo (164 personas)

P/Q = Probabilidades con las que se presenta el fenómeno, se maneja en %.

Cuando este valor no se conoce es conveniente tomar el caso más favorable es decir: P = Q = 50% → 0.5

e = Margen de error permitido, estimación 15% → 0.15

$Z^2 = 1.64$  (Valor correspondiente a la distribución de Gauss. La distribución de Gauss es la denominada distribución normal, representada por el gráfico de una campana).

Estos valores se reemplazan en la fórmula para obtener el valor exacto de la muestra como se indica a continuación:

$$n = (1.64)^2 \frac{0.5 \times 0.5 \times 188}{(0.15)^2 (188 - 1) + (1.64)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n = 2.6896 \frac{47}{4.8799} = 25.9$$

Por lo tanto, la muestra idónea para nuestra investigación son 26 personas, para la recolección de la información.

### 3.3. Métodos empíricos

En esta investigación se utilizaron los siguientes métodos:

- **Inductivo:** utilizado al momento de analizar los resultados de las encuestas, para llegar a una conclusión general de las particularidades que estas presentan.
- **Deductivo:** mediante el que se hizo inferencia de situaciones generales para llegar a conclusiones particulares.
- **Analítico:** usado en la interpretación de los resultados.
- **Bibliográfico:** usado en la selección y revisión de textos y otros materiales que ayuden a construir el marco teórico.
- **Estadístico:** utilizado en la tabulación de los datos obtenidos con la aplicación de los instrumentos de recolección de información.

### 3.4. Técnicas

Se utilizó una mixtura de la **encuesta** y la **entrevista**, es decir, mientras se aplicaron las encuestas, también se consultó a las personas encuestadas, sobre

temas colaterales, para obtener información complementaria, útil para la interpretación de los resultados.

### **3.5. Procedimiento**

Para el procedimiento de los resultados y el análisis estadístico se establece lo siguiente:

- Se elaboró un croquis, en el que se ubicó cada casa y se le asignó un número secuencial a cada una, que luego serviría de referencia (ver Anexo C).
- Diseño de encuesta basada en 13 preguntas y se aplicaron a 26 personas del Barrio Santa Martha (ver Anexo A y B)
- Revisión de la información recogida.
- Elaboración de base de datos, utilizando el programa Microsoft Excel.
- Tabulación de cuadros estadísticos y representación gráfica con la respectiva información.
- Análisis e interpretación de esquemas.
- Interpretación de los resultados.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones

### **3.6. Tareas científicas**

#### **Tarea 1: Investigación**

Investigación del problema, se vale de diferentes medios tales como la revisión de material bibliográfico para desarrollar el arco teórico.

#### **Tarea 2: Examinar y tomar registros**

Para obtener resultados y mayor credibilidad, esta investigación presenta un análisis cualitativo en la descripción de las características de las variables, sobre el conocimiento asociado a distintos estados dentarios de los habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen - Manabí.



### Tarea 3: Generación de planes de acción y mejora

Comprender cuál es la principal causa de pérdida dental de los habitantes del Barrio Santa Martha del cantón, El Carmen - Manabí.

### 3.7. Variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables

<b>Variables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Indicadores</b>
Factores Socio-Económicos	Cualitativo	La manera en que se comporta la sociedad en su conjunto influye mucho sobre el accionar de cada uno de sus integrantes, por lo general en cada sociedad se manejan costumbres y tradiciones distintas, de acuerdo al lugar de asentamiento, o la influencia del medio externo sobre dicha sociedad	Tipo de enfermedades dentales  Pérdida de los dientes  Visita periódica al odontólogo
Incidencia en estados dentarios	Cuantitativo	Los hábitos de higiene oral varían de una sociedad a otra, e inclusive dentro de una misma sociedad y de una persona a otra, dependiendo de las costumbres propias y las tradiciones familiares.	Guía de encuesta Observación

**Elaboración:** Barberán Ever (2017) Autor de la investigación

## 4. Resultados y Hallazgos

### 1. ¿Se ha realizado una extracción dental?

**Tabla 2.** Extracción dental

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Si	22	85%
No	4	15%
No responde	0	0%
TOTAL	26	100,00%

**Fuente:** Habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Autor:** Barberán Ever (2017)

Tal como se aprecia en la Tabla 2, es alto el número de personas que se han extraído, al menos una pieza dental, lo que implica que la afectación de la caries u otra causa, es generalizada; de lo que se puede inferir, que el cuidado de la dentadura, es deficitaria entre los habitantes del barrio Santa Martha.

### 2. ¿Por qué razón se extrajo su diente/muela?

**Tabla 3.** Razones para la extracción

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Tenía dolor	21	40%
Tenía caries	14	26%
Estaba fracturada	6	11%
Enfermedad periodontal	4	8%
Otra	4	8%
No aplicable	4	8%
TOTAL	52	100%

**Fuente:** Habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Autor:** Barberán Ever (2017)

El 67% de los encuestados perdió sus dientes a causa de la caries. Esto es posible afirmarlo ya que, si bien, al formular la pregunta se hizo la separación del dolor, que no siempre es por caries, cuando daban la respuesta se les repreguntó sobre las causas y en todos los casos afirmaron que los tenían “apolillados” (con cavidad), lo que les causaba molestia al comer y en otras circunstancias; mientras que el 28% enfrentó otro tipo de problemas.

Un número relativamente menor manifestó que sus dientes sufrieron fracturas, este factor puede ser atribuido al tipo de alimentación que llevan las personas,

otro factor minoritario fue la enfermedad periodontal, problema que se presenta sobre todo en las personas de edad avanzada, ya sea por procesos fisiológicos o patológicos.

### 3. ¿Usted acudió al odontólogo con la finalidad de hacerse la extracción?

**Tabla 4.** Acude al Odontólogo

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Si	15	58%
No	7	27%
No aplicable	4	15%
TOTAL	26	100%

**Fuente:** Habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

La mayoría de las personas que acudieron a la consulta con el odontólogo, fueron con la intención de realizarse la extracción del diente, debido al dolor que tenían y vieron en esta, la solución a su problema; sin saber que podían salvar esa pieza.

Una minoría acudió a la consulta con el fin de tener una solución diferente, es decir, una restauración. Esto implica que aquellas personas, tuvieron conciencia de la importancia de sus dientes originales.

Lamentablemente, para quienes fueron con el odontólogo, para que le extraiga la pieza afectada, como se aprecia en la tabla 4 (abajo), no tuvieron el consejo del profesional, para aplicar el tratamiento adecuado, para evitar la extracción.

Al comparar la respuesta “Si” de la tabla 3, con la respuesta “No le ofreció” de la tabla 4, se presenta una incongruencia, ya que en la última, hay una persona más que en la primera; sin embargo, la persona explicó que, su visita al odontólogo no fue con el ánimo de someterse a la extracción, pero, el profesional, luego del examen, le indicó que ya no había nada qué hacer, debido al estado de la muela afectada.

**4. Ante esta situación, y luego de una revisión por parte del odontólogo, este le ofreció tratamientos conservadores tales como:**

**Tabla 5.** Respuesta del odontólogo frente a la propuesta de extracción

Opciones	Cantidades	Porcentajes
No le ofreció	16	62%
Restauraciones	5	19%
Endodoncias	0	0%
Corona	0	0%
Otra	1	4%
No aplicable	4	15%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

Con base en la información proporcionada, salvo en el caso mencionado en el análisis de la tabla anterior, se puede colegir, que el odontólogo, no actuó profesionalmente, no tuvo la responsabilidad social que correspondía, ni una conducta ética; cualidades que de haberlas ejercitado, habría aconsejado a su paciente, un tratamiento válido para preservar la estructura dental íntegramente.

Pese a lo descrito, es importante resaltar que una minoría de pacientes, tuvo conciencia de la importancia de sus dientes, por lo que concurrió a la consulta, con la idea de someterse a un tratamiento restaurativo y evitar así la pérdida de estos.

Como se comentó en Tabla 4, de las siete personas que no fueron por la extracción, es claro que iban por un tratamiento, sin embargo, una terminó extrayéndose la.

**5. Pese a estas opciones de tratamiento usted insistió en sacarse su diente**

**Tabla 6.** Insistencia en sacarse su diente

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Si	4	15%
No	2	8%
No aplicable	20	77%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

Es posible que entre las causas para no someterse al tratamiento que esperaba o el que le aconsejó el profesional, estuvo el factor económico, lo que dio lugar a la extracción, considerando las limitaciones que en ese sentido tienen los encuestados.

## 6. Usted acudió a:

**Tabla 7.** Consultorios a los que acudió

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Consultorio particular	17	65%
Centro de salud MSP	4	15%
IESS	1	4%
No aplicable	4	15%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

Llama la atención que una mayoría significativa de las personas encuestadas afirmó haber acudido a consultorios particulares en busca de atención odontológica, ya que en general son de escasos recursos económicos, esto podría deberse a que:

1. Requerían atención urgente, debido al dolor de gran intensidad que tenían en esos momentos;
2. No les gusta ir al centro de salud pública, debido a la atención que reciben; o,
3. Habiendo acudido al centro de salud pública, no recibieron la atención que demandaban.

Es obvio que quienes acudieron al IESS, es porque son afiliados, en tanto que los que concurrieron a un centro de salud del Ministerio de Salud Pública, posiblemente no podían costear el servicio particular.

## 7. ¿Antes de acudir al odontólogo usted se aplicó algún tratamiento por su cuenta para aliviar el dolor?

**Tabla 8.** Aplicación de tratamientos caseros

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Si	11	42%
No	11	42%
No aplicable	4	15%
TOTAL	26	100%

**Fuente:** Habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

La Tabla 8 muestra la tendencia de un gran número de personas que no están dispuestos a recurrir al odontólogo, sino que se aplican tratamientos caseros, que solo son un paliativo momentáneo y terminan agravando el problema, por lo que, cuando finalmente vayan a la consulta, ya será tarde y la única opción es extraer el diente.

Entre los tratamientos caseros que los encuestados afirmaron haber usado tenemos:

- 1) Aplicar esencia de clavo de olor en el interior de la muela;
- 2) Hacer enjuagues con aguardiente; para calmar el dolor;
- 3) Aplicarse en el sitio, la mitad de una semilla de haba, seca, en el caso de sentir corrimiento; y, automedicarse con pastillas para aliviar el dolor.

**8. ¿Estaría usted dispuesto a realizarse algún tratamiento para salvar un diente?**

**Tabla 9.** Voluntad para someterse a un tratamiento odontológico

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Si	15	58%
No	7	27%
No aplicable	4	15%
TOTAL	26	100%

**Fuente:** Habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

**9. ¿Estaría en condiciones económicas de realizarse algún tratamiento para salvar su diente?**

**Tabla 10.** Capacidad para someterse a un tratamiento odontológico

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Si	5	16%
No	17	65%
No aplicable	4	15%
TOTAL	26	100%

**Fuente:** Habitantes del barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

Al analizar en contexto las tablas 8 y 9, se aprecia:

- Que la mayoría de las personas encuestadas, esto es, el 58% manifestaron estar dispuestas a realizarse algún tratamiento con el fin de salvar su diente, esto muestra un gran interés por parte de la población por conservarlos.
- Aun cuando las personas quisieran hacerse tratamientos para salvar sus dientes, es penoso saber que hay un apreciable número de ellas, el 65% que no podrían hacerlo, por limitaciones económicas, por una parte; y, por otra, el hecho de que en los centros de salud pública, por falta de materiales y otras condiciones, no se brinda esos servicios.

**10. ¿Luego de hacerse la extracción, usted se realizó algún tratamiento rehabilitador (prótesis dental)?**

**Tabla 11.** Prótesis

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Si	3	12%
No	18	69%
No aplicable	5	19%
TOTAL	26	100%

**Fuente:** Habitantes del Barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Baberán Ever (2017)

De la Tabla 11 se infiere que una porción minoritaria se realizó un tratamiento rehabilitador, obteniendo una prótesis, en tanto que, la mayoría no lo hizo, ya porque su situación económica no se lo permitía, ya porque eran del sector anterior y se acostumbraron a no tener aquellas piezas.

**11. ¿Con qué periodicidad acude al odontólogo?**

**Tabla 12.** Periodicidad en la visita al odontólogo y los beneficios

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Cada seis meses	0	0%
Una vez al año	0	0%
Cuando tiene un problema	26	100%
Nunca	0	0%
TOTAL	26	100%

**Fuente:** Habitantes del Barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

Las respuestas que se dieron a la pregunta 11 es un rotundo “Cuando tiene un problema”, que indica que las personas no tienen la actitud para ir regularmente a la consulta odontológica, para prevenir y tratar los problemas bucodentales; lo que a no dudarlo, desemboca en la pérdida de sus dientes.

Al no tener asistencia profesional, las patologías como las caries no son detectadas a tiempo, y estas avanzan hasta causar gran destrucción de los tejidos duros de los dientes, llegando a provocar dolor, que es la principal razón por la que acudieron a la consulta, en busca de solución; que a criterio del paciente es sacarse el diente, como una forma rápida de alivio.

## 12. ¿Sabía usted que una atención odontológica a tiempo puede evitar la pérdida de sus dientes?

**Tabla 13.** Visita a tiempo

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Si	21	81%
No	1	4%
No aplicable	4	15%
TOTAL	26	100%

**Fuente:** Habitantes del Barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

Las respuestas que se muestran en la Tabla 13, no dejan lugar a la duda, en general, las personas saben que una atención odontológica oportuna, previene la pérdida de sus dientes, pese a ello, no acuden a la consulta con el profesional, debido a sus limitaciones económicas, como se ha mencionado antes.



### 13. ¿Cuántas veces en el día, cepilla sus dientes?

**Tabla 14.** Higiene bucal

Opciones	Cantidades	Porcentajes
Una	1	4%
Dos	19	73%
Tres	3	12%
Más de tres	3	12%
Nunca	0	0%
TOTAL	26	100%

**Fuente:** Habitantes del Barrio Santa Martha del cantón, El Carmen

**Elaboración:** Barberán Ever (2017)

Según se aprecia en la tabla 14, la generalidad de las personas cepilla sus dientes dos veces al día, esto es, antes del desayuno y antes de dormir, lo que implica que hay un lapso, que fluctuaría entre doce y quince horas, aproximadamente, en el que en su dentadura existen restos de alimentos, que en conjunto con las bacterias generan ácidos, que con el paso del tiempo van destruyendo el diente.

Las razones para esa conducta radica en el hecho que generalmente proceden del campo y aprendieron de sus padres, el cepillado una vez al día, previo al desayuno; no obstante, por influencia de sus hijos, que recibieron instrucciones en la escuela, lo hacen una vez más, esto es, antes de acostarse.

## **5. Discusión**

### **Las personas, actúan para evitar o eliminar el dolor dental y no para prevenir la enfermedad bucal.**

La información recolectada a través de la encuesta permitió obtener resultados concluyentes relacionados con el tema propuesto y las variables involucradas:

#### **5.1. Factores socio-económicos**

La población del barrio Santa Martha está conformada en su gran mayoría por personas de baja escolaridad, procedentes del campo, de condición económica pobre; y, con escasísima educación en cuanto a higiene oral.

Como sabemos, la caries tiene su origen en factores predisponentes como la nula o inadecuada higiene bucal y se ha podido comprobar que los hábitos en este sentido, en los habitantes del barrio Santa Martha, no son precisamente adecuados; ya que, el cepillado de la mayoría de las personas es de apenas dos veces al día, esto es, antes del desayuno y antes de acostarse.

El lapso que transcurre entre un cepillado y otro, según se anotó, está entre 12 y 15 horas, tiempo durante el cual los dientes están en contacto con residuos alimenticios que unidos a la acción de las bacterias, dan lugar a la generación de ácidos que los desmineralizan y finalmente se produce la caries.

El comportamiento descrito, es decir, la insuficiencia de cepillado unido a la incorrecta técnica, es producto de la falta de orientación al respecto, de parte de sus padres, que no estuvieron en condiciones de darla y que tampoco la recibieron en las escuelas a las que asistieron.

Aunque no fue objeto de indagación a través de la encuesta, teniendo en cuenta las prácticas de cepillado, se deduce que no hay el uso del hilo dental y otros procedimientos de higiene.

## **5.2. Visita periódica al odontólogo**

Quedó demostrado con los resultados obtenidos, que la visita al odontólogo con fines profilácticos y de control, es nula, factor que determina la ausencia del consejo profesional, que a su vez, da lugar al mantenimiento de los hábitos de higiene bucal aprendidos y la generación de condiciones propicias para la producción de caries.

También se pudo comprobar que la visita al profesional con fines de tratamientos conservadores, es una decisión de pocas personas; y, aquellas que tienen la voluntad para hacerlo, se enfrentan a limitaciones de recursos económicos, por lo que finalmente no lo hacen.

Con base en el resultado de las encuestas, se puede inferir, que la mayoría de los habitantes del sector bajo estudio, concurren al odontólogo únicamente para hacerse extracciones dentales, motivados por las molestias que le ocasionan las caries, que pueden consistir en dolor permanente u ocasional, causado por ingreso de alimentos en la cavidad formada por esta.

## **5.3. Pérdidas de los dientes**

La pérdida de las piezas dentales, es consecuencia de concurrir demasiado tarde al odontólogo, o simplemente no concurrir.

Conforme se muestra en los resultados el 85% de las personas perdió sus dientes debido a la caries dental, por lo que recurrieron al odontólogo con la finalidad que les extraiga las piezas dañadas, circunstancia en la que el profesional pudo aconsejarle un tratamiento para evitarla.

Con base en la afirmación de los encuestados, se colige que los odontólogos no habrían actuado con profesionalismo, ya que al 62% no le habrían ofrecido un tratamiento para evitar la extracción. No obstante, al 19% sí. De otra parte, el 75% de quienes si fueron orientados para un tratamiento, insistió en la extracción del diente, ya que no contaba con dinero para pagar el costo que demandaba dicho tratamiento.

En general, las personas, frente a las molestias que les provoca la caries, se aplican tratamientos domésticos, para aliviarlas; además, en los casos en que se presentan enfermedades periodontales, también recurren a prácticas ancestrales de “curación” o se auto medican.

#### **5.4. Logro de objetivos**

A continuación se presenta una relación de resultados frente a los objetivos específicos, así:

##### **1. Identificar los hábitos de higiene**

Con los resultados expuestos en la Tabla 14, queda demostrado que los hábitos de higiene predominantes, es el cepillado, dos veces al día, lo que expone a las personas al padecimiento de caries.

##### **2. Establecer en forma descriptiva las causas por las que las personas perdieron las piezas dentales y la incidencia de la caries.**

Conforme a la Tabla 3, entre las causas de la pérdida dental, prevalece la presencia de caries, con el 66,67%; en tanto que por otras lo perdieron el 26,18% de los encuestados.

##### **3. Indagar sobre la relación de la condición social, con los hábitos de higiene bucal.**

Con los resultados de la Tabla 12 en combinación con la 13 y las preguntas adicionales, se demuestra que su procedencia campesina y la baja

escolaridad, son factores que no permitieron tener una buena educación, que conlleve buenas prácticas de higiene oral

**4. Determinar la incidencia del factor económico en la pérdida de los dientes**

Se demostró con la Tabla 10 que la condición económica determinó que los encuestados no pudieran someterse a tratamientos conservadores de las piezas dentales, ya que aunque hubieran querido, no podían pagárselos.

**5. Obtener información de las personas sobre la actuación del odontólogo ante los problemas dentales por caries u otras causas.**

Conforme quedó indicado arriba, en general los odontólogos que trataron a las personas que concurrieron a extraer sus dientes, no habrían tenido una actuación adecuada, ya que no les habrían sugerido tratamiento alguno; es decir, no actuaron con profesionalismo.

**6. Determinar la frecuencia de la visita al odontólogo con fines preventivos.**

Las personas no visitan al odontólogo periódicamente, con fines profilácticos, ya que la visita la realizan cuando tienen la molestia y mayoritariamente con fines extractivos.

Al haberse logrado los objetivos específicos, automáticamente se logró el objetivo general de este proyecto.

## Conclusiones

La enfermedad dental se ha dado a través de la historia bajo una manifestación de dolor, factor principal para generar la pérdida dental: la extracción, recurso usado para tratar el dolor, sino también, para prevenirlo. Durante muchos años uno de los comportamientos de la población ante las enfermedades es optar por una conducta social de creer en soluciones naturales donde la conducta económica para la solución de la enfermedad bucal, prevalece la pérdida de la dentición natural. Manifiesto que los hábitos de higiene de los habitantes del barrio Santa Martha, no son idóneos para prevenir la formación de caries. Se determinó que la causa para la pérdida de las piezas dentales, fue la afectación producida por la caries, cuya incidencia fue del 66%, en cifras redondeadas, en general, las personas encuestadas, son de procedencia campesina, de baja escolaridad, lo que determinó que sus hábitos de higiene bucal sean insuficientes para prevenir la caries. Afectando al factor económico que fue determinante para la pérdida de los dientes, ya que las personas que tuvieron la afectación de la caries, no pudieron pagar un tratamiento restaurador. Concluyendo que en la manifestación de los encuestados se colige que los odontólogos, no les aconsejaron un tratamiento, sólo le extrajeron el diente; y se finaliza con que la visita al odontólogo, con fines profilácticos, es nula.

## Recomendaciones

- La prevención odontológica siempre tiene que estar a la vanguardia del conocimiento colectivo, destruir mitos y crear medidas de higiene bucal a partir de los recursos disponibles.
- El enfoque de prevención es educar para que las personas tengan un papel de auto diagnóstico y sobre todo evitar que sufran episodios de dolor dental.
- Futuros estudios deben enfocarse a estudiar en detalle las razones descritas en este reporte y abarcar poblaciones con mayor representatividad.
- Este estudio sirve de base para un monitoreo de las tendencias y patrones de pérdida de piezas dentales en una población determinada

## Bibliografía

LOYOLA, Juan, MEDINA, Carlo, (2014), Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos  
[https://www.researchgate.net/profile/Juan\\_Loyola-Rodriguez/publication/298327740\\_Perdida\\_de\\_dientes\\_en\\_adolescentes\\_y\\_adultos\\_jovenes\\_universitarios\\_mexicanos/links/5702b8b908aeade57a246819.pdf?origin=publication\\_list](https://www.researchgate.net/profile/Juan_Loyola-Rodriguez/publication/298327740_Perdida_de_dientes_en_adolescentes_y_adultos_jovenes_universitarios_mexicanos/links/5702b8b908aeade57a246819.pdf?origin=publication_list)

Estudi Dental Barcelona, (2017), Tipos de caries dentales  
<http://estudidentalbarcelona.com/tipos-caries-dentales/>

BARRANCOS, Julio, BARRANCOS, Patricio, (2009), Operatoria Dental integración clínica, editorial médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina.

LINDHE, Jean, LANG, Niklaus, KARRING, Thorkild, (2005), Periodontología clínica e implantología odontológica, editorial médica Panamericana, Buenos Aires –Argentina. Recuperado de:  
<https://es.scribd.com/doc/67838000/Periodontologia-Clinica-e-Implantologica-Lindhe-4ta>

CARRANZA, Fermin, TAKEY, Henry, NEWMAN, Michael, KLOKKEVOLD, Perry, (2014), Periodontología clínica, editorial Amolca, Caracas Venezuela.

GUGELMEIER, Virginia, (2008), Lesiones traumáticas dento-maxilo-faciales  
<http://www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/lesiones.pdf>

LÓPEZ, Joaquin, Etiología clasificación y patogenia de la patología pulpar y periapical  
<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v9Suppli/medoralv9supplip58.pdf>



MORALES, Alva, GUILLERMO, Valeriano, Tratamientos conservadores de la vitalidad pulpar y tratamiento endodóntico en una sesión  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/morales\\_ag/cap2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/morales_ag/cap2.pdf)

GOLDBERG, Soares, (), Endodoncia técnicas y fundamentos; editorial médica panamericana, Buenos Aires- Argentina.

FERRUS, Jorge, BRATOS, Patricia, (2013) Consecuencia de la falta de dientes  
<http://www.clinicaferrusbratos.com/implantes-dentales/falta-de-piezas-dentales/>

Estudi Dental Barcelona, (2016), Consecuencia de la pérdida de dientes  
<http://estudidentalbarcelona.com/consecuencias-de-la-perdida-de-dientes/>

VIEIRA, Darío, (2013), Consecuencia de la falta de dientes  
<https://www.propdental.es/blog/odontologia/consecuencias-de-la-falta-de-dientes/>

TUNUEVASONRISA.COM, Laboratorio protésico dental, (2016), Más vale un diente que un diamante, Tenerife, España, consultado en:  
<http://www.tunuevasonrisa.com/mas-vale-un-diente-que-un-diamante/>, agosto 1 de 2017

HISPANTV, (2017), EL entorno social, un factor decisivo para la salud bucal  
<http://www.hispantv.com/noticias/salud/333741/salud-dental-factor-social-universidad-boston>

PADILLA, Silvia, CERÓN, Jesús, (2012), Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal  
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5452>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

# Anexos

## Anexo A Encuesta



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Facultad de Odontología

Encuesta aplicada a Habitantes del barrio  
Santa Martha del cantón, el Carmen-Manabí

**Objetivo:** Obtener un diagnóstico sobre los factores socio-económicos que han incidido en la pérdida de piezas dentales de los habitantes del Barrio Santa Martha, del cantón El Carmen, Manabí.

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada pregunta de este cuestionario. Para contestar usted deberá escoger una respuesta que usted considere más adecuada y marque con una equis (X) dentro del cuadro lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincera.

### Preguntas

1. ¿Se ha realizado alguna extracción dental?

Si  No

2. ¿Por qué razón se extrajo su diente/muela?

Tenía dolor  tenía caries   
Estaba fracturada  Enfermedad periodontal   
Otra

3. ¿Usted acudió al odontólogo con la finalidad de hacerse la extracción?

Si  No

4. Ante esta situación, y luego de una revisión por parte del odontólogo, este le ofreció tratamientos conservadores tales como:

Restauraciones  Endodoncias   
Corona  Otra

5. ¿Pese a estas opciones de tratamiento usted insistió en sacarse su diente?

Si  No

**6. Usted acudió a:**

Consultorio particular  Centro de salud MSP   
IESS

**7. ¿Antes de acudir al odontólogo usted se aplicó algún tratamiento por su cuenta para aliviar el dolor?**

Si  No

**8. ¿Estaría usted dispuesto a realizarse algún tratamiento para salvar su diente?**

Si  No

**9. ¿Estaría en condiciones económicas de realizarse algún tratamiento para salvar su diente?**

Si  No

**10. ¿Luego de hacerse la extracción, usted se realizó algún tratamiento rehabilitador (prótesis dental)?**

Si  No

**11. Con qué periodicidad acude al odontólogo:**

Cada seis meses  Una vez al año   
Cuando tiene un problema

**12. ¿Sabía usted que una atención odontológica a tiempo puede evitar la pérdida de sus dientes?**

Si  No

**13. ¿Cuántas veces en el día, cepilla sus dientes?**

Una  Dos   
tres  Más de tres   
Nunca

## Anexo B Fotografías del trabajo de campo



# Anexo C Croquis del Barrio Santa Martha

